

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL

“POR QUE EU NÃO POSSO *QUERER MORRER?*”:

Uma conversa infinita entre normatividades e normalizações pelo trabalho em saúde

JÉSSICA PRUDENTE

Porto Alegre

2020

JÉSSICA PRUDENTE

“Por que eu não posso *querer morrer?*”:

Uma conversa infinita entre normatividades e normalizações pelo trabalho em saúde

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia Social e Institucional.

Orientadora: Profa. Dra. Fernanda Spanier Amador

Porto Alegre

2020

Jéssica Prudente

Tese de doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora em Psicologia Social e Institucional.

Defesa da tese _____, em ____/____/____.

Banca Examinadora

Prof. Dr. Danichi Hausen Mizoguchi

Universidade Federal Fluminense

Prof^a. Dr^a. Jaqueline Tittoni

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dr. Rodrigo Lages e Silva

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof^a. Dr^a. Roberta Carvalho Romagnoli

Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

Prof^a. Dr^a. Fernanda Spanier Amador (orientadora)

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

Uma psicóloga, pelo exercício de seu ofício em um serviço de saúde mental, foi “ferida de morte e vida” ao escutar a pergunta enunciada por uma usuária: “por que eu não posso *querer morrer*”? Esta tese produz conversas infinitas no intervalo entre querer morrer e suicídio, estando transversalizada pela experiência do trabalho em saúde mental, por um viés cartográfico. Pela problematização como método, estratégia produzida no percurso da pesquisa, operamos modulações do problema do risco de suicídio no trabalho em saúde, permitindo o pensamento enquanto ruptura. Trata-se de um pensar *no* movimento acolhendo o impensado, a natureza insistente dos problemas e as descontinuidades, produzindo uma tese que se afirma na Filosofia da Diferença. Provocamos ondas por entre a força das máquinas binárias que nos arrastam para as dicotomias, afirmando uma inseparabilidade entre viver e conhecer pelos contornos locais e singulares na Psicologia Social e Institucional brasileira e nas Clínicas do Trabalho, especialmente nas proposições da Clínica da Atividade, abordagem essa que expande as possibilidades de criação no e pelo trabalho. Colocamos em discussão valores produzidos em relação ao viver e ao morrer, levantando questões a respeito de práticas higienistas e normalizadoras nesse âmbito. Afirmamos o *querer morrer* como um meio, como uma linha expansiva de vida e de problematização. Pelas estratégias genealógico-cartográfica e dialógica, percorremos traçados do pensamento em ação acompanhando normatividades, que é o que está em questão na clínica da atividade. A dimensão da atividade pode ser pensada como uma ontologia política da experiência do trabalho ativada pelos encontros produzidos nas entrevistas realizadas com psicólogas de diferentes serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), construindo uma experiência normativa e transversal que se expande pela dimensão do ofício como lastro produzido entre histórias e memórias. Pela pergunta-ferimento, abrem-se três planos analítico-conceituais os quais produzem uma conversa infinita que dobra e desdobra o problema da tese: 1. “A morte do *querer morrer* no contemporâneo”, que aposta na potência problemática do *querer morrer* em sua abertura para um território ético da discussão, por um viés genealógico; 2. “Normalização e normatividade: dimensões em transitividade”, que trata das estratégias de normalização, a partir de Foucault, e de normatividade, pelo pensamento de Canguilhem, percorrendo o trabalho em saúde pelo meio, por uma transitividade das normas; e 3. “Trabalho em saúde em sua dimensão clínica: entre riscos e profanações”, que analisa o trabalho como território de riscos, permeado pelo desafio de assumir os riscos na gestão do trabalho em saúde na produção da história de um ofício, tomando a dimensão clínica enquanto desvio. Esses três planos politizam o *querer morrer*, as normas e o trabalho em saúde, encontrando outras vozes por meio de conversas-entrevistas com trabalhadoras psicólogas do SUS de diversos equipamentos – hospital, emergência psiquiátrica, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) e ambulatório de saúde mental. Os platôs produzidos nessas conversas-entrevistas são engendrados com as discussões dos planos analítico-conceituais enquanto transversalidades do trabalho em saúde como experiência: o Platô Ético: confiança-queda-risco indica a produção de diferentes modos de relação com o mundo e transversaliza o primeiro plano analítico-conceitual; o Platô Estético: problema-crítica-normatividade enfatiza uma dimensão criadora e inventiva da experiência, atravessando o segundo plano; e o Platô Político: protocolo-comum-ofício sugere pensar essa relação da experiência do trabalho em saúde por entre regimes de saberes e estratégias de governo, transversalizando o terceiro plano. Ainda que sejam da ordem de um coengendramento, para cada plano, enfatizamos um dos platôs animados por séries de análise e excertos das entrevistas. Não há produção de vida que não seja atravessada pelos riscos, sendo que as estratégias de geri-los são cada vez mais complexas e audaciosas, violentas e amplas, indicando a imanência dos riscos e das normas. O *ethos* da confiança emerge como

dimensão de composição com as trabalhadoras e com a pesquisa no exercício do trabalho como atividade, permitindo uma queda compartilhada. Por fim, produzimos um manifesto antipsicológico acolhendo lutas antirracistas e antifascistas na atualidade, operando uma crítica às práticas da psicologia na política pública de saúde mental na relação com os riscos. Indicamos que as normalizações podem gerar modulações fascistas, apagando as diferenças e neutralizando os corpos que são silenciados nos diagnósticos, operando uma crítica que aposta na potência dos saberes localizados contra as pretensões universais.

Palavras-chaves: *Querer morrer*. Trabalho em saúde. Normalização. Normatividade. Saúde Mental.

ABSTRACT

A psychologist, in the exercise of her craft in a mental health service, was “wounded to death and life” when she heard the question asked by a user of the service: “why can’t I *want to die*?” This thesis produces endless conversations during the interval between *wanting-to-die* and suicide, being transversalized by the mental health care work experience, and takes into account a cartographical bias. Due to problematization as method, a strategy developed in the course of the research, we operate modulations on the problem of suicide risk in health work, modulations that allow for thinking as a rupture exercise. It has to do with thinking *in* movement embracing the unthought, the insistent nature of problems and discontinuities, producing a thesis that supports itself in Philosophy of Difference's basis. We provoke waves among the strength of the binary machines that drag us towards dichotomies, to affirm the inseparability between living and knowing by the singular and local contours in Brazilian Social and Institutional Psychology and the Clinics of Work, specially the propositions of the Clinic of Activity, an approach that expands the possibilities of creation in and through work. We call into discussion values produced in relation to living and dying, raising questions unto hygienist and normalizing practices in this area. We affirm the wanting-to-die as a mean, an expansive line of life and problematization. By genealogic-cartographical and dialogical strategies, we trail paths of thought in action following normativities, that which is what is dealt in the Clinic of Activity approach. The dimension of activity can be thought as a political ontology of the experience of work, reclaimed in the meetings produced in the interviews carried out with the psychologists that work in different services of the Brazilian Health Care System (SUS - Sistema Único de Saúde), building a transversal and normative experience that expands itself through craft as ballast made out of memories and stories. Through the question-wound, three analytical-conceptual levels are opened, which produce an endless conversation which folds and unfolds the thesis question: 1. "The death of wanting-to-die in present times", which bets on the problematic power of wanting-to-die as a means to open an ethical territory of discussion, through a genealogic way; 2. "Normalization and normativity: dimensions in transitivity", which deals with the normalization strategies, taking Foucault as inspiration, and normativity, after Canguilhem's thoughts, following health work through the middle, through a transitivity of norms; and 3. "Health work in its clinical dimension: between risks and profanations", which analyzes work as a territory of risks, permeated by the challenge of assuming the risks of health work management in the production of the story of a craft, taking the clinical dimension as deviation. These three levels reclaim the political question of wanting-to-die, norms and health work, finding other voices amidst conversation-interviews with psychologist workers of a myriad of SUS services - hospital, psychiatric emergency center, CAPS [Psychosocial Care Center] and mental health ambulatory. The plateaus produced in this conversation-interviews are intertwined with the analytical-conceptual level discussions as transversalities of the health work as experience: the Ethical Plateau: trust-fall-risk indicates the production of different modes of relating to the world and transversalizes the first analytical-conceptual level; the Aesthetical Plateau: problem-critic-normativity emphasizes the creative and inventive dimension of experience, traversing the second level; and the Political Plateau, protocol-commons-craft suggests thinking the relation of the experience of working in health amidst regimes of knowledge and government strategies, transversalizing the third level. Although we recognize that those are co-engendered, we emphasize one of the plateaus to which level, taken by a series of analysis and interviews excerpts. There is no life production that is not crossed by risks, and the strategies to deal with them are ever more complex, daring, violent and far-reaching, which indicates the immanence of risks and norms. The trust *ethos* emerges as composition between

the workers and the research during the exercise of work as activity, which allows for a shared falling. Finally, we produce an anti-psychological manifesto, embracing current anti-racist and anti-fascist nowadays struggles, while doing a critical exercise on the practices of psychology in mental health public policy in relation to risks. We indicate that normalization can beget fascist modulations, erasing difference and neutering bodies that keep getting silenced in being diagnosed. In doing so, we operate a critic that bids in the power of situated knowledge against universal pretension.

Keywords: *Wanting-to-die*. Health work. Normalization. Normativity. Mental Health.

Honro, agradeço e dedico esta tese:

Às que vieram antes de mim, e me permitiram escolher...

Às que me sucedem, para que os caminhos se ampliem...

À Vó Dina (in memoriam), pela sensibilidade...

À Vó Helma, com seus 99 anos de curas pelos chás, pela temperança...

À Marilene, minha mãe, pela coragem, pelo amor e pela confiança...

A Júlia, Mariana e Olga, minhas sobrinhas... pela alegria e curiosidade...

por me devolverem a força de desejar um mundo melhor...

que vocês ampliem a liberdade do feminino em nós!

AGRADECIMENTOS

Agradeço à banca examinadora a disponibilidade e atenção na avaliação do trabalho.

Obrigada por aceitarem o convite de seguir modulando uma conversa infinita sobre um tema urgente, difícil e sensível.

Agradeço à professora e orientadora Fernanda Spanier Amador, a aposta, confiança e coragem de sustentar a orientação por entre este tema que nos arrasta tal qual um tornado para as dicotomias. Obrigada pela presença constante, pela amizade e por abrir tantos caminhos.

À professora Jaqueline Tittoni, agradeço as inspirações, a amizade e o afeto que se transmitem no olhar.

Ao Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional, a qualidade da formação. Obrigada por ser um território de possibilidades.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul, a possibilidade do acesso ao ensino público, gratuito e de excelência.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), a bolsa de pesquisa que permitiu minha dedicação integral ao doutorado.

Ao grupo de pesquisa N-pistas, que faz jus ao nome, abrindo caminhos e linhas... com tantas pessoas lindas que se tornaram amigas entre composições e escritas. Ao amigo e colega Daniel Fernandes, parceiro de escritas, cafés, devaneios na parada de ônibus, análises de conjuntura. Obrigada por compartilhar a *parrhesia* como um modo de vida. A Lúcia, Patrícia e Juliana, colegas doutorandas desse grupo que me inspiram pela potência dos encontros e da sensibilidade de fazer convergir a vida e o trabalho. Daniela, obrigada pela amizade genuína, pela escuta sensível e por andar junto. Luis, por encarnar a política, Tati, Carol, Tiago, Bruna, Ana e Renata, pelas apostas, trocas e aberturas. Mariana, por ser uma amiga de tanto tempo que sempre me devolve ideias outras. Dila, pela alegria das risadas e por ser calmária nas tempestades. Somos um grupo que compartilha e que resiste.

Às trabalhadoras psicólogas da saúde pública que aceitaram dividir os riscos e as criações por entre conversas repletas de aprendizado e de intensidades.

À UNISC, agradeço a acolhida, aposta e confiança no meu trabalho e aos colegas professores e professoras que me inspiram.

Às colegas da turma de doutorado que se tornaram amigas. Fernanda Macedo, sábia menina que me devolveu a lucidez e coragem em muitos momentos. Fernanda Martins e Gisele De

Mozzi... Vocês ampliam meu mundo e me ensinam tanto e sempre.

Foi uma alegria partilhar essa trajetória com vocês e seguiremos...

Às amigas do *Cafófo 869*, Francele, Lizia, Bárbara, Anna Luiza, Débora, Ana Karina e Larissa... Obrigada por serem esse mar infinito de amizade que nem os oceanos separam... por serem amor, amizade, força, alegria e por me ensinarem a viver nossa amizade nas nossas diferenças que nos ensinam tanto e nos tornam cada vez maiores.

À Lisiane Aguiar, amiga andarilha do mundo, obrigada por tirar minhas certezas e me mostrar o tamanho dos sonhos, das coincidências e da amizade.

À Fabiula Zimmer, que por meio da yoga me ensina a habitar o presente e expandir os limites do corpo e da alma.

À Carol Mombach, pelas trocas e aprendizados constantes nesse devir infinito que é o de tornar-se psicóloga.

À Ingrid, pela escuta sensível que permitiu que eu sustentasse meu desejo.

À Tamiris, pelo sensível rigor do seu trabalho com o discurso e com as palavras.

À minha família, especialmente meus irmãos Mauro e Marcos, que, mesmo distantes geograficamente, andam próximos, inspiram-me a ir mais longe e me orgulham pelos pais atenciosos que se tornaram. Às minhas sobrinhas, Júlia, Mariana e Olga, pela energia, alegria e por me devolverem a força para desejar transformar o mundo. Ao meu pai que, mesmo entre abismos, pode ter certeza de que me inspirou a ir mais longe e, com pés de barro, permitiu que pelas divergências eu construísse meu caminho... e à Rochele, por ser uma presença constante de confiança e aposta.

À minha mãe, Marilene, por ter apostado em mim quando eu ainda nem era, por ser um solo firme, um porto seguro, uma alma corajosa que acolhe, cuida e confia, por ser amor e por ter aberto tantos caminhos para que eu pudesse escolher. Por tantas vezes ser a certeza nas minhas dúvidas e por acreditar na minha potência.

A Jacob, Dirce e Débora Vigevani Schaf, pela aposta, torcida e reconhecimento.

Ao André Schaf, meu amor de tantos verões e invernos, que me acompanha nas escritas de tantos percursos e conclusões e sempre me devolve um mundo de descobertas e de curiosidade... andar do teu lado me faz seguir caminhando, amando e desejando ser melhor.

*Há mais razão em teu corpo
do que em tua melhor sabedoria.*

Friedrich Nietzsche

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
1. A MORTE DO <i>QUERER MORRER</i> NO CONTEMPORÂNEO	29
1.1 DA RELAÇÃO COM A MORTE: DESLOCAMENTOS E SEPARAÇÕES.....	32
1.2 DA SACRALIZAÇÃO DO SUICÍDIO: A MORTE DO <i>QUERER MORRER</i>	41
1.2.1 Da psiquiatrização da vida: disciplina e norma	50
1.3 PRODUÇÃO DE TRANSVERSALIDADES: ENTRE CONVERSAS: A EXPERIÊNCIA DO TRABALHO EM SAÚDE	55
1.4 PLATÔ ÉTICO: CONFIANÇA-QUEDA-RISCO	63
2. NORMALIZAÇÃO E NORMATIVIDADE: DIMENSÕES EM TRANSITIVIDADE... 74	
2.1 DA PRODUÇÃO DE NORMAS COMO UM MEIO	79
2.2 PRIMAZIA DO ERRO: NORMALIZAÇÃO ENTRE NORMAS VITAIS E SOCIAIS	91
2.3 <i>QUERER MORRER</i> COMO RESISTÊNCIA	93
2.4 BIOPOLÍTICA: UMA GESTÃO NECROPOLÍTICA DAS VIDAS PRECÁRIAS?.....	95
2.5 PLATÔ ESTÉTICO: PROBLEMA-CRÍTICA-NORMATIVIDADE	103
3 TRABALHO EM SAÚDE EM SUA DIMENSÃO CLÍNICA: ENTRE RISCOS E PROFANAÇÕES	113
3.1 PREVENÇÃO AO SUICÍDIO: ENTRE NORMATIVIDADES – <i>O ANÔMALO</i>	123
3.2 UMA RUPTURA EM CENA: ENTRE SIGILO E INTERDIÇÃO	128
3.3 TRANSFORMAÇÕES INCORPÓREAS.....	132
3.4 DO PARADOXO DOS PROTOCOLOS EM SAÚDE MENTAL	134
3.5 POR UMA PROFANAÇÃO DA CLÍNICA: <i>QUERER MORRER</i> COMO UM MEIO SEM FIM E O EXERCÍCIO DE UMA GRANDE SAÚDE	138
3.6 PLATÔ POLÍTICO: PROTOCOLO-COMUM-OFÍCIO	142
4. MANIFESTO ANTIPSICOLÓGICO: POR UMA PSICOLOGIA ANTIFASCISTA	160
REFERÊNCIAS.....	173
ANEXO 1.....	183

INTRODUÇÃO

“Por que eu não posso *querer morrer?*”. Uma psicóloga, pelo exercício de seu ofício em um serviço de saúde mental, foi “ferida de morte e vida” em um encontro, foi provocada na indagação de um limiar quando escutou essa pergunta. Algo punziu seu corpo como uma flecha, violentando pensamentos, afetos e práticas, abalando certezas, em uma experiência de queda e de vertigem. Esta tese tem seu início em uma situação que envolve a enunciação de um *querer morrer* e encontra um viver nesse movimento.

Pungente: diz-se da capacidade de algo em poder perfurar, cortar e ferir. As palavras proferidas pela usuária foram pontiagudas, tal como Barthes (1984) afirma com a noção de *punctum*: “o *punctum* vem do verbo latino *pungere* e significa ‘picar’, ‘furar’, ‘perfurar’. Aquilo que é pungente, que corta, fere, espicaça, alfineta e amortiza. No *punctum*, não é mais o intelecto que responde, mas o corpo que age e reage àquilo que lhe é posto” (FONTANARI, 2015, p. 66).

A tese, assim, coloca-se como um desdobramento desse *punctum*, uma duração¹ – enquanto intensidade – da experiência de ferimento, aberta pelas palavras da usuária, que interrogaram a obrigatoriedade de um viver, criando condições de possibilidade para uma pesquisa que situa seu trânsito problemático na agonística entre viver-morrer. O *punctum* na fotografia não diz respeito ao detalhe planejado e montado pelo fotógrafo, mas diz do acaso de um arranjo de forças que, na relação entre imagem e corpo, afetam, ferem e transpassam. Sobre esse movimento, diz Barthes (1984, p. 46) “[...] é esse acaso que nela me punge (mas também me mortifica, me fere)”.

Ainda sobre o *punctum*, Barthes (1984) produz suas meditações sobre a fotografia implicando o olhar e o corpo, indicando que “o *punctum* abre a imagem fotográfica para um outro campo, o fotográfico, pois não nos é possível descrevê-lo e nem mesmo ser representado [...]” (FONTANARI, 2015, p. 68). Analogamente, podemos dizer que o fotográfico que perfura o corpo do observador em Barthes sugere o que entendemos como da ordem de uma inspiração do trágico nesta tese, provocado por um corte que a enunciação de um *querer morrer* produziu, quando foi escutado enquanto potência do pensamento.

O trágico, nesse contexto, sugere uma não separação valorativa das forças², dividindo-as entre boas e más – como o *querer morrer* e a obrigação de querer viver que estão em

¹ Duração: conceito proposto por Henri Bergson e retomado por Deleuze (1999), no livro “Bergsonismo”.

² O conceito de *forças*, que está em jogo, é no sentido desenvolvido por Deleuze a partir de Nietzsche: “Da vontade de potência como elemento genealógico decorrem, ao mesmo tempo, a diferença de quantidade das forças em relação à qualidade das respectivas forças. Segundo sua diferença de quantidade, as forças são ditas

análise nesta tese –, mas uma composição que não é da ordem da dominação ou da exclusão. Tanto as forças reativas ou dominadas como as forças ativas ou dominantes são constituídas pelo que Nietzsche chama de vontade potência (DELEUZE, 2018). Trata-se de uma afirmação da existência enquanto criação, como um *continuum* de experiência e de forças, que só são separadas pela ação de decodificação valorativa e representacional do mundo. “Não se pode renunciar a nada do que existe”, diz Nietzsche, em “Ecce Homo” (2016a, p. 76), dado que a filosofia e a psicologia trágicas não separam Apolo e Dionísio, conservação e destruição, pois a vida acontece por entre composições dessas forças – ativas, reativas, dominadas, dominantes –, produzindo uma posição paradoxal da existência. Assim, esta tese acolhe o *querer morrer* enquanto ferimento a uma pretensa obrigação de viver de modos normalizados.

Morrer. Verbo intransitivo. Do ponto de vista da gramática, é uma ação que se encerra em si mesma e não precisa de complemento. Já nesta tese, morrer implica um trânsito entre normas³ e não um destino, tratando-se de transitividade, portanto de uma ação que não se encerra em si mesma. “Para morrer basta estar vivo”, diz o ditado popular que afirma que a condição da morte é a vida. Deslocando esse ditado, podemos dizer que “para viver basta morrer”, pouco a pouco, porque morrer emerge como próprio do vivo e só ao que é dessa ordem compete tal ação. Morrer sugere uma potencialidade que arrasta a necessidade de um viver, em uma experiência transitiva entre viver-morrer. Marca-se assim uma das entradas da problematização da tese que é tecida na torção do morrer como fim de um processo vital para situá-lo como meio, tornando-se condição da potência do viver, o que indica desde já a condição precária⁴ da vida, ou seja, um processo condicionado às relações com o meio.

O processo vital, de uma certa forma, implica um processo de morte, o que nos permite tomar o morrer como dobra da vida, em um plano de imanência do viver-morrer. Entretanto, vida é uma palavra genérica que assume singularidade no processo desta pesquisa, não no lugar de objeto, mas enquanto verbo, como ação: viver. Produz-se um trânsito – viver-morrer – que pode ser pensado como uma transitividade vital, na qual viver não se reduz à condição de estar vivo. Essa torção convoca uma discussão por entre os processos de

dominantes ou dominadas. Segundo sua qualidade, são ditas ativas ou reativas. Existe vontade de potência na força reativa ou dominada, assim como na força ativa ou dominante. [...] É este o problema da interpretação: sendo dado um fenômeno, um acontecimento, estimar a qualidade da força que lhe dá um sentido e, a partir daí, medir a relação de forças em presença. [...] Na verdade, é reativo tudo o que separa uma força; é reativo ainda o estado de uma força separada do que ela pode. Ao contrário, é ativa toda força que vai ao limite de seu poder” (DELEUZE, 2018, p. 71-72; 78).

³ As *normas* são um conceito crucial nesta tese e serão abordadas no capítulo 3, que trata das estratégias de normalização e da normatividade.

⁴ A discussão acerca da noção de precariedade será feita no capítulo 3, a partir de Judith Butler, indicando que toda a vida é precária, mas existem diferentes condições de precariedade.

normatividade e de normalização, os quais explicitam esse deslocamento por entre as contribuições de Georges Canguilhem e Michel Foucault.

A normatividade, conceito desenvolvido por Canguilhem (2012), indica que, em um processo vital, o trânsito viver-morrer acontece por entre criação de normas mais ou menos produtivas, pois tanto os estados de saúde quanto os de doença produzem normas que podem ampliar ou restringir possibilidades de composição com o meio. A normalização, conceito elaborado a partir das proposições de Michel Foucault (2008b) acerca da sociedade de normalização enquanto modo específico das estratégias de poder, designa um campo de relação com os dispositivos de saber-poder que operam por modos disciplinares de governo da vida, produzindo modelos que são tomados como referência para categorizar a população – o louco e o são, o delinquente e o cidadão de bem, e uma série de outras dicotomias.

Como efeitos do engendramento dos processos de normatividade e de normalização, são produzidas normas vitais e sociais, não no sentido de um objeto finalizado desses processos, em uma relação de causa e efeito, mas enquanto plano de visibilidade, um plano de formas, como o risco de suicídio, enquanto uma norma social que ganha um estatuto de diagnóstico e produz um corte no trânsito de um processo vital. Desse modo, a afirmação de um *querer morrer* como componente de um viver parece sustentar uma recusa a uma normatividade vitalmente inferior⁵, essa que exclui o *morrer* da produção de um processo vital, a não ser enquanto finalidade e objeto. Estamos, com isso, afirmando que *morrer* não sinaliza apenas um fim, mas, sobretudo, um meio.

Esta pesquisa emergiu pelas modulações no trabalho em saúde mental no Sistema Único de Saúde – SUS, nas experiências como psicóloga em um CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), localizado em um município de pequeno porte do litoral do Rio Grande do Sul, e permanece produzindo planos de problematização. A questão que mobilizou e vitalizou este estudo era existencial antes de ser acadêmica, era parte do ofício de trabalhadora da saúde antes de ser parte do ofício de pesquisadora.

Uma nota importante: “*por que eu não posso querer morrer?*” foi a pergunta enunciada por uma usuária e acolhida pela psicóloga como sendo algo da ordem da problematização que deu passagem para pensar o impensável no que tange ao *querer morrer*. As soluções ou as respostas pareciam menores diante da magnitude e complexidade do campo aberto por essa proposição que não foi tomada como mera retórica. Essa pergunta foi acolhida

⁵ Canguilhem (2012) designa como normas superiores e inferiores o exercício das normas na ampliação ou na restrição de um processo vital, processo esse que se mantém sempre normativo, ou seja, criando normas pela produção de uma normatividade vital.

com o corpo da trabalhadora psicóloga de modo visceral: uma pergunta feita com órgãos, sangue e alma, portadora de desestabilização dos sentidos. Uma pergunta-ferimento que disparou um processo de problematização que não cessa de se atualizar.

Na prática, alguém até pode *querer morrer*, mas, como trabalhadoras da saúde, não podemos deixar que isso ocorra, sob nenhuma condição, pois os protocolos preconizam: temos de fazer viver. Essa diretriz de fazer viver apresenta-se como um valor a ser alcançado e defendido, às vezes de modo coercitivo. Cuidar da vida, assim, sugere ações de preservação e manutenção. Que vida se preserva? Que vida se mantém? Parece que a que se mantém, antes de tudo, é a vida biológica, a vida orgânica, na perspectiva de uma dicotomia em relação à morte: vida e morte como dois pólos separados e, por consequência, mutuamente excludentes. Como acolher o *querer morrer* como parte da vida que se almeja sustentar? Como acolher esse desejo e compor com ele em um trabalho em saúde? Morrer, enquanto um meio, não é o contrário da vida, mas é imanente, qualificando e configurando a experiência de um processo vital.

Em sua esfera preventiva e gestora dos riscos, esse trabalho em saúde mental funciona quando impede o outro de seguir seus planos, efetuado por um fazer viver. Cuidar, nesse contexto, passa pelo impedimento de que o outro encontre um limite, ampliando a margem de manutenção do corpo vivo, de modo dicotômico e polarizado. A prevenção nos casos de risco de suicídio opera enquanto tentativa de evitação de um mal, partindo da premissa de que *querer morrer* configura esse mal, ou seja, como sinal de um risco à normalidade, exclusivamente. Talvez, antes de tomar o suicídio como mal a ser combatido e evitado, o que a prevenção faz, nesses casos, passa pela reiteração do discurso de que querer viver é o bem, é o normal, o que evidencia uma dimensão moral e valorativa da vida afirmada nessas práticas.

Uma dissonância se constrói por entre conceitos carregados de sentido do ponto de vista teórico-conceitual, e pertencentes, ao mesmo tempo, a um uso coloquial da linguagem cotidiana: vida, morte, saúde, riscos, suicídio, clínica e trabalho. A discussão pode ser proposta de diversas formas, a partir de muitos autores e perspectivas teóricas. Nesse sentido, escolhas foram necessárias a fim de operar uma singularização desses conceitos na tese, compondo a sustentação de um exercício da problematização como método. Este se desenha pela posição ético-estético-política, afirmada pela Filosofia da Diferença, que ganha contornos locais e singulares na Psicologia Social e Institucional brasileira e nas Clínicas do

Trabalho, especialmente nas proposições da Clínica da Atividade⁶, que expande as possibilidades de criação no e pelo trabalho. Essa dimensão da atividade pode ser pensada como uma ontologia política da experiência do trabalho ativada pelos encontros produzidos nas entrevistas, construindo um lastro para uma experiência normativa e transversal.

Os operadores analítico-conceituais permitem dar passagem e evidenciar a dedicação que foi necessária para que esta tese sustentasse problematizações entre temas carregados de significados moralizantes, como vida, morte e suicídio, bem como por entre uma banalização da morte na atualidade em meio à crise sanitária provocada pela pandemia do coronavírus, a qual radicalizou as desigualdades sociais constitutivas da realidade social brasileira. No momento em que chega ao fim a escrita desta tese, proliferam discursos negacionistas da ciência, os quais justificam as mortes pela inexorabilidade da condição de morrer, somados ao desinvestimento das políticas públicas nos últimos anos. Entretanto, nosso desafio é o de, justamente, trazer um querer como meio e não como finalidade, interpretação ou objeto de um processo vital. Georges Canguilhem e Michel Foucault são os autores que conduzem esta nau de argumentos por entre as operações da normatividade e da normalização, por um viés genealógico. Canguilhem produz um conhecimento que vai da literalidade da vida, enquanto objeto dado, à normatividade, e Foucault contribui para pensar a respeito da vida produzida como objeto do conhecimento, em um campo epistêmico, depois como campo de regulação do poder e, por fim, como obra de arte.

Gilles Deleuze e Friedrich Nietzsche são autores com os quais fazemos relações limiars e que comparecem nesta tese como bússola em direção a uma abertura às forças, como vetores que indicam rotas do impensado na saúde, do trágico, da clínica e da imanência do morrer, assim como Yves Clot, autor do campo clínico do trabalho, que permite pensar na experiência normativa do viver e em uma experiência normativa do trabalhar em saúde. Este último constitui um dos eixos da problematização que permite tomar o trabalho em saúde na sua dimensão clínica enquanto atividade. Por fim, os diálogos com Judith Butler e Achille Mbembe, ainda que breves, sustentam uma ontologia da precariedade, ativando a problemática da biopolítica atualizada pela necropolítica. Giorgio Agamben comparece com a

⁶ Nosso grupo de pesquisa N-PISTA(s) – Núcleo de Pesquisas Instituições, Subjetivação e Trabalho em Análise (s) – aposta em uma ética de descolonização do pensamento operada pela territorialidade dos problemas que emergem no campo do trabalho como atividade, nas políticas públicas. Operamos uma certa antropofagia dos referenciais europeus, atualizando-os na relação com as problemáticas das questões políticas e sociais que impactam a realidade brasileira, como a precarização das políticas públicas, o avanço da governamentalidade neoliberal, a fragmentação dos coletivos e as estratégias higienistas de gestão. O grupo vem ampliando a aposta em pesquisas que problematizem questões interseccionais pelo campo clínico do trabalho, tratando da performatividade de gênero, do racismo estrutural e das pessoas com deficiência, por exemplo, em meio à composição com autores que operam uma descolonização do pensamento.

discussão acerca da profanação, para pensar em uma comunalidade do trabalho em saúde enquanto puro meio.

A essas operações analítico-conceituais serão acrescidas outras vozes filosóficas que também irão se encontrar com as vozes das trabalhadoras da saúde, dos usuários que aparecem nos casos narrados por elas, na voz da pesquisadora, da orientadora, nas vozes do grupo de pesquisa, na perspectiva do Programa de Pós-Graduação e nas vozes das práticas sociais e institucionais que emergem ao longo dessa problematização. Não se trata de buscar um uníssono, uma voz, mas, sim, de permitir as dissonâncias que favorecem pensar diferentemente e são produzidas pelo cruzamento dessas enunciações divergentes. Apostamos na composição com alteridades, estratégia própria de uma ontologia da diferença, como território do pensamento para acolher o impensado de um *querer morrer* como meio. Meio aqui se refere à existência, pois não diz de um meio entre dois – entre *querer morrer* e morrer ou viver, necessariamente –, mas sustenta uma dimensão da existência.

Outra interlocução importante nesta tese foi com a literatura, o que contribuiu para sustentar uma experiência que pudesse acompanhar discussões sobre viver e morrer pela arte, pelo romance e pela ficção, diante da radicalidade da temática da pesquisa. A literatura permitiu o exercício sinuoso da escrita, o arejamento, o frescor da língua e ensejou o surgimento e a disseminação de valores estéticos, aguçando a sensibilidade e a sinergia do pensamento. Valter Hugo Mãe, Virgínia Woolf, Albert Camus, José Saramago, Jane Teller, Eduardo Galeano, Jorge Luis Borges e Emil Cioran foram os autores de algumas obras que permitiram proceder a uma urdidura da experiência de modo a sustentar uma travessia pela tempestade provocada pela pesquisa. Os textos literários não comparecem diretamente como operadores conceituais, mas permitiram um modo sensível de percorrer este tema árduo e estarão presentes nas epígrafes de cada capítulo, enquanto uma entrada poética em cada plano de problematização.

A tese faz um convite à experimentação dessa transitividade entre viver-morrer, produzida no diálogo com diversas vozes, em encontros que operam por modulações do problema em um trânsito do viver que passa pelo *querer morrer*. No limite, esse *querer* pode seguir uma linha de aniquilamento, como no suicídio, mas pode traçar muitas outras linhas de fuga. Interessa-nos essa zona transitiva de composição, acolhimento e paradoxo.

Tais modulações tecem exercícios de problematização que produzem soluções sempre inventivas e que passam pela criação das condições de possibilidade de um solo fértil para novas problematizações, em um constante processo de diferenciação. Nessa estética, os

leitores e leitoras produzem outro plano de diálogo que pode ferir e deslocar, abrindo os corpos aos possíveis pelo acolhimento do impensado no pensamento, compondo uma continuidade do processo de transitividade pela proposição de planos infinitos de problematização. A tese, então, converte-se em um meio, em uma “conversa infinita” – para usar a imagem proposta por Blanchot (2001) – tal como as ondulações das ondas do mar que vão e vêm, sempre em movimentos diferenciados e diferenciantes.

O objetivo das torções conceituais na tese é o de problematizar as práticas de normalização da vida que apartam o morrer ou o *querer morrer* – que não se resumem um ao outro – desconstruindo uma linha argumentativa conservadora das dicotomias, principalmente pela força do pensamento de Canguilhem, de maneira a expandir a potência normativa no e pelo trabalho em saúde, dos trabalhadores e trabalhadoras, dos usuários e usuárias e da pesquisa. Afirmamos a direção e a aposta de experienciar o *querer morrer* em sua diferença, ou seja, enquanto potência de fazer diferir uma esfera normalizada do trânsito viver-morrer. Assim como Canguilhem faz uma discussão acerca das normas por entre o normal e o patológico, propomos uma operação de trânsito entre viver e morrer, sustentada pelo *querer morrer*.

Assumimos a proposta da *problematização como método* que emergiu no percurso do doutorado a partir de um incômodo⁷ com a ideia do problema da pesquisa como uma etapa de um percurso de pesquisa, proposto *a priori*. Nessa aposta, recusamos pensar o problema enquanto etapa de uma pesquisa, atingida e localizada, que frequentemente aparece na forma de uma pergunta a ser solucionada, para posicioná-lo enquanto uma experiência de problematização que sustenta um certo exercício do pensar e do pesquisar.

O problema da pesquisa, então, desloca-se do lugar tradicional de meta, de objetivo final ou de destino – *meta-hodos* (etimologia de método: *metá* = reflexão, raciocínio, verdade + *hodos* = caminho, direção) para o lugar de meio que sustenta uma experiência do pensamento, enquanto *hodos-meta*, no qual o próprio processo de pesquisa converte-se em método (PASSOS; BARROS, 2009). A problematização opera um método que sustenta este exercício, dando passagem para a pesquisa enquanto uma experiência transformadora e compõe uma das operações conceituais produzidas neste percurso.

⁷ Esse estranhamento deu origem a uma disciplina na qual experimentamos um processo aberto às transformações, e teve como efeito a produção de um artigo: “A Problematização como Método: uma Política para o Pensamento” (AMADOR; FERNANDES; PRUDENTE, 2020) que está no prelo na **Revista Arquivos Brasileiros de Psicologia**. “A problematização como método” foi uma disciplina oferecida para graduação, pós-graduação e alunos especiais em uma experiência de estágio docência, durante o segundo semestre de 2016, com o então mestrando Daniel Rodrigues Fernandes, a doutoranda Jéssica Prudente e a professora e orientadora Fernanda Spanier Amador.

Na operação da problematização como método, importa pensar a relação problema-aprender antes da conexão entre problema-saber. No primeiro nexo, a enunciação dos problemas é inventada pela afecção de signos, enquanto no segundo, o saber é objetivado por regras que imprimem uma solução em função dos problemas colocados anteriormente (GELAMO, 2008). Nesse sentido, importa menos quais são as ferramentas utilizadas no percurso da pesquisa, sejam entrevistas, grupos ou cartas, por entre estratégias ditas genealógicas ou cartográficas, mas sim o modo de sustentação da pesquisa pela modulação do problema que vai sendo atualizado no processo, sendo que essa potência de diferir pode permitir o pensamento acontecendo enquanto ruptura. Trata-se de um pensar *no* movimento, acolhendo o impensado, para sustentar a duração de uma dimensão problemática, pela natureza insistente dos problemas (GELAMO, 2008).

A problematização como método opera por descontinuidades. Essa aposta posiciona a pesquisa em um plano ético-estético-político, pelos vieses processuais, inventivos, críticos e de transformação, o qual engendra um território de produção de conhecimento, transversalizando o pensamento. Afirmar uma atenção às descontinuidades como modo de pesquisar implica desconstruir e desnaturalizar as verdades dadas como óbvias e imutáveis, abrindo-as como dispositivos históricos, como “máquinas de fazer ver e fazer falar” (DELEUZE, 1999b) e como jogos de verdade, os quais evidenciam um campo agonístico da produção dos discursos (como práticas), uma não homogeneidade e uma não linearidade do pensamento.

Por entre as faces organizadas, lineares, progressivas e uniformes da história das ciências, da filosofia e das disciplinas, que produzem campos de saber-poder, há uma intensa luta de forças em disputa. Essa posição da produção de conhecimento que percorre descontinuidades consiste em um modo genealógico de pesquisar e intervir e produz um campo de problematizações, fazendo o problema durar e diferir enquanto potência de criação de soluções inventivas e abertas ao devir.

A proposta da tese, então, emergiu em meio a um encontro no trabalho em saúde e fez com que os sentidos se multiplicassem abrindo linhas de pensamento em ondulações de diálogos. A escrita da tese, desde o início, foi uma aposta de ampliação, de bifurcação de planos entendidos como condições de possibilidade de uma pergunta, sustentada por uma estratégia genealógico-cartográfica, que percorre processos e traçados do pensamento em ação, e que encontra na problematização como método uma potência de desnaturalização do lugar

essencialmente epidemiológico e psiquiátrico do suicídio, por meio da tensão colocada pelo *querer morrer*.

Produzindo questões e fazendo-as diferir, deslocamos a evidência de que *querer morrer* significa um ato de loucura, um ato cuja grade de leitura é quase que exclusivamente psiquiátrica (e psicológica), ampliando uma concepção moralizada de saúde e apresentando o campo do trabalho em saúde mental como um território de riscos. Desse modo, pela pergunta abrem-se planos analítico-conceituais, os quais produzem uma conversa infinita que dobra e desdobra o problema da tese. Propomos três planos analítico-conceituais que operam modulações estratégicas do problema da tese, amplificando conversas, quais sejam:

1. A morte do *querer morrer* no contemporâneo;
2. Normalização e normatividade: dimensões em transitividade; e
3. Trabalho em saúde em sua dimensão clínica: entre riscos e profanações.

Esses eixos analítico-conceituais são animados por movimentos estratégicos que permitiram operações epistemológicas, metodológicas e analíticas. Um movimento de uma trabalhadora psicóloga que se faz doutoranda e pesquisadora ao ser “ferida” em uma situação do trabalho em saúde, e um outro movimento, tal como uma onda, que, pela duração das veredas abertas em um encontro pungente no trabalho em saúde mental, relança-se ao mar para compartilhar outras águas, agora com psicólogas trabalhadoras da saúde mental de diferentes serviços, mediante conversas-entrevistas individuais e em grupo. A tese, assim, amplifica-se em conversas infinitas.

Trata-se de ondulações, de um movimento de ir e vir, que, ao retornar, amplia uma potência de diferenciação pelo exercício da problematização, atravessada pela dimensão do risco de transbordamento das normas e de composição com o *querer morrer*. Cada um dos três planos destacados impulsiona as ondulações dos encontros que se abrem em conversas revirando águas revoltas sem buscar um porto seguro para atracar. A problematização sustenta um movimento de navegação. Deleuze e Parnet (1998, p. 154), tratando da questão de como o desejo pode desejar sua própria repressão, indicam que os poderes que o esmagam “já fazem parte dos próprios agenciamentos do desejo: basta que o desejo siga aquela linha, para ser levado, como um barco, por aquele vento”. Em razão disso, há um esforço de traçar outras rotas por entre a força centrípeta das máquinas binárias⁸ que nos arrastam, tal qual um tornado, para a dicotomia vida e morte.

⁸ Segundo Deleuze e Parnet (1998, p. 31), “a máquina binária é uma peça importante dos aparelhos de poder”, as quais operam por modulações dicotômicas produzindo linhas molares, segmentárias duras.

O primeiro plano analítico-conceitual propõe um movimento da modulação do problema da pesquisa sustentado pela operação de uma desnaturalização do suicídio e do risco de suicídio em direção ao que nomeamos como *querer morrer*. Destaca-se aqui o caráter ativo da enunciação de *querer morrer*, que pode interrogar modos de produção de vida no contemporâneo, modos de subjetivação, produzindo linhas de fuga, bem como por meio de uma reatividade⁹, pode culminar em uma suspensão de um estado de coisas, uma morte do organismo. Nossa aposta sustenta-se na potência problemática do *querer morrer* em sua tendência à proposição de um território ético da discussão, menos moralizante e totalitário que a maioria das discussões acerca do suicídio que partem de uma relação de causa e efeito em busca de soluções definitivas, estáveis e individuais.

O exercício crítico não está dirigido ao ato de tomar a vida enquanto um valor que sustenta as práticas em saúde, mas ao de substancializar ou essencializar essa vida determinada como uma meta do cuidado em saúde, como um fim em si mesma. Desse modo, abre-se uma questão filosófica sobre o *querer morrer*, mas ela desenvolve-se no escopo da Psicologia Social e Institucional enquanto problematização normativa, social e vital. Tanto o lugar sacralizado do suicídio, quanto a ligação naturalizada entre *querer morrer* e loucura (enquanto patologia) são produções que implicam a construção de valores metafísicos, os quais são colocados em questão no processo da pesquisa pelas intervenções epistemológicas, institucionais, clínicas, literárias e de produção de modos de subjetivação.

O esforço da modulação deste primeiro plano tem uma potência genealógica e se faz necessário diante do tabu que envolve a discussão da morte, do suicídio e dos riscos. Ainda que seja um movimento inicial desse deslocamento, pois o discurso moral sobre o morrer tem raízes profundas em nossa cultura e difíceis de movimentar, nossa proposta é a de fazer uma tentativa e correr riscos. Fala-se muito em prevenção do suicídio, mas quando essa linha de cuidado entra em ação, há uma demanda que já se construiu e foi percebida como sendo da ordem desse ato de agressividade contra si: um suicídio já está em curso quando a prevenção é acionada e é localizado no indivíduo. Nesse sentido, posicionamos o problema da pesquisa nas linhas de força que ainda não ganharam forma, não foram sintetizadas nem diagnosticadas, estranhando a evidência nefasta de tratar o *querer morrer* sempre como transtorno psiquiátrico e sinal de agravamento de alguma desordem mental pré-existente. Nefasto, aqui, dirige-se a uma inexorabilidade de um *querer morrer* ligado ao luto, à morte e ao aniquilamento perpetrado pelo suicídio.

⁹ Esse caráter ativo e reativo da enunciação de um *querer morrer* é entendido no sentido de exercício de uma força, tal como apresentamos pela leitura de Deleuze (2018), a partir de Nietzsche.

O segundo plano analítico-conceitual trata das estratégias de produção da normalização e da normatividade, construindo um território que permite percorrer o trabalho em saúde pelo meio, por uma dimensão transitiva das normas. As políticas de normalização são problematizadas no diálogo com Michel Foucault, em meio às estratégias disciplinares de governo da vida, e a produção da imanência de uma normatividade é desenvolvida no encontro com as elaborações de Georges Canguilhem acerca do processo vital e da produção de conhecimento. As normas vitais e sociais, efeitos dos processos de normalização e de normatividade, são coemergentes e compõem as nuances e matizes que ganham materialidade entre deveres e devires do trabalho em saúde.

O terceiro plano analítico-conceitual afirma o trabalho como território de riscos, em seu movimento processual e não linear, sendo permeado pelo desafio de assumir os riscos na gestão do trabalho em saúde por entre a operação de uma gestão dos riscos, produzindo um ofício como um lastro de lutas, histórias e memórias. Essa experiência em meio aos riscos desdobra-se em uma agonística de forças que compõem a dimensão clínica enquanto produção de desvios, como *clinamen*, pois “é na afirmação desse desvio, do *clinamen*, portanto, que a clínica se faz” (PASSOS; BENEVIDES, 2001, p. 93). Entendemos que os riscos são constitutivos da experiência de transitividade do processo vital, o que exige aberturas para que o trabalho não se fixe na exaustiva tarefa de localização dos riscos nos indivíduos, tanto usuários como trabalhadores.

Esses três planos analítico-conceituais são animados pela politização da vida, do trabalho em saúde e pelos encontros com diversas vozes que amplificam conversas infinitas, dando lugar na escrita da tese às vozes dos colegas, professores e outros tantos e tantas que comparecem como intercessores. Entendendo a política como modo de viver por entre modos de governar, politizar essas dimensões implicou encontrar outras vidas, narrativas, instituições e dar passagem a outros modos de entender os dilemas que envolvem esse exercício clínico na relação com riscos, na política pública de saúde, posicionando a tese em uma dimensão crítica e que interroga o presente. A estratégia foi a de compartilhar um problema vital na clínica que emerge no encontro com o desejo de morte, que nomeamos como *querer morrer*, por meio de entrevistas e grupos com trabalhadoras psicólogas do Sistema Único de Saúde.

Produzimos conversas com essas trabalhadoras de uma diversidade de equipamentos de saúde – hospital, emergência psiquiátrica, CAPS e ambulatório de saúde mental –, enfocando a discussão sobre o risco de suicídio e o *querer morrer*, o que permitiu uma singularização do campo problemático da tese. Os afetos e elementos dialógicos produzidos

nessas conversas serão engendrados com as discussões dos planos analítico-conceituais, produzindo modulações da problematização como método a partir de transversalidades de uma experiência ético-estético-política.

Entendendo a transversalidade como a produção de um grau máximo de comunicação em uma dimensão impessoal (GUATTARI, 1987) – dimensão essa que indica multiplicidade e não equivalência entre coletivo e conjunto de pessoas, mas plano de emergência de subjetividades, relações e agenciamentos (ESCÓSSIA, 2014) –, que se efetua entre diferentes níveis e sentidos, as entrevistas serão analisadas engendradas aos planos analítico-conceituais, por platôs ético-estético-políticos, que atravessam a tese, em uma dimensão comum da experiência clínica no trabalho em saúde. Esse procedimento de construir as análises de modo transversal expressa a produção do pensamento que foi sendo experimentado como conversas infinitas, pelas modulações de um exercício de problematização.

Como nos indica Eduardo Passos (2019, p. 131), “precisamos falar da transversalidade como diretriz metodológica para pensarmos em sintonia com o contemporâneo”. Trata-se, nesta tese, de pensar o presente entre diferentes linhas de produção que atravessam um *querer morrer* e um trabalho em saúde. A transversalidade do Platô Ético indica a produção de diferentes modos de relação com o mundo, o Platô Estético enfatiza uma dimensão criadora e inventiva da experiência e o Platô Político sugere pensar essa relação da experiência por entre regimes de saberes e estratégias de governo. Desse modo, ainda que uma experiência ético-estético-política seja da ordem de um coengendramento, para cada plano analítico-conceitual, será enfatizada uma dessas transversalidades, acompanhadas de platôs animados por séries de análise e de excertos das entrevistas, produzindo diagramas de forças, quais sejam:

- Platô Ético: confiança-queda-risco;
- Platô Estético: problema-crítica-normatividade; e
- Platô Político: protocolo-comum-ofício.

Desse modo, o primeiro plano analítico-conceitual, qual seja, “A morte do *querer morrer* no contemporâneo”, é transversalizado pelo Platô Ético. Em seguida, o segundo plano analítico-conceitual, “Normalização e normatividade: dimensões em transitividade”, é transversalizado pelo Platô Estético. Por fim, o terceiro plano analítico-conceitual, intitulado “Trabalho em saúde em sua dimensão clínica: entre riscos e profanações”, é transversalizado pelo Platô Político.

Entre dilemas, narrativas, afetos e resistências foi sendo produzido um diagrama de forças que ganha a imagem de conversas infinitas, fazendo emergir a multiplicidade de vozes

da precariedade que atravessam o trabalho em saúde: nos acessos, nos recursos, nos modos de vida, nos riscos, no sofrimento e na rede de saúde, que também dizem de uma ontologia da precariedade, como indica Butler (2018), mas que se distribui de modos diferentes na população em uma ontologia da política, dado que todas as ações produzem modos de vida. Assim, *querer morrer* não se produz como um universal, pois implica diferenças que emergem em uma superfície política e precária do trabalho em saúde, tecendo um diagrama de forças de diferentes intensidades de análise.

A linha de condução do caminho metodológico e epistemológico da tese foi, desde o começo, o compartilhamento do problema, sustentando a problematização como método que fez a genealogia, a cartografia e a dialogia ganharem velocidade e força. A estratégia da pesquisa é genealógica porque as análises visam ao traçado de produção de um pensamento em ação, tanto de pesquisadores quanto de pesquisados, problematizando as evidências e evidenciando as contingências que condicionam, delimitam, institucionalizam e criam a existência de saberes e práticas no que tange às questões do trabalho em saúde.

A metodologia é também cartográfica porque pretende acessar processos – dos trabalhadores, usuários, da pesquisa, por entre processos de subjetivação, de normatividade e do trabalho em saúde pelo viés da clínica –, os quais envolvem aquilo que não se resume à representação, sendo da ordem de um pensamento problematizador que passa pelo exercício incessante de tentar acessar um plano de forças. A perspectiva da atividade compõe essa cartografia, dando passagem para o trabalho em saúde em sua dimensão criadora e produtora de normatividades. E, por fim, a metodologia é dialógica porque toma os discursos e vozes que se cruzam, encontram, atravessam ou transversalizam como um campo de disputas, como um jogo agonístico na linguagem, sempre em produção.

Confiar se fez um processo importante para viabilizar o pesquisar no que diz respeito ao estabelecimento de uma confiança enquanto território das relações. Foi preciso, inicialmente, produzir a confiança na relação de orientação e no grupo de pesquisa, apostando que juntas poderíamos suportar o peso das discussões, bem como respeitar os tempos dos colegas e o da pesquisadora, sustentando uma abertura aos afetos e às sensibilidades. Esse tema exige um trabalho analítico constante, pois não foram poucas as vezes que, pelas questões políticas, institucionais ou pessoais, foi difícil seguir.

Durante o curso do doutorado, um colega de graduação, de profissão e de pós-graduação da pesquisadora, que chegou a se tornar professor e ser supervisor de estágio de docência, um professor jovem e negro, tomou como caminho uma dessas linhas de força que

levam à morte. Cruzou o limite. Não cabe aqui falar dos motivos ou julgar a situação, mas foi uma perda importante, tanto pessoal quanto institucional. Vivemos dias de silêncios e angústias. Foi preciso confiança para seguir sustentando a pesquisa, com o devido tempo e respeito a um processo necessário de luto, em meio às lutas dos discursos que envolveram essa perda, a qual foi alimentada nos espaços coletivos, dentro e fora da instituição de ensino, por um acolhimento de um tempo suspenso. Confiança no processo, no tempo e na potencialidade normativa da pesquisa.

Houve uma aposta de entender esse tempo como uma norma também – ainda que fosse dessas normas que nos tornam pequenos e reclusos –, mas ainda assim com capacidade de composição e de transformação. Perdemos também, no ano de 2019, a professora Tânia Mara Galli Fonseca, professora e uma das fundadoras do PPGPSI, que permanece com a força do seu pensamento habitando vidas e textos. Foram tempos de perdas, de lutos e de lutas.

O campo das políticas públicas vem sofrendo ataques, cortes de verbas, destruições de serviços e deslegitimação das práticas como nunca antes visto neste país. Em especial, a educação e a pesquisa têm sido alvo de práticas violentas e políticas de austeridade extremas por parte do atual governo. Com o discurso vigente de que o grande vilão do país é o serviço público e de que a salvação está na iniciativa privada, sustentar a pesquisa na universidade pública tem trazido sofrimento para todos os envolvidos: principalmente alunos, professores, funcionários e a população atendida pelas ações de extensão realizadas pelos diferentes cursos das universidades públicas.

O aumento do sofrimento psíquico também tem sido experimentado nesse contexto, bem como as notícias de que muitos têm adoecido ou buscado a morte como possibilidade. Nesse sentido, falar da vontade de morrer em meio a um momento nefasto foi se tornando um árduo trabalho, difícil de sustentar e de seguir pensando. Ao mesmo tempo, a crítica a um entendimento individualizante e reduzido do *querer morrer*, que quase sempre aparece tendo como única grade de inteligibilidade o suicídio, foi ganhando força pela aposta em uma dimensão de produção coletiva, genealógica e transitiva do morrer.

Agora, no momento de finalização da tese, somos acometidos por uma pandemia em função de um vírus, o novo coronavírus (SARS-COV-2, causador da Covid-19), que tem um alto potencial de contágio e que tem sobrecarregado os serviços de saúde em diversos países, levando milhares de pessoas à morte¹⁰. Uma das estratégias de reduzir o contágio é o

¹⁰ Como a situação da pandemia do coronavírus é um cenário novo, o que há, por ora, de referências são reportagens, notícias ou textos curtos que expressam as contundências do cotidiano, servindo como registro. BRUM (2020). O vírus somos nós (ou uma parte de nós). **El País**, Brasil, 25 mar. 2020; A PANDEMIA expôs

isolamento social, a fim de diminuir o número de pessoas infectadas e a lotação dos leitos hospitalares. Essa pandemia evidencia os modos de gestão da vida e da morte por parte das estratégias de governo, radicalizando as desigualdades sociais em nosso país e explicitando o caráter genocida do governo federal atual, principalmente em relação aos segmentos mais vulneráveis da população. Diante de uma catástrofe política, ocupar a cidade e as ruas é uma possibilidade de risco sanitário, pois coloca em risco a vida de todos e de cada um, o que vem fazendo pensar sobre resistência em tempos de pandemia.

A biopolítica em sua face necropolítica se apresenta todos os dias nos discursos naturalizados sobre as taxas de mortalidade, sobre quem são os sujeitos mais ou menos vulneráveis, sobre quais populações irão receber atenção ou suprimentos de prevenção. Também há um debate constante entre gestores com um falso problema entre a preservação da economia ou da vida, como se fosse possível pensar em uma sociedade sem vida.

Safatle (2020) tem chamado esse modo de gestão de “estado suicidário”, ou seja, um modo de governo que deseja acabar com a vida de um determinado tipo de estado, qual seja, o de direitos, e com isso, exterminar a população que precisa dessas garantias para viver. A morte, assim, compõe o jogo político partidário em uma escala colossal, evidenciando um circuito de interesses e de prevalência do capital sobre o destino da saúde e da vida da população. Tudo está na superfície de modo assustador, pois não há metáforas ou eufemismos por parte de muitos gestores e da parcela da sociedade que corrobora essa ideia: se a morte de muitos não importa, o que sobra para a vida?

Outra questão desses tempos de crise diz respeito aos rituais religiosos, de celebração e de despedida. Para evitar aglomerações, festas, reuniões, *shows* e celebrações não são permitidos, mas também os velórios não têm sido possíveis. Um dos últimos eventos comunitários na contemporaneidade, que costumava reunir amigos e familiares eram os velórios, nos quais havia um certo compartilhamento de um afeto de memória, saudade e sustentação coletiva do luto. Entretanto, em tempos de pandemia, as pessoas morrem sozinhas nos hospitais, nas casas ou nas ruas e são enterradas sem rituais nem agrupamentos, muitas vezes em valas, como vemos nas cenas de países como os Estados Unidos, a Itália, o Equador e agora o Brasil. Caminhões carregam corpos anônimos para lugares distantes das cidades, pois as funerárias não conseguem absorver o número crescente de mortos.

o apartheid não oficial do Brasil em toda a sua brutalidade. Entrevista com Eliane Brum. **Portal Geledés**, 12 junho 2020; OLIVEIRA (2020). Em meio à pandemia do coronavírus, SUS e planos de saúde ainda não acertaram regras para distribuir leitos. **El País**, Brasil, 10 abr. 2020.

Mortes sem rituais: estranho fenômeno que se assemelha ao tratamento dado aos suicidas, que não tinham lugar nos solos sagrados dos cemitérios católicos. Era-lhes negado o direito à memória e ao velório, possivelmente como forma de recusar e negar essa experiência. No Brasil, segundo Jonnefer Barbosa (2020, p. 3), as valas comuns¹¹ emergiram como um “dispositivo colonial escravocrata”, depois como local de desaparecimento de “indigentes ou subversivos, endividados com o narcotráfico ou para toda e qualquer memória que deva ser obturada, apagada, segundo os cálculos do niilismo de Estado que hoje absorveu as máquinas de guerra criminais, como no Brasil das milícias governantes (BARBOSA, 2020, p. 3-4).” Já nos anos 1970, durante a ditadura militar, o cemitério de indigentes chamado Dom Bosco, no bairro de Perus na cidade de São Paulo, passou a receber cadáveres de desaparecidos políticos (BARBOSA, 2020). Segundo esse autor, se a biopolítica incide sobre o corpo vivo da população, essa política de desaparecimento opera em um plano histórico, recusando a memória e as marcas dessas existências.

Esse desaparecimento operado em um plano histórico incide também sobre as políticas públicas, com o intuito de operar um aniquilamento do ofício dos trabalhadores, ofício esse que opera pela força de atualização das memórias e lutas que vertem pelas veias do presente. Nada mais justo, então, do que pensar o Estado atual como um estado suicidário, no qual a morte não pode mais ser compartilhada e que recusa a memória, a história e o legado aos trabalhadores, aos desaparecidos políticos, aos pobres, aos escravos e aos indígenas. Entretanto, as mortes de agora, em tempos de tecnologia, são filmadas e fotografadas, não mais distantes de uma política de visibilidade e têm sido normalizadas nos discursos, previstas, esperadas, banalizadas contabilizadas como indicativos da pandemia. Tempos difíceis de escrever sobre viver, morrer, trabalhar e pesquisar.

Coube a nós viver-morrer neste presente e acolher este atravessamento histórico na escrita da tese, a qual já problematizava a questão do viver, do morrer, do *querer morrer*, da saúde, dos riscos, do trabalho em saúde e da clínica. A pandemia acelerou críticas sociais que talvez levassem anos para acontecer, ecoadas por parte de alguns segmentos sociais, ainda que existam práticas negacionistas tanto na esfera político-partidária quanto na sociedade civil. O caráter necropolítico e individualizante da governamentalidade neoliberal e o modo de vida capitalista produzem efeitos de recrudescimento das desigualdades sociais, evidentes nos modos de gestão do trabalho, na fragmentação dos coletivos, nas dificuldades de acesso aos

¹¹ BEATRIZ (2010). Caixões serão empilhados em valas comuns de Manaus para suprir demanda de enterros; famílias criticam medida: 'Não é digno'. **G1 Rede Amazônica**, Amazonas, 27 abr. 2020.

serviços básicos de saúde e assistência e na precariedade das condições de vida da maioria da população.

Um dos desafios desta escrita é o de lidar com um presente permeado de modo contundente por uma necropolítica, repleto de incertezas, isolamentos, desigualdades e desordens, escrevendo uma tese que traz o *querer morrer* para o jogo do viver em um tempo em que a morte roubou quase todas as cenas. Entretanto, o morrer do qual estamos tratando produz aberturas e ampliações que podem nos conduzir por planos de composição, de coletivização, por entre conversas infinitas.

“[...] morrer, é ainda viver [...]”

Pierre Macherey

“Bateu com a pedra, e havia uma raiva crescente,
 uma incontrolável vontade de ferir algo
 que se ausentava da realidade tangível do mundo.
 A senhora Kame lhe tomou o pulso,
 para que aceitasse a medida da morte.
 O besouro nunca morreria mais do que já morrera,
 e as ideias nunca terminariam à força de um golpe,
 por mais desautinado que fosse desferido”.

Valter Hugo Mãe

1. A MORTE DO QUERER MORRER NO CONTEMPORÂNEO

“Por que eu não posso *querer morrer*?” A pergunta enunciada em um atendimento clínico cortou o infinito das palavras. Atingiu o corpo da psicóloga trabalhadora do SUS de um jeito desconcertante, pungente. Nunca havia pensado sobre a obrigatoriedade do viver promovida pelas tecnologias da saúde e pela psicologia enquanto disciplina. Sempre se faz viver, de qualquer jeito, a qualquer custo? Essa parece ser uma premissa sacralizada nos códigos de ética e nos protocolos de segurança à vida. Há uma proibição do *querer morrer*, pois quando emerge esse desejo, aparatos institucionais, familiares e de segurança são colocados em funcionamento. O sujeito que profere tal discurso torna-se desautorizado de si: não pode mais escolher, desejar, agir, a não ser ceder e submeter-se. Essa pergunta produz a gênese de um processo de pensamento: um acontecimento que rompeu com um certo modo de subjetivação, implodindo-o. Na ocasião na qual emergiu, não se sabia mais que recursos utilizar diante da constante injunção a um determinado modo de viver ao qual a usuária estava sendo submetida ao longo dos anos. Ela dizia sentir que parecia ter uma obrigação de viver.

Diante da afirmação “*eu quero morrer*”, há uma suspensão do tempo. No contexto da dimensão clínica do trabalho em saúde mental, impõe-se um hiato que corta o fluxo e as automatizações cotidianas nos serviços. Os protocolos indicam o que se deve fazer diante dessa situação e fornecem os passos de uma intervenção em situações de risco, a fim de controlar, prever, prevenir e cuidar. Intervir, nesse caso, passa por impedir um desejo,

neutralizar uma força e controlar os riscos, suprimindo-os. O sentido da intervenção exige a evitação do risco.

De quem é o risco? Geralmente é visto do lado do usuário, mas há diversos riscos nesse trabalho que estão em carne viva e são ignorados em nome das classificações e dos processos. Ao acompanhar situações como essa, podemos pensar sobre as naturalizações dos mecanismos de segurança – como internações psiquiátricas, internações domiciliares e prescrição de medicações – e seus efeitos de subjetivação e de exercício de poder. Os protocolos mantêm e conservam o instituído, reificando modos já estabelecidos de trabalhar com o risco, evitando-o e localizando-o em um determinado ponto. Entretanto, há uma zona problemática e um embate de forças que exige uma demora: zona na qual o risco coloca-se como condição de possibilidade e as forças ativas cortam as naturalizações.

Philippe Artières (2004), ao falar sobre o modo de escrita e de diagnóstico produzido por Michel Foucault, refere que o autor “não expunha um discurso sobre os acontecimentos, mas atravessava fisicamente cada um deles, e era dessa experiência única que um verdadeiro diagnóstico podia emergir” (ARTIÈRES, 2004, p. 37). É disso que se trata nesta tese: corpos que atravessam outros corpos em sua potência de recusar a vida, ou, pelo menos, um determinado tipo de vida, transformando modos de existir. Um *querer morrer* produziu encontros que interrogaram a obviedade da prescrição da vida *a priori*, sempre pensada na direção de seu prolongamento e de sua manutenção enquanto vida normalizada. Temporalidades que operaram suspensões do pensamento e desnaturalizaram verdades – por *sustensão*¹² – mudaram o tom, elevaram o afeto. Não foi mais possível seguir sem acompanhar essa linha que coloca viver e morrer em questão, na tensão das forças, entre corpos, encontros e tempos. Interessa-nos percorrer o espaço de uma zona difusa, de risco, de limites, como o fio de uma navalha que sempre pode cortar.

Trata-se, nesta tese, de temporalidades de uma transitividade vital, no processo viver-morrer, as quais desestabilizaram o pensamento, convocando uma urgência, uma demora, uma reflexão – uma duração. Os discursos que colocam a vida em questão são quase sempre entendidos como doença, especialmente no campo da saúde, de modo geral, e da psicologia e psiquiatria, de modo específico¹³. Entretanto, enquanto experiência histórica, *querer morrer* ou recusar a vida nem sempre foram movimentos da ordem da doença. Que forças vão produzir esse discurso que transforma *querer morrer* em doença, necessariamente? Como se

¹² *Sustensão* é uma elaboração conceitual desta tese e será problematizada no último capítulo.

¹³ Allen Frances, no livro “Voltando ao Normal” (2016), faz uma importante crítica ao campo da psiquiatria, indicando um excesso de diagnósticos que psiquiatizou a vida, como veremos a seguir neste capítulo.

produziu essa relação com o *querer morrer*, sempre colocado no lugar de desordem, transtorno, anormalidade e loucura?

As recusas excedem explicações e convocam um exercício ético de problematização sobre essa produção, que possa extrair potência daquilo que parece emergir como força. O que está em análise neste capítulo é um exercício de desnaturalização do *querer morrer* enquanto sinal exclusivamente patológico, o que implica uma espécie de coragem, que se produz na passagem de uma dicotomia – vida ou morte – para um trânsito – viver-morrer. Procederemos por aproximações, analogias, limiares e zonas de convergência, dado que o “objeto” em questão – o *querer morrer* – apresenta-se como sendo da ordem de um movimento, de um processo que não cessa de se atualizar, como uma transitividade vital. Pelas transformações do lugar da morte na história do ocidente e na clínica médica e pelos deslocamentos da questão do suicídio, principalmente na filosofia, compõe-se uma linha dos possíveis movimentos de *querer morrer*, que contemporaneamente é entendido quase sempre como patologia. Essa última, tomada enquanto anormalidade, produz-se como objeto do saber-poder psiquiátrico, pois verdade e poder estão associados, em uma relação constante de produção. Nas palavras de Foucault (2006a, p. 229):

Há efeitos de verdade que uma sociedade como a sociedade ocidental, e hoje se pode dizer a sociedade mundial, produz a cada instante. Produz-se verdade. Essas produções de verdades não podem ser dissociadas do poder e dos mecanismos de poder, ao mesmo tempo porque esses mecanismos de poder tornam possíveis, induzem essas produções de verdades, e porque essas produções de verdade têm, elas próprias, efeitos de poder que nos unem, nos atam. São essas relações verdade/poder, saber/poder que me preocupam.

Saber e poder estão, desse modo, em uma relação de indissociabilidade e de coprodução. Portanto, um campo de saber produz efeitos de poder e relações de poder operam efeitos de verdade e saber. Nesta tese, serão analisados os campos de saber e poder relativos à área da saúde, na especificidade da questão dos casos de risco de suicídio, que se desdobram nos planos problemáticos da pesquisa, principalmente o poder psiquiátrico, e, posteriormente, o poder psicológico. O *querer morrer*, a patologia e o risco de suicídio se conectam ao agenciamento do poder psiquiátrico e psicológico, pelas estratégias de normalização.

O que distingue o poder psiquiátrico do poder psicológico, em uma perspectiva macropolítica das disciplinas, enquanto campos de saber-poder, é o uso das tecnologias que qualificam as atribuições de cada área: a psiquiatria tem ao seu dispor as medicações como recursos terapêuticos e o manejo das relações; e a psicologia tem como recurso apenas o

segundo, ou seja, o manejo das relações¹⁴. Essa diferença de recursos tecnológicos evidencia um caráter de exclusividade do saber psiquiátrico ao campo da medicina, restrito aos médicos, e um caráter de compartilhamento do saber da psicologia em várias áreas (exceto a avaliação psicológica), o que é facilmente capturado pelas ondulações da serpente na sociedade de controle (DELEUZE, 1992), tornando-a um discurso de áreas que tem como único interesse o lucro, como, por exemplo, o mercado dos *coachings*, que inclusive não possuem caráter de profissão ou de ciência. Também a psicologia produz uma prática que se sustenta numa perspectiva ético-política da subjetividade, mas, quando restrita em sua dimensão disciplinar e adaptacionista, é ainda mais facilmente capturada pelos anéis da serpente.

O poder psicológico emerge como um dos alvos da crítica operada pela tese, pois uma certa modulação da psicologia vem associando-se à governamentalidade neoliberal, produzindo um modo indivíduo que coloca o lucro como destino estrito da vida, individualizando a responsabilidade pelos sucessos e fracassos e negando uma produção social dos sujeitos. Nesse sentido, o *querer morrer* como signo do suicídio, como parte (exclusivamente) de categorias nosológicas, também pode ser pensando como um efeito dessa individualização, que localiza no indivíduo a “responsabilidade” da manifestação desse sofrimento.

1.1 DA RELAÇÃO COM A MORTE: DESLOCAMENTOS E SEPARAÇÕES

Como modo de sustentação da problematização como método, esta revisão de literatura prestou-se a um exercício analítico: acompanhar a produção de um saber a respeito da morte, do *querer morrer* e do suicídio em uma espécie de arqueo-genealogia, permitindo a produção de uma superfície de modulação dessas experiências. Tais deslocamentos se atualizam e se transformam de modo descontínuo ao longo do tempo, permitindo traçar condições de possibilidade para sustentar um “intervalo” entre *querer morrer* e suicídio. Intervalo, aqui, diz da produção de uma certa disjunção dos termos, enquanto quebra, desvio e descontinuidade, recusando uma não identidade entre esses processos. Desse modo, quebra-se a linha binária entre *querer morrer* e suicídio, permitindo a abertura de um mundo de normatividades.

Percorrendo leituras históricas sobre a morte, encontramos uma primeira informação sobre essa experiência: o *silêncio*. De acordo com Michel Vovelle (1996, p. 19), “a leitura do

¹⁴ Destaca-se a atribuição exclusiva dos psicólogos no campo da avaliação psicológica.

século XVIII, o Século das Luzes [...] teve o cuidado de extirpar a morte, de aniquilá-la”. O autor refere que “a história da morte é a história dos silêncios involuntários e dos silêncios voluntários”. Um silêncio que vai sendo atualizado por transformações em relação à experiência da morte, que vão afastá-la, separá-la da vida comunitária e destituí-la de uma certa condição de existência, de uma composição com a vida. Na Idade Média, a memória “tinha um significado social que unia o vivo ao morto como sujeito de direitos” (OEXLE, 1996, p. 36). Essa ideia “está essencialmente ancorada no direito medieval. Os mortos podem aparecer como autores e réus” (OEXLE, 1996, p. 40).

Pelas indicações e registros históricos, percebe-se uma continuidade entre vivos e mortos marcada pela memória (no sentido de conservação e lembrança), pelos rituais¹⁵ (banquetes, canto, dança, etc.) e pela condição de sujeito de direitos que se designava ao morto, como alguém capaz de agir de algum modo: “Nas concepções mais antigas, o *status* dos mortos não é determinado pela ‘memória’ subjetiva, [...] mas constitui [...] um fato objetivo: os mortos são pessoas no sentido jurídico, são sujeitos de direitos, bem como sujeitos de relações na sociedade humana. Em outras palavras: estão presentes entre os vivos” (OEXLE, 1996, p. 30, grifo do autor). Sobre essa memória e sobre o vínculo de continuidade entre vivos e mortos, diz Oexle (1996, p. 40, aspas do autor):

Aqui também a memória do morto é constitutiva. A celebração dos mortos é uma forma elementar de estabelecer a autoconfirmação de um grupo social, pois a memória do morto indica a duração desse grupo no tempo e torna-se desse modo a origem do conhecimento da própria história do grupo. Por tal motivo, a memória é um momento constitutivo das linhagens nobres ou reais. O conceito de “linhagem” é definido de forma a originar-se através do conhecimento dos vínculos entre vivos e mortos. Nesse caso, historiografia e liturgia são inseparáveis.

Nas pesquisas historiográficas, poucas linhas são dedicadas aos mortos sem hierarquias, sem linhagens ou nomes importantes. Fala-se e escreve-se pouco sobre a morte, mas o que se escreve, geralmente, está dedicado aos nobres, reis, heróis e aos sujeitos que ocuparam lugares de visibilidade institucional e histórica, principalmente homens. Não por acaso, Michel Foucault, no texto *A Vida dos Homens Infames* (2006d), dedica importantes páginas ao “desaparecimento” de muitas vidas e mortes ao longo da história, morreres

¹⁵ “No centro do culto aos mortos na Antiguidade pagã está a refeição dos mortos, sobretudo na forma do banquete fúnebre. Nele, o morto é considerado como agente e verdadeiro participante do banquete juntamente com a família, parentes e amigos que dele tomam parte, junto à sua sepultura, e para o qual devem ser providenciados alimentos, utensílios e mobília. [...] Da idéia de presença do morto no banquete fúnebre resulta o fato, estranho para a visão moderna, da estreita ligação do canto e da dança, enquanto um segundo elemento, com o comer e beber junto à sepultura. O canto e a dança junto à sepultura são também expressão de que os vivos integram os mortos em sua sociedade, de que os deixam tomar parte em suas vidas” (OEXLE, 1996, p. 52-53).

menores que não carregam pompa nem circunstância, que não são considerados dignos de serem lembrados. Quando ganharam espaço nos registros, geralmente encontravam-se nos julgamentos, condenações e prontuários: “Esses discursos realmente atravessaram vidas; essas existências foram efetivamente riscadas e perdidas nessas palavras” (2006d, p. 207). As diferenças colocadas pelos marcadores sociais se perdem nessas narrativas tanto quanto os milhares de mortes em tempos de pandemia.

Pensando na história do Brasil, essas vidas infames, esse desaparecimento, é apresentado por Barbosa (2020) como tendo sua emergência com as valas comuns onde eram colocados os escravos, sem nomes ou direito à memória. Posteriormente, os indigentes, as vítimas de homicídios do narcotráfico e das milícias e os desaparecidos políticos no período da ditadura civil-militar. Há um apagamento dessas existências condenadas ao desaparecimento político e histórico, negando tanto as vidas quanto as mortes.

As interseccionalidades (BRAH, 2004; CRENSHAW, 1991) se ocupam da legitimação da vida, da experiência e da afirmação da existência das mulheres, dos indígenas, dos negros, das pessoas com deficiência, dos homossexuais e tantos outros modos de viver que são tratados como vidas infames pelas estratégias de normalização. Essas existências não apareceram nas entrevistas realizadas durante a pesquisa em suas singularidades interseccionais de modo explícito, o que pode indicar que não chegam nem a acessar os serviços, estando abaixo da linha da pobreza ou do reconhecimento, lutando pela sobrevivência. Também pode indicar um usuário universal na política de saúde, ainda não encarnado e vivificado pelas questões interseccionais, as quais se constituem como motor das lutas dos movimentos sociais, dos órgãos de classe e das ações afirmativas nas universidades, que vêm travando embates epistemológicos importantes e necessários, mas que talvez ainda não tenham chegado a ganhar uma visibilidade de modo macropolítico nas estratégias de saber-poder, na efetuação das políticas públicas.

Essas vidas são frequentemente o alvo dessas estratégias que desejam neutralizar as diferenças, pois são sempre uma existência que se afasta da norma ideal socialmente produzida, qual seja, o homem, branco, heterossexual, rico e saudável. Nesse contexto, a pobreza, enquanto um marcador de classe, apresenta-se como uma das interseccionalidades que opera na tese como da ordem de uma condição de precariedade¹⁶, tanto da política de saúde quanto da vida dos usuários e, por consequência, dos trabalhadores. A pobreza sugere também uma das condições da infâmia, principalmente na égide do neoliberalismo, o que

¹⁶ A discussão sobre precariedade e condições de precariedade será desenvolvida no capítulo 3, a partir de Judith Butler (2018).

coloca as políticas públicas em um lugar a ser problematizado diante dos complexos arranjos da governamentalidade neoliberal (FOUCAULT, 2008c) e da estratégia de fazer viver.

A enunciação de um *querer morrer* parece ser capturada instantaneamente pelos mecanismos de segurança como força anônima que sucumbe diante das estimativas estatísticas e dos índices epidemiológicos. Esses últimos dão a ver o “resultado” do funcionamento das disciplinas e das instituições. Essas vidas indignas de memória ganham espaço nos registros dos prontuários, manuais ou virtuais, que não visibilizam as intensidades e experiências, apagando as diferenças. Vidas de homens e mulheres infames, que ousaram interrogar a vida e o imperativo do viver de um modo específico. Além disso, o movimento de perguntar-se sobre a obrigatoriedade do viver aparece-nos como um dado da produção de uma equipe de saúde já como um transtorno. Ensiaremos aproximações sobre o *querer morrer* por entre as práticas em relação à morte, as quais podem nos indicar alguns trajetos desse movimento, ainda que talvez essas “existências infames” não cheguem nem aos registros nos prontuários.

A análise genealógica que segue será bastante centrada em referências da história europeia, também pela influência dos autores presentes na tese. De toda forma, reconhecemos a importância de marcar o aspecto colonial desse pensamento e a necessidade de estudos posteriores que explorem o contexto histórico e político latino-americano. Ao longo do tempo, na sociedade ocidental, a ligação dos vivos com os mortos foi sendo suprimida: “talvez não haja em toda a história qualquer outra sociedade da qual os mortos estejam tão afastados [da vida] como as sociedades européias modernas” (OEXLE, 1996, p. 29, grifo nosso). O que vai sobrar enquanto resto dessa experiência é o *corpo* como “objeto de normas jurídicas: o corpo, no direito público, com relação à segurança dos vivos no sentido de se evitar riscos para a saúde, e que, além disso, é protegido por meio de proteção criminal contra a profanação” (OEXLE, 1996, p. 29). Corpo sacralizado e regido por normas, intocável, vazio de memórias e de experiência¹⁷. A modernidade matou o morrer enquanto movimento constitutivo da vida e o contemporâneo performou-o na experiência social de modo apartado do cotidiano, prescrevendo e prolongando a vida normalizada, que tem valor enquanto objeto de investimento de tecnologias de poder.

Nesse deslocamento, “no lugar da familiaridade com o morto surge o estranhamento” (OEXLE, 1996, p. 66), sendo que “a concepção do morto como pessoa foi radicalmente

¹⁷ “O tratamento dos mortos como coisas, seu afastamento do meio dos vivos, do qual haviam feito parte, são conseqüências das crises provocadas pela peste na baixa Idade Média, que já deixam perceber os desdobramentos definitivos posteriores” (OEXLE, 1996, p. 69).

substituída pela nova concepção do morto como corpo, cuja presença, na medida em que é considerada inconveniente e até mesmo perigosa, deve ser afastada” (OEXLE, 1996, p. 76). Do morto como pessoa ao cadáver dos laboratórios de anatomia há um deslocamento da experiência da morte que vai da continuidade à separação, do comunitário ao privado, do profano ao sagrado (em um olhar recursivo), do cotidiano ao tecnicista (cientificista). O morrer, apesar de ser uma condição ontológica do sujeito de qualquer tempo e território, vai se tornar inconveniente ao viver, um empecilho na engrenagem produtiva. Pensando nas práticas em saúde, morrer parece ser um inconveniente, algo da ordem do intempestivo e do impensável¹⁸, um transbordamento que sufoca o viver enquanto objetivo do cuidado.

Entretanto, a questão da morte passa por um deslocamento importante na constituição da medicina como disciplina, mais especificamente na concepção do lugar da clínica na história das práticas de cuidado. Em “O nascimento da clínica”, Foucault (2008a) desenvolve uma análise das práticas e discursos médicos, que passam de uma observação dos sintomas para uma intervenção no corpo, pela manipulação do cadáver, sendo que a prática clínica se transforma radicalmente quando a morte entra em jogo.

Anteriormente à sociedade disciplinar, a morte era considerada o fim do corpo, portanto, do saber, pois “a experiência clínica, em sua primeira forma, não colocava em questão esse conceito ambíguo da morte” (FOUCAULT, 2008a, p. 155-156). Observavam-se os sintomas no sujeito vivo, pelo olhar e pela palavra. Nessa transformação, passa-se do olhar *sobre* o corpo para a intervenção *no* corpo e a morte vai entrar no jogo da vida e da doença, transformando a clínica e fazendo parte da produção de conhecimento, ocupando um lugar analítico. A morte emerge como um dispositivo que transforma a clínica. Nesses termos,

A vida, a doença e a morte constituem agora uma trindade técnica e conceitual. A velha continuidade das obsessões milenares que colocava, na vida, a ameaça da doença e, na doença, a presença aproximada da morte é rompida: em seu lugar, se articula uma figura triangular, de que o cume superior é definido pela morte. É do alto da morte que se podem ver e analisar as dependências orgânicas e as seqüências patológicas. Em lugar de permanecer o que tinha sido durante tanto tempo, noite em que a vida se apaga e em que a própria doença se confunde, ela é dotada, de agora em diante, do grande poder de iluminação que domina e desvela tanto o espaço do organismo quanto o tempo da doença... O privilégio de sua atemporalidade, que é sem dúvida tão velho quanto a consciência de sua iminência, torna-se, pela primeira vez, instrumento técnico que permite a apreensão da verdade da vida da natureza de seu mal. A morte é a grande analista que mostra as conexões, desdobrando-as [...] (FOUCAULT, 2008a, p. 159-160).

¹⁸ Intempestivo e impensável como algo que escapa aos limites do pensado, mas que merece lugar no pensamento e, para tal, vai exigir um uso outro das faculdades.

A morte, então, passa a ser considerada como elemento de composição da análise de um processo vital, pois o corpo do cadáver torna-se instrumento de estudo das doenças. Outro importante deslocamento nessa experiência com a morte e o morrer refere-se aos sepultamentos e ao lugar de enterrar os mortos: uma mudança de território. Nesse estreito vínculo entre vivos e mortos não havia, na Europa, os cemitérios como conhecemos hoje: locais afastados, lotados e extremamente excluídos do convívio social e dos centros urbanos, como necrópoles¹⁹. Os mortos eram enterrados em casa, dentro das igrejas ou em seu terreno – e posteriormente vão ser construídos cemitérios fora dos espaços de convívio das cidades. Oexle (1996, p. 73-74, *itálico do autor; negrito nosso*) apresenta essa mudança como um processo de *dessocialização*:

Trata-se muito mais de uma “*désocialisation*”, uma dissolução de determinados vínculos sociais, processo que determinou e modificou radicalmente a esfera social [...]. Essa *désocialisation* encontrou sua expressão mais fundamental no fato de que, sobretudo a partir do final do século XVII, o costume do enterro na igreja foi cada vez mais contestado até que os próprios cemitérios das igrejas foram afastados dos núcleos de povoamento e o “cemitério” substituiu o “cemitério de igreja”. [...] A dessocialização da morte [...] traduz-se [...] por um divórcio que **dissocia a cidade dos vivos da cidade dos mortos, o povo dos vivos rompe com o povo dos mortos e com o dos santos.**

Esse deslocamento que vai do próximo ao distante, com a territorialidade dos cemitérios, que passam a ser construídos fora do espaço urbano,²⁰ indica uma ruptura, mas não necessariamente uma dessocialização. O “divórcio” entre a “cidade dos vivos e dos mortos”, juntamente com um rompimento entre “o povo dos vivos e dos mortos” parece indicar um outro modo de relação com a morte, um outro modo de socialização, que não opera pelo seu contrário ou sua negação, mas é de outra ordem. Discordando do autor, não se trata de uma “não” socialização, de uma negatividade da relação, mas de uma outra experiência que é marcada pela separação, pela distância e pela descontinuidade entre vida e morte.

Em uma pesquisa historiográfica, encontramos também uma importante relação entre a *loucura* e a *morte*. De acordo com Blum (1996, p. 271), “M. Foucault seguiu uma tradição bem estabelecida ao ver nos anos de 1450 a 1550 uma época em que a obsessão da loucura vem substituir a da morte no imaginário coletivo”. Há um entrelaçamento entre a loucura e a morte no qual a primeira é, em um determinado período, a extensão ou atualização da segunda. De acordo com o autor, “num dado momento da História, o recurso a certas figuras da loucura

¹⁹ Barbosa (2020) chama os cemitérios de necrópoles, com referência ao termo metrópoles, pois constituem cidades dos mortos.

²⁰ Deslocamento territorial influenciado também pelo crescimento populacional nesse período.

para representar a morte é um dos meios de evolução da própria morte” (BLUM, 1996, p. 272).

Blum afirma que, nas Escrituras bíblicas do *Novo Testamento*, “loucura, pecado e morte” estão indissolivelmente ligadas, pois “o homem, em sua loucura, escolheu o pecado, cujo castigo é a morte” (BLUM, 1996, p. 275). Entretanto, com o lugar de verdade conferido ao louco, “a loucura continua figura da morte, mas de uma morte que significa vida porque não é mais o castigo do pecado. A ausência desse terceiro termo, o pecado, distingue a loucura do Cristo e a loucura dos homens; ela [...] permite a uma história individual escrever-se de uma loucura à outra” (BLUM, 1996, p. 277).

Ainda, nesse período entre a Baixa Idade Média e o Renascimento, emergem duas figuras importantes para cada uma dessas noções: a representação da morte como um esqueleto com uma foice e a do louco de modo específico e, mais tarde, como louco-bufão, que vai invadir o espaço artístico e social (BLUM, 1996). Esse período histórico bastante marcado pelas representações e alegorias vai convocar um certo tipo de experiência em relação a essas duas noções, que passa por imagens caricatas, que se atualizam nos modos contemporâneos identitários de experiência com a loucura e a morte.

A coexistência que emerge no mundo medieval pode ser atualizada na contemporaneidade, quando se associa, frequentemente, o risco de morte ao louco, que agora aparece como “doente” mental ou “pessoa portadora de sofrimento psíquico”. Entretanto, a obsessão atual não se evidencia na relação com a morte ou com a loucura, mas com o prolongamento da vida e com a psicopatologização de todos os seus processos e períodos. Os afetos passaram a ser modulados pelas medicações, transformando de modo contundente a relação dos homens e mulheres com a loucura e a morte, sendo que a vida como doença pode ser tomada como um signo contemporâneo.

Tendo isso em vista, percebemos, na história, deslocamentos da morte na convivência comunitária, no território, no lugar do morto, nos rituais e na relação com a loucura. Assim como se separou a “cidade” e o “povo” dos vivos e dos mortos, podemos pensar que, analogamente, a relação com o *querer morrer* também se distanciou de uma experiência contingente à vida, como da ordem de uma transitividade. O contínuo entre viver-morrer transformou-se em uma descontinuidade excludente: viver ou morrer, que vai do paradoxo à contradição, da contingência à exclusão, do contínuo ao descontínuo excludente.

O recurso à história como estratégia de análise de uma problematização genealógica opera como linha de visibilidade, linha de força, e não como argumento explicativo. Como

nos indica Foucault “[...] nada está mais longe de mim que o desejo de encontrar no passado o segredo da origem” (FOUCAULT, 2016, p. 48). Não se trata de buscar a origem, mas de percorrer emergências e zonas de produção de dispositivos. Essa experiência com a morte, historiográfica (ocidental) e local, sinaliza uma ordem da contingência e da produção, e não algo natural, essencial e necessário. Em outras culturas e regiões, ocorreram processos e deslocamentos diversos dos apresentados.

A morte vai ser escondida e objeto de tabu²¹, o que vai implicar na concepção do que se entende por vida. Nessa modificação da relação social com a morte, há uma transformação também dos modos de exercício de poder: “a morte era o momento em que se passava de um poder, que era o do soberano aqui na terra, para aquele outro poder, que era o do soberano do além” (FOUCAULT, 2010b, p. 208). Agora, na operação do biopoder de intervir no “como” da vida, na regulamentação da vida, a morte “é o que cai fora do seu domínio, e sobre o que o poder só terá domínio de modo geral, global, estatístico. Isso sobre o que o poder tem domínio não é a morte, é a mortalidade” (FOUCAULT, 2010b, p. 208). A morte é um dos alvos da gestão do biopoder. Esse deslocamento da morte na experiência social (do comunitário ao privado) implica, além de transformações enquanto “alvo” do exercício de poder – do indivíduo à população –, modificações no que pode ser entendido como vida.

Nas estratégias bio e necropolíticas e, portanto, na contemporaneidade, os sujeitos importam como índices estatísticos, como médias percentuais, tanto que diante da diversidade das experiências e dos modos de viver, das singularidades dos casos narrados, as intervenções são as mesmas – homogeneizantes, reguladoras e controladoras. Trata-se de “levar em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e de assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação” (FOUCAULT, 2010b, p. 207). A vida sobre a qual se exerce poder é a vida biológica, e é o corpo orgânico, produtivo e anatômico que é convocado a se manter vivo. O sujeito que recusa essa condição precária da vida pode exercer uma insurreição contra uma *bionecropolítica*²², operando resistências que barram a maquinaria tecnológica. Colocar a vida em questão, enunciando um *querer morrer* ou recusar viver, de determinado modo,

²¹ “Todo o mundo sabe, sobretudo desde certo número de estudos recentes, que a grande ritualização pública da morte desapareceu, ou em todo caso foi-se apagando, progressivamente, desde o fim do século XVIII até agora. A tal ponto que, agora, a morte – deixando de ser uma daquelas cerimônias brilhantes da qual participavam os indivíduos, a família, o grupo, quase a sociedade inteira – tornou-se, ao contrário, aquilo que se esconde; ela se tornou a coisa mais privada e mais vergonhosa (e, no limite, é menos o sexo do que a morte que hoje é objeto do tabu). Ora, eu creio que a razão por que, de fato, a morte tornou-se assim essa coisa que se esconde não está numa espécie de deslocamento da angústia ou de modificação dos mecanismos repressivos. Está numa transformação das tecnologias de poder” (FOUCAULT, 2010b, p. 208).

²² Uma elaboração conceitual desta tese para produzir uma conexão entre as estratégias da biopolítica e da necropolítica. Entendemos que o poder de matar exercido pelo biopoder pode ser entendido como uma estratégia necropolítica por entre os mecanismos da biopolítica.

parece efetuar uma crise no sistema. Entendendo que tais estratégias funcionam com referência a um biopoder, em algum nível, a morte está colocada como possibilidade de atualização, direta ou indiretamente.

O andar da tese pode ser tecido no meio, no entre, na tensão da transitividade viver-morrer. Entretanto, na relação com a loucura, o lugar histórico-social ocupado foi o da dicotomia, como oposição ao normal. Essa posição é o que Foucault denomina como “a história do Outro”, dado que o modelo de referência é o “Mesmo”, ou seja, o plano das normalizações e das identificações. Foucault, no livro “As palavras e as coisas” (1999b), fala da história do Mesmo e do Outro: “A história da loucura seria a história do Outro – daquilo que, para uma cultura é ao mesmo tempo interior e estranho, a ser portanto excluído [...], encerrando-o porém (para reduzir-lhe a alteridade); a história da ordem das coisas seria a história do Mesmo – [...] distinguido por marcas e recolhido em identidades” (FOUCAULT, 1999b, p. XXII).

A questão da morte, na cultura ocidental, sugere algo interior e estranho que os discursos querem afastar, controlar e “reduzir sua alteridade”, assim como Foucault descreve as práticas em relação à loucura. A morte não está no campo da ordem das coisas, das semelhanças, pois é uma experiência desconhecida e representada como nefasta. A questão que se coloca como dimensão problemática no campo da diferença é que ao contrário da “loucura”, que pode ser localizada como exceção e como um “Outro” (FOUCAULT, 1999b), a morte é irreduzível a qualquer discurso e ela coloca-se como uma condição de possibilidade do ser humano. A morte é colocada como outra coisa que não a vida, como separada de um movimento, como aquilo que não é mais, e não como processo. Se a loucura é localizada na experiência histórica como esse outro, enquanto uma possibilidade, a morte aparece como um destino.

Recusar a vida ou *querer morrer* pode expressar um modo de viver? Essa pergunta relança o exercício de problematização da pesquisa, por um efeito de *sustensão*. A dimensão de uma posição trágica pode produzir uma experiência que implica exercícios éticos e transformações do sujeito. Entretanto, nos jogos de poder evidenciados pelos saberes especializados, notadamente, nas disciplinas da saúde, parece haver espaços exíguos que potencializem essa dimensão limite e vertiginosa da experiência, pois a ênfase está nas estratégias de normalização e não nos processos de normatividade. Os saberes, frequentemente, debruçam-se sobre a vida que permanece, sobre a vida normalizada, e não sobre uma vida-acontecimento, vida que acontece.

Vamos, então, ocupar-nos dos deslocamentos em relação ao tema do suicídio a partir de alguns textos filosóficos para continuar a percorrer o caminho do *querer morrer* enquanto componente de um processo normativo que carrega uma potência de interrogação do presente. A sustentação da enunciação de um *querer morrer* que não se resume ao suicídio, no alargamento de um intervalo enquanto desvio, parece produzir uma crise que pode abrir caminhos para o pensamento, tecendo um fio de transitividade entre viver e morrer.

1.2 DA SACRALIZAÇÃO DO SUICÍDIO: A MORTE DO *QUERER MORRER*

As questões que implicam um *querer morrer* que nos interessam nesta tese chegam aos serviços de saúde pública, na maioria das vezes, com o nome de *risco de suicídio*. Um sinal de alarme aciona-se nas equipes. De tantos riscos possíveis nas diferentes vidas que passam por ali, esse impõe algumas regularidades e ações específicas: receio, cuidado, protocolos, sigilo (ou a quebra dele), registros, contenções e controles. O que está em jogo é o risco de vida e de morte do usuário e o risco da responsabilização do profissional, produzindo uma zona de riscos que operam de forma desigual, dependendo do lugar ocupado.

Nas diversas conversas produzidas com as trabalhadoras da saúde entrevistadas na pesquisa, individualmente ou em grupo, foram apontadas as dificuldades em trabalhar com essas demandas; a existência de evitações por parte de colegas; a falta de tempo e de espaço para discutir os casos; e uma recorrente exigência de protocolos e de premissas *a priori*, que eram independentes da situação que se apresentava: vidas diferentes, protocolos iguais. Os modos de conduzir os casos de risco de suicídio, na maioria das vezes, operam pelo controle e pela individualização. Parece haver uma dificuldade em lidar com a recusa do outro, com esse *querer morrer* do outro que pode voltar como pergunta para si mesmo. Apostamos, então, no compartilhamento do problema em um plano comum do trabalho em saúde mental para criar possibilidades, ao invés de buscar respostas caso a caso, sendo que o comum aqui é da ordem de uma impessoalidade, de uma heterogeneidade como “aquilo que partilhamos e em que tomamos parte, pertencemos, nos engajamos” (KASTRUP; PASSOS, 2014, p. 21).

As pesquisas, hegemonicamente, partem do suicídio como começo, como origem, como um dado, fazendo deduções e inferências de prevalências e estatísticas cruzando fatores causais: gênero, raça, idade, renda, clima, entre outros. São produções de conhecimento importantes e que têm efeitos na criação de estratégias para lidar com tais demandas, mas

encaminham para o campo da elaboração de causas e efeitos, da detecção, do diagnóstico e da prevenção dos riscos e, sobretudo, marcam uma lógica de individualização do problema.

Exercícios de problematização deram a ver a convocação do pensamento e dos afetos pelo movimento, pelas relações de força nesses riscos, pelo que eles fazem silenciar, recuar, temer, controlar, preservar. Exercícios que exigem uma atenção aos verbos e à ação: viver e morrer, querer morrer, normalizar, sustentar. O risco aqui também não é objeto; é verbo, que rasga, fere e risca. Por isso, produzindo um campo de forças do *querer morrer*, seguiremos pela filosofia para traçar deslocamentos em torno do tema do suicídio em diferentes tempos, acompanhando algumas de suas marcas e de seus rastros. Apostamos nas diferenças, nos vestígios negados pela tradição e nas bifurcações que nos indicam outros modos de experimentar esse risco.

Puente (2008, p. 9-10) desenvolve a ideia de que “a investigação temática de um problema ao longo da história da filosofia, tal como o suicídio [...], nos faz ver, [...], que a discussão sobre esse tema, não desconsiderando as evidentes diferenças históricas e culturais [...], não sofreu, na realidade, nem muitas nem expressivas alterações”. Ele dedicou um livro com traduções de textos de diversos autores a esse tema e se constitui como importante interlocutor. Uma problematização pungente e importante como essa do suicídio se mostra um tanto estagnada nas reflexões filosóficas, convocando a exigência e a implicação desta tese ao percorrer um caminho sinuoso e estreito. Se a morte nos permitiu explorar linhas e desvios entre as práticas históricas, o suicídio indica um percurso pelos textos filosóficos, em função da obscuridade e da condenação desse ato, produzindo uma linha de argumentação importante na problematização da tese.

Aqui cabe um demorar-se em um elemento importante que pode indicar singularidades na experiência do sujeito em relação ao discurso sobre “suicídio”. O termo suicídio não emerge na Antiguidade (como somos levados frequentemente a pensar) e existem mais de trezentos termos gregos e latinos – reiteramos: trezentos termos – para fazer referência a esse ato nesse período histórico (VAN HOOFF, 1990), sendo que surge pela primeira vez no século XVII. Essas são informações importantes que conduzem um olhar genealógico a perceber a novidade do termo e, portanto, a inauguração de uma experiência que era de múltiplas ordens até então.

Quando da emergência do conceito, há uma associação historicamente construída com o homicídio (PUENTE, 2008), e, por consequência, com a ideia de exceção, de ilícito e de crime. Talvez coincida com a emergência do homem enquanto objeto das ciências humanas

(tese desenvolvida por Foucault, que recupera uma ideia de Nietzsche), no auge das forças de representação²³ que marcam o campo do saber científico nesse período. Esses mais de trezentos termos parecem sugerir uma multiplicidade de experiências e não um modelo único. Desconstruindo uma primeira obviedade em relação à expressão *suicídio*, ela nos parece imediata e natural para descrever a morte autoinfligida ou a morte de si, mas pode ser pensada como uma produção da modernidade, extremamente recente na história. A profusão de termos na Antiguidade para designar essa experiência sugere uma multiplicidade de práticas e rituais, diferente da atual simplificação.

Esse estranhamento do presente, próprio da genealogia, afirma uma dessencialização do suicídio, produzindo deslocamentos importantes. Os “mais de trezentos termos” parecem indicar a diferença e a pluralidade dessa ação na Antiguidade, que são sintetizados, simplificados e reduzidos a um só termo na modernidade. O que se apresenta como “mais” próximo cronologicamente nos parece “mais” verdadeiro, entretanto, pequenos desvios indicam um emaranhado de práticas que nada tem de homogêneas e unívocas. Na ausência do conceito de suicídio, os modos de atentar contra a própria vida parecem indicar outras relações sociais e outros lugares possíveis, que não o da criminologia, da patologia, da anormalidade e do pecado.

Tal argumento afirma-se na tese de Michel Foucault no livro “As palavras e as coisas” (1999b), sobre uma simplificação e uma restrição que a lógica da representação e os movimentos científicos de classificação e ordenação do mundo (na linguagem, na botânica, na história natural, etc.) operaram sobre a diversidade da experiência humana e sobre a potência de diferenciação e invenção do mundo. As palavras não são as coisas, ou seja, a experiência excede o conceito e, abrindo o *suicídio* como um dispositivo²⁴, como “máquina de fazer ver e de fazer falar” (DELEUZE, 1999b), são visibilizadas práticas e tensionamentos agonísticos em disputas de poder por legitimidade e verdade.

Na Antiguidade, o suicídio vai estar no lugar de exceção, recebendo julgamentos e apreciações morais sobre sua pertinência e validade. Os principais argumentos contrários à

²³ “Ora, na idade clássica, todas as forças do homem são referidas a uma força de “representação” que pretende extrair o que nele há de positivo, ou *elevável ao infinito*. [...] Em suma, a relação de forças componentes com o lado de fora não deixa de provocar variações na forma composta, sob outras relações, ao sabor de novas composições. O homem é uma figura de areia entre uma maré vazante e outra montante – isso deve ser entendido literalmente: ele é uma composição que só aparece entre duas outras, a de um passado clássico que a ignorava, a de um futuro que não a conhecerá mais” (DELEUZE, 2005, p. 95, grifo ao autor).

²⁴ Dispositivo como “um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma: o dito e o não dito são os elementos do dispositivo” (FOUCAULT, 2009b, p. 244).

morte de si nesse período, de acordo com Puente (2008), são: o suicídio é uma prova de covardia; é também um ato contrário à natureza e é um atentado contra Deus. Esses argumentos irão acompanhar essa discussão por um longo tempo, e se atualizam posteriormente no cristianismo, ainda que não haja unanimidade das posições cristãs quanto a esse ato.

Existem premissas misturadas a esses julgamentos que incluem o pertencimento da vida a Deus e o fato de que há um instinto natural de preservação da vida (PUENTE, 2008). Tais posições atualizam-se contemporaneamente nas prescrições religiosas (que se mantiveram estagnadas em vários aspectos), no impedimento do ato por ser contrário à natureza humana, e em uma série de julgamentos que emergem em meio aos discursos de saber-poder. O que era denominado covardia hoje está classificado em algum manual psiquiátrico como distímia, depressão ou anedonia. Os campos moral, científico e religioso foram sendo atualizados em termos nosológicos.

A história da filosofia em relação à reflexão sobre o suicídio é marcada por uma série de apreciações e julgamentos que definiam sua validade e sua permissão, oscilando entre a coragem e a covardia e definindo as condições de sua aceitação e legitimidade. Um dos primeiros registros condenatórios vem dos pitagóricos e é formalizado por Platão (PUENTE, 2008), que pensa ser lícito os casos de morte de si quando de uma obrigação exigida pela cidade, acometimento de um infortúnio ou vergonha incontornável. Ele condena a morte de si por “lassidão, covardia e debilidade”, sendo que aqueles que a cometem são julgados “tendo sua sepultura isolada completamente daquela dos demais, alojada em um lugar ermo e distante e desprovida de nome ou de qualquer outro distintivo” (PUENTE, 2008, p. 19).

Essa prática se atualiza no cristianismo, pois os suicidas serão proibidos de ser enterrados em solo sagrado. A eles resta um não lugar, sem visibilidade, rituais ou memória, assim como o lugar das valas comuns dos cemitérios brasileiros, que apagaram as vidas dos escravos, indigentes e desaparecidos políticos, conformando práticas que negam existências. Isso indica que há algo nessa experiência que não se deseja compartilhar ou entender enquanto problema comum. Entretanto, esse *fora* posiciona o lugar, por excelência, das forças: “Eis o que nos dizem as forças do lado de fora: não é nunca o composto, histórico e estratificado, arqueológico, que se transforma, mas são as forças componentes, quando entram em relação com outras forças, saídas do lado de fora (estratégias)” (DELEUZE, 2005, p. 94). Esse “fora”, enquanto plano de forças, na filosofia deleuziana, aparece como uma dimensão de sentido profano, dimensão essa que a despeito dos interesses do cristianismo segue

operando, o que possibilita, por exemplo, a proposição desta tese que ousa colocar em discussão valores produzidos em relação ao viver e ao morrer, os quais são tratados como sagrados tanto pela religião, quanto por uma certa concepção de saúde higienista e normalizadora.

Uma das posições desviantes dessa hegemonia julgadora e classificatória da Antiguidade vem dos estoicos, que operaram posicionamentos diversos em relação ao suicídio. De acordo com Puente (2008, p. 22, grifo do autor):

A grande inovação dos estoicos no âmbito da ética é o fato de eles classificarem tanto a vida como a morte na ordem dos indiferentes, ou seja, vida e morte não podem ser simplesmente enumeradas entre as coisas boas, como as virtudes, ou más, como as vilezas morais, e essa diferente concepção lança nova luz sobre o modo de avaliar a morte auto-infligida. O termo *eulógos exagógé* (“saída racional”) para designar o ato de matar-se é de autoria estoica e já nos indica o modo como esse ato, para eles, pode ser justificadamente levado a cabo, isto é, racionalmente.

Essa concepção estoica de suspender um julgamento dicotômico e classificatório entre bom ou mau em relação à vida e à morte assemelha-se à reflexão nitzscheana desenvolvida na “Genealogia da Moral” (2013) na primeira dissertação sobre “bom e mau, bem e mal”. Tais classificações, segundo Nietzsche (2013), são historicamente produzidas, carregadas de valoração moral, de hierarquias e de domínio dos valores morais dos nobres em relação à moral dos escravos. Pode-se pensar que as cargas dicotômica, dualista e de oposição em relação a esses processos produz-se, historicamente, condicionada pelo pensamento platônico e, posteriormente, pelo cristianismo. Os estoicos nos indicam um caminho de complexidade e de paradoxo nessa problematização. Uma das questões importantes diz da preocupação com o presente, que vai aparecer em diversos teóricos posteriormente, como Kant, Nietzsche, Foucault, Deleuze, entre outros. A relação do tempo presente com a questão da morte produz reflexões interessantes, o que aparece em Paul Veyne, ao falar sobre os estoicos (2015, p. 76-77, grifo do autor):

A morte, agora; ela não nos afeta em nada, pois, se a tememos, é porque ainda vivemos e ela não vigora; e, se ela chegou, não estamos mais aqui para saber. Contudo, o sábio não lamenta que sua felicidade não dure mais tempo? Não: ele vive no instante, que o sacia; a duração de uma felicidade não a multiplica. Nada faz compreender melhor o que é a felicidade estoica: a felicidade não tem nada de uma eclosão, de um *extra*; ela consiste simplesmente em estar a todo momento à altura da situação em que nos encontramos, em fazer face a ela, em colocar-se em estado de segurança graças à virtude, convertendo nessa segurança virtuosa a matéria dos acontecimentos aos quais o tempo que passa não cessa de nos confrontar.

Todas as transcendências, as utopias, as metafísicas e, inclusive, um certo tipo de história, irão preocupar-se com o futuro, com as promessas, com as finalidades e recompensas.

Nietzsche faz terra arrasada das metafísicas com o niilismo, chamando-as de *muletas* – sendo que podemos perceber uma inspiração estoica no seu pensamento. A preocupação dos estoicos com o presente lança um olhar sobre a intensidade da vida e a estética da existência, mais do que sobre a morte, assim como veremos na noção de *história do presente*, em Foucault, uma atenção ao que nos acontece e nos movimenta a cada momento, uma implicação com os processos²⁵.

De acordo com Veyne (2015, p. 92), “o homem dos estoicos está a léguas do homem de Freud”, justamente por constituir uma experiência anterior à concepção de essência, de indivíduo e de inconsciente, anterior a uma concepção teleológica e disciplinar da vida. Nesse sentido, importa o “como” de uma vida, sua estética e sua potência, e não sua permanência no tempo, sua quantidade de anos acumulados ou seus mecanismos de defesa e afirmação. Trata-se de uma atenção ao presente que se converte em prática. O nome que ganhou evidência entre os estoicos, e que aparece séculos depois da emergência do estoicismo, é o de Sêneca, que tem uma posição peculiar em relação ao suicídio entre as concepções da Antiguidade. Sobre essa questão, Paul Veyne (2015, p. 172) afirma que:

Sêneca era decerto corajoso, provavelmente dotado de sangue-frio, como prova, entre outras coisas, sua morte. A propósito, sempre cobiçara o suicídio mais do que fora obsedado por ele: sentia calmamente, sem nenhuma compulsão, que o suicídio estava à sua disposição. Os psiquiatras tenderão a negar que essa calma disponibilidade à morte exista; por naturalismo inconsciente, eles professam que a vida não pode querer a destruição da vida, salvo em caso de depressão, patologia, doença. Mas e se esse naturalismo não passasse de lenda? Se existissem pessoas aptas a matar-se, que vissem nisso a escapatória soberana, sem que essa ideia deleitosa tivesse um caráter obsessivo?

Não se trata de cair no engodo da proibição ou afirmação do suicídio, de discutir no campo do senso comum como um ato de covardia ou coragem, mas sim de problematizar concepções desviantes em relação às ideias hegemônicas. Essas nos indicam que os modos de produção de conhecimento contemporâneos não são verdadeiros, nem necessários ou essenciais: são produções históricas que se forjam nas contingências dos saberes e poderes territorializados, que irão modular modos de subjetivação, com características singulares em relação ao entendimento da vida, da morte e do *querer morrer*.

²⁵ No texto “Nietzsche, a genealogia e a história”, Foucault (2009a, p. 26) discute a genealogia em oposição à pesquisa de origem, e faz críticas à concepção tradicional de história: “Essa história dos historiadores constrói um ponto de apoio fora do tempo; ela pretende tudo julgar segundo uma objetividade apocalíptica; mas é que ela supôs uma verdade eterna, uma alma que não morre, uma consciência sempre idêntica a si mesma”.

Outra das contribuições interessantes dos estoicos para esta pesquisa ganha força na questão dos *incorpóreos*²⁶: eles [estoicos] veem a substância e o efeito puramente incorpóreo produzido por ela. “Incorpóreo, porque é um acontecimento, uma coisa que acontece, que é invisível e passa como o vento. Que um tirano *exista* em carne e osso não pode me interessar em nada; o que me importa é o que ele pode *fazer*” (VEYNE, 2015, p. 145, grifo do autor). Nesse sentido, pode-se pensar que a recusa à vida e a vontade de morrer são incorpóreos, são potências e virtualidades e, enquanto forças invisíveis, movimentam a própria vida. O corpo que quer morrer pode ser substância, mas o efeito incorpóreo desse corpo pode ser uma produção, uma recusa e uma vontade que não tem materialidade, o que permite tomar o *querer morrer* como acontecimento²⁷.

O que podem corpos²⁸ que recusam? Essa pergunta de inspiração espinosista, que pergunta pela potência do corpo e não sobre sua essência (DELEUZE, 1978), leva-nos a uma problematização das forças e remete à potência, à discussão que será desdobrada nos diferentes planos analítico-conceituais atravessados pelas transversalidades, os quais são ativados por modulações de um *querer morrer* enquanto diferença. Entretanto, cabe tomar a existência pelo viés da radicalidade cínica, e não estritamente pelos estoicos, pois no imbricamento entre estilo de vida e modos de veridicção, nas modulações da *parrhesia* grega, nessa arte do dizer verdadeiro,

É a vida, e não o pensamento, que é passada ao fio da navalha da verdade. Essa estética da existência encontra-se distanciada daquela que era realizada pela ética estóica: lá tratava-se de estabelecer a correspondência regrada, harmoniosa, entre palavras e atos, entre a verdade e a vida. Com os cínicos, trata-se de explodir a verdade na vida como escândalo. A relação entre vida e verdade é, ao mesmo tempo, a mais exigente e a mais polêmica (GROS, 2004, p. 162-163).

²⁶ A discussão sobre as *transformações incorpóreas*, que Deleuze retoma dos estóicos, será desdobrada na discussão do trabalho como risco.

²⁷ De acordo com Foucault (2009a, p. 28), há “toda uma tradição da história (teleológica ou racionalista) que tende a dissolver o acontecimento singular em uma continuidade ideal – movimento teleológico ou encadeamento natural. A história ‘efetiva’ faz ressurgir o acontecimento no que ele pode ter de único e agudo. É preciso entender por acontecimento não uma decisão, um tratado, um reino, ou uma batalha, mas uma relação de forças que se inverte, um poder confiscado, um vocabulário retomado e voltado contra seus utilizadores, uma dominação que se enfraquece, se distende, se envenena e uma outra que faz sua entrada, mascarada. As forças que se encontram em jogo na história não obedecem nem a uma destinação, nem a uma mecânica, mas ao acaso da luta. Elas não se manifestam como formas sucessivas de uma intenção primordial; como também não têm o aspecto de um resultado. Elas aparecem sempre na álea singular do acontecimento”.

²⁸ A questão da existência e da verdade relaciona-se com a dimensão do corpo, pois: “Não se trata de regular a própria vida segundo um discurso e de ter, por exemplo, um comportamento justo defendendo a própria ideia de justiça, mas de tornar diretamente legível no corpo a presença explosiva e selvagem de uma verdade nua, de fazer da própria existência o teatro provocador do escândalo da verdade” (GROS, 2004, p. 163).

Seguiremos, brevemente, as linhas de mais alguns autores da filosofia que, diferentemente de um julgamento moral e condenatório do suicídio, traçaram opiniões que podem nos indicar a multiplicidade de caminhos e de lugares para o *movimento* de recusar a vida. Montaigne (2008) inicia o texto “Costume da ilha de Quios” com um diálogo de Felipe da Macedônia, que, ao render os lacedemônios, eles respondem que não temem a morte. Mas, segundo o autor, não se trata de uma espera passiva, mas de um desprezo pelo morrer. Se o “sábio vive o quanto ele deve, não tanto quanto ele pode” (MONTAIGNE, 2008, p. 84), trata-se de uma radical diferença em relação ao que se entende enquanto vida na atualidade, pois a natureza “ordenou somente uma entrada na vida, mas cem mil saídas”²⁹ (MONTAIGNE, 2008, p. 84) – então, *querer morrer* pode ser uma delas.

Montaigne traz uma série de diálogos que indicam a morte de si como possibilidade, “evidenciando assim uma polifonia de perspectivas sobre a morte livre em claro contraste com a monodonia reinante na visão medieval sobre este tema” (PUENTE, 2008, p. 31). Ele cita Platão, que “ordena sepultura ignominiosa” (PUENTE, 2008, p. 89) àqueles que atentaram contra a própria vida, semelhante à tradição cristã. O autor mostra uma inspiração estoica em relação ao tema da morte de si, sem fazer uma apologia ao suicídio, mas retira o peso do pecado e do julgamento que o cristianismo lhe conferiu, e retira-o do plano jurídico que o considera crime³⁰.

David Hume, filósofo escocês famoso por seu ceticismo, produziu um texto chamado “Do Suicídio”, escrito no século XVII. Nele, o autor faz críticas à ideia de suicídio como um dano a si mesmo ou como algo contrário à natureza. Diz Hume: “procuremos aqui restituir aos homens a sua liberdade nativa, examinando todos os argumentos comuns contra o suicídio e mostrando que essa ação pode ser isenta de qualquer imputação de culpa ou censura, segundo o sentimento de todos os filósofos antigos” (HUME, 2008, p. 111). Ele argumenta em favor de que o suicídio não é um ato contrário a Deus e que não fere a relação com a sociedade, de modo explícito e claro em sua posição.

O último autor desse percurso é Emil Cioran, filósofo romeno radicado na França, reconhecido como pessimista e niilista. Seu pensamento tem forte influência de Nietzsche, Schopenhauer e Kant, e as discussões sobre suicídio e morte são temas recorrentes em sua

²⁹ Montaigne cita Sêneca: SENECA, Lúcio Aneu. **Cartas a Lucílio**. Edição Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa, 2014.

³⁰ Ver o artigo “O problema do suicídio em Montaigne” (VAZ, 2012), que discute diferentes modos de entender essa temática a partir do referido autor. Apesar de o texto tentar definir a posição de Montaigne em relação ao suicídio, perspectiva distante desta pesquisa, a argumentação passa por diferentes comentadores e incita reflexões.

obra. Ele comparece nessa genealogia pelo fato de que a questão do suicídio conduz sua obra e sua escrita, fazendo-o viver e produzir. Ele afirma que “entre o antigo estoicismo e o pensamento liberal moderno, entre, digamos, Sêneca e Hume, o suicídio sofre [...] um longo eclipse – a idade das trevas, de fato, para todos aqueles que, querendo morrer, não se atreveram a infringir a interdição de dar a si mesmo a morte” (CIORAN, 2012, p. 49). Esse autor compõe com a recusa a vida de um modo singular, pois é a perspectiva de escolher morrer e ponderar sobre essa possibilidade que o movimenta:

Quanto mais eu me afasto dos instantes, mais eu me reincorpo à existência da perspectiva de me abstrair para sempre deles, isso me coloca no mesmo nível que os vivos, me confere uma espécie de honra. Esta perspectiva, que não posso dispensar, me retirou de todos os meus sentimentos, permitiu-me atravessar aquelas épocas em que não ofendi ninguém, em que estava cheio. Sem a sua ajuda, sem a esperança que dispensa, o paraíso pareceria a pior das torturas (CIORAN, 2012, p. 48-49, tradução nossa³¹).

Esse trecho é extraído do capítulo *Encontros com o suicídio*, do livro “O mau demiurgo” (2012) e trata da relação dele com a perspectiva de tirar a própria vida. A questão que faz pensar é que, para além de um pensamento radical e pessimista, ele apresenta um plano de composição com a perspectiva da morte, que é diversa do julgamento, da negação ou da condenação. Para ele, o suicídio é um “ato nada negativo; ele é, pelo contrário, o que resgata, o que transfigura todos os atos cometidos antes dele” (2012, p. 53, tradução nossa³²).

Longe de fazer uma apologia ao suicídio ou defender uma posição específica, percorremos caminhos problematizantes em relação ao suicídio, indicando sua recente conceituação e experiência, enfatizando a multiplicidade da relação com o movimento de recusar a vida. Apostamos no encontro com a precariedade da experiência humana, como sugere Butler (2018), para extrair discursos outros, silenciados sob o véu da culpa, do julgamento e da exceção; precariedade essa que diz da condição humana de ser mortal, a qual Camus (2012) chama de absurdo. O silenciamento e a patologização desse movimento desvanece potentes reflexões sobre a existência.

Estamos denominando como *sacralização* esse movimento de controle, patologização e silenciamento do suicídio. Talvez a própria modernidade pelo advento da lógica disciplinar

³¹ Do original: “Cuanto más al margen de los instantes estoy, más me reincorpora a la existencia la perspectiva de abstraerme para siempre de ellos, me pone a la misma altura que los vivos, me confiere una especie de honorabilidad. Esta perspectiva, de la que no puedo prescindir, me ha sacado de todos mis sentimientos, me ha permitido sobre todo atravesar esas épocas en las que no tenía ningún agravio contra nadie, en las que estaba colmado. Sin su socorro, sin la esperanza que dispensa, el paraíso me parecería el peor de los suplicios”.

³² Do original: “Acto nada negativo; es él, por el contrario, el que rescata, el que transfigura todos los actos cometidos antes de él”.

e pelas estratégias de normalização, o capitalismo industrial (com a necessidade de mão de obra produtiva), a religião e a psiquiatria (e agora também a psicologia) foram condições de possibilidade desse movimento de sacralização. Talvez a experiência do suicídio seja, desde sua emergência, algo da ordem do sagrado no sentido de intocável, não acessível, proibido de ser falado, não enunciável.

Tornar algo sagrado faz com que se tome distância da experiência, deixando-a restrita aos especialistas, às “almas de farmacêutico” (NIETZSCHE, 2012, p. 57) e aos eruditos que podem designar características, traçar perfis e controlar o comportamento dito suicida, prescrevendo modos de viver. Algo sagrado não emerge como manipulável, acessível, exposto ou comunitário e, portanto, acaba por restar estagnado na experiência, dicotomizando, individualizando e despolitizando essa dimensão da experiência. Produz-se, então, um silenciamento do *querer morrer* pela afirmação do suicídio em sua dimensão sacralizada.

Por essa produção de uma sacralização, podemos pensar na morte do *querer morrer* no contemporâneo, já que não há sustentação possível dessa experiência que não seja, rapidamente, traduzida em termos patológicos. O caráter produtivo e interrogativo do *querer morrer* foi sufocado e silenciado pela sacralização do suicídio. Nessa liturgia convocada pela sacralização, a prevenção ao suicídio atualizada nas práticas em saúde aparece como o principal modo de acessar essa experiência, permitindo que seja falada, mas sempre no lugar de uma patologia. Essa distância parece imobilizar as possibilidades de transformação em relação ao que é da ordem da potência do morrer em uma transitividade vital.

1.2.1 Da psiquiatrização da vida: disciplina e norma

O que o presente coloca como regime de verdade em relação ao suicídio, e, portanto, ao movimento de *querer morrer*, sugere uma conotação negativa, ligada a um diagnóstico como doença. Toda e qualquer forma de exercício dessas forças que colocam a vida em questão são sintetizadas, simplificadas e achatadas em um único termo. Nesse sentido, problematizaremos a construção das noções de doença, disciplina e norma como vetores da produção do *querer morrer* como um mal. O campo da psiquiatria mostra-se privilegiado nessa análise, por constituir um catalisador do lugar de poder do discurso do saber médico em relação à loucura.

No período final da Idade Média, o poder médico passa a exercer um controle estratégico da sociedade. De acordo com Netto (2013, p. 16), “a partir de então, são os

médicos que definem a negatividade da morte voluntária, deslocando o fenômeno do pecado à patologia e qualificando-o como loucura”. O suicídio sai do manto da igreja e aloja-se sob o véu da medicina, operando mudanças nas condições de possibilidade de sua produção: do pecado à loucura, o lugar parece ser o da exceção, nas diferentes instituições. Essa exceção vai ser posicionada como anormalidade, como veremos a seguir.

Há uma passagem do tipo de pergunta que o médico faz ao doente, um deslocamento, no contexto das transformações da clínica, destacada por Foucault (2008a, p. XVI): “o que é que você tem” – século XVIII –, “por esta outra em que reconhecemos o jogo da clínica e o princípio de todo o seu discurso: ‘onde lhe dói?’”. Essa transformação parece indicar uma mudança importante em relação ao processo saúde-doença: a primeira pergunta convoca um interesse pela experiência do paciente e lhe concede um lugar de saber, no jogo de palavras e de visibilidade que marcam esse momento histórico das práticas médicas; a segunda dá atenção ao organismo, ao objeto-órgão localizado no corpo. Tal mudança indica a gênese de um processo de patologização da vida, que, desde então, não cessa de se atualizar e de se radicalizar. A vida ganha contornos de objeto que tem visibilidade no corpo enquanto organismo. Interessa-nos pensar essa produção em relação às recusas à vida, acompanhadas da lógica disciplinar e do engendramento da norma que lhe são correlatas.

Foucault “situou as *sociedades disciplinares* nos séculos XVIII e XIX; essas atingem seu apogeu no início do século XX. Elas procedem à organização dos grandes meios de confinamento. O indivíduo não cessa de passar de um espaço fechado a outro” (DELEUZE, 1992, p. 221), sucedendo (mas coexistindo) com as sociedades de soberania. A disciplina articula o saber (controle da produção de novos discursos) e o poder (singularização dos indivíduos) – sendo que o eixo do poder tem por objeto os corpos, e por objetivo sua normalização (CASTRO, 2009). Podemos apreender esse momento como a gênese das especialidades e das disciplinas, nessa articulação entre saber, poder e normalização, produzindo indivíduos. Nesse sentido, “a tática disciplinar se situa sobre o eixo que liga o singular e o múltiplo” (FOUCAULT, 1987, p. 136). Desse modo,

A normalização disciplinar consiste em primeiro colocar um modelo, um modelo ótimo que é construído em função de certo resultado, e a operação de normalização disciplinar consiste em procurar tornar as pessoas, os gestos, os atos, conformes a esse modelo, sendo normal precisamente quem é capaz de se conformar a essa norma e o anormal quem não é capaz. [...] O que é fundamental e primeiro na normalização disciplinar não é o normal e o anormal, é a norma (FOUCAULT, 2008b, p. 75).

Importante é destacar essa referência a um modelo ótimo como padrão do qual será deduzido o que se entende por normal e anormal³³, pois se trata de uma produção de *normalização* em meio aos discursos de verdade de uma determinada época. Disciplina e norma são vetores estratégicos do exercício do poder médico, especialmente na psiquiatria, que produz constantemente modelos de comportamento ditos saudáveis e, portanto, *normais*. De acordo com Foucault (2010d, p. 181): “[...] no século XX, os médicos estão inventando uma sociedade não da lei, mas da norma. O que rege a sociedade não são os códigos, mas a perpétua distinção entre o normal e o anormal, o perpétuo empreendimento de restituir o sistema de normalidade”. Se um sujeito *normal* é aquele que deseja viver, aqueles que recusam a vida são considerados anormais. Nesses termos, a injunção à correspondência com um ideal pode ser entendida como uma arbitrariedade em relação à vida e sua potência como diferença.

Dessa maneira, a psiquiatria torna-se uma produtora de normas, conformando uma normalização da vida e uma psiquiatrização do viver. Nesse sentido, trata-se de um exercício difícil escapar das malhas desse discurso que se mostra eficaz em capturar as modulações do cotidiano e transformá-las em doença, transtorno ou distúrbio. Fazer coincidir o corpo da doença com o corpo do doente parece ser um fenômeno histórico e transitório, evidenciado nessa lógica disciplinar. De acordo com Foucault (2008a, p. 2), “o espaço de *configuração* da doença e o [...] de *localização* do mal no corpo só foram superpostos, na experiência médica, durante curto período: o que coincide com a medicina do século XIX e os privilégios concedidos à anatomia patológica”. Nessa individualização e localização da doença no corpo, opera o que chamamos de patologização da vida, que se transforma em psiquiatrização na relação de deslocamento com o que se situa na ordem da anormalidade e da loucura.

No seminário “O Poder Psiquiátrico” (2006c), articulando imagens, cenas e diálogos, Foucault constrói uma genealogia mostrando as relações de força transformando-se em relações de saber-poder e disciplina de um modo nada óbvio em relação ao campo da psiquiatria. Para o autor (2006c, p. 299), “o saber do psiquiatra é um dos elementos pelos quais o dispositivo disciplinar organiza em torno da loucura o sobrepoder da realidade”. A loucura se desloca da posição de um discurso verdadeiro, que era constitutivo de uma relação

³³ No próximo capítulo, veremos que a norma sofrerá uma torção, quando da passagem para a estratégia biopolítica, tendo um novo problema a ser gerido: não apenas o indivíduo, mas a população. A discussão das normas também será apresentada no capítulo sobre o trabalho como risco, do ponto de vista de Canguilhem, pois o trabalho é exercido em meio à produção de normas, entre normatizações sociais e vitais. Desse modo, o conceito de *norma* passa por modulações e se articula com os processos de normalização e normatividade.

terapêutica, para uma posição de objeto, na qual o saber médico fala sobre ela [loucura], localizando-a e determinando-a, atestando a anormalidade.

Classificar, ordenar e diagnosticar afetos, desejos e comportamentos conformam um tipo de experiência tão recente quanto o surgimento do homem como objeto e das ciências humanas como campo. Na história da psiquiatria, enquanto exercício de poder normalizador, ela vai se deslocar da loucura como objeto para uma normalização social das condutas, em um movimento que estamos referindo como psiquiatrização da vida. Nas palavras de Foucault, no curso “Os Anormais” (2010c, p. 136-137):

Toda conduta deve poder ser situada igualmente em relação a e em função de uma norma que também é controlada, ou pelo menos percebida como tal, pela psiquiatria. A psiquiatria não necessita mais da loucura, não necessita mais da demência, não necessita mais do delírio, não necessita mais da alienação, para funcionar. A psiquiatria pode tornar psiquiátrica toda conduta sem se referir à alienação. A psiquiatria se desalieniza. [...] a partir do momento em que não há mais essa referência à relação com a verdade, a psiquiatria vê finalmente se abrir diante de si, como domínio de sua ingerência possível, como domínio de suas valorizações sintomatológicas, o domínio inteiro de todas as condutas possíveis.

Psiquiatrização da vida, normalização social: por essa estratégia de produção de normas para todas as condutas possíveis, *querer morrer* se transforma necessariamente em doença. Nessa esteira, desnaturalizar a obviedade das práticas e discursos em relação ao suicídio sustenta uma das apostas desta tese, pois “[...] é exatamente contra os efeitos de poder próprios de um discurso científico que a genealogia deve travar combate” (FOUCAULT, 2010b, p. 10). Percorremos os deslocamentos históricos das práticas em relação à morte, traçamos linhas pelos discursos filosóficos sobre o suicídio e, por fim, problematizamos a emergência da psiquiatrização da vida, tendo como vetores a disciplina produzida nas relações de saber-poder e a norma.

Esse exercício indica que o movimento de recusar a vida, ou seja, *o querer morrer*, acompanha as transformações históricas e culturais, sendo capturado como patologia quando da emergência do saber-poder psiquiátrico e nas atualizações da psiquiatria no campo da psicologia. Entretanto, essa recusa emerge como uma força que insiste e coloca em risco os projetos de controle e os mecanismos de segurança, pois excede explicações e diagnósticos.

Seguindo em um exercício de problematização como método, propomos a aproximação de duas linhas discursivas sobre o diagnóstico dos transtornos mentais na atualidade, confrontando dados epidemiológicos com uma visão crítica acerca da medicalização da vida. Esse argumento pode indicar uma não coincidência necessária entre *querer morrer* e uma condição patológica.

O Manual de Prevenção do Suicídio dirigido a profissionais das equipes de saúde mental, produzido no ano de 2006 pelo Ministério da Saúde, apresenta um gráfico com a compilação de 15.629 casos de suicídio, compilação essa realizada pela OMS (Organização Mundial de Saúde), indicando que, em quase todos os casos de suicídio, havia correlação entre o sofrimento e alguma condição psiquiátrica. Os transtornos mentais orgânicos, como esquizofrenia e outros transtornos psicóticos, correspondem a 12% do total de diagnósticos, de maneira que quase 80% dos demais incluem transtornos de humor (35,8%), transtornos relacionados ao uso de substâncias (22,4%), transtornos de personalidade (11,6%) e transtornos de ansiedade (6,1%).

Esses dados indicam que a maioria dos casos de suicídio que apresentavam um diagnóstico psiquiátrico não foi composta pelos transtornos mentais considerados graves, que, em última análise, constituem a prioridade de atendimento nos serviços de saúde mental do SUS. Assim, pode-se pensar que a maioria dos casos faz parte de uma zona nebulosa e subjetiva, abrindo espaço para questionamentos acerca de um processo de psiquiatrização da vida.

Aqui também cabe discutir a informação de que os ambulatórios de saúde mental foram retirados da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no ano de 2011³⁴, conforme a Portaria 3.088/11, sendo que a implantação desses dispositivos ainda não havia alcançado uma cobertura considerável, fazendo com que muitos CAPS precisassem acolher demandas importantes, não necessariamente de transtornos mentais graves e persistentes. Os serviços ambulatoriais retornaram à RAPS apenas no ano de 2017, pela Portaria 3.588/17. Muitos dos casos de risco de suicídio atendidos nos CAPS dizem respeito ao caráter ambulatorial dos atendimentos, nos diagnósticos como transtornos de humor, de personalidade e de ansiedade, que talvez pudessem ser atendidos em um ambulatório de saúde mental, evitando a progressão para um agravamento.

Allen Frances, psiquiatra americano que dirigiu durante anos o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM), especialmente o DSM-IV, é autor do livro *“Saving Normal: na insider’s revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, dsm-5, big pharma,*

³⁴ De acordo com Damous e Erlich (2011, p. 913), “De fato, o ambulatório de saúde mental parece estar pouco presente nas discussões tanto no âmbito micro da clínica, que perpassa os dispositivos da rede de atenção psicossocial, quanto no macro, no que tange à política pública de saúde. Essa ausência se expressa nitidamente na Portaria 3.088/11, que institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), na qual o ambulatório foi excluído do quadro de dispositivos de cuidados. Na medida em que se verifica na prática a importância estratégica do lugar e função do ambulatório de saúde mental, acreditamos ser fundamental retomar a discussão sobre esse equipamento, com vistas a problematizar a falta de investimento a ele no cenário atual das políticas públicas de saúde e suas consequências, o que entendemos ser de grande prejuízo para o desenho da rede e os processos do cuidar”.

and the medicalization of ordinary life”³⁵, que faz uma crítica contundente aos abusos da medicina e da indústria farmacêutica. No ano de 2014, concedeu uma entrevista ao jornal *El País*, fazendo uma autocrítica sobre a contribuição do manual para a crescente medicalização da vida. “Transformamos problemas cotidianos em transtornos mentais”, afirma o psiquiatra, indicando um processo de inflação diagnóstica fomentado também pela indústria farmacêutica, produzindo o que o médico designa como “falsas epidemias” como: depressão, ansiedade, transtorno bipolar e transtorno de *déficit* de atenção.

Observamos o suicídio como simplificação de uma experiência complexa e diversa, produzida por diversas condições de possibilidade, entre elas a psiquiatria e a indústria farmacêutica, evidenciando a produção desse fenômeno sob o signo da psicopatologia no contemporâneo e localizado no indivíduo. Entretanto, estranhando tal evidência, podemos pensar que a conexão com um campo exclusivamente patológico não é necessária, linear nem natural. Desse modo, talvez nem todo suicídio seja efeito de um processo doentio ou anormal e talvez nem sempre *querer morrer* indique querer matar-se, assim como, por uma certa relação com o morrer abrem-se planos de composição.

1.3 PRODUÇÃO DE TRANSVERSALIDADES: ENTRE CONVERSAS: A EXPERIÊNCIA DO TRABALHO EM SAÚDE

Virgínia. Clarice. Hilda. Lygia. Susan. Esses nomes de mulheres escritoras foram escolhidos para contar as narrativas do trabalho em saúde das psicólogas trabalhadoras de diferentes serviços do SUS que produziram conversas sensíveis e potentes, transversalizando o percurso do pesquisar. Trabalhadoras essas que poetizam o trabalho, criam sentidos, ampliam experiências e abrem espaço para compartilhar suas trajetórias com a proposição da problematização da pesquisa.

Na sequência de cada capítulo, percorreremos os planos de intensidade das entrevistas-conversas da pesquisadora com cinco psicólogas trabalhadoras de diferentes serviços da saúde mental, inseridas na política pública de saúde do Sistema Único de Saúde – SUS. Interessamos tomar essas conversas produzidas nos encontros da pesquisa como uma experiência, como produção de verdades e de mundo (e não como reprodução de um plano informacional pré-existente) e como uma transversalidade produzida na dimensão ético-estético-política da

³⁵ Título em português: “Voltando ao Normal: como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle”, lançado no Brasil em 2016 pela Versal (FRANCES, 2016).

clínica no trabalho em saúde, que ganha expressão em diferentes platôs transversais. Essa dimensão diz da relação com o governo da vida, com um plano de criação e de incidência sobre regimes de verdade quando tomamos a clínica enquanto produção de desvio em meio às normas do trabalho em saúde. A dimensão informacional, sempre constitutiva de um plano dialógico-conversacional, comparece nos discursos desde sua emergência, enquanto gênese e não como dados estáticos, categorias ou informações a serem coletadas e retiradas de seu contexto. Estamos, assim, atentas à produção de uma experiência que se produz nos encontros.

As entrevistas foram tomadas enquanto conversa, seguindo a inspiração de Deleuze e Parnet (1998, p. 09), de que “o objetivo não é responder às questões, é sair delas”, produzindo a entrevista como experiência, como atividade que traz elementos da própria atividade do trabalho em saúde, ou como “o traçado de um devir” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 10). Todos os momentos das entrevistas individuais e em grupo foram gravados, com o consentimento das participantes e, posteriormente, os áudios foram transcritos em sua integralidade. A proposição das conversas individuais iniciava com o compartilhamento do problema que emergiu no trabalho em saúde em sua dimensão clínica, da pesquisadora em um CAPS, posicionando um *querer morrer* como indagação, quando ainda não era uma questão de pesquisa. Esse plano de compartilhamento ganhou importância no sentido de coletivizar a experiência e a problemática da pesquisa, produzindo um plano de análise do trabalho em saúde atravessado pelas normalizações que transformam *querer morrer* em suicídio.

A dimensão dialógico-conversacional produzida na pesquisa refere-se ao diálogo entendido como discurso e se converte em ferramenta crucial na análise da transversalidade da experiência do trabalho como atividade por entre os platôs da ética como relação, da estética como criação e da política como ontologia da experiência. Nesse sentido, o discurso conforma-se pelos modos de agir, por entre as práticas, na perspectiva da conversação como plano de criação. A sustentação desses movimentos foi produzida pelas diferentes modulações do problema, atualizando a colocação das questões propostas pela pesquisa, tendo a problematização como fio condutor.

De acordo com Rocha e Amador (2018), a Clínica da Atividade consiste em uma abordagem que compõe o campo das Clínicas do Trabalho e “tem como mote o entendimento do trabalho como atividade. Tal conceito, para Clot (2010), parte da distância entre Trabalho Prescrito e Trabalho Real, tal como assinalada pelos ergonomistas, uma vez que, quando da realização do trabalho, o Trabalho Real nunca corresponde exatamente ao prescrito” (ROCHA; AMADOR, 2018, p. 3). Nessa inspiração, interessa-nos a ênfase no potencial de

ação e de criação que emerge no trabalho operado pelas trabalhadoras quando em meio às situações que enfrentam em seu cotidiano.

Nessa modulação de uma experiência transversal da dimensão clínica do trabalho em saúde, há uma inseparabilidade entre a atividade e a análise, pois a “atividade é sempre analítica, ela é a experimentação do trabalho” (CESAR et al. 2016, p. 25). No discurso produzido nas entrevistas, fica evidente a coexistência entre análise e atividade, pois toda a experiência também emerge em um plano de produção e como sustentação que prepara o corpo para as imprevisibilidades. Entendemos a atividade como um transbordamento em relação ao prescrito, como uma dimensão organizada e formal do trabalho, tal qual sugere Clot (2016, p. 116): “aquilo que não se faz, aquilo que não se pode fazer, aquilo que se busca fazer sem conseguir – os fracassos –, aquilo que se teria querido ou podido fazer, aquilo que se pensa ou que se sonha poder fazer alhures”.

Destacamos que não foram utilizadas as metodologias empregadas tradicionalmente pela Clínica da Atividade como Instrução ao Sósia ou à Autoconfrontação simples e cruzada, pois o método foi emergindo na sustentação da problematização, criando modos de acessar e intervir nesse campo de pesquisa a partir dos encontros. Além disso, não pretendemos fazer estritamente uma análise da atividade das psicólogas trabalhadoras da saúde mental, mas positivamos a dimensão da atividade enquanto uma ontologia política da experiência do trabalho e das entrevistas, o que faz da Clínica da Atividade um campo intercessor, como nos indica Deleuze (1988), com um encontro que força o pensamento e que ativa processos de criação.

Uma ideia inicial era a de conversar com trabalhadores da política de saúde mental de algum CAPS e propor a pesquisa em uma equipe. Essa estratégia implicaria um tempo de avaliação de demandas da rede de saúde, contatos e disponibilidades das equipes, o que era viável no tempo da pesquisa. Entretanto, após contatos, começamos a avaliar a situação institucional dos serviços, a relação com as gestões locais e municipais, o momento de precarização das políticas públicas em todas as áreas e níveis (federal, estadual e municipal) e o quadro era (e se mantém sendo) perigoso, frágil e pouco aberto à possibilidade de correr (ainda mais) riscos.

Avaliamos que a ideia de aproximação de alguma equipe, com a proposição de uma pesquisa-intervenção e posterior afastamento, em um momento politicamente conturbado com um tema que propõe discussões arriscadas, seria perigosa do ponto de vista ético. As gestões dos serviços estão em estado de alerta para uma série de processos e a proposta da pesquisa

era abrir espaço, justamente, para conversas sobre riscos. Possivelmente, em uma equipe de saúde, as questões institucionais ganhariam espaço em relação aos processos de trabalho de modo amplo, o que poderia ser potente, mas a pesquisa tinha um interesse um pouco mais específico. Ainda que essa primeira ideia parecesse interessante, desistimos em função de todo o quadro referido.

Após a releitura do projeto, emergiu a proposta de fazer contato com trabalhadores de diferentes serviços, mas que tivessem como ênfase o trabalho na saúde mental. Escolhemos a psicologia como área, ao invés de trabalhadores de diferentes especialidades. A justificativa dessa escolha é objetiva e estratégica: em geral, as demandas que chegam aos serviços de saúde mental como risco de suicídio, seja tentativa, seja ideação suicida, são encaminhadas aos profissionais da psicologia e à psiquiatria, ainda que possam ser acolhidas por profissionais de quaisquer áreas.

Há um entendimento generalizado, não apenas na área da saúde, de que tais casos precisam ser acompanhados por profissionais da área psi. Seria interessante discutir com equipes multiprofissionais essa problemática, entretanto, para fins do objetivo específico deste estudo, optamos por direcionar a pesquisa para os profissionais que geralmente ficam responsáveis pela condução desses casos. Interessa-nos o encontro com os dilemas que envolvem decidir e interpretar determinados modos de narrar o sofrimento ou a queixa e o enunciado de *querer morrer* como sendo de risco ou não, como sendo passível de internação ou não, e isso cabe, em muitos serviços, aos psicólogos, às psicólogas e às/aos psiquiatras. Essa escolha mostrou-se como operativa de um recorte de área da saúde mental em relação à psicologia, ainda que permaneça o interesse pela continuidade desse estudo envolvendo outras áreas.

Uma das questões apontadas quando da eleição dos critérios de escolha do campo foi a de optar por diferentes tipos de serviços, para trazer diversidade às discussões em termos de processos de trabalho. Outro aspecto importante foi o de contatar trabalhadores com um tempo de experiência considerável, para tentar garantir a possibilidade de que tenham passado por dilemas e decisões difíceis ao longo dos anos, ainda que essa discussão possa ser feita em qualquer momento da prática profissional, inclusive durante a formação na graduação.

Os contatos foram acontecendo por indicações de colegas da pós-graduação e de alguns serviços, com um convite de sugerir participantes que tivessem interesse nessa discussão sobre riscos, risco de suicídio, morte e protocolos. Os primeiros contatos se deram no início do ano de 2019, mas a primeira entrevista foi realizada apenas no mês de maio de

2019. Para garantir o sigilo das participantes, todas mulheres psicólogas, não indicaremos as cidades dos serviços, apenas o porte do município, conforme a densidade populacional. Também não as designaremos pelo nome próprio, a fim de garantir o anonimato, previsto no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido³⁶.

Inicialmente pensamos em propor 10 entrevistas individuais, mas depois da realização da primeira entrevista, diante da densidade e riqueza do material, optamos por efetuar 5. Participaram 5 psicólogas de 5 equipamentos diferentes do SUS, de 4 municípios do Rio Grande do Sul: emergência psiquiátrica, serviço de saúde do trabalhador de um hospital universitário, ambulatório de saúde mental de crianças e adolescentes, ambulatório de saúde mental de adultos e CAPS (adulto e infantil – a mesma psicóloga trabalha em dois CAPS). Os municípios são de: pequeno porte II (de 20.001 a 50.000 habitantes), grande porte (de 100.001 a 900.000 habitantes) e metrópole (mais de 900.000 habitantes), conforme a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) de 2004 (BRASIL, 2005). Todas as participantes atuam nas políticas públicas há pelo menos 10 anos (o tempo de trabalho na saúde não foi um critério de escolha, mas as indicações e os interesses das trabalhadoras levaram-nos a esse grupo).

A proposta era a de realizar entrevistas/conversas com as psicólogas trabalhadoras dos diferentes equipamentos do SUS e, após essa primeira etapa, propor trocas de cartas e pelo menos um encontro em um grupo de discussão. Esses dispositivos foram pensados como modos de facilitar, em um primeiro momento, a construção de um campo problemático a partir das entrevistas individuais e, aos poucos, ampliar a discussão por meio de troca de cartas, propondo ao menos um encontro em grupo, pois as trabalhadoras eram de cidades e serviços diferentes. Ao mesmo tempo, manteve-se uma abertura às possibilidades e aos retornos que se desdobravam, convocando um exercício de análise do percurso e mudanças de rumos.

No período compreendido entre os meses de maio a dezembro de 2019, ocorreram cinco (5) entrevistas individuais, três (3) rodadas de trocas de cartas e três (3) encontros de discussão em grupo. As conversas individuais e em grupo foram gravadas e transcritas, o que gerou um material repleto de histórias interessantes e narrativas sensíveis sobre o trabalho em saúde mental nos casos de risco, convocando demora e tempo de estudo para analisar esse

³⁶ O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) está no Anexo I. É importante destacar que o projeto desta tese – “Por que eu não posso *querer morrer?*”: Uma conversa infinita entre normatividades e normalizações pelo trabalho em saúde – está vinculado ao projeto guarda-chuva “Trabalho, Subjetivação e Clínica – educação e saúde em análise”, que tem como pesquisadora responsável a professora Fernanda Spanier Amador. Desse modo, o TCLE em anexo, que foi assinado pelas participantes, tem como designação o projeto guarda-chuva.

material. O convite à escrita de cartas provocou uma quebra na temporalidade, pois entre a proposição, a escrita e a troca houve certa lentidão. Uma zelosa demora. Principalmente, antes do primeiro grupo, houve um cuidado das participantes com o que dizer, para quem e de que modo, o que sugere que a confiança exige trabalho, esforço e tempo. As cartas não comparecem nas análises, mas funcionaram como conexão inicial entre as psicólogas.

Destacamos como ponto fundamental do processo de pesquisa o interesse das participantes e a motivação para falar do trabalho e compartilhar experiências, pois os encontros em grupo e as entrevistas individuais implicaram deslocamentos e tempo disponíveis, ainda que a implicação das participantes tivesse diferentes intensidades. Os grupos encerraram pela questão da temporalidade da pesquisa, mas o desejo de manter esse coletivo nômade permaneceu e deu origem a um projeto, o qual será anunciado posteriormente.

Os encontros foram propostos com o objetivo de compartilhar uma experiência, fazendo emergir a dimensão problemática do *querer morrer*, bem como a dimensão problemática do trabalho em saúde diante dessas situações e demandas de risco. Não houve uma estrutura prévia de perguntas, a não ser o interesse pelas situações do trabalho em saúde que envolvesse casos de risco de suicídio ou momentos de proximidade com situações consideradas de risco. Entretanto, a conversa era direcionada pelo encontro, pelas proposições das participantes, por um viés cartográfico. A análise cartográfica se presta a acompanhar a normatividade, que é o que está em questão na clínica da atividade.

A “pista da entrevista”, produzida por Tedesco (et al., 2013), indica a atenção aos processos e movimentos, apostando em um caráter performativo das entrevistas pelo viés cartográfico, ou seja, de potência de criação, de transformação e de intervenção. O cartográfico refere-se ao modo de tratar e entender a produção das entrevistas e da pesquisa, oferecendo pistas sobre a posição do pesquisador e da atenção que vai transitando por planos de diferentes intensidades, entre transversalidades. A afirmação da dimensão clínica do trabalho na saúde mental como experiência e a relação com a dialogia são sugeridas por Tedesco e Pinheiro (2016, p. 189) quando definem a atividade de trabalho, na interface entre as obras de Yves Clot e Mikhail Bakhtin “como trama complexa de conexões de vida”. Desse modo, o trabalho posiciona-se em uma dimensão de criação, ou seja, como produção de diferença e como experiência.

Nesse sentido, “trata-se de afirmar a dimensão positiva do trabalho, isto é, pensá-lo como atividade inventiva, criadora de normas, não limitado à execução mecânica de tarefas”

(TEDESCO; PINHEIRO, 2016, p. 189). Ainda de acordo com esses autores, “a análise do trabalho só se efetivará, assim, como um espaço de *diálogo*, de encontros, de experiência compartilhada, afirmando-se a inseparabilidade do conhecer e do fazer” (TEDESCO; PINHEIRO, 2016, p. 191, grifo dos autores). Essa inseparabilidade das ações de conhecer e fazer remete à proposta epistemológica de Canguilhem (2012), quando enuncia a não separação entre viver e conhecer.

Nesse plano dialógico que se produz nos discursos, “a linguagem, estabelecida na reciprocidade entre expressão e conteúdo, sofre a ação dos fatos e age sobre eles, ostenta em si a realidade e, portanto, pode produzir-se como experiência” (TEDESCO et al., p. 305, 2013). Aqui, a proposição da expressão convoca a performatividade da linguagem, uma dimensão pragmática que faz convergir o ato de dizer como ação e a proposição do conteúdo indica o caráter informacional, vivido, ou seja, o “dito”. Nesse sentido, as entrevistas são entendidas como produções de experiências, assim como a dimensão clínica do trabalho na saúde mental como atividade, e serão analisadas em sua superfície discursiva, processual e performativa.

Tecendo considerações sobre o dizer enquanto dimensão expressiva da linguagem – que, como afirmamos anteriormente, não se separa da dimensão do conteúdo –, observamos que o modo desse dizer foi evidenciado por muitos momentos de silêncio, de pausas, de esperas, de mudanças no volume e tom da voz nas diferentes modalidades de entrevistas. As participantes buscavam as palavras, em diversos momentos para precisar o que queriam dizer, pois narrar a dimensão intangível dos afetos parecia não caber nos significados representacionais das palavras. Os sentidos estavam atravessados pela subjetividade do narrar.

As conversas foram marcadas por longos momentos de pausas, de lentidão, um tom de voz mais baixo em relação ao restante da fala e de gaguejo ao narrar as situações de risco de suicídio e de acompanhar o morrer, com momentos de elaboração do pensamento e não como um fluxo ininterrupto de palavras. Em contrapartida, quando expressavam uma linguagem de defesa da equipe e do trabalho, as vozes eram enfáticas, tom de voz alto, fala afirmativa, segura e com um ritmo contínuo, com poucas interrupções. Essas modulações nos modos de dizer parecem sugerir certa hesitação quando da elaboração do pensamento em um exercício de problematização e, por outro lado, um fluxo contínuo quando da explicação das prescrições e dos protocolos.

Quanto ao diálogo, em Clínica da Atividade, refere-se ao dialogismo proposto por Bakhtin, que, por sua vez, trata dos discursos e vozes que se cruzam, encontram, atravessam

ou transversalizam, o que torna o diálogo um campo de disputas, como um jogo agonístico na linguagem. O diálogo designa um dizer coletivo, uma diversidade fundada na divergência produzida pela pluralidade de vozes (TEDESCO; PINHEIRO, 2016).

Quando vamos para a ideia de conversação a partir de Deleuze, trata-se de uma espécie de dizer em ação, em uma deriva pela composição, pois “o objetivo não é responder a questões, é sair delas” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 2) – sendo que *sair* refere-se ao movimento de derivar, produzir, colocar. Trata-se da estratégia da problematização como operação de sustentação de um plano conversacional. Essa ideia tem inspiração nos estudos da linguagem que fazem convergir o ato de falar e a ação, pois “a enunciação é um ato e, como tal, opera transformações no mundo” (TEDESCO; PINHEIRO, 2016, p. 197).

Desse modo, as entrevistas foram propostas a partir de um *ethos* cartográfico, o que lhes confere um caráter processual e de intervenção e serão analisadas pela produção de um plano dialógico-conversacional, na interface entre Clot, Bakhtin e Deleuze, enquanto um jogo de divergências e de múltiplas vozes que configuram práticas. Ao longo do texto, esse plano de análise será referido sempre como dialógico-conversacional, entendendo que essas instâncias não são correspondentes, não se resumem uma à outra, mas emergem de modo coexistente nos encontros da pesquisa.

O *ethos* é uma posição de análise, uma posição crítica, que passa por uma aposta nas relações, aposta essa que não é cega, já que advém de uma posição de análise, de crítica ou de atitude-limite. Nesses termos, a noção de *ethos* entra nesta tese a partir das discussões de Foucault (2005, p. 347-348):

Esse *ethos* filosófico pode ser caracterizado como uma atitude-limite. Não se trata de um comportamento de rejeição. Deve-se escapar à alternativa do fora e do dentro: é preciso situar-se nas fronteiras. A crítica é certamente a análise dos limites e a reflexão sobre eles. [...] Caracterizarei então o *éthos* filosófico próprio à ontologia crítica de nós mesmos como uma prova histórico-prática dos limites que podemos transpor, portanto, como o nosso trabalho sobre nós mesmos como seres livres.

Nesse trabalho de atendimento dos casos que chegam aos serviços sob o signo do risco de suicídio, em sua dimensão clínica e produzida na emergência dos riscos, permeado por momentos agudos e atordoantes que causam vertigem, todas as participantes da pesquisa experimentaram uma espécie de aposta que produz potência, o que parece ressoar como um *ethos* da confiança. Nesses encontros, há a possibilidade de trabalhar pela via de tentar cessar o risco a qualquer custo, por estratégias de normalização e controle. Por entre os protocolos, há também a possibilidade de estar junto com o outro e acompanhar a vertigem, amparar e

ajudar a olhar para a morte, andar juntos sobre uma linha tênue entre viver-morrer, habitando uma zona de risco.

No discurso das trabalhadoras psicólogas participantes da pesquisa, fica evidente o aumento das demandas de risco de suicídio, o número de suicídios por região³⁷, a gravidade e precocidade dos casos, a concomitante precarização dos serviços, o enxugamento das equipes de saúde e que o aumento do suicídio entre adolescentes vem crescendo nos últimos anos. Desse modo, todos os serviços parecem estar operando com práticas e processos de emergência. Pensemos no princípio do SUS: a equidade³⁸ – o acesso ao SUS é universal, todos são usuários e têm direito à saúde, mas aqueles com maiores necessidades, ou seja, os casos considerados mais graves são atendidos primeiro. Assim, a gravidade e a urgência vêm fazendo parte do cotidiano de todos os tipos de serviços de saúde mental, produzindo uma experiência marcada pelo risco.

1.4 PLATÔ ÉTICO: CONFIANÇA-QUEDA-RISCO

As séries de análise destacadas em cada transversalidade indicam modulações da experiência, permitindo a produção de uma superfície de problematização marcada por movimentos. Neste platô ético, que indica um modo de relação com o mundo, a confiança não se restringe a um objeto a ser descoberto, não sinaliza algo que existe antes de um encontro, portanto, não pode ser pré-definida. Não indica algo que se tem ou não se tem, que se dá ou se recebe, pois não é da ordem do ser, logo, não configura uma propriedade. A confiança emerge como um platô que se produz no encontro entre corpos e que convoca uma abertura às forças e aos afetos, à presença e a uma relação singular com o tempo, pois é preciso abrir brechas nas urgências do presente, implicadas no exercício do trabalho em saúde mental.

Um fio do confiar, do tecer junto, tece-se no encontro, permitindo a conexão com o que se passa, com o que nos acontece, com aquilo que Larrosa (2002) indica como *pathos* – no sentido de passional, dos afetos, e não da doença. Produz-se uma zona de transe e de acesso ao plano de forças, pois as formas são como simulacros com bordas distorcidas e permeáveis. Paradoxalmente, a “concretude” da intervenção nesses casos emerge do acesso ao impensado, aos afetos, ao que se passa entre corpos – zona de extrema permeabilidade e

³⁷ “O Brasil encontra-se entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios, com 9.852 mortes em 2011. O coeficiente médio para o período 2004-2010 foi de 5,7%. Esse índice aumentou 29,5% nas duas últimas décadas e é mais elevado em homens, idosos, indígenas e em cidades de pequeno e de médio porte populacional” (BOTEGA, 2014, p. 231).

³⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2020.

fragilidade. Diametralmente opostos, os protocolos de prevenção³⁹ ao suicídio preconizam e informam os comportamentos dos usuários a serem observados pela equipe de saúde e como o trabalhador deve proceder, o que parece bastante objetivo, com ações específicas que dependem de uma avaliação rigorosa. A confiança enquanto uma ética emerge como sendo uma das dimensões com as quais trabalhadores da saúde compõem no exercício do trabalho como atividade: com os protocolos, com o encontro com os usuários, com as condições dos serviços, com os manuais e é por entre esses elementos que uma dimensão clínica é experimentada. O que está em análise é o trabalho em saúde, na sua especificidade quando envolve casos de risco de suicídio e analisamos como, pelo exercício do trabalho, produz-se uma certa concepção de saúde.

Isso posto, passamos às entrevistas-conversas. Na continuação, nos abrimos aos processos de escuta e análise que emergem delas. Cabe, antes, mencionar que as entrevistas-conversas foram transcritas em sua integralidade, registrando coloquialidades, hesitações, repetições e marcas pessoais e situacionais próprias do momento enunciativo. Das horas de interação, trazemos para a tese excertos pertinentes ao que estamos discutindo em relação ao tema desta tese.

As tríades de séries de análise em cada platô indicam modulações da experiência produzida nessas conversas, como vetores dessa produção. Esta primeira série – confiança-queda-risco – permite percorrer uma certa relação com o trabalho em saúde na qual os riscos são constitutivos de um fazer, e não apenas localizados, como uma gestão dos riscos. Desse modo, a confiança e o trabalho que acontecem no coletivo vão sendo produzidos na direção de um *ethos* que permite habitar zonas de incertezas, dúvidas, hesitações.

No que tange ao platô ético, a relação entre confiança, queda e risco emerge na fala de Virgínia, destacada no excerto a seguir.

Virgínia⁴⁰: – *Quando eu, ali foi acho que em 2002, assim, teve um dos casos mais difíceis que eu atendi. Eu, eu, antes de atender esse caso, eu recebi duma colega que é psiquiatra um texto sobre luto materno, que é uma tese de doutorado, de uma psicóloga que foi minha professora até, na PUC, e que... realmente ali se vê que tem muito pouco... poucas pesquisas sobre esse assunto, porque é um assunto que acho que é um dos mais... tabus, assim, que mexem, que eu acho que é a pior dor. E eu recebi da minha colega esse material, ela me deu, e... em seguida eu peguei um caso assim, meu Deus... o caso assim era de uma mãe que tinha perdido um filho, uma criança de três anos, na época o meu filho tinha três anos, de uma forma assim*

³⁹ MINISTÉRIO DA SAÚDE. Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. **Prevenção do Suicídio: Manual** dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. 2006.

⁴⁰ Para manter o sigilo das trabalhadoras participantes da pesquisa, os nomes originais foram substituídos por nomes fictícios, a partir da referência a nomes de mulheres escritoras: Virgínia Woolf, Clarice Lispector, Hilda Hilst, Lygia Telles e Susan Sontag.

completamente absurda de dramática assim, sabe? A criança foi... atropelada por uma retroescavadeira, assim...

Jéssica [entrevistadora]: – *Nossa, brutal...*

Virgínia: – *Brutal... E... a máquina tava... descompensada, a pessoa não conseguiu parar, foi uma coisa assim horrível... então essa, essa mãe, essa mulher assim ela... psicotizou assim, né... e, e, eu, eu ia atendendo ela... dava uma coincidência, uma sincronia, assim, porque lá a gente não escolhe os casos, vai pegando os casos que vêm, a demanda do dia... era dia das mães, aniversário de morte, natal, ano novo, tudo datas assim marcantes... e... e com ela eu fui aprendendo, porque a gente aprende né, muito com o outro assim, fazer... nessa artezanaria clínica mesmo... e... e que eu, e assim ó, a gente se empenhava de encaminhar ela pra tudo quanto era lugar, ela não se fixava em lugar nenhum... aí eu perguntei pra ela: “Mas vem cá, por que que tu não fica, não, não recebe esse acompanhamento”? – “Ah, porque tudo que é lugar que eu vou mandam eu falar sobre o que aconteceu... eu não quero falar, não aguento falar”! Aí ali assim eu ahh... tá né, então tá, tô entendendo que em situações de estresse pós-traumático, quem é que disse que a pessoa tem que falar sobre o que aconteceu? Às vezes ela precisa justamente... fazer um deslizamento ali pra outros lados do significante... e se fortalecer outras áreas, porque se não fica bem isso, né: terapia tortura? E... e eu gosto de prestar muita atenção nisso assim, como eles tem liga, quando eles conseguem fazer vínculo, e quando eles não fazem por que que eles deixam de fazer? Eu sempre pergunto assim: mas por que tu não continuou, o que que aconteceu?*

Virgínia parece se implicar em uma experiência da usuária de modo análogo ao que Foucault (2008a) apresenta na gênese da prática clínica, ou seja, concedendo-lhe um lugar de saber ao invés de localizar seu sofrimento em alguma categoria nosológica ou interpretar sua relação com os serviços. Há uma atenção “àquilo que nos acontece” (LARROSA, 2002), ao que se passa no encontro. Nesse platô ético que implica confiar, cair e arriscar, a ação emerge em um plano de afecções e de trânsito entre corpos em um processo no qual a confiança vai sendo tecida tal qual um bordado.

No encontro com casos de risco, uma experiência emerge carregada de nebulosidades, com poucos espaços de nitidez: *feeling*, intuição, transferência, abertura, alma, não saber, esses foram recursos e estratégias produzidos nos atendimento aos casos de risco que ganharam evidência nas entrevistas, como uma experiência que atualiza o trabalho que está em curso neste platô ético de intensidades. Esses encontros causam dúvidas em quem escuta e acolhe o risco, insegurança e medo até de expressar que são esses os meios utilizados diante da vertigem de acompanhar um *querer morrer*, pois parecem sugerir uma prática sem técnica ou não profissional e científica. O fio se tece no momento do encontro, no presente, com as linhas emaranhadas, ou não há tecido: produção e emergência de um acontecimento, enquanto ruptura, conforme podemos perceber no excerto que segue:

Hilda: – *Isso já aconteceu algumas vezes, assim, e aí se a gente percebe ali, que bom, ainda têm coisas que seguram, que a pessoa né, têm algumas coisas que ela se liga na vida ainda assim, então vamos... marca de novo daqui a um dia, vamos ver como ela vai estar depois desse atendimento hoje, se ela vai dar algum retorno*

disso, se tem algum efeito pra ela, deu, causou, gerou algum efeito de esperança, de se ligar, se conectar com as coisas da vida. Essa é uma estratégia da equipe. Então esse é o protocolo. Agora de mim, assim... às vezes... passa por uma coisa que... parece que é meio intuitiva, assim, meio de se confiar às vezes num certo feeling, mas eu não sei se é só isso, sabe? Ah, que às vezes a gente usa umas técnicas sem nem saber que tá usando, mas acho que psicólogo trabalha com o feeling, assim, não tem como negar isso, embora... eu às vezes me sinto meio mal de falar isso, sabe? Mas, enfim...

Jéssica [entrevistadora]: – *Mas porque tu, tu acha que é... ou tu te sente mal... tu acha que é menos, ou que é... não é técnico? O que que...*

Hilda: – *É, eu acho que pode soar assim como meio que não sabe o que que tá fazendo, mas eu confio no meu feeling [risos]... Eu acho que ele é super potente, assim, tipo, eu super confio, mas não é algo que eu me sinto tão confortável em assumir assim.*

A transversalidade do *ethos* da confiança ganhou forças nesse encontro com as trabalhadoras dos serviços de saúde mental do SUS e aparece nas narrativas da relação delas com usuários, com a equipe, consigo mesmas e com a pesquisa. Escutamos quem escuta atualizando e produzindo um *ethos* da confiança. Compartilhar os riscos, as dificuldades, as burlas, os equívocos e o não saber exigiu coragem: delas em relação à instituição, ao grupo de pesquisa, à pesquisadora e ao próprio trabalho; entre elas; entre nós. A possibilidade de compartilhar o que se faz pela ordem do precário, do frágil, do vulnerável e dos riscos, por entre narrativas, produziu um plano comum, um coletivo de alteridade, e uma aposta em uma estratégia de partilha. Esse *ethos* da confiança também emerge nas relações que elas compõem no trabalho em saúde mental, com usuários e com a equipe. Como nos indica Rolnik (1994, p. 8):

Amparar o outro na queda: não para evitar que caia, nem para que finja que a queda não existe ou tente anestesiá-lo, mas sim para que possa entregar-se ao caos e dele extrair uma nova existência. Amparar o outro na queda é confiar nessa potência, é desejar que ela se manifeste. Essa confiança fortalece, no outro e em si mesmo, a coragem da entrega.

Trata-se de entregar-se ao caos, pois a queda – que podemos entender como a precarização da política pública, a morte e o risco de suicídio – é inevitável. Compartilhar a queda, estar junto, viver o caos e produzir diferença exige a coragem de entregar-se. A precarização conecta-se com a queda na medida em que essas situações exigem um exercício constante de produção da confiança no outro e no mundo. Albert Camus (2012) chama de “absurda” a nossa condição humana de fazer tudo o que fazemos tendo consciência da própria morte. Habitar nossa mortalidade, confiar na queda, compor com o absurdo para produzir outros modos de viver e morrer foi a aposta do percurso metodológico desta pesquisa. Coletivizar a queda e confiar no trajeto foi uma estratégia da pesquisa na composição com as trabalhadoras da saúde que apostaram em compartilhar e produzir experiências.

As produções dos encontros com as trabalhadoras sugerem que o atendimento desses casos de risco exige abertura, coragem e uma escuta genuína para que seja possível alguma conexão em um plano do trágico da experiência, acolhendo forças de conservação e de criação. Parece que: ou se compartilha o absurdo, vive-se a queda e o caos; ou não há escuta desse sujeito que busca algum amparo. Transversalmente, estamos falando do *ethos* da confiança entre trabalhadoras e usuários. Essa pesquisa só foi possível pela transversalidade do *ethos* confiança em diversos planos, que não significa homogeneização, semelhança ou igualdade de pensamento, mas um plano político do viver e do morrer, acolhendo e apostando nas diferenças, nas resistências e nos riscos, plano político esse que diz da produção dos modos de vida.

A confiança opera por entre a gestão dos riscos, pela posição de correr os riscos da gestão, pois as situações que chegam ao serviço são de um encontro com limites entre viver e morrer, entre saúde e doença, entre fluxos e interrupções, entre forças de conservação e de criação. Nessa zona de indeterminação dos riscos na qual pode haver uma experiência de queda, as estratégias para acolher um outro que chega para atendimento são da ordem dos afetos, dos incorpóreos, de um plano de forças. Os corpos das trabalhadoras entram em cena como um plano de saber que, de certa forma, orienta percepções e indica possibilidades de como intervir, construindo um território para que seja possível olhar para o *querer morrer* e para a condição de mortalidade, própria e do outro, produzindo um *ethos*.

Para que algo aconteça, para que ocorra uma escuta do outro, é preciso acionar o corpo e permitir que uma experiência nessa zona de indeterminação tenha lugar, tal como deixam ver excertos de falas das entrevistadas: “reconhecer o sofrimento do outro”, “simplicidade de entender o inferno”, “permitir-se ir mais longe”, “correr os riscos”, ter/estar com as “defesas lá embaixo”, “estar ali nua e crua”, “a alma gela”. Permitir-se habitar esse território de modo a cuidar do outro pela experiência em um plano de forças parece passar pelo corpo aberto às temperaturas e cruezas que desenvolve uma musculatura sensível, que parece indicar uma oposição às proposições organizadas e protocolares dos manuais de prevenção ao suicídio, os quais preconizam uma racionalidade comportamental na intervenção. Amparar o outro na queda e confiar em um saber que passa pelo corpo.

Virgínia: *Às vezes as coisas são simples mesmo. Quando a gente demonstra uma empatia pela dor do outro e que tu, de novo vou dizer, tu passa a enxergar o outro, né? [...] eu vou, eu me permito, no atendimento de emergência ele é, ele é bom por isso, porque, o que que acontece? A pessoa tá ali com as defesas dela lá embaixo, entendeu? Então ela tá ali nua e crua, então eu também tenho que tá nua e crua, de*

certa forma, sabe? Eu não posso ficar ali... Se eu começar assim me distanciar eu perdi aquele caso.

Jéssica [entrevistadora]: – *Aham... É um encontro mútuo.*

Virgínia: *É um encontro humano, acima de tudo, né?! E... e eles sentem isso assim... quando eu tô diante de um risco de um suicídio iminente minha alma gela.*

Virgínia fala dessa alma que gela, que, junto aos protocolos, dá as pistas de como conduzir situações de risco. Os afetos entram em cena por sua visceralidade e indicam os casos que exigem medidas de internação, quando um suicídio pode estar em curso. Parece haver uma paralisia que remete à presença da possibilidade de morrer e é isso que permite dar passagem a uma aderência aos protocolos de prevenção ao suicídio.

Paradoxalmente, quanto mais as conversas se aproximaram do tema da morte, mais encontramos uma discussão sobre a vida. Quem quer morrer fala absurdamente tanto da vida quanto da morte, pois, se morrer afirma-se como sendo imanente ao viver, há uma coexistência desses processos. Talvez esse seja um dos grandes dilemas dos protocolos de prevenção ao suicídio: falam muito de suicídio, falam pouco sobre a vida e o viver.

Hilda:– *Do quanto que a pessoa te responde a uma possibilidade de, de vínculo assim, com o tratamento, de esperança no tratamento assim. Vamos dizer, claro, isso invoca também tu assumir um risco né... tu não tem, sabe, tu não tem, pode, tu não tem plena certeza, daquilo assim... Envolve assumir um certo risco assim, quando tu confia no vínculo assim... que eu acho que é isso que alguns profissionais preferem não arriscar... e aí articulam essa rede que é uma rede que vai conter mais...*

Então, pensando com Hilda, tanto apostar no vínculo quanto produzir ações de contenção implica riscos. Assim, podemos evocar a hipótese repressiva que Foucault (2013) apresenta em relação à sexualidade: os discursos repressivos incitam e produzem a sexualidade, não apenas reprimem, pois há uma dimensão produtiva nas estratégias de poder. O poder diz sim e não, nega e afirma, sendo sempre da ordem da ação; o poder se exerce e produz. Reprimir um comportamento ou cercear uma conduta sugere também um modo de produzi-la. Analogamente, em relação ao suicídio, o discurso de contenção do comportamento suicida também o produz. Precisamos pensar sobre isso por entre transversalidades.

Pela dimensão produtiva dos discursos, mesmo os repressivos, que ganham força nas proposições de Michel Foucault (2013), os discursos sobre a morte e o *querer morrer* foram fazendo pensar sobre que vida é essa que está sendo recusada. A prevenção centrada na contenção de um comportamento muitas vezes não permite seguir as linhas de vida e de criação que estão sendo negadas. Talvez não seja toda e qualquer vida que não se queira viver. Alguma vida está sendo recusada, mas parece haver espaço para inventar outros modos de

vida que não sejam circunscritos à negação da morte e a esse jogo dicotômico. Quando alguma vida está sendo recusada, pode-se estar afirmando uma outra vida, uma vida que inclui o morrer, enquanto imanência, uma vida que é da ordem de uma transitividade, e não substancializada.

Cabe destacar que o apelo à razão e aos procedimentos, a atenção observadora aos comportamentos e as palavras de risco parecem não encerrar o que é preciso acionar nesses encontros sinuosos e embaralhados. Neste platô da ética, emergiram perguntas entre as entrevistadas sobre como proceder nesses casos: Como se aprende a produzir essa confiança? Como se ensina? Como acontece essa transmissão na formação? Parece que a confiança acontece na experiência, aprende-se com os outros, na prática, na vida e na clínica.

Aqui se abre uma discussão importante sobre a dimensão da formação e da técnica, que convoca uma preparação e uma abertura ao acaso, ao impensável e às forças. Uma preparação para o impreparável, para poder pensar o impensável em um plano ético. Acompanhando as elaborações de Michel Foucault acerca do cuidado de si, na Antiguidade, enquanto uma estética da existência, ele indica que “nenhuma técnica, nenhuma habilidade profissional pode ser adquirida sem exercício; não se pode mais aprender a arte de viver, a *technê tou biou*, sem uma *askêsis* que deve ser compreendida como um treino de si por si mesmo [...]” (FOUCAULT, 2004b, p. 146). Essa arte de viver tinha como objetivo a transformação de si e do mundo, um trabalho de si sobre si. O instrumento dessa ascese, desses exercícios da arte de viver, essa estratégia chama-se de *paraskeuê*:

[...] a *paraskeuê* é o que se poderia chamar uma preparação ao mesmo tempo aberta e finalizada do indivíduo para os acontecimentos da vida. Quero com isto dizer que se trata, na ascese, de preparar o indivíduo para o futuro, um futuro que é constituído de acontecimentos imprevistos, acontecimentos cuja natureza em geral talvez conheçamos, os quais porém não podemos saber quando se produzirão nem mesmo se se produzirão (FOUCAULT, 2006b, p. 387, grifo do autor).

Essa posição afirma que não há entidades formadas antes da experiência, antes do encontro do sujeito com o campo de práticas. A *paraskeuê* “é o elemento de transformação do *logos* em *êthos*” (FOUCAULT, 2006b, p. 394, grifo do autor) e pode ser considerada como equipamento e preparação para o imprevisível, configurando-se por uma posição ética, pela abertura às multiplicidades; e a *áskesis* “é o que permite que o dizer-verdadeiro [...] constitua-se como maneira de ser do sujeito” (FOUCAULT, 2006b, p. 395). Esses exercícios preparam o corpo para o porvir, para o acaso, para as emergências. Por isso, parece-nos que o *ethos* da confiança indica um modo de estar no mundo muito próximo da *paraskeuê* dos gregos, pois produz um território existencial que se produz no encontro com o outro; uma ética.

Habitar o território desse *ethos* da confiança: essa é uma das modulações da transversalidade que emergem nas entrevistas produzindo um comum pelas experiências de trabalho compartilhadas. Por entre esse tecido, os corpos são abertos às forças que dão passagem ao não saber, ao indiscernível e ativam a temperatura do corpo, o peso das costas, as mãos que seguram um desejo, o mergulhar em um mar de riscos. O vínculo com o outro, com o usuário, com a usuária, vem depois da aposta, ou não vem. O vínculo emerge como efeito desse ato de apostar, de arriscar e pode não ser efetuado. Não há como saber antes da tentativa de apostar. Esse movimento afirma-se como uma experiência de queda, sendo que o vínculo emerge no platô da ética de modo coexistente aos riscos. Vincular-se é correr riscos, tanto para o usuário quanto para o trabalhador. Fios e riscos de um trabalho artesanal, de uma artesanaria clínica que vai produzindo o tecido do cuidado. Uma ética que passa pela aposta e pelos riscos, um risco que implica confiança.

Seguindo a pista da confiança nas pistas do método cartográfico (SADE et al., 2013), ela produz uma conexão entre os aspectos éticos e metodológicos da pesquisa, pois sugere um modo de produzir a experiência por uma posição de abertura e um modo de analisá-la, dando passagem à potência da ação. A confiança parece ser uma transversalidade que se produziu nas conversas em diversas direções. Fios da confiança espalhados possibilitaram a emergência da experiência dos riscos e um olhar para o movimento de *querer morrer*. Experimentamos a confiança como uma ética que implica apostar na queda e nas rupturas com uma lógica tradicional e moral de concepção de saúde, sustentada nas indeterminações dos encontros.

A *queda* é outra das séries da modulação da ética e produz um exercício de profanação da clínica, uma afronta a um modo sagrado de tratar os riscos, modo esse que é reiterado pelas ações de prevenção, como apresentamos inicialmente. Relaciona-se com um modo de habitar nossa dimensão de mortalidade e extrair potência dessa condição, como um modo de invenção de uma estética da existência. Refere-se a um ato de deslocar valores superiores, atacar ideais metafísicos e representações que pairam sobre o mundo, acima dos corpos e dos encontros, levando-os em direção a terra, ao território, às entranhas da vida, tal como o Zaratustra de Nietzsche, que indica que não há nada acima das estrelas e que tudo é perigoso.

Deixar falar um *querer morrer*, para além de tentar propor soluções e anestésias, sugere um modo de deixar que o tabu do risco de suicídio caia. A língua (ou o idioma) aceita de expressão dessa vontade, no contemporâneo, parece ser a língua psiquiátrica que traduz todas as suas dimensões como sintomas e transtornos, em termos de normalidade ou patologia.

Essa transversalidade emerge nas entrevistas nas indicações do ineditismo desse espaço de conversa que não se encerra em uma disputa de ações protocolares e manuais.

Problematizar um *querer morrer* e sua naturalização como loucura mostra-se como uma violência, como um ataque a uma concepção moralizante de saúde e provoca o pensamento por um movimento de queda da operação convencional e como território de riscos, que, por vezes, ganha lugar nas lógicas do ofício⁴¹.

Lygia: – *Quanto às vezes a gente tem que sustentar pelo outro né, quando ele não tá conseguindo sustentar a vida porque é... antes das pessoas tem o valor da vida, que eu acho que é o complicado e o forte assim dessa experiência, porque, se alguém não tá querendo viver a gente não pode "ok, então seu desejo é esse", muito menos adolescente, né, adulto já é diferente, a minha experiência com adolescente não dá então, a intervenção tem que ter independente do desejo do outro, então essa coisa de... de que às vezes parece violento me passa um pouco isso... nunca me senti exatamente violenta mas com certeza já senti segurando o desejo de viver, muitas vezes na mão, de alguém que não quer, e aí, meu Deus, né, tu falasse de onipotência eu também, assim, eu tive que lutar muito com isso porque, ou tu cai numa onipotência ou tu cai numa impotência também, assim...*

Em meio ao desmonte das políticas públicas e à perda do lugar dos direitos humanos como uma das grandes conquistas da cidadania neste país, a dimensão do *trabalho* na saúde mental no sistema público de saúde vem sendo um dos lugares que recebe os efeitos da precarização no cotidiano, experimentando o aumento galopante dos casos graves e dos riscos de suicídio de modo concomitante ao enxugamento das equipes e fechamento de serviços importantes, como emergências psiquiátricas, por exemplo. Esse cenário reitera-se e atualiza-se diversas vezes no campo dialógico-conversacional da pesquisa.

Podemos dizer que há uma vulnerabilização da vida sendo produzida de modo coemergente ao aumento das demandas de risco de suicídio: crescimento das taxas de desemprego, aumento do público usuário do SUS, congelamento (por décadas) dos investimentos em saúde e educação por parte do governo federal (promulgado pela Emenda Constitucional 95), diminuição dos servidores públicos e dos concursos para repor as perdas de pessoal, uma reforma da previdência que anuncia um quadro de pauperização (o que vem provocando uma corrida para aposentadoria), aumento da miséria e da fome, entre outras ações de sucateamento do sistema público e de aviltamento da vida. Nesse cenário, é imprescindível derrubar a discussão do suicídio de um lugar exclusivamente psiquiátrico, médico e patológico, em meio à produção do discurso dos riscos sociais que clamam por ações de efeitos macropolíticos.

⁴¹ A dimensão do ofício será discutida no capítulo 4, na ligação do plano analítico-conceitual do trabalho transversalizado pelo Platô Político.

A questão dos riscos emerge como outra intensidade das modulações deste plano ético, pois indica uma zona de limiares que vai da contenção e controle à criação e à produção de outros modos de vida. Os riscos são constitutivos da vida, são primeiros em relação ao controle e à norma, são da ordem de um plano de forças e, portanto, informes e pré-individuais. Desse modo, as estratégias para lidar com os riscos transitam entre a posição de gerir, prever e controlar até a posição de assumir e correr os riscos.

No discurso hegemônico da gestão dos riscos, que anda muito próximo dos mecanismos e das estratégias biopolíticas de gestão da vida da população, o risco é sempre visto como algo que está fora de controle, que transborda e extrapola as medidas e caminhos previstos em uma sociedade de normalização – portanto, o risco sempre está do “lado de fora” da especialidade, do saber, das instituições, pois é localizado como algo a ser colocado na norma.

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. Roland Gori (2014) afirma que Castel prenunciou o cenário da saúde mental transformada em gestão previdencial das populações com risco e que “ele antecipava um dispositivo que instituiria sistemas 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 manutenção da vida que passa pelo jogo das estratégias de saber-poder psiquiátricas.

A experiência dos riscos, desse modo, quando enunciada por alguém nessa vontade de morrer, também é expressa como algo que não diz e não se refere ao sujeito, como algo que o acomete, como se houvesse um lado de dentro do sujeito – pacífico e organizado – e um lado de fora – caótico e desorganizado. Parece que há uma operação de cisão: a vida pertence ao sujeito, mas, quando esse pensa em morrer, a morte sinaliza algo que o invade do exterior.

Entretanto, entendemos que não há produção de vida que não seja atravessada pelos riscos, por entre os movimentos de normalização e tentativas de controle, por entre o trânsito viver-morrer. Devido à primazia dos riscos, as estratégias de geri-los são cada vez mais complexas e audaciosas, violentas e amplas, tal como podemos ver nos atravessamentos da fala de Susan:

Susan: – [...] aconteceu semana passada, uma chefia, levou uma funcionária da higienização que ela tava, que ela tinha visto vídeos no Youtube de manhã sobre como se matar com uma faca, melhores maneiras de se fazer isso e tal, mas que isso não é dela, que tá acontecendo alguma coisa... bom, acho que a gente tem que poder acolher... e aí talvez pensar num protocolo ou num jeito que a gente tenha de

oferecer uma assistência especializada para este tema, para este pessoa... e aí envolve na psiquiatria do próprio hospital, envolve se necessário for encaminhar ela pra rede, pra uma avaliação da necessidade de internação ou não, né, sempre trabalhando com os familiares... mas eu acho que é um pouco desde, esse lugar, assim, ãhh... de uma agudização, seja pelo trabalho, seja de uma situação da vida que se faz ver ali no trabalho.

A série *confiança-queda-risco* emergiu como uma modulação ética, como um plano de intensidades que transversalizou os encontros e a pesquisa. A questão de como se conduzir nos casos de risco – quando a demanda parece ser a de sustentar o atendimento na racionalidade de um risco a controlar e de uma vida a manter – passou muitas vezes pela dimensão de uma aposta, por deixar-se seguir pelos afetos e estar junto com o outro em uma zona de vertigem. “Eis o que encontramos na palavra confiança: com fiar, fiar com, tecer com, composição e criação com o outro/outrem” (SADE et al., 2013, p. 283). O vínculo de cuidado aparece como efeito da confiança, como produção de uma composição, mas só se atualiza posteriormente, sem poder ser antecipado pela razão ou mesmo pelos protocolos.

Esse plano dá passagem a um trânsito de hesitações, pois, quanto mais a conversa se aproximou das zonas onde *querer morrer* se deslocava da loucura, exclusivamente, zonas de indeterminação, mais exatamente nelas emergiram pausas nos discursos, lentidão nas falas, gaguejos, devaneios, expressões de surpresa e comentários sobre o ineditismo dessa reflexão. Houve modulações nas expressões do dizer, na performatividade da linguagem, sussurros como se a narrativa fosse um segredo ou algo que não pudesse ser ouvido, ainda que a literalidade da transcrição não alcance a dimensão expressiva da linguagem. Essa performatividade indica uma zona de passagem para hesitações, silêncios, dúvidas e criações.

Outra queda operada por esse plano é o deslocamento da psicologia na saúde mental que, de mãos dadas com a lógica psiquiátrica, reitera intervenções comportamentais e de normalização diante dos casos de risco de suicídio. A transversalidade do platô ético, modulado pelos movimentos da confiança, da queda e do risco, parece indicar uma operação da clínica que passa pelos afetos, pelo acesso a um impensado no pensamento no acompanhamento de um *querer morrer* enquanto composição.

Nessas experiências, o *querer morrer* ganha força enquanto produção normativa de um processo vital, potencializando seu caráter de transitividade e de interrogação dos modos de vida e do presente, que passa por um processo de reflexão e ação das trabalhadoras psicólogas pela atividade. Apostamos, a seguir, no deslocamento das estratégias de normalização para a dimensão normativa do viver, tendo o *querer morrer* como uma afirmação de ruptura e crítica aos modos hegemônicos de concepção de saúde.

*“[...] excluir a morte da vida
representa a morte da vida”.*

Judith Butler

*“Dizer que esse ambiente é mortífero
não passa de jogo de palavras.
Viver sob este céu sufocante nos obriga a sair ou ficar.
A questão é saber como se sai, no primeiro caso,
e por que se fica, no segundo”.*

Albert Camus

2. NORMALIZAÇÃO E NORMATIVIDADE: DIMENSÕES EM TRANSITIVIDADE

Neste capítulo, analisaremos a noção de vida como conceito operado por Georges Canguilhem e como esse conceito emerge na obra de Michel Foucault, enquanto experiência. Em Foucault, analisaremos também os processos de normalização. Em seguida, posicionaremos as concepções de normatividade e de meio, as quais funcionam como articuladores do percurso da pesquisa, conectando análises e experiências. Nesse trajeto, o pensamento de Canguilhem nos permite ultrapassar a dicotomia entre vida e morte, potencializando uma dimensão de transitividade e de paradoxo do processo viver-morrer. A própria pesquisa então pôde se converter em processo normativo, como um trânsito entre planos de maior e menor intensidade, maior e menor grau de abertura, mas sempre *em meio* a um processo vital, produtor de normas, e, portanto, criador de saúde no sentido de uma composição com as forças em curso.

Trataremos também da produção das normas vitais e sociais, essas últimas enquanto estratégias de normalização, as quais constituem o campo privilegiado das estratégias de prevenção ao suicídio pelo trabalho em saúde. E, finalmente, problematizaremos a biopolítica como gestão das vidas precárias e a relação com uma ontologia necropolítica, como nos indicam Butler (2018) e Mbembe (2018), que opera por um não reconhecimento de determinadas vidas, uma negação da humanidade do outro.

O intento desse percurso de argumentações é o de permitir a abertura do campo do trabalho em saúde enquanto um território de intensa produção de normas, tanto vitais quanto

sociais, que conectam vida e política a partir do coengendramento dos processos de viver e conhecer, como nos indica Canguilhem, e como produção de normalizações, nas articulações entre saber e poder, pelo pensamento de Foucault. Essa proposição produz a conexão entre filosofia, clínica, história e o trabalho em saúde, permitindo produzir uma superfície de problematização entre esses elementos.

Tratando de uma transitividade do conceito de vida, Georges Canguilhem leva-nos pela epistemologia e pela crítica da história das ciências à noção de vida como sendo produzida entre normas – norma que não é pensada pelo ordenamento jurídico –, sendo que a vida é o que acontece em meio a um processo de criação de normas, seja nos estados patológicos ou nos estados sadios. A vida, a partir de Canguilhem, é vida normativa, porque criadora de normas mais ou menos abertas, mais ou menos passíveis de transformação.

A vida aqui se encarna no vivente, é tomada como sendo da ordem de um inacabamento, pois, enquanto processo vital, viver é diferir. Nesse sentido, não há a vida em si mesmo, pois ela só pode ser pensada na relação com o meio, dado o caráter relacional de qualquer processo vital. Morrer pode ser, assim, um modo de operar essa diferenciação do viver, e, portanto, ser entendida como uma ação, a não ser quando se trata da morte como suspensão de um estado de coisas, que encerraria, desse modo, um processo vital para iniciar outros. O morrer, então, não está posicionado como oposto ao viver, nem a morte como oposição à vida. Ultrapassa-se, nessa dinâmica, a dicotomia, tal como acontecem com as operações entre o normal e o patológico, propostas por Canguilhem.

A noção de vida para Canguilhem afirma-se em uma ontologia das normas e sustenta-se na biologia enquanto campo epistemológico, na relação com uma história crítica da filosofia e das ciências. Canguilhem inverte a ideia de norma ao não tomá-la como ideal de estabilidade e regularidade. Pelo contrário, o autor percebe um campo de debates, divergências e disputas que faz das normas um território contínuo de criações, rupturas e desvios, o que constitui o processo normativo da vida.

Nessa posição de inversão do olhar, o erro e o acaso são primeiros em relação às normas, ou seja, não há uma vida perfeita acometida por acidentes exteriores. O processo vital mostra-se, ele mesmo, produzido pelas discontinuidades, pelos erros e fracassos, sendo que as normas são os efeitos desse processo. Desse modo, podemos pensar que *morrer* constitui um processo normativo, o qual podemos designar como uma transitividade vital. Esse *morrer* não implica, necessariamente, um ato deliberado do sujeito, pois se a vida é uma atividade

normativa, o *morrer*, assim como o patológico, compõe um *continuum*, não exclusivo à ordem da consciência.

Seguindo a transitividade do conceito de vida, Michel Foucault é outro autor importante na construção dessas dissonâncias, sendo que, em sua obra, a *vida* não aparece como conceito ou como operador teórico, mas como um elemento constitutivo das suas análises. A vida emerge nas experiências que são lançadas às estratégias de problematização: a loucura, a sexualidade, a política, a delinquência e a ciência. Dessa maneira, na obra de Foucault, a vida pode ser pensada como efeito das relações de saber-poder e como um campo de inscrição das práticas, pois o corpo é uma das incidências de ação do poder, mas trata-se sempre de uma produção. Em relação ao processo normativo vital na interlocução com o pensamento de Michel Foucault, a vida pode ser tomada como um efeito da incidência das normas.

Vera Protocarrero (2009) faz uma análise sobre as ciências da vida, traçando problemáticas que vão de Canguilhem a Foucault, passando por Pasteur e outros autores. A autora refere a vida como elemento importante na obra de Foucault, como uma operação que movimenta as análises, mas não emerge como operador conceitual, como em Canguilhem. Segundo Portocarrero (2009), Foucault problematiza a vida em três momentos diferentes da sua produção teórica, por vieses distintos: do ponto de vista do saber (arqueologia), do ponto de vista do poder (genealogia) e do ponto de vista da ética (estética da existência).

Em relação a uma estratégia arqueológica de análise, a vida aparece como objeto das ciências humanas, enquanto campo de saber, a qual não existia com esse estatuto de objeto do conhecimento antes da modernidade, assim como o homem⁴². Podemos afirmar que, segundo a autora, tanto vida quanto homem, enquanto objeto das ciências humanas, são produzidas em meio ao surgimento dessas ciências.

Em um segundo momento, a vida aparece nas produções acerca das relações de poder, como alvo privilegiado pelas disciplinas, que tem nos corpos uma incidência radical. Em meio à sociedade de normalização, a vida aparece no corpo que precisa ser normalizado, pelos diferentes discursos que pretendem controlar, escrutinar, organizar e quantificar os sujeitos, individualizando-os. Corpos normalizados, vidas normalizadas. Pelo estabelecimento de modelos ideais de desejo e de condutas, em meio à sociedade industrial, a vida vai sendo docilizada, assim como os corpos que a encarnam.

⁴² A emergência do homem como objeto de análise das ciências humanas é problematizada no livro “As palavras e as coisas” (FOUCAULT, 1999b).

Na transição das sociedades disciplinares para as de controle, há emergência da vida enquanto política, pois o poder vai ser exercido justamente sobre os modos de viver não mais apenas do indivíduo, mas da população enquanto problema a ser gerido. Surge, assim, a noção de biopoder como um exercício de regulação da vida por meio das estratégias biopolíticas. Importante é destacar que não há superação dessas estratégias de poder que produzem o indivíduo e a população, mas sim uma coexistência, o que produz a vida pelas práticas de normalização e, ao mesmo tempo, pelas políticas de regulação. A vida de cada indivíduo é normalizada, assim como a vida da população é gerida – normalização e gestão da vida.

Por fim, a vida emerge como uma estética da existência, enquanto obra de arte, nas problematizações acerca do cuidado de si na Antiguidade (FOUCAULT, 2006b). Essa produção ética da vida, enquanto arte de viver, permite uma transformação das relações de poder pelos exercícios de liberdade e, portanto, de resistência. A ética, então, forja-se a partir da produção de uma estética da existência, na qual os modos de viver na relação com a verdade, com o exercício do dizer verdadeiro, produzem a imanência da vida, o que implica correr riscos. Um discurso que tem a intenção de convencer uma maioria procede pela retórica e não tem compromisso com a verdade, portanto, não corre riscos. O risco está no exercício de convergência entre vida e verdade, pois nessa relação almeja-se a transformação do outro e não sua adulação⁴³.

Essas são as dimensões que Portocarrero (2009) aponta como problematizações de Michel Foucault sobre a vida, sinalizando diversos problemas para produzir essas análises, pois a vida aparece como efeito ou como incidência do poder na obra do autor, tendo como desafio a filosofia da representação, pois, pela tese construída em “As palavras e as coisas” (1999b), essa filosofia amalgamou a linguagem ao mundo, reduzindo a potência de diferenciação da experiência pela busca de significados estáveis e universais. Entendemos que esses diferentes momentos de análise na obra de Foucault – saber, poder, política e ética – dizem dos diferentes modos de experiência que produzem modos de subjetivação nessas modulações.

De Canguilhem a Foucault, a vida passa a ser atravessada por diversas lógicas em uma disputa de forças, não apenas biológicas, que posteriormente iremos discutir na tensão entre normas sociais e normas vitais⁴⁴. A convergência de ambos os autores pode ser colocada no modo genealógico do pensamento, que opera pela desnaturalização das verdades e pelos

⁴³ Discussão presente no livro “A coragem da verdade”, 1982-1983, (FOUCAULT, 2011).

⁴⁴ A discussão entre normas sociais e normas vitais será desenvolvida neste capítulo, no item 2.2 e é retomada na problematização do trabalho em saúde, no último capítulo.

deslocamentos que fazem acompanhar as discontinuidades da história, das ciências, das instituições, das práticas e, portanto, da vida. A vida, para ambos, não se produz pela linearidade, progresso e finalidade, mas pelas discontinuidades, erros, rupturas e desvios. Um campo agonístico entre o vital e o social pode produzir uma ontologia da vida. Viver convoca potencialidades de ações: lutar, combater, escolher, recusar e morrer.

No campo da saúde mental, a vida tem uma referência marcadamente normalizada, pois os diagnósticos são produzidos e os tratamentos são prescritos a partir da comparação com um ideal de normalidade. *Querer morrer* parece convocar uma discussão que assuma uma certa positividade do morrer, apostando em um caráter produtivo do viver-morrer. Como *morrer* caracteriza o vivo e faz da vida uma transformação em uma dimensão de imanência, apostamos na potência de uma interrogação do presente ativada pelo *querer morrer* que se materializa nos contornos do trabalho em saúde mental em sua dimensão clínica, pois, diante da abertura aos riscos que tal enunciação pode provocar, voltamo-nos para os modos de produção de um viver. Trata-se de afirmar o *querer morrer* como um meio, como uma linha expansiva de vida e de problematização. Eis o paradoxo: pelo *querer morrer* se afirma a expansão do viver?

Entendemos que as respostas são inventadas assim como os problemas. Essa estratégia sustenta um exercício de problematização, um método que opera pela sustentação problemática da pesquisa e constitui o próprio processo de pesquisar. A pergunta “por que eu não posso *querer morrer*?” coloca a questão que mobiliza a invenção desse processo. Entretanto, cabe destacar que a simples enunciação de uma questão não a torna um problema para o pensamento, necessariamente. A transformação da enunciação de uma questão em um problema acontece por um exercício de estranhamento, por uma posição de desnaturalização das evidências que insistem em manter as perguntas em uma dimensão meramente retórica e linear. A problematização acontece pela sustentação da perturbação produzida no encontro clínico, provocando modulações.

Sabendo que as perguntas e as respostas são inventadas e sempre provisórias, sempre produzidas em meio a um processo, percorreremos algumas linhas que foram traçadas nesses quatro anos de estudo e pesquisa, afirmando seu grau de abertura às problematizações e enfrentando os riscos que o *querer morrer* vem colocando para o campo da saúde pública, especialmente para a área da psicologia na saúde mental. Nesse momento, cabe destacar que o problema do suicídio foi o começo de um longo processo de deslocamento que fez emergir a

problemática do *querer morrer*, interrogando o presente e os modos de vida no contemporâneo pela dimensão clínica do trabalho em saúde enquanto experiência.

2.1 DA PRODUÇÃO DE NORMAS COMO UM MEIO

Faremos um elogio a Canguilhem pela força sutil de seu pensamento que se faz presente em autores como Michel Foucault, Felix Guattari, Gilles Deleuze e Yves Clot, que ultrapassa a restrição à discussão acerca do normal e do patológico, ainda que essa seja uma de suas grandes contribuições. Canguilhem⁴⁵ foi umas das apostas conceituais deste percurso, permitindo produzir conexões entre a diversidade de temas e operações que a construção desta tese exigiu. O pensamento desse autor cria um lastro para tecer uma processualidade da experiência da trabalhadora em saúde e da pesquisadora, em conexão com as transversalidades das entrevistas com outras trabalhadoras psicólogas.

A palavra elogio pode remeter a uma nostalgia e a uma vontade de reviver o passado, como atitude de presentificar as reminiscências de outros tempos. Não negamos a necessidade de lembrar épocas em que os sonhos eram vigorosos, nas quais as utopias possuíam as cores vivas de um futuro possível e desejável – exercício que vem sendo empobrecido e sufocado pelo nosso presente nefasto –, mas queremos celebrar a atualidade do pensamento que vive e se transforma na produção de conhecimento. Nossa aposta no movimento de encontrar o viver pelo morrer não indica uma recusa de percorrer relações com a morte, mas justamente converte-se em um esforço para injetar a morte na vida e a vida na morte, afirmando a imanência do morrer no viver, propondo uma composição entre processos que se encontram, frequentemente, como dicotomias excludentes.

Pesquisar pode constituir um modo de resistir e de vivificar o passado, não como igualdade e manutenção desse passado, mas como diferença, interferindo nos problemas que abalam nosso tempo com a força das ideias e com a potência do movimento. Esse elogio a Georges Canguilhem diz da nossa aposta de transformação, por acreditar na não separação entre vida e conhecimento e na confiança de que o mundo não se faz pela linearidade da história e das práticas, mas por suas descontinuidades⁴⁶, o que implica legitimar a dimensão

⁴⁵ No ano de 2018, nosso grupo de pesquisa N-PISTA(s), a partir da professora e orientadora Fernanda Spanier Amador, propôs uma disciplina com leituras em Georges Canguilhem.

⁴⁶ “Identificar descontinuidades é uma ‘maneira de fazer’, um procedimento que se integrou à história das ciências [...]. A história das ciências não é a história do verdadeiro, da sua lenta epifania; ela não poderia pretender relatar a descoberta progressiva de uma verdade inscrita desde sempre nas coisas do intelecto, salvo se se pensasse que o saber atual a possui finalmente de maneira tão completa e definitiva que ele pode usá-la como um padrão para mensurar o passado. E, no entanto, a história as ciências não é uma pura e simples

produtiva dos debates, das divergências, das contradições, dos documentos não oficiais, do falso, do erro e do *querer morrer*.

Pierre Macherey escreveu um livro importante acerca de Georges Canguilhem, o qual foi publicado pela editora Ricochete, radicada no Brasil. Essa última não resistiu à derrocada do mercado editorial brasileiro e à destruição das livrarias e dos livros, seja pela crise financeira, seja pelo avanço de um pensamento conservador que avilta as produções críticas. A editora dedicava-se à publicação, em português, de livros de literatura e filosofia francófona, em um trabalho cuidadoso de tradução, mas sucumbiu nesses tempos de crise. Por sorte ou pelo espírito de garimpeira de livros que habita a pesquisadora, encontramos essa obra antes que não fosse mais possível acessá-la. Macherey estudou e escreveu com Althusser e com Jacques Rancière, publicou diversos livros sobre a ética de Espinosa e foi aluno de Canguilhem, por isso suas ideias estão presentes nesse elogio comparecendo com um estilo acessível e ao mesmo tempo complexo de pensamento.

Ele destaca Canguilhem como um pensador discreto, longe dos holofotes, pouco lembrado, mas que produziu um estilo de pensamento radicalmente crítico ao campo da teoria do conhecimento das ciências da vida, entre elas a medicina, a biologia e a psicologia. Canguilhem produziu um estilo paradoxal de um pensamento forte e vigoroso e, ao mesmo tempo, um tanto esmaecido como referência intelectual. A filosofia produzida por Canguilhem interroga a vida e seus valores, é uma filosofia da imanência normativa e do erro, que se constrói pela indissociabilidade entre os processos de conhecer e viver. A inseparabilidade entre vida e conhecimento e a abertura das aparentes dicotomias à complexidade são marcas dessa filosofia.

Uma das pistas da genialidade de seu pensamento é a primazia do erro, das divergências e do negativo, como veremos adiante, posição que entra em combate com a história tradicional da filosofia e das ciências, que opera pela linearidade das certezas e pela crença na ideia de progresso e de finalidade. A vida é um constante trânsito entre normas, um processo de movimento e, nesse sentido, o organismo ou o vivente está sempre *em meio a* algum curso, a alguma passagem. Nessa filosofia, não há vida que possa ser pensada

história das idéias e das condições em que elas surgiram antes de se apagarem. Na história das ciências, não se pode conceber a verdade como adquirida, mas tampouco se pode fazer economia de uma relação com o verdadeiro e da oposição do verdadeiro e do falso. É essa referência à ordem do verdadeiro e do falso que dá a essa história sua especificidade e sua importância. [...] As ligações históricas, que os diferentes momentos de uma ciência podem ter uns com os outros, têm, necessariamente, essa forma de descontinuidade que constituem os remanejamentos, as reorganizações, a revelação de novos fundamentos, as mudanças de nível, a passagem para um novo tipo de objetos – ‘a perpétua revisão dos conteúdos pelo aprofundamento e pelo cancelamento’, como dizia Cavailles” (FOUCAULT, 1985, p. 359, grifo do autor).

isoladamente, recortada de um território e considerada como vida em si mesmo, afastada das linhas de conexão que se fazem e se refazem incessantemente. A vida é sempre considerada em uma dimensão processual e transitiva.

Por estilo filosófico, Macherey (2010, p. 7) designa “certa maneira de se situar no empreendimento de pensar e de levar adiante tal trabalho, ou seja, de assumir rigorosamente as condições e as consequências do pensamento”. Em uma composição com essa ideia, trata-se de correr os riscos do exercício de pensar, que implica invenção, coragem e confiança, em que desaparece o dualismo entre teoria e prática pela afirmação de uma dimensão pragmática do conhecimento.

Nessa aventura epistemológica, o célebre “Ensaio sobre o normal e o patológico” (2011), obra muito conhecida nas ciências da saúde, é um dos últimos escritos de Canguilhem, que é antecedido por cursos sobre Auguste Comte, Descartes, sobre o estatuto social da ciência moderna e sobre as origens da Psicologia (MACHEREY, 2010). Segundo Macherey (2010, p. 9), o método de Canguilhem consistia em reproduzir determinados “fatos fundamentais da história do pensamento caracterizando-os em sua singularidade essencial, de modo a fazê-los funcionar no presente como fatos em construção e não apenas como matéria morta de uma história completamente passada, seja ela perecida ou sancionada”.

Fica evidente o caráter genealógico do seu pensamento e do seu método, que procura a descontinuidade da história – no seu curso aparentemente contínuo –, os momentos de ruptura e de transformação, tomando o presente como produção encarnada, bem distante de uma posição que defende a neutralidade e a isenção da produção de conhecimento científica. Michel Foucault eleva esse método a mais alta potência em seus cursos, buscando a atualidade do passado no nosso tempo, no tempo presente, de modo a interrogar normalizações e instituições entendidas como óbvias, essenciais e necessárias. O interesse desses autores pelo passado não significa um modo de entendê-lo como matéria morta, como objeto acabado, mas indica o exercício de, ao trazer a história para pensar os problemas do presente, produzir transformações e interrogações importantes ao que se apresenta como verdade e como valor transcendental e “normal”.

Percorrer as descontinuidades da história, entretanto, não é um método inaugurado por Canguilhem e Foucault – até porque seria contraditória com seu estilo de pensamento uma posição de pretensa originalidade. Esse método já estava presente em Nietzsche nas discussões sobre niilismo e na derrubada dos ídolos a marteladas. Se andarmos para trás, encontraremos Heráclito, o rio e a diferença. É disso também que Deleuze (1988) irá tratar ao

propor uma ontologia da diferença no clássico “Diferença e Repetição” – o que se repete é a mudança e a diferença em si. Não há retorno ao mesmo ou ao idêntico.

Esses autores distantes na perspectiva do tempo cronológico são atuais no panorama desse estilo de pensamento, dando passagem às interrogações sobre o presente. Canguilhem é um autor fundamental em um exercício de encarnar a ciência, torná-la visceral e viva como prática que carrega e constrói a história, que faz convergir passado, presente e futuro, pois a atualização – do passado no presente – também é sempre produção de devir⁴⁷. Macherey (2010, p. 10) chama esse exercício de “alquimia das pequenas verdades”, afirmando o caráter contingente e situado do conhecimento e sua não totalidade ou pureza, o que se alia com a crítica de Nietzsche às “almas de farmacêutico”, ou seja, às especialidades dos campos de saber.

Desse modo, “não havendo conhecimento sem história, também não pode haver história geral do conhecimento, pois que a historicidade dessa história se funda precisamente, sobre sua singularidade, condição de sua fecundidade teórica” (MACHEREY, 2010, p. 11). Essa afirmação concede à ciência um caráter de invenção e de criação mais do que o de um exercício de descoberta ou revelação, posicionando-a de modo local, parcial, contingente e situado, o que implica colocar em análise as condições de emergência das diversas teorias e elaborações científicas. Não há história nem ciência em geral, portanto não há valores absolutos, tampouco conceitos universais⁴⁸.

Isso nos traz um compromisso ético na pesquisa que é o de pensar nas condições de possibilidade de colocação de um problema, que não se separa dos aspectos políticos, institucionais, culturais e históricos que o permitem ser produzido. O pensamento de Canguilhem provoca uma força sutil, uma presença discreta e constante, pois trata das normas e de uma dimensão entre elas analisada enquanto movimento. Normas estão sendo produzidas tanto em um estado patológico quanto em um estado saudável, de modos mais ou menos criativos, mais ou menos restritivos, mas sempre normativos, ou seja, afirmativos de um meio. Daí decorre a imanência normativa dessa filosofia, que implica a consideração do meio no qual essa produção acontece, e seu caráter de enfrentamento das dicotomias, pois se trata sempre de um processo e não de estados de coisas.

⁴⁷ “Os devires não são fenômenos de imitação, nem de assimilação, mas de dupla captura, de evolução não paralela, núpcias entre dois reinos. As núpcias são sempre contra a natureza. As núpcias são o contrário de um casal” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 10), como uma crítica à noção de síntese. O devir indica linhas de fuga, de desterritorialização. Pensando com Deleuze e Parnet (1998, p. 33), “futuro e passado não têm muito sentido; o que conta é o devir-presente, [...], o meio e não o começo nem o fim”.

⁴⁸ A concepção de crítica aos universais e de saberes localizados aparecem no *Manifesto* a partir da discussão de Donna Haraway.

Canguilhem permite-nos posicionar o problema da tese nesse campo normativo, entre polos, entre dicotomias mais ou menos conectadas, em um trânsito entre viver e morrer. Nesse plano, estamos sempre em meio a alguma produção ou conexão, conformando o devir e a imanência como condições de existência. *Querer morrer*, no que tange ao vivente, enquanto pensamento, enunciação ou ação, não diz respeito, necessariamente, ao suicídio e pode ser entendido como uma operação normativa, como um modo de trânsito no processo vital, produzindo normas, não podendo ser reduzido, exclusivamente, a uma categoria nosológica. Constrói-se assim a atualidade do problema colocado pela pesquisa, como uma emergência no contemporâneo, que implica invenções, pois conhecer é “descobrir questões e inventar respostas para elas, ao modo de um diálogo do organismo com seu meio de existência” (MACHEREY, 2010, p. 12), um diálogo como troca ou como trânsito.

O trânsito da problematização como método sustenta um *meio*. Canguilhem não chegou a formular um conceito de *meio* em seus textos, mas há uma relação de composição entre o vivente e o *meio*, ressaltando que vivente não significa necessariamente um ser humano, mas todo e qualquer ser capaz de estabelecer relações com outros seres. Nesse sentido, o meio é apreendido pela sua potência de relação e de composição. Trata-se de um meio tomado como sendo de ordem transitiva. Do ponto de vista histórico, “a noção e o termo *meio* foram importados da mecânica para a biologia, na segunda metade do século XVIII” (CANGUILHEM, 2012, p. 139), sendo que foi a física newtoniana que elaborou essa noção. Na física dessa época, havia a necessidade de explicar a ação à distância de indivíduos físicos distintos e seria o éter luminoso, segundo Newton, a substância universal que permeia todos os espaços, configurando-a como um meio, assim como a água, de maneira análoga, é um meio para os peixes que nela se deslocam. Essas são noções da física mecânica que permitem tais afirmações (CANGUILHEM, 2012).

Canguilhem (2012) faz uma genealogia da noção de *meio* no capítulo “O vivente e seu meio”, mostrando suas modulações e derivações, que passam pela física, pela geografia e pela biologia, deslocando-se de uma noção de *meio* relativa para uma noção absoluta. Interessamos a dimensão do *meio* em seu sentido relativo, como disposição para processos de composição, como coeficiente de abertura e como modo de entender os “estados” de um organismo, tanto patológicos quanto saudáveis, como meros recortes de um trânsito incessante, pois estão *em meio* a um processo de transformação. Não se trata de um trânsito entre dois, pois implica certa relação de abertura a novas conexões em um plano que não se

restringe à intersubjetividade ou à interpessoalidade das relações. Essa noção de *meio* como relativo a *alguma coisa* passa pela ideia de meio como proposição:

O homem pode trazer muitas soluções para um mesmo problema apresentado pelo meio. O meio propõe sem jamais impor uma solução. Claro que num estado de civilização e de cultura determinada as possibilidades não são ilimitadas. Mas o fato de, num dado momento, ter como obstáculo aquilo que, ulteriormente, se revelará, talvez, como sendo um meio de ação se deve definitivamente à idéia, à representação que o homem – trata-se do homem coletivo, é claro – faz de suas possibilidades, de suas necessidades e, para tudo dizer, deve-se ao fato de ele se representar como desejável, o que não se separa do conjunto dos valores (CANGUILHEM, 2012, p. 153).

A noção de *meio* como coeficiente de abertura, como ação de proposição de normas e não como imposição nos interessa na sustentação do problema da tese, e opera como a noção de transversalidade presente no pensamento de Guattari (1987). Entender o processo vital como um constante trânsito implica pensar que a definição de um estado de coisas sempre opera um corte no movimento. Para que seja possível produzir uma classificação (diagnósticos, características, descrições), faz-se necessário suspender o deslocamento do vivente e retirá-lo da relação de composição com o *meio*, analisando-o separadamente. Nesse sentido, toda classificação sobre a vida pode, de certa forma, ser da ordem de um corte em um trânsito.

De acordo com Canguilhem (2012, p. 159), “as relações entre o vivente e o meio, tal como estudadas experimental e objetivamente, são, dentre todas as relações possíveis, as que têm menos sentido biológico, são relações patológicas”. Aqui há uma crítica a uma pretensa neutralidade do pensamento científico que busca isolar variáveis para analisar o indivíduo separadamente, o que indica uma artificialidade ou uma patologia dessas relações, pois não consideram o caráter relacional de composição com o meio, buscando analisar o vivente em si mesmo.

Ao contrário de tais estratégias científicas, nossa proposta posiciona-se *em meio* aos processos, entendendo que *o vivente e o meio*, nos termos de Canguilhem – que podemos nomear como a produção de sujeito e dos modos de subjetivação –, são da ordem da diferença e de um porvir. A noção de *meio* em seu sentido relativo (e não como um meio entre dois ou um meio como metade) sustenta o caráter processual da pesquisa e de trânsito entre os processos de viver e morrer, o que confere um entendimento de que a *vida* e a *saúde* são os exercícios de produção desse trânsito, uma constante normatividade, ou seja, criação de normas mais ou menos produtivas, mais ou menos restritas, mais ou menos abertas à

ampliação de modos de composição. Nesse sentido, o meio mostra-se sempre relativo às condições de possibilidade de composição de um determinado território.

Compondo com Canguilhem, abre-se uma linha no pensamento na relação com o trabalho na saúde mental, principalmente na avaliação dos casos de riscos de suicídio. Podemos pensar que o diagnóstico de ideação suicida, nesses casos, pode produzir um corte no processo transitivo da vida do usuário que chega ao serviço com algum pedido de ajuda. Obviamente que não estamos condenando toda e qualquer produção de diagnósticos, muitas vezes necessária para ampliação de possibilidades de produção de saúde. Entretanto, chamamos a atenção para a importância de perceber o caráter transitivo, normativo e processual de algo que se apresenta como um estado enrijecido. Tanto os usuários como os trabalhadores podem ser entendidos como organismos ou viventes, nos termos de Canguilhem, em meio, portanto, a um processo normativo.

Abre-se, assim, a questão da dimensão clínica do trabalho em saúde mental, nos casos de risco de suicídio, como um processo normativo do vivente usuário e do vivente trabalhador, ou seja, uma transitividade vital, tanto no sentido da normatividade quanto da normalização, produzindo efeitos distintos e peculiares. Frequentemente, nos serviços de saúde mental, acontecem situações de alguém *querer morrer*. Propomos pensá-las como uma expansão do viver, como parte desse processo normativo, o que expande tais situações não as resumindo a, exclusivamente, algo de uma ordem patológica ou como sinônimo de suicídio. Há um mundo de normatividade entre o *querer morrer* e o suicídio, que pode interrogar o nosso presente, passando pelas práticas no trabalho em saúde em sua dimensão clínica.

Um encontro clínico, que se faz por aberturas e desvios, tem um caráter de proposição de elementos e uma possibilidade de produção de meio. Quando esse caráter se transforma em uma relação restrita de imposição, parece que um potencial de abertura fica suspenso. Estamos nos referindo aos momentos, durante o atendimento em casos de risco de suicídio, em que a equipe ou o trabalhador precisa arbitrar acerca de uma internação psiquiátrica ou domiciliar, por exemplo. Se, segundo Canguilhem (2012, p. 155), “o próprio do vivente é fazer seu meio, compor seu meio”, quando essa possibilidade se encontra suspensa ou inacessível, torna-se difícil manter uma disposição para a composição. O acolhimento dessa questão passa pelo reconhecimento de um exercício normativo do usuário e pela normatividade do trabalhador em saúde, enquanto dimensão do *ofício* que inclui os atos do trabalho em um lastro histórico e em uma dimensão coletiva das práticas em saúde.

Afirmamos, então, o coeficiente de abertura e de proposição de possibilidades do trabalho em saúde em sua dimensão clínico-política⁴⁹, ou seja, produtor de desvios e de diferença, um trabalho sempre *em meio*, sempre por vir, que também produz meio, que inclui dimensões individuais e coletivas. Entendemos também trabalhadores e usuários *em meio* a um processo normativo, sempre aberto à transformação e como produtores de um meio, assim como a pesquisa que se tece *em meio* a uma processualidade vital. Também apostamos na possibilidade de resistência inerente ao processo normativo, que implica criação de normas por entre os processos de normalização no trabalho em saúde, que passa pela sustentação do compartilhamento de um problema, em um plano de divergências entre criação de normas sociais e vitais.

De acordo com Canguilhem (2012), o próprio do vivo diz da capacidade de desenvolver-se em um meio por um exercício de escolha ou seleção daquilo que é passível de composição consigo a partir dos valores que são criados – “viver é, mesmo para uma ameba, preferir e excluir” (CANGUILHEM, 2012, p. 105). O processo normativo apresenta-se como um jogo, uma amplitude de produção de novas normas para viver pela própria atividade vital, sendo que a estabilidade é sempre precária, dado que é provisória, ou seja, transitória. As próprias normas podem ser pensadas como estabilidades precárias e transitórias, pois estão sempre em processo de produção de diferença.

Desse modo, a vida e o vivo não se resumem apenas à capacidade de viver conforme determinadas normas, mas de instaurar e criar novas normas, o que configura uma potência *normativa*. Por meio dessa dinâmica, há uma coemergência de si mesmo (do vivente) e do meio em que se vive, bem como do *morrer* e do viver, em um plano transitivo, o que nos permite apostar nas perturbações que o *querer morrer* pode provocar nas linhas de normalização do processo vital. O conceito de saúde proposto por Canguilhem está relacionado às transformações produzidas pela intensidade de um processo normativo e afirma o caráter de transitividade, enquanto latitude:

A saúde é, precisa e principalmente, no homem, uma certa latitude, um certo jogo de normas de vida e de comportamento. O que a caracteriza é a capacidade de tolerar variações de normas para as quais apenas a estabilidade de situações e meio, aparentemente garantidos e, de fato, sempre necessariamente precários, confere um valor enganador de normal definitivo. O homem só é verdadeiramente *são* quando é capaz de muitas normas, quando ele é mais que normal (CANGUILHEM, 2012, p. 183).

⁴⁹ Diz Passos (2019, p. 134), ao tratar de uma das faces do método da cartografia: “ampliação da funcionalidade clínico-política do fenômeno pela inclusão das dimensões individuais e coletivas, humanas e não humanas”.

Como sustentação da modulação do problema da tese, na estratégia da problematização como método, interessa-nos pensar o *querer morrer* enquanto exercício normativo entre normas, enquanto um processo transitivo, enquanto produção de certa latitude. Ser capaz de muitas normas implica um ultrapassamento das dicotomias, operando uma certa transitividade. *Querer morrer* pode sugerir ser mais que normal? Implica querer viver? Pelas estratégias de normalização, *querer morrer* parece indicar uma posição abaixo ou acima da normalidade, que não atinge um modelo de referência ou o extrapola. Entretanto, pelo viés da normatividade, *querer morrer* pode exceder a normalidade – deslocando-a de um valor moral de referência –, tendo como efeito um transbordamento das normas, o que implica a produção do anômalo⁵⁰, o que, de acordo com Deleuze e Guattari (2012), indica um fenômeno, uma posição de limite em relação à experiência da normalidade na produção de desterritorialização.

Querer morrer pode ser entendido como exercício de criação de um longo processo de deslocamento, o que foi produzido de modo genealógico no percurso da pesquisa para sustentar que nem sempre esse querer refere-se à ordem psiquiátrica e sintomática de um transtorno. Nessa sustentação da problematização, os vieses normativos, políticos e éticos do viver estarão sempre em relação com as estratégias de normalização, pois são elas que qualificam, classificam e organizam a vida no jogo disciplinar das práticas em saúde.

Desnaturalizando o suicídio como fenômeno completo, acabado, e suspendendo sua evidência enquanto verdade, produzimos um plano de discussão acerca da sintetização da experiência do morrer que a modernidade produziu, juntamente com o ápice da filosofia da representação e com o avanço da psiquiatria enquanto disciplina. Traçamos uma genealogia do *querer morrer* como um processo análogo ao da morte, que saiu de um lugar comunitário e acessível para um processo privado, medicalizado e científico. Não é o suicídio que nos interessa enquanto superfície problemática, mas o *querer morrer* que, como veremos, pode interrogar a vida, o trabalho, a doença e a saúde, abrindo planos de análise, ativados pelo encontro pungente com o *querer morrer* enunciado por uma usuária de um CAPS.

Nesse sentido, a *normatividade* coloca-se como sendo da ordem da estética e opera na criação desse campo de pesquisa, indicando a não necessidade de correspondência entre *querer morrer* e suicídio, diferença que aparece, muitas vezes, apagada nos manuais psiquiátricos e nos protocolos de prevenção ao suicídio. A grade de entendimento de *querer morrer* apresenta-se, hegemonicamente, psiquiatrizada, medicalizada e classificada. Os casos de risco de suicídio são sempre plenos dessa experiência normativa, ainda que a racionalidade

⁵⁰ Retomaremos essa discussão do anômalo ao tratar da questão da prevenção ao suicídio no trabalho em saúde mental.

das especialidades convoque o olhar para momentos estanques e específicos e não para o processo do sujeito.

Do ponto de vista dessa normatividade, não há uma posição específica nesse trânsito, pois o vivente está sempre *em meio* a algum movimento, *em meio* a alguma relação de composição com o mundo e, portanto, faz-se necessário analisar a relação do vivente com seu meio e nunca ele mesmo de modo isolado. Talvez só se possa construir essa fotografia diagnóstica [enquanto um estado] provocando um corte no trânsito normativo, pois sempre há um porvir, sempre há algo sendo criado.

O segundo capítulo do livro de Pierre Macherey (2010) sobre Georges Canguilhem é introduzido por um texto curto de Louis Althusser, o qual posiciona o pensamento de Canguilhem do ponto de vista epistemológico em relação à História das Ciências. Nessa apresentação, o pensamento de Canguilhem aparece como crítico da noção de progresso, de necessidade e de linearidade da ciência, ao lado de outros pensadores como Bachelard e Foucault.

O caráter genealógico desses estudos fica evidente nas proposições de Althusser sobre a radicalidade de pensar a ciência do ponto de vista da prática, enquanto produção, acolhendo os indícios e elementos que entram em contradição com as verdades oficiais e abandonando concepções idealistas que preconizam uma visão de progresso, continuidade e acumulação de conhecimento. Tal radicalidade pode ser pensada como um modo de fazer que analisa as discontinuidades por entre os processos pretensamente contínuos.

Essa posição epistemológica de percorrer as discontinuidades da história e da ciência entendendo-as como produção constitui o posicionamento desta pesquisa ao debruçar-se sobre a dimensão processual e não linear das práticas do trabalho em saúde em sua dimensão clínica. O deslocamento provocado por essa estratégia de pesquisa retira o *objeto* do lugar de destino da produção de conhecimento e afirma a dimensão do problema como operação do pensamento, o que implica uma inseparabilidade de um *ethos* ético-estético-político na pesquisa, dado que essa produção indica um caráter relacional, criador e de implicação.

Macherey (2010), ao falar dessa virada epistemológica de pensar as teorias do conhecimento por uma dimensão produtiva, descontínua e crítica, diz que “somos então conduzidos da problemática do objeto à problemática da questão, isso quer dizer que vamos agora descrever o fenômeno científico como uma *atitude*, como uma *tomada de posição* no interior de um debate. [...] É pelo fato de a ciência ser uma *tomada de posição* que é possível, *reciprocamente*, tomar posição em relação a ela” (MACHEREY, 2010, p. 28, grifo do autor).

Desse modo, a pesquisa assume uma posição de crítica no debate da saúde mental sobre o risco de suicídio e a prevenção ao suicídio, provocando um deslocamento que emerge do problema do suicídio em direção ao *querer morrer* como processo normativo, que pode ou não indicar a produção de um transtorno psiquiátrico.

Isso nos conduz para a discussão entre normal e patológico, pois de acordo com Canguilhem (2012), um estado patológico não significa uma ausência de normas, mas a presença e a produção de outras normas. O conceito de patológico não se refere ao contrário lógico da noção de normal, mas coloca-se como o contrário vital de *são*, de *sadio*, sendo que “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 [...]” (CANGUILHEM, 2012, p. 182).

As normas inferiores e superiores, pela perspectiva vitalista no pensamento do autor, dizem das possibilidades do vivente de estabelecer relações de maior ou menor composição ou maior ou menor restrição com o meio. Esse aspecto das contribuições de Canguilhem é de grande importância, pois nele reside a abertura para a dimensão coletiva da experiência, para a ética dos encontros e para discutir a questão de uma profanação⁵¹ da clínica no trabalho em saúde, como uma crítica à sacralização do suicídio. Essa profanação, a partir de Agamben (2007), diz da possibilidade de fazer um uso das normas sem antecipar uma finalidade, como exercício de puro meio.

Nessa perspectiva, normal e anormal se opõem logicamente; saudável e patológico também. Essas oposições referem-se aos modos de produção de normas de um organismo, de um vivente, ou seja, dizem da sua capacidade normativa, que indica um modo de percorrer e produzir um processo vital. Queremos afirmar a potência desse pensamento que permite evidenciar que a noção de anormal não se apresenta como sendo análoga a um estado patológico: normal e anormal indicam a posição do vivente – do sujeito – em relação a uma norma vital ou social, sendo que as normas estão relacionadas àquilo que emerge como sendo mais frequente em uma determinada comunidade ou àquilo que se estabelece como regra, como modelo, como verdade, sejam parâmetros biológicos, sejam sociais.

Normal ou anormal, patologia ou sanidade são processos produtores de normas que diferem nas suas relações de composição com o meio, mas são sempre mais ou menos criativos, mais ou menos produtivos. Em nenhum desses processos a criação de normas está

⁵¹ A discussão da profanação da clínica no trabalho em saúde será feita no próximo capítulo, no item 3.5.

ausente. Trata-se, nesta tese, de olhar para o *querer morrer* de modo a sustentar-se nesse *querer* durante o processo do trabalho em saúde, pois sua dimensão clínica pode produzir aberturas e interrogações sobre as práticas em saúde e também sobre o nosso tempo, interrogando o presente. Trata-se de transitar pelo *querer morrer* enquanto processo normativo, sendo que o desafio sugere que, no limite, esse *querer* pode seguir uma linha de anquilamento, encerrando a vida enquanto estado de coisas.

No contexto da discussão acerca do suicídio, a prevenção ao suicídio se sustenta na noção de norma enquanto normalidade, a qual fundamenta a prática de diagnósticos e intervenções que classificam riscos a partir de um referencial ideal. Entretanto, o termo normal⁵² apresenta uma ambiguidade, pois sugere tanto uma estatística que se produz pela média de algum fenômeno em relação a uma certa população, quanto um modelo de referência ideal, conforme encontramos em Canguilhem (2012). De acordo com Canguilhem (2012, p. 176), “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”. Desse modo, o termo *normal* mostra-se como sendo contingente a uma relação, e não algo predeterminado; e a *normatividade vital* está ligada à potencialidade de criação de novos meios de vida diante de uma determinada variação das normas.

Sendo assim, um sujeito que tem qualquer diagnóstico psiquiátrico está em um jogo de normas vitais entendidas de modo depreciado ou restrito em relação a um determinado tipo de vida colocada como *normal* ou ideal, sendo que o que se considera como transtorno indica também uma produção em um jogo de normas que podem ser entendidas como sociais – uma *normatividade social*. Nesses termos, entendemos que a prevenção ao suicídio, do modo como aparece nos guias e manuais que propõem estratégias comportamentais de intervenção nos casos de risco, ocorre no debate entre normatividades vitais⁵³ e normatividades sociais.

⁵² “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).

⁵³ “[...] 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).

2.2 PRIMAZIA DO ERRO: NORMALIZAÇÃO ENTRE NORMAS VITAIS E SOCIAIS

A noção de normas sociais foi desenvolvida no pensamento de Michel Foucault, principalmente acerca da sociedade de normalização em meio às estratégias disciplinares de governo da vida, mas entendemos que tanto em Canguilhem como em Foucault, o vital e o social não são produções excludentes. Na discussão do *querer morrer*, entendemos que o debate de normas se desdobra na coemergências das normas vitais e 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 suplementaridade*” (SAFATLE, 2011, p. 20, grifo do autor). Entretanto, cabe destacar que a afirmação de Safatle (2010) desconsidera que, quando Canguilhem enfatiza o meio na relação com o vivente, as normas sociais participam do trânsito normativo que produz vida e saúde. Ainda que as concepções de normatividades vitais e sociais possam ser utilizadas separadamente com o intuito de enfatizar um processo biológico ou social, ambas são da ordem de uma transitividade e de uma relação de coexistência.

Na discussão de Foucault (2008b) sobre as estratégias de segurança, encontramos a referência a uma estratégia de normalização como modo de funcionamento e como estratégia de governo nas sociedades disciplinares, por isso enfatizamos o termo *normatividade social*, ainda que não seja conceituado dessa forma pelo autor. Normatividade social implica a produção de normas ligadas à moral, aos valores, aos comportamentos, às leis e às instituições, sempre em um processo de transitividade, na junção das operações conceituais entre Canguilhem e Foucault.

Como discutido anteriormente, a noção de normatividade vital também 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 [portanto, as normas sociais]. Já a sociedade de normalização discutida por Foucault (2008b), tem como objeto de incidência os corpos [sexualidade, loucura, delinquência], estratégia que implica a produção de normas vitais. Há um trânsito normativo e não uma dicotomia entre as normas vitais e sociais, ainda que cada autor tenha elegido um desses campos de análise como estratégico: Canguilhem desenvolve um pensamento no diálogo com a biologia, e seus exemplos são fortemente orgânicos; Foucault

traça suas problematizações na relação com as práticas e saberes produzidos entre as instituições, enquanto lógicas, dispositivos e relações de poder. Entretanto, Macherey (2010, p. 80) destaca que “é antes o social que, no mundo humano, puxa o vital para frente”, pois o conhecimento do próprio vital emerge como produção de conhecimento.

De qualquer forma, afirmamos a potência de composição com o pensamento desses dois autores, o que nos permite sustentar que não há exclusão da dimensão social na discussão do processo vital, e não há exclusão do processo vital nas estratégias de normalização, existindo uma diferença na incidência do que podemos chamar de “objeto” dessas análises. Portanto, utilizamos a conceituação de normas sociais ou vitais dependendo da dimensão em análise, sabendo que a relação entre elas é de composição.

Outra proposição de Canguilhem que sustenta a problematização da tese afirma-se nas noções de erro e caos como primeiras em relação à certeza e à ordem. Tomando o conceito de *valor negativo* proposto por Canguilhem como constituinte da experiência do vivo pelas anomalias e divergências na experiência do processo vital, 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).

Canguilhem opera uma inversão no pensamento do ponto de vista da normatividade: os desvios, erros, anomalias e diferenças não são como ataques a uma vida organizada e linear, não são acidentes que perturbam um estado perfeito de um organismo, mas são primeiros em relação à ordem e à norma, ou seja, se fosse possível determinar uma localização, eles seriam anteriores às normas. As normas seriam da ordem de uma reação aos processos errantes e desviantes da vida, portanto, secundárias.

A “primazia da infração sobre a regularidade”⁵⁴ sugere uma condição de possibilidade da dinâmica entre as normatividades vitais e sociais. Nesse caso, o *querer morrer* pode sugerir um trânsito pela negatividade do processo vital, entrando nesse jogo normativo não como exceção, mas como dimensão de produção, como elemento constitutivo da vida. De acordo com Macherey (2010, p. 64):

[...] a doença, a mostruosidade 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 preço⁵⁵ mais elevado. O modo de estruturação

⁵⁴ MACHEREY, Pierre (2010, p. 69) citando Canguilhem.

⁵⁵ A tradução do livro indica a palavra *preço*, mas nos parece mais adequado ao contexto teórico o termo *valor*, na discussão das normatividades.

histórico-social da vida, que condiciona seu caráter normativo, em relação ao poder 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.

Trata-se então de pensar que anomalias, erros, rupturas, doenças, recusas são formas de vida em movimento, em trânsito, em potência, e que a norma se faz por uma tentativa de ordenamento, modelagem e configuração deduzida desse caos, como efeito da errância, e não o contrário. No encontro com os limites, com “estados de crise” e com o *querer morrer*, podemos pensar que pode haver uma experiência de um grau máximo de abertura à produção de uma certa normatividade, pois em meio a um debate intenso de normas há um enfrentamento radical dos limites do processo vital e uma transvaloração das normas.

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”. Abandonamos, dessa forma, a ideia de que as normas são produções vitais e sociais estáveis e regulares, mas ao contrário, são territórios de perturbações, errâncias e desvios nos quais os arranjos são sempre provisórios e implicam, necessariamente, abertura aos riscos, no sentido de interminações a enfrentar.

2.3 QUERER MORRER COMO RESISTÊNCIA

A noção de primazia da negatividade e do erro no processo vital é corroborada pelo pensamento de Judith Revel (2012) acerca da resistência nas relações de poder, ao tratar da discussão de Foucault sobre a questão do poder. Em Foucault (1995), o poder emerge como ação sobre ações, em uma dimensão prática, sendo que a liberdade é condição das relações de poder – não existe relação de poder se os modos de se conduzir estão saturados, sem possibilidades de criação e de resistências. Revel afirma que “é o poder que é uma reação à liberdade – e não, ao contrário, a resistência que reage ao poder” (2012, p. 111). Nos termos da nossa discussão, a resistência mostra-se como sendo primeira em relação ao poder e constitui a própria normatividade, o que nos permite pensar a resistência como produção e invenção e não como reação ou como oposição, em uma lógica de contrariedade.

A partir da noção de *erro* em Canguilhem e da noção de *resistência* discutida por Revel a partir de Foucault, *querer morrer* pode ser pensado como processo que emerge em uma primazia em relação ao suicídio, pois se posiciona no trânsito de um processo vital que

pode produzir diferenças. *Querer morrer*, enquanto experiência negativa de uma errância normativa – negativa no sentido de não ser conformado às normas – pode interrogar os modos de produção de vida no contemporâneo, os valores atrelados a essa produção e o trabalho em saúde em sua dimensão clínica. Uma das atualizações do *querer morrer* apresenta-se no suicídio, mas esse não é o único modo de entender tal movimento.

Nas palavras de Revel (2012, p. 9), “[...] o poder é por definição sempre segundo em relação a uma liberdade da qual ele, paradoxalmente, necessita, liberdade que, ela mesma, vem primeiro. Assim, o poder é ao mesmo tempo genitivo, gestor, parasitário e é sempre uma reação, ao passo que [...] a ação livre dos homens é primeira, inventiva, e se dá como uma ação”. O *querer morrer*, na esteira dessas proposições de primazia do caos, do erro e da resistência, seria primeiro em relação ao suicídio, localizando-se na ordem de uma ação, assim como a liberdade e a resistência, e não como uma reação.

O *querer morrer* pode ser entendido como algo da ordem da ação, portanto, da criação e da normatividade. O suicídio, por sua vez, pode ser entendido como da ordem de uma reação, secundário, portanto, normalizado e reativo, ainda que seja normativo por entre a produção de normas inferiores. O exercício de problematização que sustenta as modulações do problema na pesquisa afirma a dimensão ativa do *querer morrer*, apostando no seu potencial de abertura e de produção de diferença, sendo que a discussão sobre o suicídio será colocada enquanto reativa, usada como recurso comparativo em algumas reflexões. Ainda que ambos os movimentos sejam pensados enquanto processos normativos, deslocados da necessidade de referência a uma normalidade pretendida por um determinado modelo de saúde, apostamos no *querer morrer* enquanto um potencial de abertura da problematização do viver.

O pensamento de Macherey mostra-se como sendo importante na operação de distinção entre normatividade e normalidade, pois é necessário: “[...] pensar uma normatividade das normas que as desvincula de um modelo mecânico da normalidade. As normas que ordenam a vida, [...], não são pré-estabelecidas ou pré-constituídas, mas se elaboram ao longo do mesmo processo antagônico que faz e desfaz as formas desta vida [...]” (MACHEREY, 2010, p. 63).

Afirmamos, então, a potência problemática do *querer morrer* que, enquanto experiência-limite pode se desdobrar em um plano normativo do processo vital, como uma tomada de posição ético-estético-política da dimensão clínica do trabalho em saúde que implica experimentar o trânsito viver-morrer. Tal experiência de transitividade pode

interrogar a perspectiva das estratégias de normalização que pautam os processos de trabalho em saúde na relação com os riscos. A transitividade entre viver-morrer pode sugerir que “esta arte de viver supõe, da parte daquele que a pratica, que ele se saiba mortal e que aprenda a morrer” (MACHEREY, 2012, p. 78), ou seja, morrer torna-se uma ação constitutiva do processo vital.

Nesse sentido, a epistemologia vitalista de Canguilhem não pode ser entendida como oposição a um mortismo, pois a normatividade vital ocorre em trânsito, em meio a um processo de composição entre vida e morte, o que implica reconhecer um mortismo no vitalismo, ou um vitalismo no mortismo⁵⁶. Interessa-nos afirmar o caráter de composição entre viver e morrer, enquanto processo vital, e não uma dicotomia excludente. “Por que eu não posso *querer morrer*?” emerge como uma pergunta radical que indica um campo produtivo de ações e convoca uma reflexão ética sobre que vida estamos produzindo e sobre como o *querer morrer* entra no jogo da produção de saúde enquanto criação de normas. A posição da problematização da pesquisa afirma-se em uma transitividade entre normas vitais e sociais, entre viver e morrer, que aposta nas interrogações que a dimensão do *querer morrer* pode colocar ao viver, ao trabalho em saúde, aos riscos e à pesquisa.

2.4 BIOPOLÍTICA: UMA GESTÃO NECROPOLÍTICA DAS VIDAS PRECÁRIAS?

O objetivo desta seção é discutir a biopolítica enquanto proposta de gestão da vida da população, a partir das problematizações de Michel Foucault (2010b) na interlocução com as proposições acerca da noção de precariedade e das vidas passíveis de luto, elaboradas por Judith Butler (2018). A autora propõe que a vida se produz por uma ontologia da precariedade, pois, “ironicamente, excluir a morte da vida representa a morte da vida” (2018, p. 37). Nesse sentido, Butler (2018) se aproxima das noções de Canguilhem (2012) em relação ao que é da ordem do vital, pois o que caracteriza o vivo, entre outras potencialidades, é sua “capacidade” de morrer. Morrer é uma condição ontológica do viver.

Partiremos da noção de precariedade apresentada por Butler, que corrobora o pensamento de Canguilhem, como uma ontologia da vida para discutir a biopolítica como um modo de gestão dessa condição, que opera por uma regulação normalizadora da precariedade. Ainda que toda vida seja precária, no sentido ontológico, a distribuição e os modos de experiência dessa precariedade não são homogêneos, o que implica na possibilidade de luto

⁵⁶ A discussão entre vitalismo ou mortismo foi uma provocação do professor Eduardo Passos durante a banca de qualificação do projeto de tese, ocorrida em 2018.

ou não pela perda de determinadas vidas em diferentes condições. Nessa linha de argumentação, há a proposição de uma necropolítica imanente à biopolítica, pois a gestão dos índices, das previsões e regulações atualizadas por determinada racionalidade estão atravessadas por uma concentração de ações que “enquadram” as vidas que são reconhecidas como vivíveis ou não. Nesse sentido, *querer morrer* talvez seja possível, ainda que trágico, para aquelas vidas reconhecidamente passíveis de luto.

[...] somos, por assim dizer, seres sociais desde o começo, dependentes do que está fora de nós, dos outros, de instituições e de ambientes sustentados e sustentáveis, razão pela qual somos, nesse sentido, precários. [...] A vida precária implica a vida como um processo condicionado, e não como um aspecto interno de um indivíduo monádico ou qualquer outro construto antropocêntrico. [...] nossas obrigações surgem da percepção de que não pode haver vida sustentada sem essas condições de sustentação, e que essas condições são, ao mesmo tempo, nossa responsabilidade política e a matéria de nossas decisões éticas mais árduas (BUTLER, 2018, p. 43).

Achille Mbembe é outro autor importante para pensar nas políticas de morte operadas pelo poder. Mbembe designa como “necropolítica” as formas contemporâneas de exercício do poder que subjagam a vida ao poder da morte redesenhando e colocando questões importantes na tensão das relações entre resistência, sacrifício e terror. O autor indica que a noção de biopoder proposta por Michel Foucault (2008b) é limitada para pensar as formas contemporâneas de sujeição da vida ao poder da morte. Assim, indica algumas modalidades dessas formas de crueldade como *plantation* e colônia. Segundo Mbembe, o necropoder embaralha as fronteiras entre práticas de resistência e liberdade e modos de dominação (MBEMBE, 2018).

Mbembe (2015), em um ensaio sobre a questão da necropolítica, propõe pensar qual é o lugar da vida no entendimento da política como um espaço de guerra, como continuação das guerras, pois entende a soberania como exercício de um controle sobre a mortalidade que acaba por decidir quem deve viver e quem deve morrer. A ideia da política como continuação da guerra por outros meios foi colocada por Foucault (2008b), em uma inversão da proposição de Clausewitz, de que a guerra é uma continuação da política. A crítica de Mbembe (2015) a Foucault (2008b) passa pela proposição de um sujeito universal como alvo das estratégias da biopolítica, que estaria em conexão com alguns pressupostos de liberdade, autonomia e racionalidade, não sendo [a biopolítica] suficientemente permeável às modulações das estratégias políticas de soberania como é o caso dos processos de colonização. Entendemos que a discussão acerca da precariedade proposta por Butler (2018) permite-nos produzir algumas aproximações entre as estratégias da biopolítica e da necropolítica.

A noção de precariedade apresentada por Butler (2018) coloca a vida não como possível de ser sustentada por si mesma, mas sim, a vida enquanto produção em meio a condições de possibilidade: vida contingente e social que é antes mais um processo do que um resultado. No mesmo sentido, Canguilhem (2012) destaca a relação de composição com o meio como imanente a todo processo vital, afirmando que não existe a vida em si, separada das condições do meio, e que qualquer separação que se faça – por exemplo, quando a vida é tomada como objeto de estudo “neutralizado” pelas ciências – é patológica.

Entretanto, para Butler (2018), a precariedade enquanto uma ontologia e a condição precária da vida não são sinônimas, ainda que estejam relacionadas. A autora afirma que “vidas são, por definição, precárias”, sendo que essa é “uma característica de todas as vidas, e não há como pensar a vida como não precária” (BUTLER, 2018, p. 460). Aqui a precariedade é colocada como condição ontológica de toda e qualquer vida, pelo caráter de produção e de relação de dependência que a produz, mas não se confunde com uma noção de essência ou fundamento.

Butler (2018, p. 15) afirma que se “referir à ‘ontologia’ nesse aspecto não significa reivindicar uma descrição de estruturas fundamentais do ser distintas de toda e qualquer organização social e política. Ao contrário, nenhum desses termos existe fora de sua organização e interpretação políticas”. Desse modo, a autora apresenta uma ontologia da diferença, genealógica, e não determinista da precariedade.

Já a condição precária diz de uma ação política dirigida a determinadas populações, a qual pode atingir de modos desiguais os diferentes grupos populacionais. Essa condição precária parece construir uma ligação direta com a racionalidade de gestão da vida operada pela biopolítica. Cabe destacar um trecho no qual a autora apresenta o que caracteriza tal condição:

A condição precária designa a condição politicamente induzida na qual certas populações sofrem com redes sociais e econômicas de apoio deficientes e ficam expostas de forma diferenciada às violações, à violência e à morte. Essas populações estão mais expostas a doenças, pobreza, fome, deslocamentos e violência sem nenhuma proteção. A condição precária também caracteriza a condição politicamente induzida de maximização da precariedade para populações expostas à violência arbitrária do Estado que com frequência não têm opção a não ser recorrer ao próprio Estado contra o qual precisam de proteção. Em outras palavras, elas recorrem ao Estado em busca de proteção, mas o Estado é precisamente aquilo do que elas precisam ser protegidas. Estar protegido da violência do Estado-Nação é estar exposto à violência exercida pelo Estado-Nação; assim, depender do Estado-Nação para a proteção contra a violência significa precisamente trocar uma violência potencial por outra. Deve haver, de fato, poucas alternativas. É claro que nem toda a violência advém do Estado-Nação, mas são muito raros os casos contemporâneos de violência que não tenham nenhuma relação com essa forma de política (BUTLER, 2018, p. 46-47).

A condição precária da vida é distribuída de modo desigual na população. Todos os dias morrem pessoas que não podem escolher e que não desejavam tal destino. Crianças, mulheres, homens, jovens negros, muitos. Morrem muitos. Uma necropolítica da vida cotidiana, tão familiar aos noticiários, quando ganham as páginas dos jornais. Outras tantas mortes ficam no silêncio, invisíveis e soterradas pela avalanche de informações a qual nos submetemos voluntariamente, banalizando o sofrimento e a desigualdade social. A morte está nas esquinas, no asfalto, nos quintais. Naturalizamos a morte, não que ela não seja natural – como da ordem do organismo, do ciclo da vida de todos os seres –, mas nos acostumamos com essa morte de muitos, aos montes, dos sujeitos inomináveis, das vidas ditas infames.

Foucault (2008b) nos diz que na biopolítica o problema diz respeito à mortalidade, a morte enquanto estatística, enquanto objeto de gestão da racionalidade do Estado, enquanto elemento e índice das modulações da população. Cabe a tal racionalidade manter certos parâmetros previsíveis em relação aos diferentes fenômenos que podem matar: gestão dos riscos. Mortalidade é um substantivo; é uma qualidade daquilo que é mortal e transforma, por uma bionecropolítica, o morrer, como processo, em um número, um objeto.

Espera-se que muitos morram – de muitos modos. A questão é o quanto se morre, quem, onde e por quais razões. Enquanto morrem vidas sacrificáveis, não passíveis de luto, infames, uma massa anônima de matáveis, isso aparece como parte dessa gestão, como da ordem da previsibilidade. Entretanto, no ponto mais alto das políticas de individualização (NARDI; SILVA, 2004), como na lógica da soberania, a morte de alguns sujeitos específicos, individualizados e nomináveis causam comoções.

Em meio ao empreendimento do Estado moderno, em meio à gestão bionecropolítica da vida e da morte, morrer não se constrói como um problema, desde que sejam muitos, desde que sejam sujeitos não memoráveis. O discurso da prevenção dessas mortes cotidianas e silenciosas não aparece, nem há ações evidentes de controle desses riscos. Trata-se de vidas passíveis de morte e não passíveis de luto.

Entretanto, *querer morrer* parece desorganizar essa modalidade de gestão. O problema é a vontade, o desejo, o querer. É a ação voluntária em relação ao morrer. Que a vida seja miserável, insuportável, triste e abjeta, admiti-se. Que essa vida deseje, queira encontrar o limite, que não queira viver, impede-se (dependendo dos encontros com ações de cuidado e de proteção social). Radicalizando a necropolítica, mata-se ativamente por negligência, exclusão e, algumas vezes, por modos envernizados de cuidado. O *querer morrer*, pela contradição que provoca, pode ser pensado como movimento paradoxal. Quem quer, geralmente quer algo, e

isso implica querer algo da ordem da vida. Querer o nada é o niilismo, mas ainda sim, é preferível ao nada querer, segundo Nietzsche.

Ainda assim, com tantas controvérsias, tentamos dar a dignidade que esse desejo merece nesta tese. Acolhemos as recusas à vida e as escutamos com a sensibilidade dos poetas com as palavras. A recusa é ação, é agir, é movimento, ainda que seja contrário ao ordenamento da normalização da vida. Se tantas pessoas recusam a vida, o que isso diz da vida? E com tantas mortes, com tantas vidas matáveis, o que gera a comoção em torno daqueles que “querem morrer”? Parece-nos que quem quer morrer fala mais da vida do que da morte, fala de modo ensurdecido da vida e grita tão alto que é difícil escutar.

O suicídio pode ser, então, um ato político pela força de visibilidade da negação de um determinado tipo de vida. Nesse sentido, *querer morrer* também pode indicar um ato político, desde que seja tomado enquanto emergência, pela gênese e não pela finalidade ou destino da ação. A negação de algo diz muito sobre o que está sendo negado, e nesse sentido é afirmação. Afirmação pelo negativo, pois não se recusa toda e qualquer vida. Por isso, interessa-nos pensar que vida está sendo negada, recusada, indesejada nessas afirmações, pois a psiquiatrização dessa modulação e a prevenção comportamental têm operado reducionismos violentos nesse movimento paradoxal, percorrendo o caminho da finalidade, da morte, e não da emergência.

Parece-nos que o que Butler (2018) designa como “condição precária” da vida está relacionada com as estratégias políticas que vão regular diferentemente a vida da população, produzindo uma necropolítica imanente à biopolítica. Essa proposição merece um desdobramento cuidadoso, o que implica uma problematização acerca da necropolítica pela biopolítica. O que já é possível antecipar é que toda e qualquer política pública, enquanto uma biopolítica, pode funcionar tanto no sentido de proteção e promoção da vida, quanto como operação de violência, diante das condições de precariedade. Se morrer, enquanto precariedade é uma condição imanente ao viver, como nos indicam Canguilhem e Butler, uma gestão da morte está também imbricada, necessariamente, nos modos de gestão da vida. Esse caráter de tamanha potência de vida e morte convoca uma atenção aos mecanismos de operação das políticas públicas, especialmente na saúde.

O Sistema Único de Saúde – SUS – é uma política pública construída por um extenso caminho de movimentos, lutas e tensões. Entretanto, a institucionalização dessa política e sua sistematização são recentes. Desse modo, o SUS é configurado por um campo de práticas operacionais de atenção e de gestão em constante transformação, que, neste momento (2020),

passa por uma crise de recursos e de prioridades por parte dos investimentos e objetivos do governo federal atual e pela aprovação da Emenda Constitucional 95 de contingenciamento de gastos, congelando os investimentos por duas décadas, atingido especialmente às áreas da saúde e da educação. De acordo com Passos e Carvalho (2015, p. 97):

No campo das políticas de saúde, o SUS toma como desafio a construção de uma política que se quer pública e transversal afirmando a dimensão subjetiva das práticas de saúde. Tal dimensão diz respeito menos à retomada ou valorização de um sujeito já dado e mais à incitação ao processo de produção de novos territórios existenciais, de novas experiências subjetivas, seja nas práticas de atenção, seja nas de gestão.

A produção de novos territórios existenciais convoca problematizações por entre as práticas dessa estratégia. A referida política está colocada nos ordenamentos propostos pelo SUS e define as linhas gerais de agenciamento dos recursos técnicos, humanos e físicos da saúde. Desse modo, o SUS pode ser colocado em análise como uma tecnologia de poder que faz operar uma biopolítica, produzindo modos de vida. Logo, entende-se a política de saúde, como estratégia do biopoder e o SUS como tecnologia do poder, constituindo importantes estratégias de governo (PRUDENTE, 2012). A biopolítica, enquanto tecnologia de poder, e o SUS, como uma atualização desse mecanismo, utilizam recursos como estimativas e previsões para conduzir a vida da *população*, configurando uma regulamentação da vida. Desse modo, opera-se certo tipo de gestão dos processos e fenômenos e não supressão das demandas. Em relação às funções dessa tecnologia de poder e seus desdobramentos, destacamos que:

A partir daí - terceira coisa, acho eu importante -, essa tecnologia de poder essa biopolítica, vai implantar mecanismos que têm certo número de funções muito diferentes das funções que eram as dos mecanismos disciplinares. Nos mecanismos implantados pela biopolítica, vai se tratar, sobretudo, é claro, de previsões, de estimativas estatísticas, de medições globais; vai se tratar igualmente, não de modificar tal fenômeno em especial, não tanto tal indivíduo, na medida em que é indivíduo, mas, essencialmente, de intervir no nível daquilo que eles são as determinações, desses fenômenos gerais, desses fenômenos no que eles têm de global. Vai ser preciso modificar, baixar a morbidade; vai ser preciso **encompridar** a vida; vai ser preciso estimular a natalidade (FOUCAULT, 2010b, p. 207, grifo nosso).

A política de saúde, tecnologicamente, opera um biopoder regulando e gerindo a vida dos sujeitos, no sentido de fazer viver. Michel Foucault, nos cursos proferidos no Collège de France, nos anos 70, propõe que o biopoder aparece como um poder sobre a vida, “que faz viver e deixa morrer” em uma transição do poder soberano, “que fazia morrer e deixava viver”. Nessa transição, há tanto um deslocamento de estratégia de poder (soberania-disciplina), quanto um deslocamento do alvo dessas estratégias, do indivíduo para a população. Essas lógicas estão sobrepostas, pois não há uma superação desses diferentes

modos de governar, o que é reforçado na argumentação do autor em diferentes textos. Entretanto, há uma prevalência, a partir da modernidade, do biopoder enquanto tecnologia de governo da vida que tem como objeto a população:

Aquém, portanto, do grande poder absoluto, dramático, sombrio que era o poder da soberania, e que consistia em poder de fazer morrer, eis que aparece agora, com essa tecnologia do biopoder, com essa tecnologia do poder sobre a “população” enquanto tal, sobre o homem enquanto ser vivo, um poder contínuo, científico, que é o poder de “fazer viver”. A soberania fazia morrer e deixava viver. E eis que agora aparece um poder que eu chamaria de regulamentação e que consiste, ao contrário, em fazer viver e em deixar morrer (FOUCAULT, 2010b, p. 207).

Essa regulamentação operada pelo biopoder vai desdobrar-se em uma duplicidade de efeitos, tanto sobre a vida como sobre a morte. De acordo com Castro (2009, p. 57), “[...] o biopoder se mostra em sua dupla face: como poder sobre a vida (as políticas da vida biológica, entre elas as políticas da sexualidade) e como poder sobre a morte (o racismo)”. Alguns autores referem a operação de fazer morrer do biopoder como necropolítica⁵⁷ ou tanatopolítica, ou seja, como poder sobre a morte, atuando diretamente sobre uma população (como nos genocídios históricos) e, indiretamente, quando, por exemplo, não existem redes de cuidado para determinados segmentos populacionais ou quando se elegem alvos populacionais com intervenções que colocam a vida em risco.

Segundo Oliveira (2014), Butler (1992) fala de traços necropolíticos nas tecnologias ao afirmar que “as mesmas tecnologias que permitem preservar a vida são usadas para separar quem pode morrer e quem pode ficar vivo, na soberania bio e necropolítica sobre os nossos corpos” (p. 78). Essa soberania bio e necropolítica indicada por Butler parece ser direcionada por um certo modo de distribuição das condições de precariedade.

Ainda que a necropolítica seja um discurso que opera no sentido de marcar e evidenciar a atuação mortífera do biopoder, como uma estratégia política de luta por direitos de determinadas populações, marcando lutas específicas, nossa proposta é a de evidenciar o caráter necropolítico que é imanente às estratégias biopolíticas, pois o “fazer viver e deixar morrer” é operado de modos específicos para determinadas populações, sendo que aquelas que mais necessitam do estado também são as mais vulneráveis à violência estatal.

O biopoder, conforme apresentado por Foucault (2010b), é exercido em uma dupla função: fazer viver e fazer morrer, pois deixar morrer é também um exercício de poder, portanto é uma ação. Desse modo, a captura da vida pela biopolítica, por inclusão ou exclusão

⁵⁷ De acordo com Oliveira (2014, p. 77): “trata-se de reconhecer como o próprio Estado cria as condições para esta necropolítica com a convivência de toda uma sociedade e dos movimentos sociais que permitem que isto aconteça: [...] Ao não intervir sobre estas dimensões, o Estado está a exercer as suas necropolíticas, dividindo-nos entre quem pode e tem condições para viver e quem «merece» morrer”.

de suas intervenções, faz o biopoder operar também como um exercício sobre a morte. Estamos afirmando que, pelas mesmas estratégias de regulação da vida, é possível atuar sobre as condições de precariedade das vidas de modo a promover ações de cuidado e proteção, como é o caso do SUS (frequentemente), e de modo a exercer violências.

No exercício dessa violência do Estado – que Butler (2018) afirma ser o que protege e expõe as populações ao mesmo tempo –, há uma radicalidade na definição foucaultiana apresentada como *racismo de Estado*, que inclui os mecanismos de segurança e seus efeitos de normalização como constitutivos desse racismo, sendo que ele denomina *sociedade de normalização* a mútua intersecção entre os procedimentos de normalização disciplinar e os procedimentos da lei.

Foucault (2010b, p. 52) entende por racismo de Estado “um racismo que uma sociedade vai exercer sobre ela mesma, sobre os seus próprios elementos, sobre os seus próprios produtos; um racismo interno, o da purificação permanente, que será uma das dimensões fundamentais da normalização social”. A normalização social que opera por uma purificação permanente é uma das estratégias do racismo de Estado, pois “a raça, o racismo, é a condição de aceitabilidade de tirar a vida numa sociedade de normalização” (FOUCAULT, 2010b, p. 214).

Em tempos de pandemia, como esta do coronavírus, que nos convoca ao isolamento nas nossas casas, aguardando ações de segurança e de promoção de saúde por parte de diferentes diretrizes e de ações biopolíticas, estamos experimentando essa distribuição desigual das estratégias de proteção e de exposição aos riscos que a pandemia provoca. Nesse sentido, as populações que mais precisam das ações das políticas públicas são, ao mesmo tempo, aquelas que estão mais expostas às violências. Apostamos em ativar o máximo possível o caráter de promoção e proteção das possibilidades de vida pelas estratégias biopolíticas, mas reconhecendo que, por entre determinadas estratégias, também são operadas violências.

Nesse cenário, direcionamos a discussão para o problema da pesquisa que é atravessado pelas práticas de normalização social. No que concerne um *querer morrer*, hegemonicamente capturado como expressão de uma psicopatologia e denominado nos serviços como risco de suicídio, o que aparece como normalização? Normalizar esse sujeito indica uma prática que o faz viver, sendo que “essa normalização das classificações psiquiátricas se revela no campo da saúde mental como uma normalização dos profissionais que nele trabalham” (GORI, 2014, p. 302), ocultando as relações de forças das agonísticas

sociais, políticas, econômicas e epistemológicas sob a “verdade” do objetivismo médico (GORI, 2014). Sugere-se, então, que as técnicas e práticas de prevenção ao suicídio indicam esse caminho das normalizações, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários.

Uma das dimensões da normalização social emerge nos modos de gestão da precariedade, que passa pelo uso da força das normas para produzir uma certa homogeneidade. Podemos pensar que um modo de cuidado que tem como prática a exclusão – o enclausuramento visibilizado pelas internações psiquiátricas – e o uso de medicação, muitas vezes excessivo, pode ser uma atualização de violências operadas em nome da normalização.

Desse modo, o atentado à própria vida pode ser agenciado ou produzido pelo próprio mecanismo de segurança, bem como o uso excessivo de medicações para conter o sujeito, que permanece vivo de modo letárgico, mas seus desejos e potências são abafados. Um exemplo desse duplo funcionamento das estratégias de normalização são os protocolos em saúde mental⁵⁸, dirigidos ao processo de trabalho das equipes de saúde. Eles podem ser pensados como efeitos da duplicidade de ações do biopoder de proteção e de normalização como um certo modo de gestão da precariedade da vida.

2.5 PLATÔ ESTÉTICO: PROBLEMA-CRÍTICA-NORMATIVIDADE

Este plano refere-se à transversalização da invenção, dos processos de criação de si e do mundo, que foram produzidos nas entrevistas e ao longo de todo o processo de pesquisa – os quais estão presentes nos outros dois platôs, mas ganham evidência na transversalidade da estética. O fluxo de criações foi movimentado pela colocação de problemas, pela sustentação de um exercício de problematização como método, que consiste em fazer um problema derivar e durar na sua potência de produção de diferença durante um processo. Rolnik (1993, p. 7), ao falar da estética, sugere que essa “não é o domínio de um campo já dado (campo de saber), mas sim a da criação de um campo, criação que encarna as marcas no corpo do pensamento, como uma obra de arte”. Desse modo, estamos à espreita dos processos de invenção e não dos modos de representação do mundo, ainda que seja por meio desses últimos que as criações aconteçam.

A estética também se relaciona com a discussão da existência na Antiguidade grega, objeto dos estudos de Michel Foucault (2011; 2006b) em diversos cursos (principalmente nos últimos antes de sua morte), quanto o autor toma o *cuidado de si* e suas práticas como campo

⁵⁸ MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio**. Prevenção do Suicídio: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. 2006.

de análise e como forma de pensar o presente por uma estratégia de um olhar para a história de modo descontínuo, como uma atualização das práticas. A estética produz, então, um plano de intensidades do modo de viver, de como a vida pode ser vivida e não de quanto tempo ela permanece. A estética, portanto, emerge como sendo um platô de criação e de intensidades, um plano de pura produção, como podemos ver nos diálogos:

Lygia: – *Então eu acho que tu tem que dispor a trabalhar com risco de suicídio... [...] na verdade, eu acho que quem gosta de trabalhar com isso tem uma certa mania de grandeza assim... sempre há uma ideia de que tu tem que salvar o paciente... eu não sou contra isso, eu acho que isso pode ser um mecanismo, mas isso não pode ser algo que transborde de ti, digamos, assim, āhhh, porque eu acho que muitas vezes o adolescente precisa que alguém queira que ele viva, sabe, nesse sentido assim... é importante que ele queira por ele, eu, eu que, às vezes, eu me sinto, e às vezes eu digo isso, né, pro, pro, pra adolescente, que eu, eu quero que ela viva algo colocado no querer, āhhh, que ela não tá conseguindo sustentar... mas, claro, também cuidando muito com o outro lado que é da expectativa né, “ah, eu, né, se tu, se tu for eu vou fracassar”, que é um, também muito delicado... né...*

Jéssica [entrevistadora]: – *uma zona bem... difusa, né?*

Lygia: – *Muito difícil... é caso a caso, teve algumas vezes que eu, que eu entrei um pouco demais assim, tentando realmente dar a mão, não funciona, nunca tive um caso de, de, de, de morte, né, assim... mas, āhhh, já tive muito perto, assim, é muito assustador, assim... de eu, de eu ir pra casa e não saber se no dia seguinte a boa notícia que ia ter, mesmo com intervenção do plantão... teve essa menina que eu te falei da melhora e da piora e tal, a gente teve que... chamar o Ministério Público, assim, pra... na terceira vez que ela chegou aqui contando, ou a vó, porque ela não contava né, que ela tinha tentado se matar e ela não conseguia levar... não é possível, sabe?!... é... e acho que tem, e eu, e pra, e eu que fui pra minha análise, né, e aí na minha análise eu ficava perguntando: “por que que as pessoas não podem morrer?”... porque eu acho que muito, assim, é essa coisa que a gente representa, dum, dum, dum, dum... a vida como uma obrigação, sabe? Que eu acho que é uma discussão que eu não sou, não me sinto capaz de ir até o fim nela, eu sei que ela existe, eu sei que ela existe pras pacientes... a vida como uma, como, como uma, como... algo compulsório, assim, elas têm que viver, mas eu não, eu não me atrevo a questionar isso com elas, porque eu acho um terreno muito perigoso, mas é claro que eu peno sobre isso...*

Jéssica: – *sim...*

Lygia: – *nunca tive uma situação assim, por exemplo, de uma paciente terminal, de alguém que eu sei que a vida, né... eu, eu, eu sempre, āhhh... eu sempre tive casos assim, de adolescente deprimida, né, e que, e que, bom, e que... às vezes tu vê... que... que esse flerte como tu disse, tá... tá grande, tá intenso...*

Algumas modulações foram sendo tecidas pelo compartilhamento de um problema clínico que emergiu no trabalho em saúde, como no trecho transcrito, quando Lygia, uma psicóloga trabalhadora de um ambulatório de saúde mental narra a complexidade de dilemas e os limites da intervenção diante de um *querer morrer*, pensando sobre a obrigatoriedade da vida e a legitimidade de um desejo de morrer. Interessante é destacar que até, esse momento da conversa, a pesquisadora não havia apresentado a cena-pergunta que mobiliza a pesquisa.

Nesse sentido, percebe-se a construção de uma zona problemática que vai sendo produzida de modo coletivo, no encontro.

A problematização não tem por objetivo buscar soluções, fechar entendimentos ou concluir processos. Essa estratégia metodológica afirma-se na proposição de fazer o problema diferir, atualizar-se e transformar-se, mantendo sua potência de criação. O problema que fez emergir o projeto continua sendo modulado, metamorfoseado, sendo que a pesquisa se sustenta por meio de sua potência de criação de mundo. “Por que eu não posso *querer morrer?*” emerge como uma pergunta da ordem do acontecimento, no sentido de ruptura e transformação, que faz emergir um campo de possibilidades, permitindo pensar o impensável e colocar em análise a dimensão clínica do trabalho na saúde mental. Como diz Rolnik, a estética trata da criação de um campo, e nesta pesquisa esse campo se produz por meio da sustentação da problematização como método que sustenta as modulações de um problema.

Na ontologia desta pesquisa, sustentar as modulações de um campo com uma pergunta que sugere um pedido de uma resposta – por quê? – pode parecer um erro conceitual, mas esse “equivoco” afirma uma estratégia problematizadora. Sabemos que esse tipo de pergunta pede por caminhos organizados que levem a lugares específicos. Entretanto, diante da vertigem causada pela pergunta quando ainda não havia pesquisa, apostamos nas zonas de ruptura e de perturbação que sua sustentação provocava, ainda que em meio a uma forte carga moral. Parece uma pergunta da vida normal, da vida saudável, da vida psiquiatrizada, que pede começos e fins, que aguça as “almas de farmacêuticos” a prescrever destinos.

Nossa estratégia é a de exercitar uma estética e afirmar uma vida por entre pedidos de explicações e finalidades, que é uma característica do trabalho em saúde. Precisamos habitar os protocolos e as prevenções para extrair possíveis neste trabalho. Operamos um trânsito epistemológico que se desloca da dicotomia causa-efeito, da vida ou da morte, para uma zona de indeterminações que implica viver-morrer, zona de intensidade e de paradoxos, zona de normatividade. O problema da pesquisa, então, funciona como um acelerador de processos de criação pelo modo como é colocado, pois funciona como produtor de desestabilizações mais do que como produtor de soluções. Nesse sentido, a potência diferenciante da estratégia da colocação e sustentação do problema transversaliza o platô estético das entrevistas.

Hilda: – *Parece que temos algo comum em nossa prática psi onde o limiar de risco que aciona os protocolos de segurança é sempre relativizado. É sempre relação de desejos, sejam de morte, sejam de vida, há sempre que percebê-los. E é na posição desejante de encontros e produção de vida (da vida que contém também morte) que gostaria que seguíssemos trabalhando/pesquisando juntas na tessitura de uma rede rica de “entres”. Gratidão a todas e em especial para Jéssica que nos abriu esta oportunidade.*

No excerto apresentado, percebemos também uma série da *crítica* que produz a potência da problematização e sustenta a colocação dos problemas. Entendemos por crítica não a ação de apresentar os aspectos negativos de uma situação, como uma oposição a uma ideia, mas uma atitude crítica que, como nos indica Foucault (1978), consiste na arte de não ser governado de determinado modo ou na recusa a um único modo de governo da vida. Segundo Foucault (1978, p. 5), “a crítica é o movimento pelo qual o sujeito se dá o direito de interrogar a verdade sobre seus efeitos de poder e o poder sobre seus discursos de verdade [...], a arte de uma inservidão voluntária”.

O processo de sustentação da modulação do problema, nesse contexto, consiste também na sustentação de uma atitude crítica que desloca verdades sobre valores sacralizados como vida e morte. Essa atitude foi encarnada pelas trabalhadoras e pela pesquisadora, de modo a forçar o pensamento. Recusar uma submissão a um único modo de governo da vida pode sustentar exercícios de liberdade e de produção de diferenças que dão passagem a um movimento de análise do trabalho em saúde e que pode ser um indicador de análise das demandas dos casos de risco: quem enuncia um *querer morrer* pode estar operando uma crítica a ser governado de um determinado modo – medicalizado, normalizado e biopolítico. Dessa maneira, pode-se pensar essa recusa ou essa vontade como uma atitude crítica, um ato político que dá visibilidade a um *ethos* contemporâneo marcado pela individualização e pela normalização da vida.

Ainda sobre a atitude crítica, Foucault (1978) apresenta uma prática *histórico-filosófica* que pode ser o instrumento ou a estratégia de uma genealogia, a qual coloca questões sobre as relações dos poderes, da verdade e do sujeito ao contrário de uma visão essencialista e teleológica da história. Afirma a acontecimentalização como um método para percorrer os elos e as conexões entre os mecanismos de coerção e de conhecimento, convocando uma inseparabilidade dos mecanismos de saber-poder, ainda que não se reduzam um ao outro.

Desse modo, a crítica produz rupturas e desvios, assim como a estratégia genealógico-cartográfica da pesquisa, colocando as trabalhadoras a “atacar” o próprio trabalho, o que importa para a vivacidade do trabalho em saúde e constitui uma das características do conceito de ofício, como veremos no próximo platô (político). É importante destacar essa dimensão do ofício como território que permite inserir o trabalho em uma experiência histórica, por entre normatividades, trabalho esse carregado de memórias das lutas e das ações que se atualizam nos atos do trabalho em sua esfera coletiva. Criticar campos de saber-poder,

nesse caso tanto a psicologia quanto o trabalho e saúde, pode sugerir um modo de interrogar esses campos sobre seus efeitos de produção de verdade e poder. Entre os “perigos” desse tipo de análise está a ideia de uma suspensão dos universais e de percorrer as linhas de ruptura de um pensamento, ao contrário de afirmar sua continuidade. Portanto, a atitude crítica permite o movimento de diferenciação da problematização e por isso pode converter-se em um exercício estético de criação e de percorrer as descontinuidades do presente.

Jéssica [entrevistadora]: – *E, assim, tu lembra... ãhh, te recorda, te vem na mente, assim, algum caso, nesse tempo, que tenha te marcado em relação a... que estratégias que tu usou, como que aquilo te tomou, e o que que tu fez pra lidar, e, enfim... dessa, nessa história... te recorda, tu lembra de algum, que tu queira contar? Compartilhar?*

Clarice: – *ela é uma menina... enfim, que a mim, assim, me parece que é, é uma estruturação mais melancólica, né... ãhhh, mas que pela psiquiatria teria um diagnóstico de bipolaridade, né... misturado com transtorno, com TOC, também, ela tem... questões... mais obsessivas, mas enfim... ela... é uma pessoa que, ãhhh... tá sempre ali no limiar da morte, né... ela habita a morte, ela flerta com a morte, ela... tem um conteúdo, assim, muito presente, e... e, e fala muito sobre isso né, mas é superinteressante porque... e isso eu... venho trabalhando com ela, assim, ela fala muito da morte, mas ela também fala muito da vida... é uma, é uma posição que, nesse momento, ela não, ela com, ela enxerga mais a morte do que a vida, mas é uma menina que tem, assim, ... toda uma, uma capacidade, é uma menina que escreve, é uma menina criativa, é uma menina afetiva... gosta de fotografia, enfim... no grupo é, é, ela... com toda essa questão, assim, com toda essa dificuldade dela de, ela mesma diz, de se aguentar, de se suportar, ela não deixa de ir nos atendimentos, ela não deixa de ir no grupo, ela faz uma função importante, porque no grupo de entrada saíram várias pessoas e ela permanece... E... e esses dias surgiu um... uma conversa no grupo... porque daí eu comecei o grupo: “e aí, né”, enfim? Abri o grupo perguntando: “E aí, como é que vocês estão? Como é que passaram a semana?”... Abrindo o grupo, aquelas coisas que tu abre o grupo assim porque tu sabe que daqui a pouco vai rolar alguma coisa e tu não precisa muito, mas só faz a pergunta... só que, os adolescentes, né?! Obviamente que até isso que tu fala vai... pode ter algum efeito. E... naquele dia, eles vêm, eles trazem questões existenciais, enfim, ãhhh... aquele dia, aquele dia até de devir eles falaram... no grupo, tem um menino que tem dezenove anos que passou pela filosofia, enfim, fez uso de ácido, surtou, meio que voltou pra (nome da cidade)... tá, tá lá... mas, ãhh, eles falavam... entraram numa discussão sobre o que que era evoluir afinal de contas... [...] e aí é toda a discussão vai por aí, o que que é evolução, o que que é evoluir... e, e tem um dos meninos que traz uma outra imagem sobre... que acha que não existe isso do evoluir, que são momentos na vida, que, às vezes, se tá bem e, às vezes, não se tá, né, e que, que não necessariamente evoluir é uma espiral ascendente e... e aí a menina essa, coloca em questão justamente isso: “Pois é, eu queria também... pensar ãh, ãhhh... como que é isso da, da... do melhorar... o que que é o melhorar, né? Em termos de... eu fico me perguntando, eu venho aqui, né, tomo a minha medicação, mas o que que é melhorar, né? Será que um dia eu vou melhorar? O que que seria isso da cura, né?”... Falando nessa questão da evolução... e ela mesma, então... e aí eu, então, retomo a pergunta que eu fiz, né, e, e, e, e, e colocando pra eles que eu achava bem interessante que eles pudessem estar, de alguma forma, devolvendo isso assim, que talvez... a... pareça que a expectativa de quem tá trabalhando no CAPS seja de, de uma melhora... mas a gente talvez trabalhe pra uma melhora... e isso aparece, e isso tava aparecendo ali... e ela disse, e ela dizendo: “Tá, mas quem disse que melhorar é, é... quem disse que se curar é isso, quem disse que é, é, é... não sentir mais mal...”... E aí ela disse assim: “Se eu melhorei eu não sei... mas que eu me sinto muito mais forte e mais consciente de mim, ãhhh... isso eu me sinto”. [...] Porque eu acho que fala um pouco disso, assim, do que que seria uma, nesse*

contexto, entre a produção, como é que é entre o viver e o morrer, e como que se produz vida, e que talvez o discurso, áhhh... da saúde seja o se curar ou o não poder ou apresentar mais sintomas ou o poder tá numa outra condição, né, de reabilitação, digamos, de ir pra vida, de ir pro mundo, e se relacionar, e, e... ela trouxe essa ideia de que talvez ela... se ela puder reconhecer algo que estar... em termos de uma evolução ou de uma melhora, é talvez estar mais forte, mais consciente de si... eu achei isso muito interessante...

Clarice, psicóloga trabalhadora de um CAPS, parece indicar essa atitude crítica em relação aos modos de governo da vida que se atualizam em seu trabalho, levando-a a questionar, durante uma intervenção, o caráter moral de suas proposições na direção de um ideal de saúde a partir dos efeitos que emergem da fala de uma adolescente. A afirmação dessa adolescente sugere uma operação de transvaloração, pois ela diz que não consegue pensar o que sente em termos qualitativos, mas sim em relação a uma força, uma potência. Potência essa que foi acolhida pela psicóloga como análise de implicação e como crítica. Essa noção de crítica é modulada na pesquisa desde a colocação do problema, pois abrir um campo de normatividades pelo *querer morrer* indica uma interrogação sobre diferentes modos de governo da vida, encontrando ressonâncias nas experiências das trabalhadoras psicólogas que atualizam essa crítica.

A precarização das políticas, o desemprego da população, o aumento da demanda no SUS e a precarização dos serviços emergem como elementos importantes na escuta do sofrimento das crianças e adolescentes, pois o contexto atual mostra-se atravessado por essas contingências. Lygia sugere que a demanda de atendimento que mais cresce por parte da população é a da Saúde Mental, o que indica um plano de coemergência entre o que se entende como sintoma psiquiátrico e a conjuntura das políticas públicas. O coletivo, a discussão em equipe, emerge como potência, como estratégia de colocar em análise essas questões e produz um *ethos* da confiança e uma aposta no trabalho coletivo, produzindo saúde. Por esse motivo, o ataque às políticas, de certo modo, parece operar um modo de atacar a vida e a saúde da população, produzindo determinadas expressões do sofrimento.

Assim, podemos ver um engendramento entre a produção da demanda e os modos de enfrentamento que se modulam no trabalho em saúde, como se expressa na conversa com Lygia:

Lygia: *[...] e chegou um momento que eu tinha... áhhh, três adolescentes numa tarde, e tinha três casos de automutilação numa tarde... então, assim, uma falando que, que, pensando em morrer, uma já um pouquinho melhor, outra mostrando o braço do corte novo, então, assim, chegou um ponto que teve um transbordamento em mim, né, não do mesmo tipo delas, mas assim, transferencialmente eu entendo que, áhhh... eu... uma, uma das coisas que eu acho que a gente faz com adolescente assim, na clínica como eu trabalho, áhhh... principalmente adolescente assim, que*

tá em crise, porque tudo bem, adolescência é uma crise, mas tu passa por ela com uma estrutura, com uma, com uma... com recursos, ou sem recursos, digamos assim... pra mim são adolescentes com poucos recursos... uma das coisas que tu faz é, é guardar, é... acolher essa transferência intensa deles... E chegou ao ponto que me deu uma angústia muito grande assim, eu, eu fiquei muito impactada, muito preocupada, era uma atrás da outra, meninas, né... [...] então assim, casos muito graves de repente, coisas muito intensas, num volume muito grande, né... por isso assim, ler o fenômeno, por isso que eu entrei no mestrado e a minha grande questão era empírica inicial, assim, tá acontecendo alguma coisa... [...] chega uma hora que tu enxerga, tu começa a enxergar alguma coisa diferente, como um fenômeno mesmo... Então eu fui pesquisar, porque se eu não fizesse isso sucumbir, assim, ia cansar, eu ia ficar exausta... claro, o cansaço tem sempre, mais eu ia... áhhh, acabar, o que eu vejo que muita gente faz que é evitando, assim, né, botando empecilhos... é muito fácil tu colocar empecilhos no, no SUS, né... e aí... não dá, eu não gosto disso, eu acho que tem que atender, eu acho... [...] tinha prioridade quem vinha do plantão... então por isso que só entrava também os casos graves, mas eles tinham que entrar, ninguém podia esperar, né... tá se cortando, pensando em morrer, esperar um ano pra atendimento no SUS... e as famílias cada vez mais com poucos recursos, né, muito desemprego, então também teve um outro fenômeno paralelo que foi, áhh, a gente começar a ouvir, no matriciamento das Unidades Básicas: “ah, a fulaninha tá com problemas na escola, a família tinha plano de saúde até o pai perder o emprego... aí perdeu o emprego, não tem mais plano de saúde, veio pro SUS”. Isso também é outro fenômeno, né, só que esse a gente sabe muito bem da onde vem, ele vem da política nacional, né... Então, áhh, agora também, cada vez mais, então, ninguém consegue manter plano de saúde, só que também, como tem um ataque ao SUS, o SUS também tá diminuído...

Lygia diz perceber um aumento dos casos de suicídio, risco de suicídio, automutilação, que sugerem um “transbordamento da angústia” e que, quando essas demandas começaram a chegar de modo intenso ao serviço, no início do ano de 2015 até o ano de 2017, a automutilação era considerada sempre como tentativa de suicídio, mas que há muitos casos de suicídio nem sempre relacionados com o corte – “uma paciente se cortava quando estava melhor”. Segundo Lygia, o corte pode indicar uma ação que busca melhorar, mas ainda assim indica uma vivência de um limite: nem sempre se cortar quer dizer *querer morrer*, pois o corte pode dar visibilidade para o sofrimento. Lygia fala de uma produção normativa que passa pela transformação nos modos de atendimento e acolhimento por parte da equipe de saúde: as demandas continuaram a chegar de modo intenso, mas o modo de entrar em relação com essas demandas se transformou, produzindo deslocamentos no governo da vida enquanto dimensão política.

A conexão entre problema, crítica, normatividade e análise do trabalho aparece também em outras conversas, com trabalhadoras de outros equipamentos de saúde, como podemos acompanhar nas trocas com Virgínia. No excerto a seguir, ela relata que existe uma superlotação das internações, falta de rede de Saúde Mental e agudização dos casos, tornando a questão do aumento da demanda dos casos de risco uma questão política e coletiva. Uma dimensão crítica emerge na recusa a entender os casos de risco como produção de um

sofrimento individual, desconectado dos diversos embates que desenham o momento como a precarização das políticas, a perda de direitos, os retrocessos, e o medo que vai sendo gerado nos usuários e nos trabalhadores.

Virgínia: – [...] porque embora seja cansativo pra mim, assim, né, eu tenho muito demanda, lá, lá nós atendemos em torno de mil pessoas ao mês, né. [...] Agora há pouco teve um caso de suicídio, um não, teve... uma sequência, né, de colegas, assim, que... que se mataram. E então isso é muito triste, né, falando na questão da morte e da vida, assim, o quanto que... a robotização do trabalho não permite ... né, que tu olhe pro outro, pro colega teu ali como alguém que tá em sofrimento e que precisa duma atenção... diferenciada ... Então isso é, agora, quando existem esses cuidados é por conta da própria equipe.

Jéssica [entrevistadora]: – Entendi. É meio que mais localizado ali.

Virgínia: – É uma coisa assim, é, é localizado. Não tem mais tanto uma estratégia né... na política, prevista... Não, não, não... pelo contrário, a estratégia é... arrebentar com o trabalhador, é sugar tudo que pode e... é a produtividade e o número e pronto...

Jéssica: – Que difícil, né?!

Esse trânsito viver-morrer vai sendo produzido de modo individualizado e polarizado tanto na gestão da política, incidindo nos processos de trabalho, como nos modos de cuidado dos usuários, fazendo emergir cisões que operam dicotomias em um processo de normatividade vital. Nos termos de Canguilhem (2012), poderia sugerir uma experiência de produção de normas menos criativas ou restritas em relação às potencialidades de transformação e criação. Se a vida se faz nesse trânsito viver-morrer, quando se polariza o processo do lado da vida e o restante do movimento não pode aparecer, a morte poderia ser entendida como uma redução de um processo normativo. Podemos pensar que há uma redução de potencial da normatividade quando se afasta o pensar sobre a morte, o que pode indicar uma moralização do cuidado.

Na série de elementos que provocam a modulação da estética no plano dialógico-conversacional, encontramos o *querer morrer* como enunciação que potencializa processos de criação de mundos, que configura tanto o problema quanto a crítica nessa transversalidade. Nessa construção, morrer é complemento do verbo querer, já que *quem quer quer algo*. Gramaticalmente, *morrer* completa o sentido do verbo *querer*. Assim, então, é uma enunciação possível na língua portuguesa. No entanto, em termos discursivos, a expressão *querer morrer*, em diversos momentos do discurso das trabalhadoras emergiu como um incômodo, já que *querer* projeta intenções positivas como “quero viajar”, “quero ser feliz”, logo ele não “combina” com uma conotação negativa, provocando um estranhamento na escuta da enunciação *querer morrer*. Isso porquer *morrer* projeta sentidos outros,

atravessados negativamente: em termos discursivos ninguém quer morrer, simplesmente se morre, mas, geralmente, não se deseja isso.

Aprofundando mais essa discussão, em termos filosóficos, *morrer é querer o nada*, o fim. Se quem deseja alguma coisa, algo quer, portanto, não pode desejar o nada, o fim que *morrer* cria como plano de sentido. Essa agonística de signos no plano dialógico-conversacional produziu efeitos de criação, pois foram sendo traçados caminhos que derivam dessa proposição, como a ideia de vontade de nada, de Nietzsche, e as discussões sobre niilismo foram atualizadas como possibilidade não concebível do ponto de vista do desejo, por exemplo, dado que a pulsão sempre tem um destino.

Hilda: – *e querer morrer, quando tu [Jéssica] fala pra mim, parece uma dissonância, né, porque parece que querer, desejar e morrer são coisas opostas, assim, parece que tu não... querer é diferente de morrer. Sendo que tu fala assim do paciente: "ah porque que eu não posso querer morrer", mas que querer é esse, né?, alguém pode querer morrer...*

Jéssica [entrevistadora]: – *querer o nada né...*

Hilda: *é.. né... é, pensando no desejo, assim, pra mim sempre me causa um estranhamento esse querer morrer, mas...*

Clarice: – *e eu aí eu já me lembro de Nietzsche, né, da vontade de nada e o nada de vontade, que... mais... melhor do que nada de vontade é vontade de nada, porque ainda é uma vontade. Ainda é uma vontade, o querer morrer ainda é da ordem de um desejo porque talvez essa morte esteja no lugar de um alívio e aí alívio também se pode produzir de outras formas, né?! Porque, às vezes, quando, muitas vezes se anuncia a morte, o desejo da morte é desejo que talvez cesse uma dor ou aquela vida, recusa àquela vida né, então caiba muita coisa nessa morte aí, não sei. Mas eu gosto muito dessa ideia também do Nietzsche, assim, da vontade de nada.*

A última série dessa modulação estética é a normatividade. Essa proposição conceitual é apresentada por Canguilhem (2012) como da ordem de um trânsito entre normas, ao falar do processo entre saúde e doença, como discutimos. Para o autor, a doença é ainda produção de normas, ainda que inferiores e que restringem as possibilidades de viver, mas que se mantêm como criadora de normas. Portanto, normatividade implica um campo de criação de normas por excelência, portanto é um campo estético. *Querer morrer*, enquanto problema, sustenta um processo normativo.

Hilda: – *Agora bem recente nessa semana, de uma senhora que eu tô atendendo, enfim, que tá com um sofrimento por conta de um diagnóstico que tá pendente, né, ela tá com tipo um cisto na vulva, assim, uma coisa que sente muita dor, que tá sem diagnóstico, ela tá aguardando biópsia, então, sabe, essa angústia de não saber o que que se tem e tá sofrendo né, muito com isso, com dor. E, aí, tá com uma questão suicida muito forte, assim, né... Veio né, iniciou.. E aí ela tinha dado uma reagida, iniciou a medicação faz pouco tempo, faz um mês... Ela tava assim com o humor um pouquinho melhor, tava né, com uma boa rede familiar, mas aí no último atendimento, assim, ela expressando até uma certa melhora, mas ela não quer.... ãã... que os filhos se preocupem com ela, né, e aí alguma não lembro qual foi a*

pergunta que eu fiz que daí ela conseguiu dizer, assim, que bom, que ela foi... que ela pensou em tirar o cordão do varal pra se enforçar, mas que... iam perceber se ela fizesse isso, então ela foi até a mercearia pra ela comprar a corda, mas quando ela chegou lá ela mudou de ideia.

Jéssica: – *que forte isso...*

Hilda: – *é, e aí ela voltou pra casa enfim. Ah... ali no atendimento segui né conversando com ela e, ao mesmo tempo, ela fazia planos do exame que ela tem que fazer semana que vem, não sei o que, então, essa ideia da morte é uma coisa que vem de repente e passa, mas tá ali, esse risco tá ali, assim, e... eu tenho certeza que outros profissionais, algum colega meu teria internado ela no mesmo... no primeiro momento que ela falou disso, bom, tá com plano, é internação, né?! Mas... então é difícil eu falar nisso, mas eu confiei no nosso vínculo de que bom, ela vai sustentar até essa semana, hoje eu já liguei pra ela, pra poder dar um retorno porque eu conversei com o psiquiatra, a gente discutiu essa situação, compartilhei com o psiquiatra, vi que causou um espanto em quem tava ouvindo, né, porque, assim, como assim tá fazendo plano é hospital! Mas e o ambulatório de saúde mental, assim, depois do hospital é pro CAPS, porque é muito grave assim isso.*

Os casos narrados nas entrevistas são sempre plenos dessa experiência normativa, ainda que a racionalidade das especialidades convoque o olhar para momentos estanques e específicos e não para o processo do sujeito. Do ponto de vista dessa normatividade, não há uma posição específica nesse trânsito, pois o vivente está sempre em meio a algum movimento, em meio a alguma relação de composição com o mundo e, portanto, faz-se necessário analisar a relação do vivente com seu meio e nunca ele mesmo de modo isolado. No plano dialógico-conversacional das entrevistas, em muitos momentos foram evidenciados cenários de dúvidas ou de não saber o que se passa com aquele ou aquela que sofre a sua frente. Talvez só se possa construir essa fotografia diagnóstica provocando um corte no trânsito normativo, pois sempre há um porvir, algo sendo criado. A normatividade, assim, diz da ênfase desse platô estético enquanto um processo de criação e recriação de normas.

Finalizando a modulação da estética nessa série normativa, o plano da experiência do vivente mostra-se pleno de criação de normas, ainda que enquanto “farmacêuticos das almas” estejamos sempre preparados, formados e treinados para cortar esse trânsito. Desse modo, a experiência do processo saúde e doença é criadora de novos mundos, novas normas e sua potência depende das relações, no caso da pesquisa, com o trabalho em saúde. Sustentar um trânsito normativo parece convocar a sustentação de uma relação de composição com o meio, que inevitavelmente implica correr riscos.

*... perigosa travessia,
perigoso caminhar,
perigoso olhar para trás,
perigoso tremer e parar...*

Friedrich Nietzsche

*No dia seguinte ninguém morreu.
O facto, por absolutamente contrário às
normas da vida, causou nos espíritos uma
perturbação enorme,
efeito em todos os aspectos justificado,
basta que nos lembremos de que não havia
notícia nos quarenta volumes da história
universal, nem ao menos um caso para amostra,
de ter alguma vez ocorrido fenómeno semelhante,
passar-se um dia completo, com todas as suas
pródigas vinte e quatro horas,
contadas entre diurnas e nocturnas,
matutinas e vespertinas, sem que tivesse
sucedido um falecimento por doença, uma queda
mortal, um suicídio levado a bom fim, nada de
nada, pela palavra nada.*

José Saramago

3 TRABALHO EM SAÚDE EM SUA DIMENSÃO CLÍNICA: ENTRE RISCOS E PROFANAÇÕES

Esta pesquisa parte do atendimento aos casos nomeados como sendo de risco de suicídio que vêm inundando os serviços de atendimento nas políticas públicas, especialmente na saúde, tal como enchente, como demanda dos usuários que chegam aos serviços com quadros agravados de sofrimento. “Em consonância com outros países, as taxas de suicídio no Brasil têm aumentado, passando de 4,4 a cada 100.000 habitantes em 1980 para 5,8 em 2006” (CICOGNA; HILLESHEIM; HALLAL, 2019), com variações estatísticas entre regiões do país. A urgência deixou de ser exceção para virar o cotidiano dos trabalhadores e trabalhadoras de diversas equipes de saúde mental, urgência essa que está associada à

percepção do que é considerado risco, geralmente individualizada como diagnóstico específico do usuário.

O quadro de agudização do sofrimento que aparece nos serviços emerge em meio à precarização das políticas públicas no país, ao congelamento dos investimentos na área social, principalmente na área da educação e da saúde, bem como em meio ao aumento dos índices de desemprego e a um enxugamento da máquina pública, acometendo de modo expressivo a população de adolescentes⁵⁹, em relação à mortalidade por suicídio. Os estudos indicam que algumas populações indígenas⁶⁰, por exemplo, têm apresentado mais que o dobro de risco de óbito por suicídio, em relação à população branca. A equidade, um dos princípios norteadores do SUS, garante o acesso universal à saúde – como direito de todos e dever do Estado – mas, por esse princípio, quem precisa mais tem prioridade de atendimento. Nesse sentido, a gravidade e o risco se produzem como meios de acessar os serviços, pois a população vai desenvolvendo estratégias para garantir acesso ao cuidado, e, ao mesmo tempo, os modos de existência vão sendo tecidos em meio à precariedade, o que produz agravos. Assim, quase todos os casos, em alguma medida, são de vida ou morte.

Olhando para as práticas de saúde pela lógica das relações de poder, a produção de um discurso que se materializa nessas práticas não pode ser analisada apenas pelo lado do aumento da demanda dos serviços. Há uma coemergência de diversos dispositivos e planos que produzem o cenário atual de “riscos”, os quais chegam como pedidos de atendimento e merecem ser analisados em meio à complexidade dessa produção. O diagnóstico e as estratégias de prevenção ao suicídio indicam apenas uma parte da maquinaria dessa produção que parece sugerir um modo de habitar o presente, no qual o morrer ganha evidência. Entender o aumento das demandas de risco de suicídio pelo viés psiquiátrico parece operar uma simplificação e uma redução da potência problemática desse quadro de emergências.

Não apostamos na busca das causas dessa situação, pois construiríamos uma lista infinita de motivos e nenhum deles seria suficiente para responder ao problema, até porque

⁵⁹ “O coeficiente de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente na faixa etária de 10 a 19 anos em ambos os sexos no Brasil em 2000 foi de 1,71 óbito a cada 100.000 habitantes. Em 2015, o coeficiente foi de 2,51. Esses resultados representam crescimento de 47% na mortalidade por suicídio em adolescentes no Brasil no período estudado” (CICOGNA; HILLESHEIM; HALLAL, 2019, p. 3).

⁶⁰ “A população indígena se destacou, por superar em mais de duas vezes o risco na população branca e pela alta proporção observada entre os adolescentes. Esses dados são concordantes com estudos que indicam a vulnerabilidade dessa população entre sociedades de todo o mundo, bem como com a existência de taxas mais altas de suicídio e de consumo de substâncias psicoativas entre os jovens indígenas em regiões ou nações como o Alasca, o Canadá, a Groenlândia, os países nórdicos e a Rússia. A questão do suicídio indígena interessa a pesquisadores e profissionais de diferentes áreas, e, devido às altas taxas, os estudos antropológicos e levantamentos epidemiológicos, assim como as intervenções para prevenção do suicídio, são realizadas de modo compartilhado com as comunidades indígenas, em especial, lideranças comunitárias e espirituais” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017, p. 12).

não há “uma” resposta; as respostas podem ser muitas e sempre provisórias. Interessa-nos, antes, tomá-las como problema, porque, assim, caminhamos na direção de inventar soluções, abrindo e sustentando exercícios de problematização que desloquem a questão do risco de suicídio do lugar sagrado no qual foi colocado. Tomar as práticas como discurso, bem como como experiências normativas, enquanto normatividade e enquanto atividade, pode ser uma pista para esse processo, o que sustenta uma operação metodológica na perspectiva da permanente produção dos processos sociais, de saúde, de trabalho e de riscos.

Deixemos cair o tabu para que possa emergir o pensamento: cairemos acompanhados, ou solitários? A queda tem maior potência de transformação se for experimentada em um plano coletivo e diz do movimento da pesquisa de habitar a zona protocolar do trabalho em saúde mental nos casos de risco de suicídio, provocando deslocamentos, rupturas e reflexões. Aqui cabe uma certa lentidão acerca do entendimento de que *clínica* estamos falando. Acompanhando as reflexões de Gondar (2004, p. 125), entre a economia do desejo e a economia política, “trata-se sempre de uma mesma economia, na qual o desejo é político e toda revolta é desejante”, pois indivíduo e sociedade são efeitos de uma maquinaria de produção de subjetividade, de um coengendramento de forças, sendo, portanto, modos construídos nessa produção.

Sendo assim, o ato de inclinar-se sobre alguém para curá-lo – *klinicos*⁶¹ –, que indica o sentido etimológico da palavra *clínica*, sofre um deslocamento e está “para além da eliminação do sintoma ou do sofrimento, está em questão um novo modo de subjetivar-se” (GONDAR, 2004, p. 127). Isso porque sempre há criação de estratégias de existência que são postas em funcionamento nas diferentes formas de expressão do sofrimento, o que pode ser entendido como produção de desvio, como *clinamen*, de acordo com Passos e Benevides (2001)⁶².

Apostamos também na Clínica da Atividade, situada no campo clínico do trabalho, que se faz por uma afirmação da ampliação da potência de ação dos trabalhadores e trabalhadoras, pois a atividade extrapola a dimensão prescrita do trabalho, indicando um campo de invenção. Nessa afirmação da clínica, “consideramos que essa ampliação exige a

⁶¹ “O sentido da clínica, para nós, não se reduz a esse movimento do inclinar-se sobre o leito do doente, como se poderia supor a partir do sentido etimológico da palavra derivada do grego *klinikos* (‘que concerne ao leito’; de *klíne*, ‘leito, repouso’; de *klíno* ‘inclinar, dobrar’)” (PASSOS; BENEVIDES, 2001, p. 93).

⁶² “Mais do que essa atitude de acolhimento de quem demanda tratamento, entendemos o ato clínico como a produção de um desvio (*clinamen*), na acepção que dá a essa palavra a filosofia atomista de Epicuro (1965). Esse conceito da filosofia grega designa o desvio que permite aos átomos, ao caírem no vazio em virtude de seu peso e de sua velocidade, se chocarem articulando-se na composição das coisas. Essa cosmogonia epicurista atribui a esses pequenos movimentos de desvio a potência de geração do mundo. É na afirmação desse desvio, do *clinamen*, portanto, que a clínica se faz” (PASSOS; BENEVIDES, 2001, p. 93).

produção de novas formas-subjetividade, a produção de sujeitos capazes de inventar maneiras de enfrentar as situações, confrontando-se com sua própria experiência, bem como com a de outros” (TEIXEIRA; BARROS, 2009, p. 85).

A Clínica da Atividade opera de modo inseparável de uma dimensão política do trabalho, pois se trata da ordem das relações, da ação coletiva e da produção de uma experiência. A atividade pode ser entendida como “essa série ininterrupta de dramáticas que vincula essas respostas em uma busca para viver em saúde nossa relação com esse meio. Com essa atividade se convidam então essas dramáticas [dramáticas essas que são respostas aos eventos inantecipáveis da vida social que exigem de nós fazer, agir, produzir] que caracterizam nossa humanidade e nos mobilizam corpo e alma” (SCHWARTZ; DURRIVE, p. 1, 2009). Portanto, estamos falando de uma clínica que acontece na experiência, pela criação de meio, de invenção e de transvalorização dos regimes de verdade.

Utilizando um vocabulário psicanalítico, poderíamos tratar esse aumento das demandas dos casos de risco de suicídio como um *sintoma social*, desde que possamos traçar uma distinção entre o que emerge como sendo da ordem de um sintoma ou da ordem de um transtorno. Nesta tese, estamos lidando com o sintoma – aumento dos casos de risco de suicídio – como uma produção de existência, que implica os planos ético, político e estético de subjetivação contemporânea, marcados pela governamentalidade neoliberal e suas estratégias de individualização, pela fratura dos coletivos e pela servidão maquínica (LAZZARATO, 2017). Ainda que haja uma inegável expressão individual desse modo de subjetivação, marcada pela lógica psiquiátrica, indicamos a dimensão clínico-política da produção desse sintoma. De outro lado, o transtorno é a marca da expressão individual do sofrimento, como manifestação de uma não adequação às normas estabelecidas pelas estratégias de normalização. De acordo com Gondar (2004, p. 130):

[...] A psiquiatria medicamentosa não visa a cura, e sim a eliminação do transtorno. Todavia, um sintoma não é um transtorno, não é um problema; é, de fato, uma tentativa de solução, uma estratégia de existência diante de problemas colocados para um sujeito que pôde, de algum modo, percebê-los, mas que talvez não tenha encontrado palavras ou ações mais afirmativas para enfrentá-los. Nesse sentido, um sintoma ou um modo de sofrimento podem ser vistos como tentativas de traçar linhas de fuga, como formas particulares de criar derivas ante os imperativos universais ou, em suma, como uma possibilidade de resistência aos projetos homogeneizadores. A partir dessas brechas, desses intervalos de liberdade que o sofrimento instaura, pode-se exercer, na clínica, um trabalho de subjetivação.

Ao tratarmos da dimensão clínica do trabalho em saúde, estamos afirmando essas quatro dimensões da clínica: 1) uma inseparabilidade entre desejo e política, pois a subjetividade não é objeto, mas produção por entre diversas linhas de força (políticas, sociais,

culturais, econômicas, etc); 2) uma clínica que se faz pela produção de experiência de desvios e de transformação, pela abertura de possíveis; 3) uma atenção ao que é da ordem do sintoma enquanto produção social de um mal estar, na sua dimensão criadora de linhas de fuga, e não ao enclausuramento em um transtorno; 4) uma clínica que se faz pelo trabalho em saúde mental enquanto atividade, pois aposta na ampliação da ação dos trabalhadores sempre em vias de diferir, como um “encontro de encontros” (SCHWARTZ; DURRIVE, 2009, p. 2), que se produzem diante do inantecipável.

Para isso, é preciso retirar algumas práticas de um lugar idealizado e naturalizado, fazendo-as cair, provocando rupturas. Essa queda implica um exercício de *profanação* do trabalho em saúde mental, da vida e da morte, dos riscos e dos protocolos no sentido de um enfrentamento, uma afronta ao modo sagrado de tratar os riscos, que é reiterado pelas ações de prevenção. Profanar pode sugerir um movimento de devolver algo sagrado a um uso comum, tornar acessível, permitir o pensamento e a transformação. As situações experimentadas que envolveram tentativas de suicídio e o *querer morrer* abrem linhas de problematização que possibilitam colocar em questão o trabalho em saúde mental em sua dimensão clínica, por um exercício de profanação: dessacralizar o suicídio, fazendo emergir a interrogação do *querer morrer* e dessacralizar a clínica, por uma aposta na normatividade.

Emerge, então, o objetivo da pesquisa: deslocar a discussão do risco de suicídio que compõe a dimensão clínica do trabalho em saúde mental para uma zona de pensamento e devir por entre estratégias de controle e de dever, dando passagem à problematização das complexidades que envolvem esse tabu social. Essa desnaturalização exige coragem e uma aposta coletiva, pois a força para que tudo se mantenha no mesmo lugar – ou seja, para que o risco de suicídio seja sempre tomado como patologia – funciona de modo incessante e é disparada por muitos vetores: pela religião, pelo Estado, pela filosofia, pela psiquiatria e pela própria psicologia. Ao longo do tempo, essas e outras estratégias de poder promoveram uma estagnação da discussão do suicídio exclusivamente em um campo moral, jurídico e avaliativo, que passou do pecado à doença, impossibilitando exercícios de pensamento que não caminhem no sentido de buscar respostas ou solucionar esse dilema.

No ano de 2016, quando esta pesquisa de doutorado começou, o cenário ainda não era tão agudo como hoje, mas já era bastante preocupante, tanto que mobilizou este percurso. Parece que, de lá para cá, a precariedade ganhou velocidade e a vontade de morrer vem “contagiando” a população como uma “epidemia”, o que torna a discussão proposta nesta pesquisa uma emergência também. Antes mesmo da pandemia provocada pelo coronavírus, a

visibilidade de uma falta de esperança no mundo ou de uma recusa a determinados modos de vida veio ganhando força, principalmente no discurso de prevenção ao suicídio e no aumento dos atendimentos nos serviços. Esse “contágio” do risco de suicídio ganha evidência nas campanhas de prevenção ao suicídio que acontecem anualmente, designadas como “setembro amarelo” e que apresentam ações que sugerem uma certa vigilância em relação ao comportamento suicida.

O deslocamento do tema do suicídio – como reação – para a positividade do *querer morrer* – como ação produz um território de riscos não localizados em um lugar específico. *Querer morrer* pode sugerir que *alguma* vida está sendo recusada, mas não necessariamente toda e qualquer vida. Que indagações essa ação de positividade do morrer coloca para a produção da vida?

Diante de uma situação de risco de suicídio, quando uma internação psiquiátrica ou domiciliar se faz necessária, um pouco do trabalho morre nessa prescrição quando obriga aquela vida, aquele sujeito, a viver e a viver de um determinado modo, constituindo uma ideia que transversaliza a discussão da experiência do trabalho em saúde entre riscos e normas, pelo viés da dimensão clínica. É difícil construir um meio nesse trabalho em que há um imperativo de fazer viver e em que deixar falar uma vontade de morrer é da ordem de um risco extremo. Trabalho, vida e morte são experiências que emergem em uma relação de composição do ponto de vista histórico. Uma das gêneses, enquanto condição de possibilidade, do trabalho como atividade humana é a de trabalhar para não morrer, o que pode ativar um controle em relação a uma vontade de morrer do outro nessa relação, neste caso, do usuário que chega com uma demanda que implica riscos. Essa vontade, tomada como doença e loucura, indica um signo de agravamento de um estado mental e acaba por ser insistentemente suprimida por práticas e tecnologias operadas pelos trabalhadores da saúde que fazem viver.

Podemos entender o trabalhador da saúde como *Homo oeconomicus*⁶³ que pode se atualizar quando se coloca a investir e a intervir no corpo do outro (usuário), sobre a vida do outro, como um produto do seu trabalho – a vida que persiste biologicamente parece ser esse produto, esse resultado, essa vida normalizada. Foucault (2010d) já apontava a entrada da saúde e do corpo no jogo econômico das intervenções que produzem estratégias de

⁶³ De acordo com Gori (2014, p. 300, grifo do autor): “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*”.

governamentalidade ao anunciar que nada mais estava no exterior das práticas médicas. Nesse sentido, afirmamos que, para além da saúde e do corpo, há um determinado tipo de vida que entra como moeda neste jogo.

Os trabalhadores da saúde, convocados por essa racionalidade que atravessa também as políticas públicas de modo específico, estão no jogo da governamentalidade neoliberal na qual a moeda é a vida⁶⁴ que se mantém produtiva e alvo de tecnologias, como índice e quantidade, como indicador de produção do trabalho. Ele pode reforçar um *fazer viver* a qualquer custo, pode performar uma injunção à vida, tomada como óbvia e necessária. Um paradoxo da vida que invade o trabalho e do trabalho que invade a vida: vida biológica, numérica, quantificável e referenciada a uma normalidade.

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. Esse imperativo social produz um meio pelo qual o trabalhador constrói os sentidos e valores da sua própria vida e do seu trabalho: essa vida pautada pela produtividade constrói um meio de possibilidade de continuar produzindo, garantindo a sua vida e a vida do outro, fazendo a máquina operar.

O trabalhador também se constrói como um sujeito de injunções à vida, injunções essas operadas por diferentes dispositivos, por normalizações sociais que são produzidas não apenas no campo da saúde. O *fazer viver* que ele atualiza pode ser da ordem do mesmo mecanismo que o mantém vivendo – e trabalhando: o mecanismo da governamentalidade, ou seja, das estratégias de governo que conduzem condutas – no contemporâneo, trata-se da governamentalidade neoliberal que transforma o produto do trabalho em cifras.

Foucault (2010d) afirma que as intervenções estatais sobre o corpo e a saúde são da ordem de uma *somatocracia*. Podemos avançar nesse pensamento, propondo a ideia de uma *biocracia*, ou seja, um governo da vida na sociedade normalizada, que opera pela lógica de individualização. Assim, teríamos a biopolítica operando uma regulação da vida, e uma biocracia operando as estratégias de normalização dessa vida.

Nesse sentido, entra em jogo uma problematização acerca da dimensão valorativa do trabalho em saúde, pois “é neste processo de arbitragens e regulagens, que os trabalhadores

⁶⁴ Pensando com Foucault (2010d, p. 169), a partir do Plano Beveridge na Inglaterra, em 1942, “A saúde começa a entrar nos cálculos da macroeconomia. Por intermédio da saúde, das doenças e da maneira como serão cobertas as necessidades de saúde, trata-se de proceder a certa redistribuição econômica”. O autor destaca a entrada da saúde e do corpo no jogo econômico. Nesta tese, tratamos da entrada da vida normalizada e política, operada pela biopolítica nesse jogo, que atualiza a *saúde* e o *corpo* como valores. Foucault denomina a intervenção estatal sobre o corpo e a saúde como *somatocracia*.

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 nesse “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 refere-se à vida biológica e normalizada, o valor do trabalho está na continuidade da vida. Fazer viver funciona como um cálculo, uma estatística. Esse plano valorativo foi produzido também nas entrevistas e ganha expressão na transversalidade política, que articula a série de análise entre os protocolos, o comum e o ofício.

Uma transvaloração implica a desnaturalização da construção valorativa *no e pelo* trabalho em saúde, transitando por uma zona “ingovernável”, que acolhe o impensado do paradoxo viver-morrer e pode ser acionada pelas interrogações produzidas por uma positivação do *querer morrer*. Entendemos esse trabalho em saúde como da ordem da atividade, ou seja, na radicalidade de uma experiência que extrapola a tarefa, que implica aberturas, inacabamentos e riscos, como dos indica Fernanda Amador (2017).

Seguindo a trilha do *Homo oeconomicus*, essa manutenção da vida apresenta-se, frequentemente, como destino, tanto do trabalhador quanto do usuário – vida que, por se manter no jogo produtivo, mantém outras vidas. Na produção de valores *no e pelo* trabalho, podemos apostar no dissenso e na desevidencialização desses valores, pois, como nos indica Deleuze ao falar de Nietzsche (1965, p. 27), “enquanto substituirmos 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”. É a vida normalizada que toma o trabalho como valor e trabalho que toma como valor a vida normalizada.

O movimento de recusar um determinado tipo de vida, como demanda a ser gerida no trabalho como atividade enquanto infidelidade do meio, pode provocar um debate de valores se houver uma aposta no enfrentamento dos riscos. Canguilhem (2012) afirma que 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. Talvez seja justamente no embate de normas e valores no trabalho em saúde mental, dessa

recusa à vida que chega como demanda, que se pode desvidenciar o valor da vida enquanto uma injunção, uma obrigação, pois os riscos não cessam de insistir.

Não há lugar sem riscos, não há prática da ordem da neutralidade, apesar do discurso higienista que exalta a “prevenção” por meio do cuidado em saúde como um modo “correto” de trabalhar e viver. O risco emerge sempre como um meio de viver. A questão é que alguns riscos são institucionalmente normalizados, sobreimplicados pelo jogo de saber-poder; e outros são tratados como situações-limite, exceção e anormais. A saída no trabalho em saúde tem sido 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 de si e do outro, 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. Exercer o controle do outro por ações coercitivas implica também um risco.

Um enfrentamento dos riscos pode interrogar a vida, a morte, o trabalho em saúde e as estratégias de resistência, ao tomarmos o trabalho como atividade e a experiência aí implicada quando precisamos lidar com as infidelidades do meio, que, neste caso, é o de recusar viver um determinado tipo de vida, recusar alguma vida. Essa recusa pode ser entendida como 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; FONSECA; MOEHLECKE, 2016, p. 123), e é nessa dimensão que os riscos serão colocados em análise. Esse trabalhar na saúde, por um fazer viver, pode implicar em fazer morrer, pelos mecanismos de segurança e pelos excessos de controle.

A dimensão da atividade implica um trabalho assumido 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. Nesse sentido, a atividade está ligada à ideia de gestão das variabilidades e dos riscos, à criação de possibilidades e às relações entre os homens. Aqui, pode se entender um *querer morrer* como ato político, pois toda recusa à vida opera um discurso, uma prática que, pelo negativo, afirma uma ação, uma produção: a de uma transformação. No encontro com esse “querer”, valores são produzidos nesse trabalho-saúde-viver-morrer. Se as normas não forem transvaloradas, como ocorre transformação?

De acordo com Amador (2017, p. 28), tomar o trabalho como 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 [...]”. Essas renormatizações acontecem nesse intervalo, em um embate entre normatividades vitais⁶⁵ e sociais⁶⁶, 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 por meio dessa capacidade de ser afetado pelas infidelidades do meio e de lançá-las em sua dimensão problemática que um enfrentamento dos riscos ocorre. 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 a posição moralizante e culpabilizante convocada reiteradamente por essa demanda.

Clot (2013) discute a questão do trabalho como atividade no contexto em que os chamados riscos psicossociais se tornam 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 encaminhamento a serviços especializados como estratégias recorrentes de lidar com os riscos psicossociais. Desse modo, o autor sugere haver um processo de individualização da gestão do trabalho acompanhado de um enfraquecimento e de uma despontencialização 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 gestão de riscos populacionais defendendo a necessidade de se enfrentar os riscos da gestão do trabalho em saúde, pelos quais se pode,

⁶⁵ 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).

⁶⁶ Em Foucault (2008b), há referências às estratégias de normalização como modos de funcionamento e governo nas sociedades disciplinares, por isso empregamos o termo *normatividade social*. Entretanto, como vimos no capítulo 2, a normatividade vital implica um exercício transitivo entre normas vitais e sociais. A divisão entre normatividades vitais e sociais tem caráter explicativo: na discussão de Canguilhem (2012), as normas vitais implicam o meio [portanto, as normas sociais], e a sociedade de normalização discutida por Foucault (2008b) tem como objeto de incidência os corpos [sexualidade, loucura, delinquência], o que implica normas vitais. Não há dicotomia entre as normas vitais e sociais, mais transitividade.

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), quem afirma 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 encontram-se na esfera dos “riscos controlados”: elas também fazem morrer, enclausuram, individualizam, contêm os sujeitos dentro de si mesmo, mas esses riscos são entendidos como normais do ponto de vista do controle e da disciplina. Entretanto, o risco de colocar o saber, a disciplina e o controle em questão, não é assumido, 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. Gori (2014) afirma que Castel prenunciou o cenário da saúde mental transformada em gestão previdencial das populações com risco e que “ele antecipava um dispositivo que instituiria sistemas de vigilância e de manutenção *permanente*. Com efeito, a ‘nova’ psiquiatria não tem mais a cura como objetivo porque a manutenção lhe basta” (2014, p. 299, grifo do autor). Trata-se da manutenção da vida enquanto estratégia de normalização.

Nosso desafio afirma-se na ação de assumir os riscos na gestão do trabalho em saúde por entre a operação de uma gestão dos riscos, pois os riscos desdobram-se em uma agonística de forças. O andar da tese parece indicar que só é possível transformar concepções de cuidado, vida, saúde e morte correndo riscos e vivendo neles, não apenas diagnosticando e indicando o risco do outro, pois se trata de correr o risco de transbordar a norma. Assim, desnaturalizar a concepção de prevenção pode ser um caminho interessante na problematização das normas.

3.1 PREVENÇÃO AO SUICÍDIO: ENTRE NORMATIVIDADES – O ANÔMALO

No âmbito da *prevenção* falaremos em *suicídio*, pois a temática aparece desse modo enquanto objeto da saúde – diferentemente do *querer morrer*. Alguns eventos midiáticos deram maior visibilidade para a questão no ano de 2017, e os destacaremos como condições de possibilidade dessa problematização. O fenômeno *Baleia Azul* tornou-se uma questão de saúde pública. Nas redes sociais, um jogo de desafios era proposto aos jovens, sendo que a

última tarefa era a concretização do suicídio. Esse 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, 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 Netflix⁶⁷, chamada “13 reasons why”, alcançou um grande público em diversos países. Seu enredo tratava do suicídio de uma adolescente que elencou 13 razões para sua morte. Tais fatos movimentaram a opinião pública e discussões sobre esse tema, evidenciando a *prevenção* ao suicídio como uma diretriz para os serviços de saúde e como orientação às famílias e às 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, grifo nosso).

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, enfoca os principais transtornos mentais associados ao risco de suicídio, sendo que a intervenção ocorre na “prevenção ao comportamento suicida” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 20). Desse modo, faz-se importante destacar que o risco de suicídio aparece no manual diretamente associado a um transtorno mental, já caracterizado e capturado pela psicopatologia. Afirmamos, então, uma das linhas de argumentação da pesquisa, qual seja, de que a recusa à vida ou o *querer morrer* emergem no contemporâneo

⁶⁷ “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).

sob o signo de uma doença mental, de modo naturalizado. A prevenção destina-se a inibir o comportamento suicida de um sujeito individualizado e diagnosticado como doente.

As estratégias de prevenção ao suicídio são sustentadas 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 *normal*⁶⁸ sugere tanto a estatística que produz uma média de algum fenômeno em relação a uma população, quanto o modelo de referência ideal⁶⁹, conforme encontramos em Canguilhem (2012). O termo *normal* afirma-se como sendo 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 variabilidade das normas.

Uma das contribuições de Canguilhem (2012) para essa problematização refere-se à noção de que um estado patológico não indica a ausência de normas, mas a presença de outras normas⁷⁰, pois o conceito de patológico é o contrário vital de são (sadio) e não de normal. Um sujeito diagnosticado como portador de um determinado transtorno está em um jogo de normas vitais entendidas de modo inferior em relação a um modelo de determinado tipo de vida, sendo que o que se considera como transtorno emerge também como sendo uma produção de um jogo de normas que podem ser entendidas como sociais – uma *normatividade social*. A prevenção ao suicídio, nos guias e manuais que propõem estratégias de intervenção nos casos de risco, ocorre entre normatividades vitais e sociais.

A prevenção ao suicídio, desse modo, destina-se 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 edifica-se no sentido de analisar o discurso da prevenção como já capturado pela “verdade” da psicopatologia, pois há uma premissa de que existe um indivíduo com transtorno, como um *a priori*, e as intervenções são realizadas sobre essa verdade de um sujeito dado e individualizado como doente.

Nesses termos, o que estamos designando como *querer morrer* não pode ocupar outro lugar nas práticas em saúde que não seja o da doença. Se o que se previne se restringe a um

⁶⁸ “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).

⁶⁹ Ver discussão sobre *norma* no item 1.2.1: “Da psiquiatrização da vida: disciplina e norma”.

⁷⁰ “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).

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). Um sujeito que quer morrer é necessariamente doente? Parece que pelas estratégias de prevenção ao suicídio a resposta é afirmativa. Percebemos, então, a existência de uma primazia de um sujeito patológico na prevenção ao suicídio, que compõe a noção de vida normalizada.

Entretanto, se tomarmos o conceito de *valor negativo* e de erro como constitutivo da experiência do vivo, podemos entender as anomalias, fracassos e errâncias como elementos da dinâmica do processo da vida. A “primazia da infração sobre a regularidade”⁷¹ sugere o funcionamento que sustenta a dinâmica entre as normatividades sociais e vitais. Nesse caso, *querer morrer* pode ser tomado como produção.

Por entre um encontro com os limites que a questão dos riscos é ativada, pois se trata de assumir e enfrentar os riscos no trabalho nos casos de risco de suicídio, mais do que os gerir. Essa é uma aposta da tese em afirmar uma dimensão produtiva do *querer morrer*, pois trabalhar enfrentando os riscos implica a produção de uma certa loucura. A criação de normas pode operar transvalorações que passam pela desnaturalização das verdades e pelo exercício de gerir as *infidelidades do meio*, no sentido apontado por Canguilhem (2009, p. 78):

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.

Trabalhar enfrentando os riscos implica tomar essa *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, ou seja, eles se vêm imersos em um processo microgestionário pelo qual arbitram por entre critérios e valores”. Um constrangimento nessas microgestões, em relação ao trabalhador da saúde mental, diz respeito ao estreitamento dos espaços de criação possíveis, especialmente nos casos de risco de suicídio: de um lado está a maquinaria biopolítica ativada pelos protocolos, códigos, manuais diagnósticos, famílias, regulações,

⁷¹ MACHEREY, Pierre (2010, p. 69) citando Canguilhem.

hospitais, medicações e internações – percorrendo espaços largos, macropolíticos e com mecanismos bem estabelecidos pelas estratégias de governo da vida; e do outro? Muitas vezes, 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, como indica a transversalidade política em relação a uma impossibilidade de profanação dos protocolos.

Se nessa 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 à criminalização, a ser julgado como negligente e a ser culpabilizado pelos efeitos de sua aposta. Ainda que possa contar com uma equipe, dificilmente esses riscos são assumidos de modo coletivo. Trata-se de uma gigantesca assimetria nesse 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 desestabilizadores dessa recusa. Esse é um jogo arriscado, que acaba por conduzir ao controle, pois percorrer o deserto sozinho mostra-se 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” (DELEUZE; GUATTARI, 2012, 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” (DELEUZE; GUATTARI, 2012, p. 28). A posição anômala sugere 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” (DELEUZE; GUATTARI, 2012, p. 29).

Um determinado grupo ou bando – nos termos da pesquisa: uma determinada população – desenha-se em relação a uma borda, um limite. Sobre esse fenômeno, sobre esse sujeito *anômalo* traçam-se classificações acima, ao lado, de proximidade, de semelhança, de diferença, 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 emerge como sendo um fenômeno que acontece em um plano de forças, um sujeito que se move por afetos, mas que 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. Fernanda 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 essa relação 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.

3.2 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 (2006c), 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 feroso delírio, acolhe muito duramente seu antigo médico quando de sua visita, emplastrando-o de lixo e sujeira [...] (PINEL, 2007, p. 198-199).

Foucault retoma essa 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 ideação suicida com planejamentos de execução do ato: ocorre a quebra de sigilo, prevista nos protocolos de atendimento, uma convocação da família desse usuário e uma sequência de intervenções que dependem do contexto. Discutiremos essa cena, colocando em análise a intervenção em seus efeitos.

Essa 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 nesse 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.

Essa cena mostra uma ruptura, um desvio e uma suspensão de um contrato clínico, recorrente nos serviços de saúde mental, que causa impactos no trabalhador e no usuário, pois a partir desse momento as condições de possibilidade dessa 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 à publicização da identificação de um risco. A quebra do sigilo reitera-se como sendo uma das recomendações dos protocolos nesses 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”⁷². Assim, 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* religiosa⁷³, que é permeada por

⁷² Para informações detalhadas, sugere-se a leitura do “Manual de prevenção ao suicídio” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

⁷³ “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).

confissões e promessas, as quais compõem a “liturgia” de uma intervenção em um caso de risco de suicídio.

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 se atribui um diagnóstico psiquiátrico, e o caso pode ser discutido com a equipe de saúde, articulando ações de cuidado e avaliando outras possibilidades de intervenções.

Essa cena funciona como uma 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. Esse usuário atualiza-se como sendo 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, performa-se por um mecanismo de interdição, por destituição da legitimidade do discurso desse sujeito.

Alguns séculos separam a cena da destituição do rei da 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 a vida no sentido de erradicar o risco de suicídio, ou, nos termos dos protocolos, prevenir um comportamento suicida. O que se opera sugere 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 essa recusa à vida. Em muitos dos casos acompanhados, essa situação joga o trabalhador na experiência do trágico, do impensado, pois este fica na vertical de si mesmo. Como se conduzir para além de um plano moral que não seja, de um lado, prescritivo, nem, de outro lado, uma defesa do suicídio? A incerteza emerge como um território permanente e nos convoca a pensar na experiência limite, em uma dimensão do trágico no trabalho em saúde.

López (2011) coloca que há dois tipos de análise em Foucault: uma análise dialética, que envolve as relações lógicas e empíricas das práticas; e 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 desmoronar as pilastras de toda a obra da razão e da história” (LÓPEZ, 2011, p. 51)⁷⁴.

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 dessa experiência trágica, diante de um sujeito que habita essa zona intermediária entre viver e morrer.

Afirma-se não um “nada de vontade”, mas uma “vontade de nada” (segundo Nietzsche em suas elaborações nihilistas) desse sujeito que busca um serviço com tal 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 se afirma como uma 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 dessa possibilidade, compondo uma estética da fragilidade. Será que ela afirma o trágico na vida? O que é insuportável no trabalho em saúde mental diante desses 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 pesquisa, investindo na potência dessa vontade de nada enquanto processo.

O trágico indica um plano comum nessa relação, pois implica a condição trágica do trabalhador da saúde e do usuário. Quais são as linhas de fuga possíveis nessa 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 uma outra pesquisa, devido à complexidade e atenção que o tema exige. Neste momento, cabe indicar que a saúde na perspectiva deste estudo implica um trânsito entre normas, uma normatividade (CANGUILHEM, 2012), e o exercício de uma grande

⁷⁴ “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, 1999a, p. 142).

saúde (NIETZSCHE, 2013), a qual ocorre na experiência do viver em meio às forças, por entre uma dimensão moralizante. Consideramos como saudáveis as experiências que ampliam as possibilidades e modos de viver. A seguir, problematizaremos os efeitos incorpóreos produzidos nesse exercício.

3.3 TRANSFORMAÇÕES INCORPÓREAS

As transformações incorpóreas⁷⁵, 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 se restringe, apenas, ao 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, linguístico, 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, grifo do autor). Desse modo, um enunciado pode ser entendido como ato, como prática – como uma intervenção.

Vamos tomar esse 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 [...]” (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 29, grifo do autor).

⁷⁵ “O paradoxo não vale nada, se não se acrescentar, com os estóicos: as transformações incorpóreas, os atributos incorpóreos, são ditos, e só são ditos, acerca dos próprios corpos. Eles são o expresso dos enunciados, mas são *atribuídos* aos corpos. Não se trata, contudo, de descrever ou representar os corpos; pois estes já têm suas qualidades próprias, suas ações e suas paixões, suas almas, em suma, suas formas, que são, elas mesmas, corpos – e as representações também são corpos! Se os atributos não corpóreos são ditos acerca dos corpos, se podemos distinguir o expresso incorpóreo ‘avermelhar’ e a qualidade corpórea ‘vermelha’ etc, é então por uma razão bem diferente do que a da representação” (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 28-29).

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). Esses 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).

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 desse 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. Desloca-se o estado das coisas de modo instantâneo diante desses 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 o suicida, o louco, o doente, afirmando um único tipo de vida específico, sob o signo da anormalidade.

A dimensão clínica do trabalho em saúde mental pode ser pensada, 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 – vida normalizada que pode dar passagem a uma transitividade vital. No 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.

Tomar o trabalho por entre a produção de valores e normas assume contornos complexos quando o objeto desse trabalho é a própria vida e a morte. Nesse sentido, colocar em análise as estratégias de governo atualizadas por um determinado *éthos* do cuidado no 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. Nessa zona, não há saída: 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, um campo de disputas e enfrentamentos, no qual o trabalho em saúde em sua dimensão clínica constitui um plano, um território de riscos, assumidos ou não.

3.4 DO PARADOXO DOS PROTOCOLOS EM SAÚDE MENTAL

Como no exemplo que Deleuze utiliza ao mostrar que Alice cresce e diminui nos dois sentidos, o paradoxo parece ser um trânsito, um processo que contrai múltiplos sentidos, fazendo-os coexistir: “o paradoxo deste puro devir, com a sua capacidade de furtar-se ao presente, é a identidade infinita: [...] dos dois sentidos ao mesmo tempo, do futuro e do passado, da véspera e do amanhã, do mais e do menos, do demasiado e do insuficiente, do ativo e do passivo, da causa e do efeito” (DELEUZE, 1974, p. 4). Continuando a série de paradoxos proposta por Deleuze, há uma identidade infinita dos dois sentidos ao mesmo tempo nos protocolos: vida e morte, fazer viver e fazer morrer.

Os protocolos em saúde, principalmente em relação aos riscos, permitem explicitar esses mecanismos. A profissão do psicólogo(a) é regulamentada por um Código de Ética, que pode ser dito tratar-se de um “Código de Moral” em função do conteúdo prescritivo, tem princípios e diretrizes que dirigem a prática para a defesa dos direitos humanos e garantia da liberdade e dignidade. Pode-se dizer que é fundamentado em um conteúdo vitalista, de promoção da vida, em consonância com a biopolítica que “faz viver”. As demandas de risco de suicídio provocam uma tensão entre a ética profissional, a potência no trabalho e o limite de um fazer técnico e regulado.

Além disso, há um protocolo elaborado pelo Ministério da Saúde dirigido para o processo de trabalho na condução dos casos de risco de suicídio chamado “Prevenção do Suicídio – Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006). Esse protocolo contextualiza o suicídio, traz índices demográficos e propõe uma abordagem nesses casos, em diferentes níveis de risco, sendo que o profissional deve perceber esses níveis na relação com o usuário para ancorar suas ações.

As situações experienciadas pelas trabalhadoras dos serviços de saúde participantes da pesquisa mostram que o protocolo serve, muitas vezes, mais para proteger o profissional desse sujeito que sofre, do que para, necessariamente, possibilitar o exercício de algum tipo de cuidado. O protocolo recomenda: “extraia uma promessa sincera do indivíduo de que ele ou ela não vai cometer suicídio” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006, p. 65) – uma relação quase religiosa que sacraliza a vida. O trabalhador quebra o sigilo, chama um familiar, faz

recomendações de segurança à vida, registra em um prontuário e coloca o caso para a equipe articulando ações de cuidado. E como acontece essa vida após o protocolo, do lugar do sujeito que sofre?

A dimensão paradoxal da gestão da precariedade pelo protocolo sugere que segui-lo é correr riscos também, o que inclui a possibilidade de provocar ou amplificar um *querer morrer*, pois, a partir das intervenções de contenção, há uma objetivação da vontade de morrer como algo a ser classificado, dominado e enclausurado, seja por meio de medicamentos, seja de contenções físicas. Nesse caso ainda se está sob a tutela institucional na qual as ações do profissional são “protegidas” pelo seu domínio de saber-poder exercido; é um risco admitido e compartilhado por um regime de verdade. Não seguir o protocolo, por outro lado, por mais coerente que seja diante da relação ética de cuidado, é extrapolar o risco implodindo com a proteção (e sujeição) institucional e ficando à margem do sistema, tanto o trabalhador quanto o usuário. Nos dois casos, faz-se viver e morrer, não apenas do ponto de vista biológico: afirma-se um tipo de vida e de morte em cada estratégia, tanto biológica quanto subjetivamente.

Nesses protocolos existem diversas intervenções previstas, fundamentadas em pesquisas e relatórios de dados epidemiológicos. Entretanto, utilizar o protocolo pode provocar mortes institucionalmente aceitáveis quando tomam como doença a vontade de morrer ou a recusa à vida, que poderiam permanecer como forças ativas e como produção. Essas mortes aceitáveis são a efetuação do poder de morte pelo biopoder, através das práticas de normalização, pois “quando vocês têm uma sociedade de normalização, quando vocês têm um poder que é [...] um biopoder, pois bem, o racismo é indispensável como condição para poder tirar a vida de alguém, para poder tirar a vida dos outros” (FOUCAULT, 2010c, p. 215). A morte do outro, nessa operação, é a morte da “raça inferior (ou do degenerado, ou do anormal)” (FOUCAULT, 2010c, p. 215).

No encontro entre um profissional e um usuário, constrói-se um mundo que tem múltiplos efeitos, e é desse encontro-acontecimento que advém modos de vida e morte possíveis. Trata-se tanto das mortes do corpo do indivíduo – quando sua única resistência diante dos mecanismos de segurança é acabar com a própria vida, já que a relação de poder transformou-se em violência –, quanto da morte da vida que pode verter pelos corpos, essa morte da vida enquanto potência, enquanto resistência.

Esse “fazer morrer” inserido nas estratégias de cuidado e prevenção, atualizado em um protocolo que visa a proteger o sujeito de si mesmo, parece, então, ser um paradoxo e tal

dimensão confere a esta pesquisa o tom da problematização proposta, qual seja: operar um exercício de pensamento pelo qual o morrer e o viver coexistem como resistência ante tendências dicotomizantes e moralizantes do tema.

No cotidiano do trabalho em saúde mental, a tecnologia da biopolítica engendra-se com o poder disciplinar, a partir das especialidades, individualizando e objetivando cada sujeito como doente, localizando a condição da vida precária no indivíduo. Tal regulação opera-se, frequentemente, pelos mecanismos coercitivos já mencionados (internação ou medicação), pois no momento que um sujeito enuncia uma vontade de morrer ele faz a máquina biopolítica, necropolítica e disciplinar operar sobre seu corpo e sua vontade. Ainda que seu enunciado tenha múltiplas intensidades, essas tecnologias irão tomá-lo enquanto doente, categorizando-o em um estrato populacional.

Diante do trabalhador da saúde está um sujeito que é um ponto no gráfico populacional e nas estatísticas. Assim, regula-se essa vida em geral, que é índice, número e estatística, mas também há uma intervenção e uma produção do indivíduo⁷⁶ nesse encontro, um modo indivíduo, que é também possibilidade de produções singulares. A biopolítica, para operar, vai utilizar as disciplinas que vão objetivar aquele indivíduo de modo específico e docilizar seu corpo. Esse engendramento permite a naturalização de mortes institucionalmente validadas pelas disciplinas.

Nesse caso, o sujeito individualizado pela disciplina (mas que permanece enquanto um ponto nos gráficos epidemiológicos) não pode *querer morrer*, porque ele se torna alvo de uma série de estratégias e é capturado por elas, mas essas mesmas estratégias podem matá-lo, física ou subjetivamente, quando os próprios mecanismos de segurança tornam a vontade de morrer a única resistência possível, e isso está dentro da proteção do lugar de saber-poder do profissional.

Por outro lado, caso o trabalhador entenda essa demanda de outro modo sem recorrer a tais tecnologias e o usuário atentar contra sua própria vida, a responsabilização recai sobre o indivíduo trabalhador, o que gera efeitos de criminalização e de responsabilização moral e ética. Nesse contexto, o espaço de análise e reflexão é quase sempre constrangido, e nesse jogo de ameaças e de disputas de responsabilidades, que tem a urgência como fio condutor, geralmente exerce-se o poder institucionalizado, hegemônico e legal. O campo de possíveis que se abre ao assumir a dimensão poder como relação permite ou restringe determinados

⁷⁶ “O indivíduo, parece-me, não é mais que o efeito do poder, na medida em que o poder é um procedimento de individualização. E é sobre o fundo dessa rede de poder, que funciona em suas diferenças de potencial, em seus desvios, que algo como o indivíduo, o grupo, a coletividade, a instituição aparece” (FOUCAULT, 2006c, p. 20).

fluxos. Nesse sentido, a hegemonia do controle sobre a vida – ou seja, as estratégias de normalização – emergem como fluxo dominante no trabalho em saúde.

O paradoxo traça um plano na superfície problemática na dimensão da pesquisa, na qual fazer viver e fazer morrer são estratégias atuadas pelos mesmos mecanismos, não apenas como exceção. Segundo Deleuze (1974, p. 5), “o paradoxo é, em primeiro lugar, o que destrói o bom senso como sentido único, mas, em seguida, o que destrói o senso comum como designação das identidades fixas”. Desse modo, o sentido dos protocolos não é único, não só faz viver, mas é múltiplo, e não há fixidez das identidades, pois há um processo em trânsito nessa linha agonística do entre vida-morte, viver-morrer. O trabalho na saúde também acontece nesses “entres”, em zonas híbridas e limiares, muitas vezes na ilegalidade e clandestinidade das práticas, para além da limitação do que a regulamentação torna possível.

Qual vida está sendo investida de sentido nas práticas operadas pela biopolítica? A vida que está sendo produzida pode ser, justamente, a vida precária que se mantém no jogo institucional e que o mantém, que sustenta os lugares e os discursos de saber-poder e que é sustentada por eles. Cuidar da saúde, assim, é participar dessas estratégias, sujeitando-se a elas, mantendo a vida a qualquer custo para manter também a instituição saúde.

Há uma crise da gestão da vida operada em nome da contenção dos riscos. Sob a égide do controle e da responsabilidade institucional evitam-se os riscos de colocar os processos de trabalho em questão: esse é um dos lugares de verdade ocupados pela biopolítica e um dos efeitos de suas atualizações, que evidencia seu caráter necropolítico pelas estratégias de normalização. Entretanto, é por meio dessas relações que também se operam resistências.

Por um lado, a ontologia da precariedade vem conduzindo a racionalidade política da gestão da vida por entre práticas normalizadoras e individualizantes, fragmentando coletivos e separando grupos comunitários. Entretanto, há uma dimensão política dessa precariedade que implica reconhecer-se diante da possibilidade da morte de modo a buscar zonas de composição com os outros, produzindo resistências que passam por processos de desindividualização. Se a racionalidade bionecropolítica busca neutralizar a precariedade para explorar seus efeitos de localização da vulnerabilidade sobre determinadas vidas, talvez essa mesma condição precária possa dar passagem a arranjos coletivos de existência, a uma impessoalidade da afirmação de uma vida que não está contida em alguém, mas que emerge como força. Para resistir às normalizações, é preciso agir por entre as estratégias.

3.5 POR UMA PROFANAÇÃO DA CLÍNICA: *QUERER MORRER* COMO UM MEIO SEM FIM E O EXERCÍCIO DE UMA GRANDE SAÚDE

Profanar pode ser uma ação política, uma estratégia de resistência diante dos ditames religiosos, científicos, políticos ou de qualquer ideia que se pretenda sagrada, inatacável e inacessível. Agamben (2007, p. 65) diz que profano “é o que é restituído ao uso comum dos homens”, pois o significado da palavra remete a uma relação de separação entre deuses e humanos, entre as coisas do céu e as da terra. “Profanar significa abrir a possibilidade de uma forma especial de negligência, que ignora a separação [entre deuses e humanos], ou melhor, faz dela um uso particular” (AGAMBEN, 2007, p. 66).

Negligenciar uma determinada separação entre polaridades, fazer um uso comum de algo e inventar modos de usar indica uma ação que tem sua gênese nos primórdios da humanidade dividida entre deuses e homens. Ao longo da história outras práticas, que não só as religiosas, foram ocupando essa posição fora do alcance de um uso comum: o saber, o poder, a política, a ciência, entre outras. Agamben (2007) indica dois modos de profanação, que ao mesmo tempo são modos de sacralização, dependendo da direção da ação, quais sejam, o sacrifício e o jogo: as coisas divinas podem tornar-se terrenas ou, ao contrário, o que é mundano pode tornar-se sagrado pelos rituais, sendo que “tais operações devem prestar contas, cada vez, a algo parecido com um resíduo de profanidade em toda coisa consagrada e a uma sobra de sacralidade presente em todo objeto profanado” (AGAMBEN, 2007, p. 68).

Como afirmamos anteriormente, o suicídio emerge desde sua gênese (enquanto experiência) como algo da ordem do sagrado, no sentido não necessariamente de divino, mas de separado da vida, destituído de um lugar passível de ser compartilhado, marcado em uma relação de oposição à vida. Nessa experiência, *querer morrer* não pôde se sustentar em uma potência de interrogação do presente, pois era uma ação tomada rapidamente como da ordem de um aniquilamento. Sendo o sagrado o que está indisponível a um uso comum e, portanto, impossível de ser manipulado e transformado, essa produz uma das posições que o suicídio vem ocupando e talvez a isso se deva sua estagnação na história da filosofia, e, por consequência, na clínica.

O trabalho em saúde mental em sua dimensão clínica, enquanto produção de diferença que atravessa, desvia e produz rupturas pode ser tomado como ato de *profanação*, pois tem um caráter de invenção e de proposição de novos modos de viver, novos modos de usar a vida, o corpo e de experimentar a saúde. Profanar implica também abolir a ideia de finalidade da ação, pois, quando retirada de um uso específico e sagrado, não há metas

necessárias a serem atingidas, ou seja, a ação não tem um destino. Diz Agamben (2007), ao falar do jogo enquanto um meio sem fim, como um exercício de profanação: “A atividade que daí resulta torna-se dessa forma puro meio, ou seja, uma prática que, embora conserve tenazmente a sua natureza de meio, se emancipou da sua relação com uma finalidade, esqueceu alegremente o seu objetivo, podendo agora exhibir-se como tal, como meio sem fim” (AGAMBEN, 2007, p.74-75).

Podemos pensar, então, a profanação na saúde como uma ação de sustentação desse meio sem fim, ou seja, um cuidado que amplia as possibilidades da experiência de viver sem prescrevê-las, tomando a vida na dimensão de um trânsito entre normas. Profanar a clínica implica acompanhar um *querer morrer* enquanto meio sem fim, enquanto transitividade vital, sem que isso implique uma negligência, pois produzir e sustentar esse *meio* requer atenção e confiança. Essa ação exige um desvio do caminho de normalização que é reiteradamente convocado no atendimento dos casos de risco de suicídio. Pela profanação, trata-se também de expandir uma dimensão coletiva dessa experiência e de criar uma sustentação pelo comum, por um *ethos* da confiança e por um exercício de transversalidade. Talvez por essa posição possamos resistir aos processos de normalização, disciplinarização e individualização da experiência, criando normas.

Sustentar a atenção a uma produção de normas, ou seja, a uma experiência normativa que está sempre em meio a algum processo vital pode permitir também um modo de profanar a sacralização da normalidade, retirando-a do lugar de um objetivo a ser alcançado. Um trabalho profano sustenta-se como puro meio, como processo. Esse exercício implica uma torção no entendimento do que se coloca como sendo da ordem da saúde, em direção a uma grande saúde.

As intervenções no trabalho em saúde frequentemente são efetuadas na direção de uma determinada concepção de saúde – biológica, psiquiátrica, normalizada e biopolítica. Há a vida tecnológica, prolongada, regulada, científica, normal e previsível sendo constantemente provocada pelos dispositivos de governo, de controle e pelos mecanismos de segurança, que também convocam a produção de uma determinada concepção de saúde. Qualquer movimento que escape ou não se conforme a tais exercícios coloca visibilidade nas lacunas e vazios dos sistemas, bem como em seus excessos, o que pode ser entendido como insurreição. Uma certa concepção de saúde se afirma nesse espaço de crise e de desterritorialização das obviedades, percorrendo os interstícios das tramas desses mecanismos para provocar outras visibilidades.

A concepção da grande saúde implica mais uma dimensão do tempo, do que do espaço. Entender de modo singular o *querer morrer* pode operar algo da ordem da *duração*, no sentido bergsoniano, que tem uma potência impensável. Acolher o impensado do trânsito viver-morrer sugere uma aposta na duração. Deleuze, ao deixar-se levar por Bergson, apresenta-nos regras para o método de pesquisa: “Colocar os problemas e resolvê-los mais em função do tempo do que do espaço. [...] a intuição supõe a duração; ela consiste em pensar em termos de duração” (DELEUZE, 1999a, p. 22).

Duração e intuição colocam-se em uma relação temporal que não se resume ao que pertence a uma ordem cronológica. Nesses termos, o problema de *querer morrer* é também um problema em relação ao tempo. Qual é a duração de uma vida? A duração “[...] é sempre o lugar e o meio das diferenças de natureza, sendo inclusive o conjunto e a multiplicidade delas, de modo que só há diferenças de natureza na duração [...]” (DELEUZE, 1999a, p. 23).

Entendemos que a noção de duração se relaciona com a afirmação de uma concepção de saúde diversa daquela replicada pelos mecanismos da biopolítica e das estratégias de normalização. Seguiremos esse caminho a partir de Canguilhem e por Nietzsche, problematizando a noção de *grande saúde*.

Entre as dissertações propostas por Nietzsche em “A genealogia da moral” (2013), as duas primeiras são as mais importantes e potentes para essa problematização: a primeira porque trata da produção das noções de bem e mal, bom e mau; e a segunda porque trata da má consciência⁷⁷. Na dissertação inicial, o autor faz uma genealogia dos valores morais colocando em questão a obviedade que o homem moderno coloca nos valores de bom e mau, bem e mal. Ele mostra que esses valores são construídos na história, a partir de hierarquias, utilidades e benefícios, e nada tem de necessários ou verdadeiros, operando uma crítica da naturalização desses valores.

Pensando com Gori (2014, p. 303), “a partir do momento em que cada cultura desenha um perfil da doença mental, esse perfil se revela como o reflexo inverso da concepção não somente da saúde, mas também da condição humana que a sociedade se dá num momento

⁷⁷ De acordo com Nietzsche (2013, p. 81): “A má consciência é para mim o estado mórbido em que devia ter caído o homem quando sofreu a transformação mais radical que nunca houve, a que nele se produziu quando se viu acorrentado à argola da sociedade e da paz. Da mesma forma quando os animais aquáticos foram obrigados a adaptar-se a viver em terra ou perecer, assim aconteceu a esses semianimais, acostumados à vida selvagem, à guerra, às correrias e aventuras, da noite para o dia viram os seus instintos desvalorizados e retirados de suas bases. Foram forçados a andar sob seus pés; ‘levaram a si mesmos’, quando até então os havia levado a água; esmagava-os um peso enorme. Sentiam-se inaptos para as funções mais simples; neste mundo novo e desconhecido não tinham os seus antigos guias estes instintos reguladores, inconscientemente infalíveis; viam-se reduzidos a pensar, a deduzir, a calcular, a combinar causas e efeitos. Infelizes! Viam-se reduzidos à sua ‘consciência’, ao seu órgão mais fraco e inábil para agarrar!”

dado”, o que evidencia a urgência de um posicionamento crítico. Na segunda dissertação, Nietzsche afirma que a má consciência surge em oposição à vida selvagem, em um ideal de paz e civilização à custa de suprimir o caos no homem, e é nesse contexto que emerge a discussão da *grande saúde*.

Nietzsche (2013) propõe identificar o que ele denomina de má consciência com “[...] todas as inclinações antinaturais, todas as aspirações para o além, para o contrassenso, contra os instintos, à natureza, ao animal, enfim todos ideais anteriores que são todos eles contrários à vida, ideais de negadores de mundo” (NIETZSCHE, 2013, p. 92). Pode-se pensar, então, que as metafísicas, os conceitos transcendentais e os modelos ideais de vida e de saúde estão sob o registro dessa má consciência. Nesse sentido, tais lógicas negam o mundo em nome de um tipo de vida abstrata e perfeita, que só existe enquanto aspiração desses ideais.

Na direção da problematização da tese, a norma e a sociedade de normalização, que reiteradamente estabelecem modos exemplares a serem seguidos (medidas, comportamentos, índices, valores, costumes, regras), não estariam nesse plano da má consciência que acaba por negar o mundo, contrariando a vida que se apresenta na sua intensidade? Nietzsche nos indica que sim, e que o “homem doente de si mesmo” (NIETZSCHE, 2013, p. 82) emerge nesse embate, pois “este louco, este cativo, de aspirações impossíveis, teve de inventar a ‘má consciência’” (idem). O impossível aqui está ligado a um além do mundo, a uma transcendência. Na urgência desse combate, ele enuncia a necessidade de inventar-se uma grande saúde. A grande saúde parece operar um paroxismo na concepção de saúde tradicional, colocando-se como um paradoxo, pois borra as margens do bom senso e do senso comum da saúde, incluindo os perigos e os riscos. De acordo com Nietzsche (2013, p. 92, grifo nosso):

Seria necessário para tanto um gênero de espíritos diferentes dos atuais, espíritos fortalecidos para a guerra e para a vitória, em que a conquista, as aventuras, o perigo e a dor fossem necessidades; seria necessário o ar vivo e leve das alturas e das neves perpétuas; seria necessária uma malícia sublime e a diabrura do conhecimento mais consciente, a malícia da saúde plena; seria necessária, e é triste dizê-lo, uma **grande saúde!**...

Desse modo, tal concepção de saúde coloca a saúde em um plano de imanência, de diferença, pois não há um sentido único e inequívoco sendo operado e performado, portanto, podemos pensar a *grande saúde* como profanação da concepção tradicional, higienista e biomédica de saúde. A grande saúde provoca uma crise na ideia de vida e saúde normalizadas. Nessa afirmação de uma expansão da vida para todos os lados enquanto força e vontade, há uma inclusão do morrer, dos riscos, dos perigos e, portanto, a existência de um trânsito. De acordo com Canguilhem (2005, p. 38-39), “[...] essa grande saúde é o poder de pôr à prova

todos os valores e todos os desejos”. Provar-se, então, implica correr riscos. Assim, um *querer morrer* pode estar inserido no contexto da grande saúde, pois com essa metáfora “Nietzsche elabora, portanto, a base para a transvaloração de todos os valores e para o surgimento de um tipo de homem, que é figurado na grande saúde” (SOUSA, 2011, p. 38), em oposição aos ideais da modernidade.

Uma profanação pensada pela grande saúde pode indicar a afirmação da verdade das forças do corpo, experimentando um conceito vulgar de saúde, no sentido apontado por Canguilhem (2005, p. 37): “[...] não há ciência da saúde. Admitamo-lo por ora. Saúde não é um conceito científico, é um conceito vulgar. O que não quer dizer trivial, mas simplesmente comum, ao alcance de todos”. A grande saúde pode ser um exercício vulgar, comum e não científico que se afirma pelo enfrentamento das forças em uma zona de transitividade, de risco e de transvaloração.

De acordo com Coelho e Fonseca (2007, p. 67-68), “[...] este resistir a não seguir todos os ritmos impostos por esta biopolítica, refere-se a não submeter mais o corpo a um funcionamento que não lhe é próprio e, portanto, singular”. Perguntar-se sobre a duração de uma vida e sua potência pode afirmar a grande saúde como possibilidade de vida, de morte e de devir, apostando nos riscos como meio de existir e desestabilizando uma visão biologicista e moral de saúde, pelo exercício de uma saúde vulgar que se afirma por uma profanação da dimensão clínica do trabalho em saúde.

3.6 PLATÔ POLÍTICO: PROTOCOLO-COMUM-OFÍCIO

A transversalidade da pesquisa constrói-se na diferença, por uma dimensão criacionista e de produção de mundo, por espreitar emergências. Nesse sentido, a perspectiva genealógico-cartográfica afirma-se como estratégia para acompanhar os processos e produzi-los. Segundo Tedesco (et al., 2013), pensamos também na ideia de uma experiência ontológica no plano dialógico-conversacional da pesquisa, mais especificamente, das entrevistas que operam modulações diferenciadas. A entrevista em um platô político fez emergir algumas séries transversais de movimentos, quais sejam: protocolo-comum-ofício. Entendemos a política como uma ontologia do plano conversacional, pois, por entre feixes de uma dimensão política, uma experiência acontece. Uma ontologia da diferença modulada pela política que traça um plano comum, sendo que a pista do comum é uma das pistas do método da cartografia (2014):

Já o comum, segundo Jullien, é um conceito político. Não é dado a priori, mas se enraíza na experiência, se aprofundando e se enriquecendo com ela. Devemos construir um comum que não é pautado em relações de semelhança nem tampouco de identidade. No contexto da cartografia, quando indicamos que o comum é produzido pela transversalização realizada por práticas da participação, inclusão e tradução, afirmamos o paradoxo da inseparabilidade das idéias de comum e heterogeneidade (KASTRUP; PASSOS, 2014, p. 20).

O que implica essa contextualização de conexão entre o comum e a política? A dimensão política refere-se ao caráter público da pesquisa, emergente de *polis* – cidade – no sentido de um acesso universal, que constitui um dos princípios do SUS. Os territórios existenciais produzidos na experiência da pesquisa são atravessados por esse caráter público: o SUS, o trabalho, os usuários, a instituição da pesquisa, a temática da produção. Nesse sentido, política pública não significa necessariamente uma política de Estado, mas aquela que produz um acesso à população, colocando-se a pensar e agir de modo coletivo.

Política também se refere aos diferentes modos de governo da vida, discussão proposta por Foucault (2006b) sobre as artes de governar, quando diz que, para governar bem a cidade, é necessário primeiro governar a si mesmo. Toda relação que implica na produção de modos de vida, ou seja, a ação de governar as condutas, afirma uma relação política. Governo aqui também não se restringe ao poder partidário, institucional, mas refere-se às relações de condução de condutas entre sujeitos, ainda que os modos de exercício do poder tenham diferentes incidências e intensidades.

As proposições e discussões de Michel Foucault (2006b) acerca do cuidado de si e das artes de governar na antiguidade implicam uma dimensão relacional e produtiva do poder, pois “aquilo que define uma relação de poder é um modo de ação que não age direta ou indiretamente sobre os outros, mas que age sobre sua própria ação” (FOUCAULT, 1995, p. 243), o que designa o caráter *político*⁷⁸ dessas relações. O poder não existe enquanto conceito, enquanto abstração, mas somente na complexidade de um plano de ações, ou seja, de práticas.

No que concerne aos problemas do campo da saúde, Foucault afirma que “a saúde torna-se um objeto de polícia na medida em que a saúde é efetivamente uma das condições necessárias para que os homens numerosos [...] possam trabalhar, exercer atividades, ocupar-se” (FOUCAULT, 2008b, p. 436). Podemos entender as políticas públicas em nosso país como uma atualização dessa noção do estado de polícia, que regulamenta o modo de viver da população. Portanto, o segundo aspecto da política que nos interessa diz respeito a sua

⁷⁸ [...] Na sua dimensão política, o cuidado de si está situado na relação de forças entre o eu e os outros; na efetivação das contracondutas, no sentido de não ser governado de uma determinada maneira, a partir de certos métodos, e em nome de agentes determinados (CANDIOTTO, 2010, p. 162).

dimensão pública, enquanto gênese e objeto, pois emerge das relações com uma dimensão pública da vida e dirige-se às produções de composição com o público.

Nesses termos, a dimensão política refere-se tanto ao objeto dessa ação – o público – quanto à estratégia que é produzida nas relações que têm por efeito conduzir as condutas. Nessas estratégias, a política também se refere a um plano agonístico de lutas que evidenciam resistências, as quais são sempre primeiras em relação à produção de relações de poder (REVEL, 2012). Desse modo, as entrevistas produzem diferenças e modulações que atualizam a política, tanto do ponto de vista do objeto quanto da estratégia. Os serviços de saúde dirigem-se ao público no sentido da *polis* e têm como estratégia, de modos mais ou menos intensos, conduzir as condutas dos outros – a população – na forma de uma regulação da vida. Além disso, as conversas produziram um plano político-institucional ao tratar da rede de saúde, dos equipamentos e dos espaços de participação, como o controle social e a gestão como partes da produção do cuidado em saúde.

Em tempos de ataques e desmontes das políticas públicas, esse plano transversalizou discursos de modos potentes e inventivos e também do ponto de vista da destruição e do aniquilamento. As apostas na transformação do trabalho em saúde passam pela política, mas a destruição também. A precarização dos serviços e das equipes foi uma linha constante no plano dialógico-conversacional que não pôde ser apartada da questão de *querer morrer*. Em meio a todos esses vetores que envolvem a dimensão política, foram produzidas questões e elaborações concernentes ao trabalho, vida, morte, clínica, risco, resistência, confiança e normas.

A transversalidade do platô político ganha velocidade na análise do trabalho pelo viés da concepção foucaultiana das relações de poder, o que implica colocar em evidência as diferentes práticas que emergem em um determinado campo e também enquanto análise da atividade. Nas relações de poder, são elementos indispensáveis: que o *outro* seja reconhecido e mantido como sujeito da ação; que diante dessa relação seja possível um campo de respostas, invenções e criações, ou seja, de resistências (FOUCAULT, 1995). Tal concepção inclui a liberdade como constituinte das relações de poder, configurando uma dimensão estética do governo de si e dos outros⁷⁹.

⁷⁹ “O poder só se exerce sobre “sujeitos livres”, enquanto “livres” – entendendo-se por isso sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidade em que diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer. Não há relação de poder quando as determinações estão saturadas – a escravidão não é uma relação de poder, pois o homem está acorrentado (trata-se de uma relação física de coação) – mas apenas quando ele pode se deslocar e, no limite, escapar” (FOUCAULT, 1995, p. 244).

O primeiro aspecto de uma ação política que enseja transversalidades afirma-se pelo caráter de governo da vida, de condução das condutas, que, enquanto relação de poder, apresenta-se como sendo indissociável de uma dimensão criativa e, portanto, estética dessa ação⁸⁰. O campo do trabalho em saúde é atravessado de modo singular por diferentes modos de governo da vida e, nesta tese, por uma singularidade da governamentalidade de um *querer morrer*.

O segundo aspecto da ação política enquanto transversalidade da experiência do trabalho refere-se ao caráter público dessa dimensão, que pode ter sua gênese ligada às problematizações acerca da razão de Estado, das artes de governar e do Estado de polícia⁸¹ analisadas por Foucault, do século XVII até o fim do século XVIII (FOUCAULT, 2008b). Tais elaborações participam de um contexto de transição entre as lógicas disciplinares e biopolíticas.

O terceiro aspecto desse platô aproxima-se da ergologia, que percebe a gênese da política em todos os lugares, que não tem um começo específico e manifesta-se em atos. Agir politicamente no e pelo trabalho implica intervir sobre os regimes de produção de saberes (SCHWARTZ, 2011). No campo do trabalho em saúde, implica pensar a indissociabilidade entre a ação, a política e a produção de saberes na produção valorativa da saúde, do viver e do morrer. Schwartz (2011) e Clot (2013a) afirmam esse engendramento na dimensão política do trabalho como atividade, enquanto experiência.

A política expressa os modos como gerimos a vida coletiva. Em atenção à normatividade implicada nesse exercício, evidenciamos aquilo que Schwartz (2011) indica como os maiores problemas do político, pois, pelo debate de normas intrínsecas aos modos de trabalhar, mobiliza-se, transversalmente, a história dos seres vivos, a história social e a história de cada trabalhadora ou trabalhador. Incorporamos a esse argumento a proposição de Clot (2013a) sobre a história dos ofícios como matéria expressiva de uma produção coletiva, operada pela ação dos trabalhadores e trabalhadoras na transformação das normas. Para Clot (2013a), experimentar o trabalho como atividade implica “construção, no comum, de um

⁸⁰ “Como ‘princípio de inquietação permanente’, o cuidado de si tem uma aplicação claramente política. Na governamentalidade, o ato de conduzir os outros não exige a atitude de passividade ou a anulação da liberdade daquele que é conduzido. O outro da condução deverá sempre ser considerado um sujeito de ações, o que implica a possibilidade de ‘contracondutas’; estas constituem um dos domínios da governamentalidade que é a do governo de si mesmo, do direito dos governados de limitar os excessos dos diversos modelos de governança, de ordem doméstica, política, pedagógica, espiritual, médica” (CANDIOTTO, 2010, p. 161).

⁸¹ Sobre os sentidos da palavra *polícia* entre os séculos XV e XVII, destacam-se: 1º) polícia como coisa pública; 2º) polícia como um regimento; 3º) polícia como o resultado de um bom governo. A partir do século XVII, o que vai ser chamado de polícia é o conjunto dos meios pelos quais é possível fazer as forças do Estado crescerem mantendo a boa ordem desse Estado, a partir de cálculos e técnicas (FOUCAULT, 2008b).

mundo em que o sujeito pode viver a experiência do real naquilo que ele tem de desconhecido e inesperado” (CLOT, 2013a, p. 201).

A transversalidade do platô político, desse modo, opera por um engendramento da dimensão da governamentalidade, da dimensão pública e da intervenção sobre e entre regimes de saberes que são tecidas na superfície de um trabalho em saúde, produzindo uma experiência *clínico-política*. Essa discussão pode ser percebida na fala de Virgínia, como podemos ver no excerto a seguir.

Virgínia: – *É um espaço coletivo, né, de muita potência... Então, a minha força vem disso, assim, também, né, a minha força vem dessas reuniões da comissão de Saúde Mental, o coração da política pública tá ali, sabe? é, é essa a sensação que eu tenho, entende, porque participando e testemunhando, áhh... porque a comissão de saúde mental ela, é um órgão, ela não é um órgão deliberativo, é de consultoria... é de dar consultoria à plenária, aos conselheiros de saúde, né?! Mas, assim, a gente estuda tudo que vem, sabe, é feito um estudo detalhado, alguns contratos, sabe, certas situações, certas mudanças na política. Então é um espaço, assim, de muito enfrentamento, de muito conflito com a gestão. Então, áhhh... e por quê? Porque eles não..., principalmente com a atual gestão, foi uma coisa... de litígio mesmo, assim, de já entrarem rachando, né, acabar com os conselhos, porque... os alvos de ataque são as fortalezas, então aí, o que tá acontecendo a nível nacional, a gente sofreu antes aqui, municipal.*

Virgínia participa da Comissão da Saúde Mental do seu município e entende essa participação como o “coração da política pública”, pois há esse plano da gestão que é compartilhado com os usuários no planejamento de estratégias do serviço e com os outros serviços da rede de saúde, produzindo o cuidado em saúde como política. Pela dimensão pública e política da saúde, torna-se possível sustentar posições, defender direitos e recorrer a uma história construída de modo coletivo, garantindo a possibilidade de lutas por parte dos trabalhadores.

O platô político sustenta uma modulação da dimensão clínica do trabalho em saúde enquanto um *ethos* político que passa pela estratégia de aposta nos coletivos, nos espaços de gestão e legislação da política pública e não apenas de atendimento ao usuário. Como podemos ver, Virgínia, psicóloga trabalhadora de uma emergência psiquiátrica, afirma a produção de saúde pela ativação de planos de trânsito entre macro e micropolítica. Ela compreende a dimensão política da gestão como estratégia de cuidado, tanto dos trabalhadores, como dos usuários, o que sugere uma ética de cuidar do trabalho e cuidar do ofício para que seja possível cuidar dos trabalhadores e dos usuários, o que implica uma memória e uma história da política pública, as “fortalezas” desse ofício.

Esse platô político modula-se pela tensão provocada pelos protocolos. Ainda que muitas vezes eles sejam indicados como necessários e fundamentais para o processo de

trabalho, é também por eles que muitas violências acontecem e dilemas são produzidos. Eles organizam as demandas, mas, ao mesmo tempo, colocam limites que não conversam ou escutam a fala de quem sofre. Protocolos são as diretrizes dos serviços, prontuários, relatórios, notificações de violência, manuais, leis e portarias. Eles também compõem os discursos, porém de um modo desencarnado, na letra fria dos documentos, e não animados pelos trabalhadores. O arbítrio e a interpretação dos protocolos são feitos pela equipe, pelos trabalhadores, tal como podemos ver nos sentidos reverberados pela trabalhadora Virgínia, no exerto que segue:

Virgínia: – *Esses casos assim de, de morte com... ãhh, no momento, assim, de mortes recentes, agudas, assim, atender situações de choque, assim, da notícia, né... De alguém que perdeu e naquele momento foi pra lá... isso pra mim foi uma das situações mas difíceis, assim, né. Teve uma situação de uma... uma médica clínica pediu, ali da clínica pediu uma... uma avaliação minha, se... era adequado falar pra criança que tava acompanhada da mãe, que o pai tinha morrido, né... como que, se eles falavam ou não, como que fazia, eles se perderam ali na... nesse encaminhamento. E... e aí eu... atendi os dois, a mãe e o filho né, e... e aí eu perguntei pra mãe o que que ela achava mais adequado, porque a mãe conhecia o filho. E... e a mãe perguntou pra criança, se ela queria ver o pai morto. Por que a dúvida era, na verdade, a dúvida era se podiam deixar a criança ver. Ela, ela sabia que, que o pai tinha morrido, se, se podiam ver, porque tem o MORG ali que é o lugar onde fica o corpo, né... E... e aí foi bem isso: eu perguntei pra mãe o que que ela achava e a mãe perguntou pra criança, e a criança disse que sim, que queria. Era um menino com... 12 anos... lúpus até, o menino tinha lúpus. Bom, aí o que eu combinei com a mãe, assim: que a gente ia esperar... os tios chegarem, e que eu iria junto com eles. E... conversei já, deixei os psiquiatras ali de sobreaviso, né, que se houvesse necessidade de medicação ou alguma coisa aí, passaria pra eles, mas a princípio não tava... sendo indicado medicação, porque às vezes as pessoas já pensam logo em medicar por uma ansiedade delas, né... elas não sabem o que fazer: “ai, não, então medica”. Não, mas só um pouquinho? Né? A medicação ela tem que entrar dentro de um critério de uma necessidade. E até então... tá, é a vida, é a dor, sempre... esse limite... né, tem que ser... assim, bem ãh... monitorado. Aí... sabe que aquilo ali, eu aprendi muito também naquele atendimento... Por que o que aconteceu, assim? Foi uma cena muito forte, assim, tava eu e o, o vigilante ali, juntos, né, nós acompanhamos quando chegaram os, os tios, nós acompanhamos a criança ali e a mãe, né... e, e, e o desespero daquela criança, sabe? Gritando, gritando pelo pai, assim... e... a criança dizia: “tu não pode morrer, tu não pode morrer! Não vai me deixar assim!”... E aí eu, ai sabe, enchendo os olhos d’água e o... e o vigilante também, nós só nos olhamos assim... Mas o que que eu, eu aprendi ali: que os familiares tavam ali pra segurar, né, e que em morte, tu precisa ter quem te segure, pra abraçar...*

Na discussão dos riscos em geral, e no caso específico do suicídio, os protocolos produzem um modo de se defender dos riscos, de se afastar ou se proteger de uma zona de indeterminação. Também pode produzir um modo de cuidado, mas, muitas vezes, opera como defesa diante de demandas agudas. Pelos protocolos, a dimensão da confiança, abordada anteriormente, não aparece no plano das afecções, mas como uma cena quase religiosa que envolve confissões e promessas. Há uma tensão entre a transversalidade da confiança e o discurso produzido pelos protocolos. Nem sempre fazer o que parece correto, do ponto de

vista burocrático, afirma uma forma de exercer um cuidado ético, mas parece que a disponibilidade de se abrir aos encontros emerge como estratégia. Os protocolos podem separar ou decompor o corpo do usuário em pedaços, como nos atendimentos da psicologia em um hospital, sendo que a subjetivação desse corpo passa por um bordado da escuta, como deixa ver o relato de Susan.

Susan: – [...] a leitura que eu tenho é que o corpo é uma esteira taylorista assim... cada um olha uma partezinha que lhe cabe: a nutricionista vai ver a parte da nutri, o cirurgião vai ver nanana, o clínico dadadã, e enfermeira curativo, tatata... reumato parte reumatológico, e eu acho que talvez uma das coisas mais difíceis que a gente se propõe enquanto psicologia dentro de um hospital, e aí eu acho que é de todas as áreas, é fazer essa costura do paciente, o paciente precisa ser costuradinho, a gente precisa alinhar, precisa tornar essa pessoa um sujeito, né, e o trabalhador também um sujeito, então eu acho que muito do nosso trabalho é subjetivar aquele corpo assim né, que é subjetivado, ele tem uma história, a gente só precisa querer e dar conta do que vai vir quando a gente escutar... que isso é um outro problema, né! ? Às vezes a gente vê que não vai dar conta. Mas bom, ele tá ali, e ele vai voltar ali.

Entretanto, questionar o protocolo pode se mostrar perigoso por incidir em processos de responsabilização do trabalhador, individualização e culpabilização. Cumpri-lo parece um indício de uma conduta ética; descumpri-lo pode ser uma negligência, mas se ele for um excesso, ainda assim, há um julgamento de valor que considera esse trabalho como ético. Esse excesso refere-se às dúvidas do trabalhador ou da equipe sobre a classificação de riscos, pois nessa zona de indeterminação, como forma de se defender da responsabilidade, podem encaminhar o usuário para uma intervenção de contenção ou, também, instaurar processos de criação diante do acolhimento do impensado. Excesso ou ausência de protocolos pode provocar efeitos e criação de normas.

Os protocolos indicam modos de conduzir o outro, tanto por possibilidades de extrema rigidez e regramentos quanto por aberturas, criações e transbordamento de normas. Há modos políticos de entender a vida e o processo saúde-doença que sustentam protocolos como estratégias defensivas de estar com outro, restringindo toda a relação a uma prescrição do cuidado. Por outro lado, também político, essa mesma ação por meio dos protocolos pode dar passagem a um plano de invenção de práticas, como é possível compreender na experiência compartilhada por Susan:

Susan: – então tem isso... o hospital é vida e morte o tempo todo, os riscos, mas bom, o pessoal da UTI tá mais preparado pra que alguém morra do que o pessoal do centro obstétrico, né... do que o pessoal... ano passado a gente fez um trabalho numa equipe porque uma criança que veio pra uma consulta de ambulatório morreu... no carrinho... dela... ela já tava em cuidados paliativos, ela já tinha uma coisa de... né... tinha dois aninhos, tinha sido muito investida né, não tinha como, era uma questão de ... de... ela era oncológica, paciente oncológica, tinha alguma coisa na medula, câncer, uma coisa assim... ah... hematológica, agora não vou dizer

se era na medula, mas era um câncer hematológico e se sabia que ia morrer e tal, mas ela foi lá pra uma outra coisa. Ela tava no ambulatório, os pais chegaram de carrinho, com o carrinho dela, tavam aguardando a consulta e quando olham pra ela tem um sanguezinho escorrendo no nariz... essa criança morreu! E a equipe ficou muito desorganizada, era uma equipe que tratava essa menina, mas que não tava preparada ali no ambulatório pra uma morte, eles não tinham nem fluxo de onde levar esse corpo... né... na internação se tem um preparo, como quem é que vai preparar esse corpo, como é que a gente vai embalar, vai colocar na maca pra levar pro "MORG", pra organizar... e ali não se tinha nada... ela tava no carrinho dela, ninguém reparou, era uma criança quietinha, tava dormindo.. morreu! E como lidar com isso assim? Então a gente fez um trabalho super bonito de... a chefia dessa equipe da enfermagem, do hospital dia lá do hospital, que faz até alguns procedimentos... eu não sei o que que essa menina tinha que fazer... nos acionou através das residentes de psicologia pra fazer um trabalho, porque tavam muito mobilizados, aí depois organizando... ali na hora elas precisaram dar conta, a gente não ia ter... isso é uma questão também: onde a gente entra, né? Elas precisavam dar conta daquela situação, não adiantava a gente ali fazer grupo... elas tendo que preparar o corpo da menina, né!? Então, e dar conta daqueles pais... e... e elas deram o melhor delas, assim... eu penso sempre no vazio de normas, assim... elas deram o melhor delas naquele momento que elas não tinham norma nenhuma, não tinham nenhum fluxo pra fazer... quem preparou o corpo dessa menina foi uma pessoa que tava afastada e aí, não conhecia... e aí se sentiu, era técnica de enfermagem, é um trabalho do técnico de enfermagem, obviamente que da internação, mas ela não era da internação, era reabilitada ali, então tinham várias coisas, assim... ela era, eu conhecia ela do grupo da reabilitação, ela fez esse preparo porque ela tinha ficado afastada, ela tem problema na coluna, não conhecia, não fazia diferença pra ela. Óbvio que toca, mas não toca pra quem acompanhou todo o tempo esse menina, e aí não tava conseguindo fazer esse preparo, né... [...] assim, não se tinha nenhum preparo pra aquela situação de crise, eles deram o melhor delas, bom, a que preço isso foi feito e como é que a gente podia olhar pra essa equipe depois, então foi um trabalho bonito... sobre morte, sobre luto, sobre limites na relação assistencial, até onde a gente tá preparado, intervenção em crise...

Essa experiência de Susan indica algo importante acerca de um “vazio de normas”, já que ela relata que, na ausência de um regimento para uma situação específica, a equipe produziu uma composição agindo, apesar desse “vazio”. Dessa forma, ainda que não houvesse protocolo de como agir, eles inventaram um *meio*.

Diferentemente, em um dos municípios em que Clarice trabalha, há protocolos que evidenciam planos de composição com as situações de risco desde sua proposição. Uma das estratégias para lidar com a grande demanda dos casos de risco de suicídio foi a criação de protocolos para antes, durante e depois do suicídio: prevenção ao suicídio, que são as estratégias que incidem sobre um comportamento que é percebido como de risco; pósvenção ao suicídio, que são as ações de atendimento; e acolhimento de quem fica após um suicídio, de quem se sentiu impactado por aquela morte na rede de afetos mais próxima. Entretanto, criar uma política específica para o suicídio parece institucionalizar o cuidado, nessa estratégia de prevenção ao suicídio. Clarice indica que as equipes estão olhando mais para isso e os usuários estão anunciando mais esse risco. Ao mesmo tempo, pela tentativa de suicídio, busca-se o cuidado, algumas vezes. A problematização da produção da demanda e

dos processos de trabalho produz uma leitura de aumento dos riscos que acontece entre a precarização da política e o sofrimento dos usuários.

Parece haver uma certa captura do processo da angústia como sendo da ordem de um sintoma psiquiátrico que pode operar um discurso totalizante sobre o trânsito saúde-doença, pois a equipe vai sendo capacitada para intervir antes, durante e depois de um ato de suicídio. Prevenção: antes; pósvenção: depois; ação: durante risco eminente. Essas ações sugerem um empobrecimento da singularização da experiência pela determinação do traumático *a priori*, antes mesmo de uma escuta e de um encontro, pois há uma institucionalização do processo de trabalho que indica condutas nesses casos, em um jogo de responsabilização e individualização das práticas que traça um limite entre a garantia da vida do sujeito e uma responsabilização do trabalhador. Vejamos, nesse sentido, a reflexão que Clarice nos apresenta no excerto a seguir:

Clarice: – *É que parece que o... a singularidade, o fazer a experiência é enquanto se fala de vida, porque quando se flerta com a morte é... me parece que na política pública não tem essa possibilidade... quando se flerta com a... é como se tu tivesse uma margem, que depois de ultrapassada não há espaço pra negociação, não há espaço pra... reflexão ou pra... subjetivação mesmo né, não tem... e a morte, né... eu posso te dizer enquanto trabalhadora, o que opera em mim, também é um pouco disso, no sentido de que se eu me deparar com alguém que, que diz ali né... que... que vai fazer algo pra tirar sua vida, ãhhh... nesse contexto né, de política pública, de trabalhadora, de uma equipe, de... diversas situações que eu tenho que responder, também me vejo operando, nesse sentido de garantir, às vezes, a vida com um pouquinho de morte, né, de morte do sujeito. Porque daí tu vai às vezes dizer... bom, que tu vai quebrar o sigilo, que tu vai acionar a família, né, ãhhh... posso ir contigo até aqui, né... E... é super delicado, porque, quando tu chega nesse limite, o que tá operando ali é a vida do sujeito e é também... ãhhhh... a responsabilidade do trabalhador... Então é isso que tá no jogo, nesse momento: é a vida do sujeito... e a responsabilidade, a responsabilização, né?*

Jéssica [entrevistadora]: – *responsabilização, uhum...*

Clarice: – *do trabalhador... é complicado, assim, porque... muitas vezes em situações, ãhhhh... inclusive de suicídio, né, mas situações que alguma coisa não deu certo, ou que possa se pensar que houve, um, um, uma falha no cuidado, que que acontece? A primeira pergunta? O paciente era de quem? Né... Se vai olhar os registros pra saber o que que foi feito... mas sempre se voltando pro trabalhador e não pro sujeito, assim.*

Jéssica: – *sim... uma certa... individualização, parece?*

Clarice: – *Uma certa individualização, e responsabilização... então, tu acaba tendo que operar assim né... ãhhh, tu te vê ali realmente um braço da biopolítica porque... nesse jogo é a vida né, do paciente, e a tua vida também... é... como se a vida também tivesse né...*

Jéssica: – *como se a tua vida tivesse...?*

Clarice: – *nesse risco, né, tua, tua vida profissional, enfim... é complicado, né?!...*

Por meio dos protocolos, é possível estabelecer diferentes modos de relação com as demandas que chegam aos serviços e com a própria equipe, o que pode designar um certo

modo de promover uma gestão dos riscos. Dependendo da abertura desse ato às imprevisibilidades do meio, classificar os riscos pode permitir maiores ou menores coeficientes de composição nas relações de cuidado, o que, de um certo modo, passa por uma composição com um trânsito entre viver e morrer. A classificação dos riscos pelos protocolos pode dar passagem a uma certa sustentação da experiência de olhar para o morrer e o *querer morrer* como algo da ordem de um processo vital ou pode operar como uma defesa da responsabilidade do trabalhador.

A trabalhadora psicóloga Hilda destaca o caráter ambulatorial dos CAPS, ou seja, que esses serviços atendem muitos casos que não são considerados como severos e persistentes, mas que precisam de atenção em saúde mental. Foi em função dessas demandas moderadas que recentemente começaram a surgir os Ambulatórios de Saúde Mental como pontos importantes da rede. Segundo Hilda, a portaria que regulamenta os Ambulatórios de Saúde Mental como parte da RAPS é recente (dezembro de 2017) e tem como objetivo prestar o atendimento dos casos de nível de risco considerado moderado.

Hilda: – [...] trabalhar no Ambulatório de Saúde Mental, né... que também é um... um serviço... assim, relativamente novo, no sentido de tá... de legislação, assim né, a portaria que regulamenta Ambulatório de Saúde Mental é bem recente, é de dezembro de 2017

[...]

Hilda: – Dentro da equipe, assim, o que que é o protocolo, assim... identificar se tem plano, se não tem, e... bom... se o profissional não sentiu segurança de que, né, a pessoa tem um suporte fora do ambiente terapêutico, né, que proteja ela de um possível ato contra sua própria vida ele vai acionar uma rede que vai conter a possibilidade desse comportamento, esse é o protocolo...

Jéssica [entrevistadora]: – Tá. E como é que tu acha que é, assim, um pouco de que... que estratégias se usa pra, pra avaliar assim esses riscos, e... fazer essa classificação, e como é que tu vivencia ela lá no ambulatório, assim... deve ser bem complexo né, pensando agora.

Hilda: – Sim... ahhh... que é um pouco o que a gente tava falando ontem também né, que eu comentei assim que às vezes... ahhh, tem profissionais que se a pessoa falou, assim, em vontade de morrer, enfim... já isso bate uma insegurança né, e prefere encaminhar pra um hospital ou encaminhar pra um Caps, pra dormir tranquilo, assim. De não... se não sente segurança, assim, de que vai sustentar o cuidado, daí a partir daquele atendimento... né, acho que tá certo, porque enfim, também acho que tem uma responsabilidade aí. Mas essa, essa necessidade, esse encaminhamento, ele acaba variando muito, assim, de profissional pra profissional... e aí talvez, eu acho que também, ahhh... nesse aspecto, conte um pouco da questão da formação, da experiência né, de como que, enquanto profissional, tu lida com essa, com o discurso da morte...com, enfim... vai ficar essa terapêutica, então...

De acordo com Hilda, dependendo da gravidade do caso, não vai se poder arriscar, pois há a necessidade de uma contenção do sujeito, sendo que o estado patológico pode ser entendido como um transbordamento e o desejo de morrer como constitutivo. Transbordar parece estar referido a alguma norma considerada como possível de ser vivida sem

impedimentos, estabelecendo uma zona problemática entre o normal e o patológico e vai depender de como cada serviço e cada trabalhador lidam com essa zona, para propor ações de maior ou menor contenção, de maior ou menor abertura.

Mesmo na *pulsão* de vida sempre tem um resto, que vai se transformar em criação ou vai se tornar algo insuportável. Depende do trabalhador a possibilidade de lidar com algumas coisas ou não, de uma capacidade de suportar os riscos. O protocolo serve para identificar se existe um plano de suicídio ou não, avaliar a segurança e a rede de suporte. A decisão do trabalhador sobre quando o risco é grave ou não passa pela intuição, por algo que não se restringe a uma ordem técnica, operando uma dimensão afetiva, intuitiva, um *feeling*, não racional. O arbítrio do trabalhador acontece por uma sensibilidade, por uma afetação sustentada em um *ethos* da confiança, pois o cuidado pode constituir uma tentativa de produzir uma esperança que atravessa o vínculo com o paciente, com a família e por uma confiança na rede e na própria sensibilidade.

Essa gestão dos riscos se estabelece de acordo com a gravidade e a “concretude” do pensamento suicida, fazendo do ato de classificar os riscos um ato político que diz das possibilidades de composição com um território de riscos. Por meio desse ato, um paciente pode ser considerado de ambulatório ou não, pois o ambulatório atende pessoas que seriam capazes de suportar um cuidado com hora marcada, com agendamento, e uma modalidade não emergencial. O serviço ambulatorial fica localizado, em termos de complexidade, entre os cuidados de situações mais leves na Atenção Básica e os cuidados mais intensivos no CAPS. Desse modo, classificar os riscos indica o coeficiente de abertura para uma possibilidade de composição e de construção de um cuidado.

Seguindo essas transversalidades, chegamos à série do comum, que diz da dimensão impessoal, do coletivo produzido nas entrevistas. O comum emerge na produção da diferença, não da igualdade, do mesmo ou da semelhança. O comum permite a construção de um plano de produção de alteridade e compartilhamento. Nas entrevistas, inicialmente marcadas pela dimensão individual, um plano comum foi sendo produzido a tal ponto que, no decorrer do processo, os lugares institucionais foram saindo de cena restando as experiências nas práticas enquanto motoras dos acontecimentos. Nessas modulações, todos os platôs se conectam de alguma forma, mas alguns foram privilegiados no exercício de análise e aproximados pelos seus efeitos e graus de transversalidade.

A produção de comum, de uma dimensão impessoal, pode afirmar um modo de sustentar um *ethos* da crítica e da problematização da clínica no trabalho em saúde mental que

passa por uma posição ética de pensar o trabalho no próprio trabalho, composto por transversalidades. Desse modo, podemos experimentar uma ética como prática que faz convergir a política tanto na sua dimensão de governamentalidade das relações quanto à sua incidência enquanto dimensão pública, produzindo um *comum* enquanto experiência coletiva e de alteridade das práticas.

Neste platô político, na série do comum, percebemos de forma contundente o coengendramento da política pública, dos modos de trabalhar na relação com os riscos e nas expressões do sofrimento que chegam aos serviços de saúde mental pelos usuários, como podemos acompanhar no diálogo com Clarice:

Clarice: – [...] *é tem essa fragilidade que tá aí que... há que ser pensada assim, né, muito... o que que, o que que acontece, né... eu não sei se de uma ruptura, o que que é isso que está posto pra nesse momento tá tão... mais fácil, né, se colocar... assim diante da morte né... pra infância, ou pra adolescência no caso... E também pros adultos [...] Talvez exista aí já uma questão que é... será que o que aparece no CAPS, ãhh... será que quando chega no CAPS realmente é uma situação mais que a gente chama agravada, ou é o modo como pode aparecer ali, né... pra receber o cuidado, né...*

[...]

Clarice: – *E... fiquei pensando agora também né... ãhh justamente parece que no momento onde... ãhhh... há todo um, um, um, um aumento da gravidade né, um discurso do aumento da gravidade das situações, porque isso é um discurso diário, né... de que... a gente... percebe, a gente... também acaba repetindo, porque é, porque... a gente, até lá no CAPS i a gente tem dados pra mostrar o quanto... os acolhimentos que a gente tem feito falam dessa gravidade né, dos casos que ficam... a gente chama: os casos CAPS, né, que acabam ficando... não sei se não tem uma si, uma relação aí também né... do que que se produz a partir do modo, do momento em que... é... esse cuidado se faz... exige né, talvez agrava, esse agravamento né, essa percepção de um agravamento, né, das questões de saúde mental, talvez possam também assustar um pouco, né? [...] Fiquei pensando nisso agora assim, que talvez possa...*

Jéssica [entrevistadora]: – *uma leitura interessante...*

Clarice: – *ter uma relação, né... a gravidade...*

Jéssica: – *umenta, e... o trabalho se esvazia, as pessoas vão desistindo um pouco da...*

Clarice: – *ou se assustando, porque também... é isso, assim, né, de... de que efeito que eu percebo no trabalho né, de um assustamento... de, de uma angústia, né, de o que fazer, né.*

Clarice narra o excesso de atendimentos de casos agudos e de riscos, observando um transbordamento nos modos de enunciar o sofrimento em relação a outros momentos da história dos serviços. A questão do *querer morrer* aparece de vários modos: fugir, não sentir, pensamento de morte, pulsão de morte. A trabalhadora faz do ato de analisar o trabalho um meio no diálogo, propondo-se a pensar na produção dessa demanda de atendimento como coemergência de diversos planos, e não apenas como sintoma psiquiátrico, indicando um

plano comum da experiência. A análise permite a sustentação de produção de um plano comum, por entre um exercício de problematização.

Clarice enumera elementos que indicam o cenário de precarização das políticas públicas, cenário esse que passa pela redução do número de trabalhadores nas equipes, por um não investimento na política pública nem no trabalhador e experimenta a conexão de suas proposições, quando estabelece conexões entre os elementos do seu discurso: “parece que quanto mais as situações se agravam e aumenta a demanda, mais as equipes diminuem”. A experiência parece indicar que, diante do agravamento das situações, os efeitos são da ordem de uma desistência do trabalho, por parte dos trabalhadores, que ganha visibilidade nos afetos de susto, vazio, angústia e fuga. Ao mesmo tempo, as equipes passaram do susto com o suicídio para a naturalização dessa demanda e institucionalização dos protocolos. Nessa conversa acontece a produção de uma experiência que associa um plano político com os riscos, com os modos de expressão do sofrimento que produz efeitos no trabalho em saúde.

No contexto da demanda excessiva dos serviços, parece se produzir uma naturalização do discurso da morte, uma naturalização da tentativa de suicídio, como modo de lidar com o sofrimento, tanto no plano da linguagem – pois os usuários vêm enunciando isso frequentemente – quanto no aumento real do número de suicídios. Clarice sugere que essa naturalização do risco de suicídio possa ser uma estratégia de acessar serviços precários a partir de situações agudas que acabam tendo prioridade, inclusive pelo princípio da equidade, de que quem precisa mais tem preferência no atendimento, ainda que o acesso seja universal. De modo coexistente, a trabalhadora observa que há um aumento do sofrimento e uma gravidade dos casos que chegam ao serviço.

Diretamente ligado à série do comum, encontramos a série do *ofício*, que é um conceito da Clínica da Atividade, proposta por Yves Clot. Para o autor, a atividade é um plano de ação e de distinção entre o Trabalho Prescrito e o Trabalho Real, pois o trabalho não pode ser antecipado ou pré-determinado antes da prática, antes da ação, uma vez que é um processo em constante devir, em que há produção de diferença (CLOT, 2010). Assim, segundo o autor, há uma terceira dimensão que se insere entre o trabalho prescrito e real, que consiste no real do trabalho (ou real da atividade), ou seja, é um plano de criação e normatividade que permite a aposta e a continuidade dos processos diante das imprevisibilidades do meio em um plano político, pois diz da relação com a história e a memória, envolvendo a dimensão pública – uma certa herança dos modos de fazer e das artes de governar. A prática de Virgínia deixa ver a dimensão do ofício como uma produção nos modos de trabalhar:

Virgínia: – *Eu aprendi a... atender essas situações com colegas né, tinha uma psiquiatra, até já se aposentou... que ela tinha muita habilidade pra isso assim, então... aquelas situações assim, tipo assim: um pai... matou a mãe... na frente da criança... e... e se mandou, ou situações que depois se matou... sabe? E aí tu tá com a família ali, com as crianças ali, e aí tu faz o quê? E ela, essa psiquiatra, eu aprendi com ela assim que a gente tem que falar, tem que, não tem que ter... medo, um tabu assim. Tem que... perguntar... como é que eles tão, e tal e... Então quer dizer que a gente tem que enfrentar os próprios fantasmas, pra... conseguir... ir dando, fazer narrativas do, do sofrimento. E... então, isso eu fui aprendendo, sabe? Uma coisa que é uma musculatura que a gente vai desenvolvendo e depois isso vai incorporando né, vai... sendo... tu vê que o resultado é bom, tu vê que a pessoa ela vai... se acalmando. Eu tinha, por exemplo, no início, quando atendia... crianças, adolescentes de abrigos... Áhhh... eu ficava assim muito... cheia de... de medo de perguntar, insegura assim de perguntar sobre, “ahh, mas por que que tu tá ali”, né, eu não queria mexer em coisas antigas... Mas aí depois eu comecei a ver que não, que é importante, assim, eu saber qual é a compreensão que ela tem de por que que ela tá ali, né... E que aquilo... não é um tabu, e que aquilo é necessário, e, muitas vezes, a gente vê, assim, que eles não sabem, que isso não foi dito...*

O ofício envolve uma dimensão histórica do trabalho, carregada de memória, de narrativas, de lutas e de práticas que transcende os limites estritos que designam determinado campo ou especialidade pelas suas funções e objetivos. É a dimensão da atividade que evidencia as controvérsias, as dissonâncias e as disputas que cruzam planos impessoais, como o comum, e planos individuais, como os protocolos, conforme discutimos anteriormente. O ofício é atravessado por uma história coletiva na qual os trabalhadores se inserem atualizando-a, transformando-a e fazendo-a diferir. Aprender com outros trabalhadores, com usuários, na prática, inscrevendo a dimensão do ofício na análise, como da ordem de uma história a qual se pertence, mas não de modo individual, pois se narra uma história de um trabalho que se faz com o outro.

Assim, um ofício não é, certamente, apenas uma “prática”. Também não é apenas uma atividade. Nem apenas uma profissão. Preferimos defini-lo como uma discordância criativa – ou destrutiva – entre as quatro instâncias em conflito [pessoal, interpessoal, transpessoal e impessoal] de uma arquitetura fundamentalmente social que pode adquirir uma função psíquica interna. [...] Por isso, o ofício na atividade é ao mesmo tempo muito pessoal e sempre interpessoal, ação situada, dirigida e, em certo sentido, não reiterável. Ele é também transpessoal, já que atravessado por uma história coletiva que passou por muitas situações e dispôs de sujeitos de diferentes gerações a responderem por ela, de uma situação a outra, de uma época a outra (CLOT, 2013, p. 6).

Nesse sentido, o platô político deu visibilidade ao ofício do trabalho nas políticas públicas como elemento importante de produção de saúde, tanto dos trabalhadores como dos usuários. Os planos macro e micropolíticos da política pública, as instâncias de participação social, de gestão da rede de saúde e de regulação da política emergiram com grande importância, tanto quanto o atendimento ao usuário. Isso se refere ao que Clot (2013) designa como ofício, que diz da importância de cuidar do trabalho para cuidar do trabalhador, e desse

modo, cuidar do trabalho pode ser um modo de cuidar da história de um ofício. No plano conversacional, emerge essa dimensão histórica do trabalho quando se enuncia que o que está sendo precarizado refere-se à memória dos serviços e das práticas, pois as gestões trazem “novidades” que objetivam apagar e aniquilar esse legado e esse lastro de lutas nas políticas públicas.

A dimensão do ofício enquanto lastro histórico, que faz as discontinuidades do tempo se atualizarem no presente e permitem que os trabalhadores possam se posicionar de um determinado lugar carregado de valores, mostra-se indiscernível dessa modulação política, que diz respeito ao público e às artes de governar. Ainda que uma dimensão ou série não se resuma à outra, elas são eixos coexistentes. Para que um ofício continue vivo, é importante que ele possa ser atacado, mas não no sentido do aniquilamento ou de uma destruição, mas de uma transformação e de uma atitude crítica. Esse ataque compõe uma das modulações do problema sustentada pela estratégia de problematização.

Houve uma outra modulação no plano dialógico-conversacional das entrevistas que se deslocou de uma produção conversacional individual para uma produção comum, política, crítica e, portanto, do ofício. Inicialmente o discurso tinha as marcas de cada serviço, dos processos de trabalho específicos nas diferentes complexidades (hospital, ambulatório, CAPS, emergência) e, aos poucos, foi sendo construído um plano que se referia ao trabalho na saúde mental e aos riscos de modo compartilhado, tal como podemos acompanhar no diálogo que segue, em um dos momentos de conversa em grupo com as psicólogas:

Lygia: – [...] e toda a cultura, assim, né, do suicida aquele que fracassou, que desistiu, quem, né, pode ter assim, pro trabalho isso desvaloriza né, porque cria um processo de desvalia...

Susan: – [...] significa a ousadia de pensar nisso dentro de um hospital bom para se trabalhar, é um emprego bom quem trabalha ali, né, e, como assim querer morrer mesmo, eu devo pensar no trabalhador que é o que eu vou escutar que veio por uma situação de... qualquer situação difí... e numa dessas começa a trazer questões de flerte com a morte, com a sua morte, não só a morte da minha... né... identificação, uma idealização daquela morte, daquela pessoa acompanhada por toda a família, como seria.. aí... aquele que tava sozinho lá, internado, comum, o que significa aquela pessoa morrer sozinha... como vai ser a minha... e, opa, daí eu começo a pensar na minha que talvez eu quisesse a minha. E pra nós é... perai, a princípio tudo organizado ou não, trabalho fluindo ou não. Enfim, acho que é.

Jéssica [entrevistadora]: – E tu quer comentar alguma coisa da... da tua carta?

Susan: – [...] que foi da Lygia né... ã... muito isso dos adolescentes, assim... eu fiquei muito mobilizada porque... e... e... eu honestamente nunca tinha pensado no meu público, nos trabalhadores, nos coletivos, é... na análise institucional desde esse lugar de adolescente, né, e tem tanta proximidade hoje né com trabalhadores do jeito como a gente se sente um pouquinho como a gente falou antes, assim, de... de... desse vazio, dessa solidão, desse coletivo como... o que que me identifica no trabalho que me identifica muito, e a gente faz... subjetivamente.

Lygia: – [...] claro, organiza né... o que a gente faz diz muito da gente.

Susan: – [...] então eu não sei mais direito, de mim, né, do que eu faço, eu começo a me perguntar sobre isso e eu tô me perguntando sobre tudo, tudo fica em cheque porque se eu não sou o que eu faço o que eu sou, então...

Jéssica: – [...] trabalho, aposentadoria, faltas e excessos...

Susan: – [...] agora isso tá muito colocado né... muito... muito... uma trajetória, valeu a pena, não valeu... trabalho na saúde, a mudança no trabalho na saúde... o que que vale a pena, né, e tu fala na tua carta que o que salva, não sei se essa é a palavra, ãã, é a equipe que a gente pode trocar e eu... eu falo muito isso, assim, em alguns outros espaços as pessoas perguntam, "mas como é que tu aguenta", eu também sou trabalhadora, né, eu tô escutando e tenho uma chance enorme de me identificar... enfim... acho que a equipe que a gente faz o nosso trabalho acho que é uma terapia também, que é como tu falou né... um espaço muito importante né... poder trocar, né, poder ser frágil diante do teus pares é uma coisa maravilhosa e poder ser acolhida sem essa competição, sem esse individualismo é... enfim, eu acho que... talvez... em vários autores da clínica que eu trabalho vão falar assim... dessa...

Hilda: – [...] isso também tem sido uma coisa difícil né, assim não sei... as minhas transitadas, assim, né... nem sempre que a gente pode se expor... e ser vulnerável, sabe...

Susan: – [...] não sei o que fazer, eu não sei o que fazer agora e chorar, se precisar chorar e... se atrapalhar e... trazer de si né... porque nós então não trazemos também da gente né, a gente é essa onipotência, é também não... eu sei lidar com a dor do outro sem que me doa.

Lygia: – [...] tem a ver com a psicologia isso né...

Susan: – né se espera isso da gente né, que a gente tenha essa capacidade mágica de...

Lygia: – mas tu reconhece isso na tua equipe?

Susan: – sim... sim... no doutorado... na medicina ocupacional sim... né... ali no hospital não... tu falava de RH né, pra nós é bem dividido assim, eu não sou da gestão de pessoas.

Clarice: – ainda bem, né.

Susan: – é... sou da saúde mental no trabalho, assim, de ter psicólogas no RH e acho que é um tensionamento eventualmente importante pra eu poder fazer o meu trabalho, olhar pras coisas das vagas e da gestão e da administração desse campo, mas isso entre tu ter entre pares e podem ser... ali são muitos especialismos, ser da tua área ou ser de outra área.. poder... te sentir frágil e dizer que tá difícil e vamos pensar junto, vamos atender junto, vamo... gente... isso dentro do hospital é uma revolução né... em toda a sabedoria de todo mundo lá só tem gênio... tu poder ser... aham... tô errando? Tô falando alguma coisa errada? Pela experiência lá... só... só a sabedoria plena... E poder ser frágil e poder trocar... poder... enfim... ficar vulnerável, ficar...

Lygia: – é, discutir os casos né, porque eu vejo, assim, que, a psicologia tem um pouco a psicanálise e tem um pouco desse efeito, assim, do privatismo, mas não um privatismo só de... de... ãã... de respeitar o individualismo... aliás... a individualidade do paciente, enfim... mas um privatismo de se proteger um pouco, pra mim não é nem esse... do te mostrar a fragilidade é de discutir o caso, com quem que tu pode discutir, sabe? A gente tem um acordo lá na equipe por exemplo que é um sigilo institucional, então entrou na sala de equipe a gente discute tudo dos casos, inclusive às vezes de irmãos, de mãe, tu atende a mãe e eu atendo a criança e a gente discute o caso, dentro de um sigilo institucional, né, que é importante e vai ter consequências pra ti se tu souber de coisas que a criança falou, mas a gente lida com isso... [...]

Susan: – e que não tá disputando o saber comigo... porque pra mim tem um campo de saber que passa...

Lygia: – e que não tá competindo comigo... exatamente é...

Susan: – *tem isso, de quando eu falo talvez do frágil, eu não sei junto contigo, vamos ver... mas imagina num poder médico...*

Lygia: – [...] *"ai como tu não sabe, tu tem que saber faz 10 anos que tu tá aqui"... não tem médicos na minha equipe... é... psicólogos, assistente social e fono e isso nos dá, assim, uma... uma coisa de equilíbrio, assim, também sabe? não tem... a gente nem acha ruim mais...*

Jéssica: – [...] *mas tem uma coisa muito bonita que vocês... queria dizer pra vocês é que... tem uma coisa muito linda também que vocês tão trazendo, que é algo que no grupo de pesquisa se discute muito que é a função do ofício, que é essa ideia de o quanto que, pra que cuidar do trabalhador, tem que cuidar do trabalho... antes, assim.. pensando no ofício aqui o trabalhador, a trabalhadora de saúde né... E o quanto que... isso passa por coisas que vocês foram falando da memória, da história, da confiança e de poder contar histórias, de poder se reconhecer numa história de um trabalho, e o quanto que esses ataques também eles vão... eles machucam tanto e eu acho que eles vêm com tanta força porque é em cada um, mas também é todo uma construção que é muito maior, né, que é coletiva e que é política, que é de lutas e de uma série de coisas né... e...*

As singularidades não foram suprimidas, mas algumas linhas ganharam evidência no sentido de compartilhar um pertencimento a uma história, ligado à garantia de direitos da população e ao ofício de trabalhador da saúde nas políticas públicas. Além disso, houve um reconhecimento de diversas conexões entre as participantes, de passagens por serviços, de relações de trabalho – anteriores, de outros tempos entre elas –, conexões essas que não foram antecipadas ou pensadas anteriormente. Um reconhecimento de que, mesmo em lugares diferentes, elas constroem a história desse trabalho nas políticas públicas e tiveram passagens e relações anteriores a esse encontro.

Esses planos de análise apresentados – ético-estético-político – foram transversalizando o processo da pesquisa, mas ganharam velocidade no encontro com as participantes, na potencialização das ferramentas das entrevistas e das cartas, como produção de conexões e de relançamento dos problemas. O grupo manifestou a vontade de manter um espaço de trocas para além da pesquisa, devido à importância das discussões, à potência das elaborações e aos desafios que vêm se colocando nesse campo. Assim, um coletivo foi sendo produzido nas conversas-entrevistas, tecendo um plano comum do trabalho na saúde mental, que passa pelo constante enfrentamento dos riscos e produção de normas.

Finalizamos esse processo com uma possibilidade de construção de uma ação de extensão que proponha rodas de conversas acerca do trabalho na saúde mental, envolvendo a discussão dos riscos, da clínica, dos protocolos, da vida, da morte, da saúde, do *querer morrer* e de outras temáticas. A ideia que partiu das participantes é a de que essas rodas passem por todos os serviços envolvidos, como forma de disseminar a discussão e sustentar a problematização, acompanhadas por um coletivo: todas participariam das rodas em cada serviço. Por parte do grupo de pesquisa, a proposição foi acolhida e será relançada tão logo

seja possível como projeto de extensão, no qual as trabalhadoras psicólogas poderão participar como colaboradoras externas, apostando na dimensão de construção de saber no trabalho, saberes locais e potentes na transformação das práticas em saúde mental.

"A literatura é uma saúde"

Gilles Deleuze

“Quando é verdadeira, quando nasce da necessidade de dizer, a voz humana não encontra quem a detenha. Se lhe negam a boca, ela fala pelas mãos, ou pelos olhos, ou pelos poros, ou por onde for. Porque todos, todos, temos algo a dizer aos outros, alguma coisa, alguma palavra que merece ser celebrada ou perdoada pelos demais.”

Eduardo Galeano

4. MANIFESTO ANTIPSICOLÓGICO: POR UMA PSICOLOGIA ANTIFASCISTA

Por que um manifesto antipsicológico que afirma uma psicologia antifascista como discussão final de uma tese? Talvez a resposta para essa pergunta seja possível ao acompanhar as condições de possibilidade de *como* se produz essa discussão. A problematização traçada até aqui indica várias pistas de como a psicologia tem suas linhas emaranhadas às lógicas de normalização, desde sua emergência como disciplina, e o quanto a reiteração dessas lógicas é perigosa ao restringir a potência vital da criação e transformação das normas. Por essa razão, precisamos estar atentos e abertos às análises, especialmente no espaço do trabalho em saúde que consiste num terreno fértil de produção de valores e de normalizações.

Por que eu não posso *querer morrer*? Essa pergunta-ferimento provocou o pensamento e produziu uma tese, que agora se faz manifesto. Um manifesto antipsicológico, por uma vida antifascista, atravessada pelo trabalho e pela clínica na saúde mental. O prefixo *anti* não significa aqui, necessariamente, uma posição de contrariedade ou de negação, mas dispara uma potência de problematização e de análise. Trata-se de uma posição ativa. Na Psicologia Social, as análises antipsiquiátricas e anti-institucionais se produzem por um território

conhecido, mas a discussão de uma crítica ao campo psicológico aparece com menos força. Como pensar o fascismo em nós, na relação entre psicologia, clínica e políticas públicas?

Assim como Foucault afirmou nos anos 70, não estamos nos referindo apenas ao “fascismo histórico de Hitler e de Mussolini [...], mas o fascismo que está em nós todos, que martela nossos espíritos e nossas condutas cotidianas, o fascismo que nos faz amar o poder, desejar esta coisa que nos domina e nos explora” (FOUCAULT, 1977, p. 2). De acordo com Duarte (2009, p. 50), na ligação da governamentalidade neoliberal com a biopolítica, “a preservação da qualidade de vida de uns está fundada na impossibilidade de vida de outros muitos, de modo que biopolítica e tanatopolítica continuam a remeter-se mutuamente. Eis aí alguns vetores de disseminação do novo fascismo [...]”. Como, então, enfrentar o fascismo que se entranha nas estratégias de normalização?

Enfrentamos essa discussão por entre a produção de normatividade e de normalização no trabalho em saúde. As normas inferiores, segundo Canguilhem, diminuem a produção da saúde e a potência de composição do vivente com o meio e, nesse sentido, estratégias de normalização traçam normas que restringem os corpos. Podemos pensar, então, que quanto mais uma sociedade opera no horizonte da normalização, mais ela é produtora de modulações que tendem ao fascismo, inclusive pelas práticas de cuidado. Como o fascismo opera e por quais poros ele respira? “Como expulsar o fascismo que está incrustado em nosso comportamento?” (FOUCAULT, 1977, p. 3). Construimos algumas pistas ao longo desta tese e operamos por abertura de planos de conversa que modulam problemas, acolhendo um presente no qual a luta antifascista disparada pela luta contra o racismo também se fortalece. Uma das modulações do fascismo cotidiano que espreita por entre nossas práticas se atualiza nas políticas de individualização.

A exacerbação do modo indivíduo, que coloca todo o peso do fracasso e os louros dos méritos nas costas de alguém, ignora a processualidade dos regimes de verdade incidindo nos corpos de modos distintos. Essa individualização que arrasta uma culpabilização é uma das produções do fascismo que pode ser reproduzida nas práticas, inclusive as de cuidado. A psicologia emerge, enquanto campo de saber-poder, em meio ao empreendimento do indivíduo (NARDI; SILVA, 2004; FIGUEIREDO, 2012) para colocar os sujeitos em lugares específicos e classificá-los sobre a grade de inteligibilidade das categorias nosológicas das manifestações psíquicas. Psicologia e indivíduo são, desse modo, produções que ensinam a normalização tendo como horizonte a normalidade.

Tentamos mostrar como, de modo processual, um feixe importante desse entrelaçamento é o problema do *querer morrer* e sua correspondência imediata com o suicídio. A partir desse estranhamento e da evidência de que existe um mundo de normatividades entre *querer morrer* e matar-se, produzimos planos de problematização que se fazem e se refazem pela dimensão clínica do trabalho em saúde. Encontros de encontros entre uma pesquisadora psicóloga que se lança em um mar revolto com outras trabalhadoras psicólogas, com autores e autoras, com a literatura, com narrativas e protocolos. Desse modo, o suicídio vem depois da produção do que se considera uma vida normal e emerge como efeito lógico de um transbordamento da normalidade. Enquanto excesso, este é um ato que escapa ao ordenamento da normalização e pode ser entendido como um ato extremo de individualização, pois se nascer é arbitrário, morrer pode ser ou não ser da ordem de uma escolha.

Posicionando-nos no que vem antes, por entre planos de forças em curso, o que pede passagem é a extrapolação do normal. Nesse plano produtivo, percebemos que, por entre os fluxos de produção da normalização do indivíduo, que precisa querer viver, encontra-se uma certa psicologia. Essa certa psicologia não é uma área ou um campo de atuação específico, pois se produz por posicionamentos éticos, onde quer que esteja. O engendramento desse campo de saber com a governamentalidade neoliberal produz um sujeito empresário de si que precisa ser o seu próprio deus e seu próprio algoz, desconsiderando a dimensão social e processual dos valores dessa vida. Uma psicologia que adere a esse funcionamento já está operando por uma modulação fascista. Recusamos essa posição, mas precisamos operar entre esses fluxos.

Este manifesto recusa a individualização e afirma o coletivo. Aqui, coletivo é o que acontece quando as pessoas respiram sonhos de alteridade, mesmo isoladas, e operam nas brechas das criações de fissuras nos muros. Uma psicologia antifascista precisa assumir uma posição de acompanhar a processualidade do acontecimento lá onde ele ainda não é, perceber as condições de possibilidade de regimes de verdade e espreitar as discontinuidades, o erro, o falso e os descaminhos que compõe o mundo, e, além disso, afirmar um mundo diverso e possível, onde o fim não é passível de ser mapeado. Por isso, nosso manifesto critica uma certa psicologia que perpetua uma lógica dualista e maniqueísta, que separa os seres entre aptos e não aptos, saudáveis e doentes, normais e loucos e localiza todos os fracassos naqueles que, possivelmente, são os que denunciam a desgraça do mundo contemporâneo. Esse modo de vida dicotômico mata-nos no plano pessoal e no plano impessoal, individual e coletivamente, pois impede a multiplicidade das experiências.

No texto “Introdução à vida não-fascista”, escrito por Michel Foucault em 1977, como prefácio ao livro *Anti-Édipo*, o autor sugere como um dos guias da vida cotidiana o seguinte “conselho”: “[...] Libere-se das velhas categorias do Negativo [...], que o pensamento ocidental, por um longo tempo, sacralizou como forma do poder e modo de acesso à realidade. Prefira o que é positivo e múltiplo; a diferença à uniformidade; o fluxo às unidades; os agenciamentos móveis aos sistemas [...]” (FOUCAULT, 1977, p. 3). Colocando em prática e seguindo essa sugestão ética proposta por Foucault para a experiência de uma vida não fascista, precisamos incorporar uma ética nômade nos modos de cuidado em saúde, o que sugere percorrer uma transitividade vital, acompanhar fluxos e operar entre normas, recusando proposições totalitárias que objetivam cortar agenciamentos e trânsitos.

Talvez, matar um determinado modo de viver, um determinado projeto contemporâneo que nos aniquila é preciso e isso implica um determinado tipo de morte. Por paradoxal que seja, ao escutar sobre a possibilidade de escolher não viver, intensificamos as evidências da individualização do presente e dos modos de vida. O trabalho da psicologia nas políticas públicas, em sua dimensão genealógica, cartográfica e dialógica levou-nos a escutar vozes, outras vozes que seriam silenciadas pelos diagnósticos. Escutamos quem escuta essas vozes, conversamos e fomos percebendo que somos sempre coletivos ambulantes, bricolagens de afetos, mosaicos de valores. Nosso manifesto clama para que a força do coletivo seja injetada em nossas práticas. Quem quer morrer fala da vida e fala também que poder negar certa vida pode ser um ato político.

Como, então, sustentar esse mundo de normatividades que pode acontecer no intervalo entre um *querer morrer* e um suicídio? Talvez aqui a profanação seja um modo de pensar a dimensão clínica deste trabalho em saúde: profanar a clínica como criação de meios sem fim, produzir vidas não sacralizadas abrindo mundos e espaços de diferenciação que não ganhem, necessariamente, uma codificação dos manuais. Talvez essa profanação possa ganhar velocidade por um movimento de *sustensão*.

“Criemos palavras extraordinárias, com a condição de usá-las da maneira mais ordinária, e de fazer existir a entidade que elas designam do mesmo modo que o objeto mais comum” (DELEUZE; PARNET, 1998, p. 4). A escrita da tese produziu um conceito para falar de um exercício buscando inspiração em Foucault, quando no texto sobre os homens infames ele diz ter dificuldade em “justificar a intensidade” do que sentiu no encontro com as vidas-documentos. A pesquisadora não conseguia justificar, apenas sentir e criar. É isso que moveu sua escrita. O conceito inventado designa uma operação, um exercício que faz

reverberar um problema. *Sustensão*: surge de um equívoco, de um erro. Ao invés de suspensão, sustensão. Sustentar a tensão? Suspende a intenção? Queria falar da suspensão do tempo cronológico quando o corpo é afetado. Da convergência de muitos tempos. Do medo da vertigem e da queda. De um catalisador de vida e de morte. Mas queria falar também sobre como sustentar esse efeito, essa afetação, fazendo-a durar. Não durar na imobilidade, tentando fechá-la em uma igualdade falsa e objetiva. Durar, sim, no efeito, na potência, no agenciamento de pensamentos. Essa vibração que se transforma em pesquisa, em palavra, em escrita.

Sustenido #. “Acidente” musical que muda uma nota, mas pode mudar o tom da música, dependendo do lugar em que ele aparece. Eleva a altura da nota. Entonação acima da altura constante da notação. O sustenido é um sinal que transforma a melodia, pois, a partir de sua inscrição, sobe-se o tom. Um sustenido como pergunta: Por que eu não posso *querer morrer*? Pergunta que reverbera como onda e convida ao movimento. Ondas que se propagam por um meio, tomam-o de veículo quando o deformam e reformam, quando criam movimentos e linhas que lhe dão uma textura temporal, uma textura na duração.

Voltemos ao conceito. *Sustensão*: ato ou efeito de sustentar uma tensão. Fazer vibrar um acontecimento no tempo, reverberando sua potência de diferenciação. Suspende a intenção de definição, localização ou explicação. A sustensão passa, necessariamente, pelo corpo e não cessa de reativá-lo em sua potência de ser afetado. Elevação da altura, mudança naquilo que é constante. Alteração da escuta e da percepção. A sustensão pode ser efeito de um corte, um confronto, uma surpresa; de algo que retira as coisas do lugar esperado. A sustensão pode ser efeito de uma crise, de uma força, de uma flecha. Aproxima-se de algumas definições vizinhas: intensidade, vibração, afetação, mas ela é outra coisa, não sendo uma coisa. Pode ser um efeito que se mantém em movimento, diferindo e provocando outros efeitos.

Sustensão pode ser o exercício que coloca corpo e pensamento em movimento nesta tese-conversa. O que se sentiu quando se escutou a pergunta, a mobilização provocada, o plano de sensações a que acessou, tudo isso é da ordem da sustensão. Os conceitos já dados não convocavam nem acessavam o plano compartilhado nesta escrita. Foi preciso inventar uma palavra para uma força. *Sustensão* pode ser força, aposta, risco. Pode ser equívoco, medo, hesitação. Pode ser uma transversalidade ético-estético-política. Este exercício de sustensão implica um relançar os dados e colocar-se no jogo, sempre, e outra vez, mas sempre de outro modo. Guarda uma referência de desestabilização, e essa é sua constância e o que provoca um

acesso a um plano. O plano acessado é o das experiências que se modulam e se diferenciam por conversas infinitas. Um plano feito de negações e afirmações – “por que não posso”, “*querer morrer*”. Uma tese que percorre e produz normatividades.

Diante de um *querer morrer*, o que entra em jogo na escuta do risco é o corpo. Mais que os protocolos, o que parece permitir encontros com o *querer morrer* são visceralidades e superfícies dos órgãos. Uma musculatura. Um desejo que se segura com as mãos. Uma alma que gela. Um *feeling* que não se sabe o que é. Um corpo costurado. Uma retroescavadeira que atropela uma criança. Uma política que tem coração. Um corpo que fica nu e cru com a dor nua e crua do outro. Esses são alguns modos de sustensão, de profanação da clínica que transborda protocolos e orienta o trabalho pela sensibilidade, pela abertura do corpo aos encontros e afetos, por permitir uma queda compartilhada que produz uma zona comum. Essa queda acolhe um *querer morrer* como experiência normativa e tensiona a lógica da prevenção ao comportamento suicida preconizada nos manuais, os quais sugerem a possibilidade de uma condução exclusivamente técnica e comportamental dos casos de risco de suicídio. Uma queda que produz um exercício ético e político ao dar ouvidos ao que poderia ser negado em uma existência.

O encontro de corpos que se transversalizam nos indica um outro elemento importante desse manifesto: uma crítica aos universais. A psicologia enquanto dispositivo de saber-poder, em sua pretensa valoração cientificista, foi produzindo uma separação entre corpo e alma, sendo que a alma pode ser assumida aqui como da ordem da racionalidade. Essa dicotomia se instala quando tomamos a alma como pensamento e o corpo como sensorial e afetivo. Nesse imenso resquício platonista de uma cosmologia cristã na psicologia (e em todas as disciplinas) – que opera por dicotomias, metafísicas e conceitos universais – o viver e o morrer foram se distanciando dos corpos e da terra, das entranhas e das vísceras, dos afetos e usos comuns, ganhando a superfície abstrata de conceitos universais. Assim, o corpo dos encontros, esse que se faz e se refaz quando ativado pela radicalidade da presença do outro foi perdendo contornos da pele como superfície que sente, que percebe, que é tocada e que discursa, ganhando uma materialidade restrita ao plano das ideias.

Querer morrer não produz uma experiência universal. Os diagnósticos psiquiátricos e psicológicos higienizam as diferenças, achatam os matizes, as nuances, as condições de possibilidade, as ancestralidades, as desigualdades e os marcadores sociais, produzindo corpos pretensamente neutros. A conexão imediata entre *querer morrer* e suicídio produz uma neutralidade do corpo e uma universalização da experiência. Entretanto, as

interseccionalidades (BRAH, 2006) – gênero, raça, classe, deficiência, orientação sexual, entre outras – são marcadores sociais da diferença que indicam o caráter local, territorial e singular dos encontros e também das violências, como racismo, sexismo, classismo, capacitismo, xenofobia, homofobia, transfobia, e, infelizmente, tantas outras. A autora permite pensar a identidade⁸² como processo e não como essência, sendo que tais marcadores podem constituir uma singularidade da experiência.

Como exercício de análise de implicação, entendendo que é no encontro de corpos que os discursos se produzem, talvez o corpo da pesquisa não estivesse aberto a essas marcas de modo visceral. Os referenciais ocidentalizados, brancos, masculinos e heteronormativos ainda predominam no pensamento, vetorizando expressões com elementos de neutralidade e isso tem efeitos na pesquisa como experiência, em sua dimensão clínica do trabalho da psicologia nas políticas públicas. Haraway (1995) traz importantes questões para pensar a objetividade feminista ao tratar da localização limitada e do conhecimento localizado, encarnando a produção de conhecimento:

Precisamos aprender em nossos corpos, dotados das cores e da visão estereoscópica dos primatas, como vincular o objetivo aos nossos instrumentos teóricos e políticos de modo a nomear onde estamos e onde não estamos, nas dimensões do espaço mental e físico que mal sabemos como nomear. Assim, de modo não muito perverso, a objetividade revela-se como algo que diz respeito à corporificação específica e particular e não, definitivamente, como algo a respeito da falsa visão que promete transcendência de todos os limites e responsabilidades. A moral é simples: apenas a perspectiva parcial promete visão objetiva. Esta é uma visão objetiva que abre, e não fecha, a questão da responsabilidade pela geração de todas as práticas visuais. A perspectiva parcial pode ser responsabilizada tanto pelas suas promessas quanto por seus monstros destrutivos. Todas as narrativas culturais ocidentais a respeito da objetividade são alegorias das ideologias das relações sobre o que chamamos de corpo e mente, sobre distância e responsabilidade, embutidas na questão da ciência para o feminismo. A objetividade feminista trata da localização limitada e do conhecimento localizado, não da transcendência e da divisão entre sujeito e objeto. Desse modo podemos nos tornar responsáveis pelo que aprendemos a ver (HARAWAY, 1995, p. 21).

Não por acaso, o corpo da Jéssica pesquisadora, essa que escreve e fala por entre tantas vozes, também já foi pretensamente um universal e pensou uma pesquisa que emerge com categorias imensas que quase não dizem nada. Minha localização, meu corpo de mulher branca que se sente parda pela ancestralidade, miscigenada, brasileira, descendente de indígenas, latinos e imigrantes europeus, produziu-se nessas epistemologias universalizantes,

⁸² De acordo com Brah (2006, p. 374), “o sujeito pode ser o efeito de discursos, instituições e práticas, mas a qualquer momento o sujeito-em-processo experimenta a si mesmo como o ‘eu’, e tanto consciente como inconscientemente desempenha novamente posições em que está situado e investido, e novamente lhes dá significado. O conceito de diferença, então, se refere à variedade de maneiras como discursos específicos da diferença são constituídos, contestados, reproduzidos e resignificados”.

não sem estranhamentos. Minha formação na graduação em uma universidade localizada em uma cidade de colonização alemã – cidade essa que exalta e comemora esse fato – e conduzida por jesuítas, mesmo com todos os esforços das problematizações sociais, foi marcada pelos universais, assim como grande parte do pensamento nas ciências sociais e da saúde até pouco tempo. Como bolsista de iniciação científica, aprendi a retirar as marcas particulares e locais do texto, deixando-o neutro e indiferente em relação à singularidade da autoria. Durante o percurso do mestrado e de uma especialização, já na universidade pública, foram poucas as entradas da discussão dos saberes locais e das interseccionalidades nas aulas e eventos acadêmicos.

Uma tese que se produz em um determinado tempo, como efeito das condições de possibilidade que a atravessam, também carrega as marcas dessa processualidade. Neste percurso de doutorado que iniciou no ano de 2016, tivemos um golpe de uma presidenta eleita, ocupações estudantis, dos secundaristas aos pós-graduandos, terríveis eleições presidenciais sinalizando a belicosidade e a polaridade da vida e da política, e agora, o avanço de uma necropolítica sem precedentes na contemporaneidade, em meio a uma pandemia.

Ao mesmo tempo, do ponto de vista local e institucional, as ações afirmativas como política do PPGPSI marcaram o momento de uma virada epistemológica no Programa, abrindo a ocidentalização da produção de conhecimento universitária a outros povos, outros corpos, outras marcas, outros pensamentos. Esta tese é atravessada por essa transição do pensamento universal ao local, do genérico ao particular, da dualidade mente e corpo aos corpos encarnados.

O problema que se coloca na tese, da generalização dos diagnósticos que apagam outras possibilidades de um *querer morrer* que não o suicídio, indicando um espaço que precisa ser aberto, pensado e transformado é efeito também desses processos institucionais. Nesse intenso processo, foram emergindo modos de sofrer singulares, como no período das eleições de 2018: quem tinha mais medo de andar nas ruas e ir aos protestos eram aqueles e aquelas que carregam essas marcas não universais no corpo. E no meio de todos esses medos, um colega psicólogo, professor e negro suicidou-se. É sempre difícil pensar o presente, ainda mais quando uma vida com tanta potência se encerra.

O tema do suicídio, do risco e do *querer morrer* arrasta o pensamento para as dicotomias facilmente. Somos convocadas aos binarismos e às polarizações, às sínteses e às interpretações. Há um risco de operar em um plano genérico e universal, ou, em outro polo, um plano restrito e local. O polo de atração da discussão da vida ou morte foi o genérico,

ainda que o esforço tenha sido o de ocupar o lugar da tensão, posicionando o problema entre o universal e o local, por entre o trânsito viver-morrer. Uma das afirmações desse manifesto é a de manter a problematização entre as dicotomias, ainda que possamos reconhecer um imã que atrai aos universais, imã que podemos chamar de colonização, de ocidentalização e de transcendência.

Os marcadores sociais da diferença – gênero, raça, classe, deficiência, orientação sexual, entre outros – são abordados nas pesquisas epidemiológicas e sociais de modo discricionário (frequentemente), o que se mostra interessante e, ao mesmo tempo, complicado em termos éticos e políticos, principalmente do ponto de vista dos saberes localizados apresentados por Haraway (1995). As pesquisas não raras vezes podem conduzir o pensamento na busca de relações de causa e efeito, as quais são infinitas, e indicam um campo representacional e interpretativo, o qual pode produzir uma outra modulação fascista na produção de conhecimento. Uma psicologia que se conduza em uma luta contra o fascismo precisa ser encarnada pelos corpos que possuem ancestralidade, história, memória, marcando a única objetividade possível que é a da localidade, da posição que ocupamos, do corpo que encarnamos. Por isso, fazemos ecoar a voz de Haraway que se sustenta por uma defesa de que “parcialidade e não universalidade é a condição de ser ouvido nas propostas a fazer de conhecimento racional. São propostas a respeito da vida das pessoas; a visão desde um corpo, sempre um corpo complexo, contraditório, estruturante e estruturado, versus a visão de cima, de lugar nenhum, do simplismo” (1995, p. 30).

As interseccionalidades não participaram da proposição da tese inicialmente, mas foram emergindo como plano de composição da problematização. Reconhecemos uma certa negligência epistemológica – no sentido dos modos de produção do conhecimento e das práticas de construção dos saberes –, na não localização dos corpos na pesquisa, que operou um certo apagamento das diferenças. A problematização como método produziu pistas das visibilidades e invisibilidades interseccionais na modulação dos planos analítico-conceituais e platôs transversais, produzindo uma tese encarnada nas condições de possibilidade do seu tempo.

Em relação à questão do gênero, a maioria das usuárias narradas nos casos são mulheres e a totalidade das participantes da pesquisa também. Isso diz do campo do cuidado, no qual as mulheres são a maioria a buscar ajuda e a oferecer cuidado. Podemos pensar na performance de gênero que, historicamente, reitera e convoca às mulheres nesse sentido, fazendo do feminino uma performatividade de gênero ligada às práticas de cuidado. Nesse

sentido, o gênero não emergiu como um operador analítico, mas participa do plano de composição da problematização.

Quanto ao racismo, que é estrutural em nosso país, cabe destacar que o suicídio dos negros durante o período da escravização foi um modo de “autonomia” ou “libertação”⁸³, pois diante das ameaças de tortura e outras violências, algumas pessoas cometeram suicídio como um modo radical de definição do seu destino. O que dizer, então de um *querer morrer* como um modo de resistência na sociedade de controle? Podemos pensar que descolonizar o desejo para afirmar modos de vida passa pelo acolhimento de um *querer morrer*, para que seja possível criar e redesenhar as linhas na direção, não de uma abolição, de uma suspensão de um estado de coisas, do suicídio, mas de linhas de fuga e de criação. Homogeneizar um *querer morrer* pode indicar um apagamento das diferenças, colocando no horizonte a normalização de um modo específico de vida: biopolítica ou necropolítica.

Sabemos que, em tese, o SUS deveria atender a todos, sendo a única diferenciação a ser feita o critério da equidade. Dentro da setorização entre um sistema que se quer público e um sistema suplementar (que efetivamente não está sob a égide pública, mas deveria) se produz o atendimento marcado por classes, principalmente da população mais pobre, pois é a população que mais necessita atenção (o que se expressa no atendimento dos serviços de menor complexidade tecnológica). Pelo contexto de desigualdade social a maioria dos usuários do SUS deveria ser negra, mas não é o que se passa. Nesse estudo, a discussão do racismo aparece pela ausência dessa questão, indicando que a população negra não tem o mesmo acesso aos serviços que a população não negra – é uma questão anterior à problematização de um cuidado interseccional, pois primeiro é necessário garantir o acesso enquanto direito. Isso nos indica uma das condições de precariedade da vida, tal como sinaliza Butler (2018), pois grande parte da população brasileira, principalmente negros e pobres, não é alcançada pela política pública.

A questão da classe emerge com evidência nas narrativas dos casos, na precarização dos serviços e na contextualização das demandas de atendimento. Pode-se pensar a dimensão da pobreza como estrutural também em relação ao campo das políticas públicas, que constitui um território de batalhas sempre em disputa em relação aos direitos humanos e indica o avanço das estratégias neoliberais de privatizações e desinvestimento dessas políticas. As interseccionalidades gênero e raça emergem de modo tangencial na pesquisa, conformando

⁸³ No livro “Mulheres, Raça e Classe” (2016, p. 168), Angela Davis aborda a função da escravidão de mulheres negras pelos trabalhos domésticos em troca de salários: “O salário não pode compensar a escravidão doméstica. Com falta de meios para regressar ao Senegal, fica tão assoberbada pela situação que escolhe o suicídio a um destino de cozinhar, limpar, lavar, esfregar, passar...”.

um campo importante de ser colocado em análise diante da importância ética das discussões, ainda que a dimensão de classe seja a mais evidente.

A abertura provocada pela desvinculação imediata entre *querer morrer* e suicídio pode produzir um modo de introduzir as interseccionalidades na problematização do trabalho em saúde em sua dimensão clínica, sendo que por meio da proposição dos saberes localizados opera-se uma ética que corporifica a produção de conhecimento. Eis o paradoxo que afirma dois sentidos na proposição: pelo *querer morrer* se afirma a expansão do viver, ampliando linhas de conexão de uma ontologia da diferença por entre uma transitividade vital. O diagnóstico simplificado de *querer morrer* como risco de suicídio pode sugerir um dos modos de apagamento das interseccionalidades como plano de composição do cuidado em saúde mentalmetal.

Não se trata, então, de afirmar a morte daquele que quer morrer como permissão de seu desejo. Não se trata de fazer uma apologia ao suicídio. Não se trata de diminuir a importância das políticas de prevenção. Não se trata de universalizar essa experiência. Trata-se, sim, de afirmar o *querer morrer* também como um meio, como uma linha expansiva de vida, de potência, de criação e de interrogação do presente, como um processo de intensa potência normativa. Propõe-se uma politização do viver ao trazer o morrer e o *querer morrer* para um trânsito do qual foram sendo retirados por estratégias de privatização dessas experiências, indicando a produção de uma vida enquanto exercício normativo de um processo vital.

As considerações de Deleuze (2002a) em texto dedicado a pensar a dimensão da imanência como dimensão de “uma vida” posiciona a vida em outra esfera: dessubstancializada e desindividuada. Assim, não é a vida do sujeito ou do indivíduo que está em questão, não é a vida contida em alguém, não é esta vida privada em um corpo individual, essencializada e normalizada. A imanência é apenas uma vida indeterminada, indefinida, potência na mais alta potência, dimensão ética porque situada para além do bem e do mal, uma vida que se afirma enquanto singularidade ao invés de individualidade. Esse plano da imanência “não faz referência a nada, a não ser a ele mesmo, não pertence a um sujeito, não remete a um objeto e também não necessita de nenhuma consciência” (ROSA, 2007, p. 66). É imanência pura, sem restos de transcendência, unidades superiores ou um plano que exceda essa realidade – como na filosofia platônica, que separa o mundo das ideias perfeitas do mundo sensível das coisas. Nas palavras de Deleuze (2002a, p. 16):

Uma vida não contém nada mais que virtuais. Ela é feita de virtualidades, acontecimentos, singularidades. Aquilo que chamamos de virtual não é algo ao qual falte realidade, mas que se envolve em um processo de atualização ao seguir o plano que lhe dá sua realidade própria. O acontecimento imanente se atualiza em um estado de coisas e em um estado vivido que fazem com que ele aconteça. O plano de imanência se atualiza, ele próprio, em um Objeto e um Sujeito aos quais ele se atribui. Entretanto, por menos que Sujeito e Objeto sejam inseparáveis de sua atualização, o plano de imanência é, também ele, virtual, na medida em que os acontecimentos que o povoam são virtualidades.

Pensar a resistência desde a perspectiva de uma vida comporta desafios instigantes para os fins deste manifesto. Trata-se de posicionar-se na imanência dos acontecimentos, lugar de onde “a vida torna-se resistência ao poder quando o poder assume como objeto a vida” (DELEUZE, 2005, p. 99), aspecto esse que nos abre caminhos quando interessa pensar as práticas em saúde. Eis aqui uma vereda para a criação de acolhimento a essa vida transbordante que pede passagem, muitas vezes, pelo atordoante desejo de morrer. Paradoxalmente, recusar a vida ou *querer morrer* pode ser a afirmação de uma vida, enquanto imanência. De acordo com Rosa (2007, p. 66, grifo do autor), a concepção de uma vida em Deleuze,

Não se remete aqui À VIDA como um modelo específico ou algum tipo essencial mais perfeito, mas a uma vida enquanto potência completa. Nenhuma vida específica, mas nem por isso uma indeterminação empírica. O artigo indefinido perde uma possível indeterminação na medida em que assinala a determinação da imanência. [...] Desta maneira, os indefinidos, como determinações do singular, equivalem ao mais alto grau de potencialidade de uma vida, quando esta não está mais ligada a nenhum vestígio pessoal, puro plano de imanência.

Interessa-nos este movimento de tensão que está em um plano de forças e de luta, em um plano de virtualidades, por entre os discursos hegemônicos, que afirmem uma vida enquanto potência. *Querer morrer* pode sugerir, paradoxalmente, afirmação de uma vida, pois “as mortes são acontecimentos de uma vida, desde que as primeiras sejam livres de efetuação, e a segunda seja imanência absoluta. [...] Uma vida é um reservatório de morreres” (ROSA, 2007, p. 68). O risco de morrer, quando se toma o trabalho como risco, não é livre de efetuação, pois não se trata apenas da morte acontecimento: trata-se, também, da morte biológica, do organismo, da morte de um estado de coisas. Esse é um dos paradoxos de acolher o impensável que amplifica e reverbera o problema da tese.

Querer morrer pode produzir diferença e transformação, pode permitir essa uma vida indicada por Deleuze, mas pode também se atualizar como linha de abolição, e é nesse plano de riscos e normas, nesse fio da navalha, que um trabalho acontece em sua dimensão clínica. Pensar essa uma vida enquanto imanência pode sugerir uma ética da transversalidade enquanto processo vital que se articula por descontinuidades, produzindo resistências ao

modelo das sociedades de controle e disciplinares que operam por individualização. “*Querer morrer* como um meio” pode permitir afirmar essa dimensão como componente de um modo de existência que, inclusive, expande uma potência da vida.

Os constantes esforços de individualização parecem indicar algo nessa experiência que não se deseja compartilhar ou entender enquanto problema comum, silenciando o *querer morrer* pela produção do suicídio em um sentido sacro como efeito de processos de normalização. A normalização, desse modo, pode implicar uma despolitização do sofrimento e da vida, desvitalizando e neutralizando os corpos e despotencializando a força diferenciante de um trabalho em saúde e de uma profanação da clínica.

Como afirmamos ao longo da tese, há um mundo de normatividade entre o *querer morrer* e o suicídio que pode interrogar o nosso presente, passando pelas práticas no trabalho em saúde em sua dimensão clínica quando posicionam a dimensão do problema como operação do pensamento, o que implica uma inseparabilidade de um *ethos* ético-estético-político na pesquisa pelo caráter relacional, criador e de implicação produzido.

Afirmamos uma abertura para a dimensão coletiva da experiência, para a ética e afetação dos encontros dos corpos, para o acompanhamento de processos, para a profanação da clínica e para a localização dos saberes, expandindo uma dimensão coletiva e comum do *querer morrer*, por um *ethos* da confiança. Essas modulações da problematização só foram possíveis por uma experiência de múltiplas quedas: da sacralização do suicídio, do lugar do *querer morrer* como um fim, queda da psicologia como gestora de protocolos nos casos de risco de suicídio, queda da individualização do trabalho em saúde nas políticas públicas pelo reconhecimento de um ofício. Tais exercícios ensejam este manifesto por uma antipsicologia que se faça antifascista em uma tese que se encerra como um meio.

REFERÊNCIAS

AGAMBEN, Giorgio. **Profanações**. São Paulo: Boitempo, 2007.

AMADOR, Fernanda. Psicologia, Trabalho, Gestão? **Arquivos Brasileiros de psicologia**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 2, p. 21-33, 2017.

_____. Um posfácio, uma conversa... In: SILVA, Claudia Osório da; ZAMBONI, Jésio; BARROS, Maria Elisabeth Barros de. **Clínica do trabalho e análise institucional**. Rio de Janeiro: Nova Aliança Editora e Papéis, 2016. p. 269-285.

ARTIÈRES, Philippe. Dizer a atualidade: o trabalho de diagnóstico em Michel Foucault. In: GROS, Frédéric [Org.]. **Foucault: a coragem da verdade**. São Paulo: Parábola, 2004. p. 15-37.

A PANDEMIA expôs o apartheid não oficial do Brasil em toda a sua brutalidade. Entrevista com Eliane Brum. **Portal Geledés**, 12 junho 2020. Disponível em: <<https://www.geledes.org.br/a-pandemia-expos-o-apartheid-nao-oficial-do-brasil-em-toda-a-sua-brutalidade-entrevista-com-eliane-brum/>>. Acesso em: 13 jun. 2020.

BARBOSA, Jonnefer. **Políticas de desaparecimento e niilismo de Estado**. Textos Pandemia Crítica, (024). São Paulo: N-1 edições, 2020.

BARTHES, Roland. **A câmara clara**. Rio de Janeiro, Nova, 1984.

BEATRIZ, Rebeca. Caixões serão empilhados em valas comuns de Manaus para suprir demanda de enterros; famílias criticam medida: 'Não é digno'. **G1 Rede Amazônica**, Amazonas, 27 abr. 2020. Disponível em: <<https://g1.globo.com/am/amazonas/noticia/2020/04/27/corpos-serao-empilhados-em-valas-comuns-de-manaus-para-suprir-demanda-de-enterros-familias-criticam-medida-nao-e-digno.ghtml>>. Acesso em: 13 jun. 2020.

BLANCHOT, Maurice. **A conversa infinita**. v. 1. São Paulo: Escuta, 2001.

BLUM, Claude. A loucura e a morte no imaginário coletivo da Idade Média e do começo do Renascimento (séculos XII-XVI). In: BRAET, Herman; VERBEKE, Werner (Eds.). **A Morte na Idade Média**. São Paulo: Universidade de São Paulo, 1996. p. 271-296.

BONDIA, Jorge Larrosa. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev. Bras. Educ.** [on-line]. 2002, n. 19, p. 20-28. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbedu/n19/n19a02.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2020.

BOTEGA, Neury José. Comportamento suicida: epidemiologia. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 25, n. 3, p. 231-236, Dec. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pusp/v25n3/0103-6564-pusp-25-03-0231.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2020.

BRAH, Avtar; PHOENIX, Ann. Ain't I A Woman? Revisiting Intersectionality. **Journal of International Women's Studies**. 5(3): 75-86. 2004.

_____. Diferença, diversidade, diferenciação. **Cadernos Pagu**. São Paulo. vol. 26, p. 329-376, janeiro-junho, 2006.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social** – PNAS/2004; Norma Operacional Básica – NOB/Suas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – Secretaria Nacional de Assistência Social, 2005.

BRUM, Eliane. O vírus somos nós (ou uma parte de nós). **El País**, Brasil, 25 mar. 2020. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/opiniao/2020-03-25/o-virus-somos-nos-ou-uma-parte-de-nos.html>>. Acesso em: 13 jun. 2020.

BUTLER, Judith. **Quadros de guerra: Quando a vida é passível de luto?** 5. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2018.

_____. Sexual Inversions: Rereading the End of Foucault's History of Sexuality, Vol. I. In.: Donna Stanton (Org.). **Discourses of Sexuality: From Aristotle to AIDS**. Ann Harbor: University of Michigan Press, 1992. p. 59-75.

CAMUS, Albert. **O mito de Sísifo**. 9. ed. Rio de Janeiro: Record, 2012.

CANDIOTTO, Cesar. Ética e Política em Michel Foucault. **Trans/Form/Ação**, Marília, v. 33, n.2, p. 157-176, 2010.

CANGUILHEM, Georges. **O conhecimento da vida**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

_____. **O normal e o patológico**. 7. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

_____. **Escritos sobre a medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CASTEL, Robert. **A gestão dos riscos: Da antipsiquiatria à pós-psicanálise**. 1. ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1987.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CESAR, Janayna Mariano; ZAMBONI, Jésio; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Clínicas do Trabalho como redes de conversações. In: AMADOR, Fernanda Spanier; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; FONSECA, Tania Mara Galli (Orgs.). **Clínicas do trabalho e paradigma estético**. Porto Alegre: UFRGS, 2016. p. 17-32.

CICOGNA, Júlia Isabel Richter; HILLESHEIM, Danúbia; HALLAL, Ana Luiza de Lima Curí. Mortalidade por suicídio de adolescentes no Brasil: tendência temporal de crescimento entre 2000 e 2015. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 1, p. 1-7, mar. 2019. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852019000100001>. Acesso em: 15 fev. 2020.

CIORAN, Emil. **El malvado demiurgo**. 1. ed. La Plata: Terramar, 2012.

CLOT, Yves. O ofício como operador de saúde. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, São Paulo, vol. 16, n. especial 1, p. 1-11, 2013.

_____. A contribuição de Tosquelles à Clínica do Trabalho. **Trabalho & Educação**, Belo Horizonte, 22(1), p. 199-208, 2013a.

_____. **A função psicológica do trabalho**. Trad. de Adail Sobral. Petrópolis: Vozes, 2006.

_____. **Trabalho e poder de agir**. Belo Horizonte: Fabrefactum, 2010.

COELHO, Débora de Moraes; FONSECA, Tania Mara Galli. As mil saúdes: para quem e além da saúde vigente. **Psicologia e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 19, n. 2, p. 65-69, 2007.

CRENSHAW, Kimberlé Williams. Mapping the Margins: Intersectionality, Identity Politics, and Violence Against Women of Color. **Stanford Law Review**, 43(6), 1991, p. 1241-99.

DAMOUS, Issa; ERLICH, Hilana. O ambulatório de saúde mental na rede de atenção psicossocial: reflexões sobre a clínica e a expansão das políticas de atenção primária. **Physis Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 27 [4]: p. 911-932, 2017.

DAVIS, Angela Y. **Mulheres, raça e classe**. São Paulo: Boitempo, 2016.

DELEUZE, Gilles. **Nietzsche e a filosofia**. São Paulo: N-1 edições, 2018.

_____. **Foucault**. Lisboa: Edições 70, 2005.

_____. A Imanência: uma vida. **Educação e Realidade**, Porto Alegre, v. 27, n. 2, p. 10-18, jul/dez, 2002a.

_____. **Bergsonismo**. São Paulo: Editora 34, 1999a.

_____. ¿Que és un dispositivo? In: BALIBAR, Etienne; DREYFUS e Hubert; DELEUZE, Gilles et al. **Michel Foucault, filósofo**. Barcelona: Gedisa, 1999b. p. 155-161.

_____; PARNET, Claire. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.

_____. Post-Scriptum sobre as sociedades de controle. In: DELEUZE, Gilles. **Conversações**. São Paulo: Editora 34, 1992. p. 221-224.

_____. **Diferença e repetição**. Trad. Luiz Orlandi e Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

_____. **Cours Vincennes (24/01/1978)**. 1978. Disponível em: <https://www.webdeleuze.com/textes/194>. Acesso em: 25 ago. 2019.

_____. **Nietzsche**. Lisboa: Edições 70, 1965.

_____; GUATTARI, Félix. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2**, vol. 4. São Paulo: Editora 34, 2012.

_____. **Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia 2**, vol. 2. São Paulo: Editora 34, 2011.

DUARTE, André. Foucault e as novas figuras da biopolítica: o fascismo contemporâneo. In: RAGO, Margareth; VEIGA-NETO, Alfredo (Orgs.). **Para uma vida não-fascista**. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

ESCÓSSIA, Liliana. **O coletivo como plano de coengendramento do indivíduo e da sociedade**. São Cristóvão: Edição da UFS, 2014.

FIGUEIREDO, Luis Claudio Mendonça. **Matrizes do pensamento psicológico**. 17. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012.

FOUCAULT, Michel. **O belo perigo**. Conversa com Claude Bonnefoy. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2016.

_____. **História da sexualidade: a vontade de saber**. v. 1. Rio de Janeiro: Graal, 2013.

_____. **A coragem da verdade: O governo de si e dos outros: Curso no Collège de France (1982-1983)**. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

_____. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2010b.

_____. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)**. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2010c.

_____. Crise da medicina ou crise da antimedicina. **Verve**, São Paulo, n. 18, p. 167-194, 2010d.

_____. Nietzsche, a genealogia e a história. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 28. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2009a, p. 15-38.

_____. **O nascimento da clínica**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008a.

_____. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

_____. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008c.

_____. Poder e Saber. In: FOUCAULT, Michel. **Ditos & Escritos IV: Estratégia, poder-saber**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006a, p. 223-240.

_____. **A hermenêutica do sujeito: curso dado no Collège de France (1981-1982)**. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006b.

_____. **O poder psiquiátrico: curso dado no Collège de France (1973-1974)**. São Paulo: Martins Fontes, 2006c.

_____. A Vida dos Homens Infames. 1977. In: FOUCAULT, Michel. **Ditos & Escritos IV: Estratégia, poder-saber**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006d, p. 203-222.

_____. A Ética do Cuidado de Si como Prática da Liberdade. 1984. In: FOUCAULT, Michel. **Ditos & Escritos V: Ética, Sexualidade, Política**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004a. p. 264-287.

_____. A Escrita de Si. 1983. In: FOUCAULT, Michel. **Ditos & Escritos V: Ética, Sexualidade, Política**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004b, p. 144-162.

_____. Prefácio: Folie et déraison. 1961. In: **Ditos & Escritos I: Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1999a, p. 140-148.

_____. **As palavras e as coisas: uma arqueologia das ciências humanas**. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999b.

_____. O sujeito e o poder. 1982. In: DREYFUS, H. & RABINOW, P. **Michel Foucault: Uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 231-249.

_____. A Vida: a Experiência e a Ciência. 1985. In: FOUCAULT, Michel. **Ditos & Escritos II: Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005, p. 352-366.

_____. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1987.

_____. O que é a crítica? **Conferência**, 1978.

_____. Introdução à vida não-fascista. In.: DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. **Anti-Oedipus: Capitalism and Schizophrenia**, New York, Viking Press, 1977, pp. XI-XIV.

FONTANARI, Rodrigo. A noção de punctum de Roland Barthes, uma abertura da imagem? **Paralaxe**, v. 3, nº1, 2015.

FRANCES, Allen. **Voltando ao normal: como o excesso de diagnósticos e a medicalização da vida estão acabando com a nossa sanidade e o que pode ser feito para retomarmos o controle**. 1. ed. Rio de Janeiro: Versal, 2016.

GALEANO, Eduardo. **O livro dos abraços**. 2. ed. Porto Alegre: L&pm, 2005.

GELAMO, R. P. (2008). Pensar sem pressupostos: condição para problematizar o ensino da filosofia. **Pro-Posições**, 19(3), 161-174.

GONDAR, Jô. A clínica como prática política. **Lugar Comum**, 19, p. 125-134, 2004.

GORI, Roland. O sujeito da saúde mental: da atualidade de Foucault. In: ARTIÈRES, Philippe; BERT, Jean-François; GROS, Frédéric ; REVEL, Judith. **Michel Foucault**. 1. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014, p. 299-304.

GROS, Frédéric. A parrhesia em Foucault (1982-1984). In: GROS, Frédéric [Org.]. **Foucault: a coragem da verdade**. São Paulo: Parábola, 2004, p. 155-166.

GUATTARI, Félix. **Revolução molecular:** pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1987.

HARAWAY, Donna; Saberes Localizados: a questão da ciência para o feminismo e o privilégio da perspectiva parcial. **Cadernos Pagu.** São Paulo, vol. 5. P, 07-41, 1995.

HUME, David. Do suicídio. In: PUENTE, Fernando Rey (Org). **Os filósofos e o suicídio.** Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008, p. 109-123.

KASTRUP, Virgínia; PASSOS, Eduardo. Pista do Comum. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; TEDESCO, Sílvia. **Pistas do método da cartografia:** a experiência da pesquisa e o plano comum. v. 2. Porto Alegre: Sulina, 2014, p. 15-41.

KASTRUP, Virgínia. A aprendizagem da atenção na cognição inventiva. **Psicologia e Sociedade,** Minas Gerais, v. 16, n. 3, p. 7-16, set./dez., 2004.

_____. **A invenção de si e do mundo:** uma introdução do tempo e do coletivo no estudo da cognição. Campinas: Papirus, 1999.

LAZZARATO, Maurizio. **O Governo do Homem Endividado.** São Paulo: N-1 Edições, 2017.

LÓPEZ, Maximiliano Valério. O conceito de experiência em Michel Foucault. **Revista Reflexão e Ação,** Santa Cruz do Sul, v. 19, n. 2, p. 42-55, jul./dez., 2011.

MACHEREY, Pierre. **Georges Canguilhem:** um estilo de pensamento. Goiânia: Almeida & Clément, 2010.

MÃE, Valter Hugo. **Homens imprudentemente poéticos.** São Paulo: Biblioteca Azul, 2016.

MBEMBE, Achille. **Necropolítica.** São Paulo: N-1 edições, 2018.

_____. Necropolítica. **Revista arte e ensaios,** Revista do PPGAV/EBA/UFRJ, n. 32, dezembro, 2016.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Princípios do SUS.** Equidade. 2020. Disponível em: <<https://www.saude.gov.br/sistema-unico-de-saude/principios-do-sus>>. Acesso em: 15 fev. 2020.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde.** Boletim Epidemiológico. 2017; 48(30). Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2020.

_____. **Portaria nº 3.588,** de 21 de dezembro de 2017. Altera as Portarias de Consolidação no 3 e nº 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Rede de Atenção Psicossocial, e dá outras providências. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt3588_22_12_2017.html>. Acesso em: 20 jun. 2020.

_____. **Portaria nº 3.088**, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em:
<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt3088_23_12_2011_rep.html>. Acesso em: 20 jun. 2020.

_____. **O SUS de A a Z**: garantindo saúde nos municípios. Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde. – 3. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf. Acesso em: 15 fev. 2020.

_____. Estratégia Nacional de Prevenção do Suicídio. **Prevenção do Suicídio**: Manual dirigido a profissionais das equipes de saúde mental. Organização Pan-Americana da Saúde. Universidade Estadual de Campinas. 2006. Disponível em:
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_editoracao.pdf. Acesso em: 15 fev. 2020.

MONTAIGNE, Michel. Costume da ilha de Quios. (Ensaio, Livro II, capítulo 3). In: PUENTE, Fernando Rey (Org). **Os filósofos e o suicídio**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008, p. 83-107.

NARDI, Henrique Caetano; SILVA, Rosane Neves da. A Emergência de um Saber Psicológico e as Políticas de Individualização. **Educação e Realidade**, v. 29, n. 1, 2004.

NETFLIX. In: WIKIPÉDIA: a enciclopédia livre. Porto Alegre, 26 fev. 2018. Disponível em:
<<https://pt.wikipedia.org/wiki/Netflix>>. Acesso em: 15 fev. 2020.

NETTO, Nilson Berenchtein. Capítulo I – Suicídio: uma questão de saúde pública e um desafio para a psicologia clínica. In: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **O Suicídio e os Desafios para a Psicologia**. Brasília: CFP, 2013, p. 15-29.

NIETZSCHE, Friedrich Wilhelm. **Ecce homo**: como cheguei a ser o que sou. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 2016a.

_____. **Assim falava Zaratustra**: livro para toda a gente e para ninguém. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2016b.

_____. **A genealogia da moral**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013.

_____. **100 aforismos sobre o amor e a morte**. São Paulo: Penguin/Companhia das Letras, 2012.

NOTA TÉCNICA, Nº 02/2017. **Alerta aos serviços de saúde de Porto Alegre**. 19 de abril de 2017.

OEXLE, Otto Gerhard. A presença dos mortos. In: BRAET, Herman; VERBEKE, Werner (Eds.). **A Morte na Idade Média**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1996. p. 27-78.

OLIVEIRA, Andréia Machado; FONSECA, Tania Mara Galli; MOEHLECKE, Vilene. Corpos que (se) trabalham: relações éticas na construção de si e do coletivo. In: AMADOR, Fernanda Spanier; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; FONSECA, Tania Mara Galli (Orgs.). **Clínicas do trabalho e paradigma estético**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2016, p. 113-128.

OLIVEIRA, Joana. Em meio à pandemia do coronavírus, SUS e planos de saúde ainda não acertaram regras para distribuir leitos. **El País**, Brasil, 10 abr. 2020. Disponível em: <<https://brasil.elpais.com/sociedade/2020-04-09/em-meio-a-pandemia-do-coronavirus-sus-e-planos-de-saude-ainda-nao-pactaram-regras-para-distribuir-leitos.html>>. Acesso em: 13 jun. 2020.

OLIVEIRA, João Manuel de. A necropolítica e as sombras na teoria feminista. **Ex æquo**, Instituto Universitário de Lisboa, Portugal, n. 29, p. 69-82, 2014.

PASSOS, Eduardo. Psicologia, pesquisa cartográfica e transversalidade. **Revista Polis e Psique**; 20 ANOS DO PPGPSI/UFRGS, p. 128-139, 2019.

_____; CARVALHO, Yara M. A formação para o SUS abrindo caminhos para a produção do comum. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 92-101, 2015. Disponível em: www.scielo.br/pdf/sausoc/v24s1/0104-1290-sausoc-24-s1-00092.pdf. Acesso em: 15 abr. 2020.

_____; BARROS, Regina Benevides. A cartografia como método de pesquisa intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. v. 1. Porto Alegre: Sulina, 2009, p. 17-31.

_____.; BENEVIDES, Regina. Clínica e biopolítica na experiência do contemporâneo. **Psicologia Clínica Pós-Graduação e Pesquisa (PUC/RJ)**, PUC-RJ, v. 13, n. 1, p. 89-99, 2001.

PINEL, Philippe. (1745-1826) **Tratado médico-filosófico sobre a alienação mental ou a mania**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2007.

PORTOCARRERO, Vera. **As ciências da vida: de Canguilhem a Foucault**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

PRUDENTE, Jéssica. **Tempo, trabalho e fotografia: a produção de práticas reflexivas nos jogos de verdade do trabalho em saúde**. 2012. 147 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Programa de Pós Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2012.

PUENTE, Fernando Rey (Org). **Os filósofos e o suicídio**. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

REDE HUMANIZA SUS. **Diferença entre promoção e prevenção**. 2013. Disponível em: <http://redehumanizasus.net/66219-diferenca-entre-promocao-e-prevencao/>. Acesso em: 15 fev. 2020.

REVEL, Judith. Resistências, subjetividades, o comum. **Lugar Comum**, vol. 1, n.º 35-36, out. 2012.

ROCHA, Charis Telles Martins da; AMADOR, Fernanda Spanier. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, 13(2), São João del Rei, maio-agosto de 2018.

ROLNIK, Suely. Hal Hartley e a ética da confiança. **Trafic**. Révue de Cinéma, n. 12, p. 104-114. P.O.L., Paris, outono 1994.

_____. Pensamento, corpo e devir: uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos de Subjetividade**: Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica da PUCSP, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 241-51, fev./set. 1993.

ROSA, Marcele Pereira da. **Políticas da Morte-Acontecimento**. 2007. 99 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional) – Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, 2007.

SADE, Christian; FERRAZ, Gustavo Cruz; ROCHA, Jerusa Machado. O ethos da confiança na pesquisa cartográfica: experiência compartilhada e aumento da potência de agir. *Fractal Revista de Psicologia*, 2013, vol. 25, n. 2, pp. 281-298.

SAFATLE, Vladimir. **Bem-vindo ao estado suicidário**. Textos Pandemia Crítica, (004). São Paulo: N-1 edições, 2020.

_____. O que é uma normatividade vital? Saúde e doença a partir de Georges Canguilhem. *Scientiae Studia*, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 11-27, 2011.

SARAMAGO, José. **As intermitências da morte**. São Paulo, SP; Companhia das Letras, 2005.

SCHWARTZ, Yves. (2011). Manifesto por um ergoengajamento. In: BENDASOSLI, P. F. e SOBOL, L. A. (orgs). **Clínicas do Trabalho**: Novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade. São Paulo: Atlas, 2011.

_____. Circulações, dramáticas, eficácias da atividade industrial. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1, p. 33-55, março, 2004.

_____. Trabalho e valor. Tempo social, **Revista Sociologia USP**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 147-158, outubro, 1996.

SOUSA, José Elielton de. Nietzsche e a grande de saúde: notas sobre a Genealogia da moral. **Controvérsia**, São Leopoldo, v. 7, n. 2, p. 25-38, mai-ago, 2011.

TEDESCO, Silvia Helena; PINHEIRO, Diego Arthur Lima. A Clínica da Atividade e o dialogismo bakhtiniano: por uma psicologia do estilo. In: AMADOR, Fernanda Spanier; BARROS, Maria Elizabeth Barros de; FONSECA, Tânia Mara Galli (Orgs.). **Clínicas do trabalho e paradigma estético**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2016. p. 189-209.

TEDESCO, Silva; SADE, Christian; CALIMAN, Luciana Vieira. A entrevista na pesquisa cartográfica: a experiência do dizer. **Fractal Revista de Psicologia**, v. 25, n. 2, 2013.

TEIXEIRA, Danielle Vasconcelos; BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Clínica da atividade e cartografia: construindo metodologias de análise do trabalho. **Psicologia & Sociedade**, 21 (1), p. 81-90, 2009.

TELLER, Jane. **Nada**. Rio de Janeiro, São Paulo: Record, 2013.

VAN HOOFF, Anton J. L. **From Autothanasia to Suicide: Self-Killing in Classical Antiquity**. London and New York: Routledge, 1990.

VAZ, Lúcio. O problema do suicídio em Montaigne. **Kriterion**, Belo Horizonte, n. 126, p. 483-497, dez, 2012.

VEYNE, Paul. **Sêneca e o estoicismo**. São Paulo: Três Estrelas, 2015.

VOVELLE, Michel. A História dos Homens no Espelho da Morte. In: BRAET, Herman; VERBEKE, Werner (Eds.). **A Morte na Idade Média**. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 1996. p. 11-26.

WOOLF, Virginia. **Um teto todo seu**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

ANEXO 1

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Projeto: Trabalho, Subjetivação e Clínica – educação e saúde em análise

Pesquisador Responsável: Fernanda Spanier Amador

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal do Rio Grande do Sul/UFRGS Endereço do Comitê de Ética Psicologia: Rua Ramiro Barcelos, 2600. CEP: 90035-003. Email: cep-psico@ufrgs.br Telefones para contato: (51)3308-5296 - (51)99916-8840.

Nome do voluntário: _____

Idade: _____ anos R.G. _____

Responsável legal (quando for o caso): _____

R.G. Responsável legal (quando for o caso): _____

O Sr./Sra está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Trabalho, Subjetivação e Clínica” – educação e saúde em análise, de responsabilidade da pesquisadora Fernanda Spanier Amador contando na equipe com o/a pesquisador/a _____.

O presente projeto problematiza um campo marcado pelas transformações do capitalismo contemporâneo que tem gerado mudanças na esfera da gestão dos processos e da experiência de trabalho. Temos como objetivo geral estudar os modos como os trabalhadores e trabalhadoras vivenciam e dão sentido às experiências de trabalho explorando elementos relativos aos processos de saúde e do aprender experimentados quando do exercício do trabalho.

A metodologia proposta implica na realização de entrevistas e/ou na formação de grupos de discussão sobre os processos de trabalho com trabalhadores e trabalhadoras voluntário/as a fim de debaterem a respeito de situações laborais junto aos pesquisadores. As entrevistas e as conversas nos grupos serão gravadas em áudio para facilitar o processamento do material sendo seu conteúdo preservado de modo a respeitar o sigilo dos informantes, quando da divulgação da pesquisa na forma de relatório de pesquisa e/ou em outras formas de publicação. A partir da entrada em campo da equipe pesquisadora e das visitas aos locais de trabalho, bem como das conversas para apresentação da proposta da pesquisa, os trabalhadores e trabalhadoras serão convidados/as a participarem das situações de entrevistas e de grupos de análise dos processos de trabalho, que podem incluir produções escritas por parte dos participantes, troca de cartas entre eles e produções de textos que tenham relação com os objetivos da pesquisa.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária podendo este consentimento ser retirado a qualquer momento. Destaca-se que não haverá qualquer ônus financeiro aos participantes da pesquisa e que os dados da pesquisa serão guardados pela pesquisadora responsável por um período de 05 anos na sala 401 J do Instituto de Psicologia da UFRGS.

Os riscos desta pesquisa são mínimos mas se durante o seu desenvolvimento o senhor/a sentir alguma espécie de desconforto psicológico, será prestada assistência por parte dos pesquisadores no sentido de efetivar os encaminhamentos necessários junto à Rede Pública de Saúde.

Como benefício, destaca-se que com esta pesquisa espera-se contribuir para a promoção de ações que valorizem os saberes construídos pelos trabalhadores em seu

cotidiano de trabalho, bem como para o desenvolvimento de ações em saúde e formação pelo trabalho nos espaços laborais.

Para sanar eventuais dúvidas relativas ao desenvolvimento da pesquisa, os participantes poderão recorrer aos pesquisadores pelo telefone (51)3308-5459 ou ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia (51) 3308-5698.

Eu, _____, RG nº _____
 declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Porto Alegre, ____ de _____ de _____

 Nome e assinatura Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA PUBLICAÇÃO DE IMAGENS

A metodologia da pesquisa pode implicar, ainda, na produção de imagens fotográficas e/ou videográficas dos trabalhadores em situação de trabalho pelos pesquisadores e/ou pelos próprios trabalhadores pesquisados, para fins de debates, entre os trabalhadores e pesquisadores, a respeito de seu trabalho. Quanto a este aspecto, assegura-se que as imagens serão utilizadas, exclusivamente, para fins da pesquisa, não sendo publicadas imagens nas quais os participantes apareçam em qualquer veículo digital e/ou impresso, bem como em eventos científicos, preservando-se, assim, seus direitos de privacidade. As imagens produzidas pelos participantes que não envolverem pessoas poderão vir a ser publicadas no relatório de pesquisa e/ou em eventuais artigos científicos, preservando-se o sigilo do produtor das mesmas.

Eu, _____, RG nº _____
 declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Porto Alegre, ____ de _____ de _____.

 Nome e assinatura Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento