

SAÚDE: A CARTOGRAFIA DO TRABALHO VIVO.
Merhy EE. 3ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec;
2002. (Saúde em Debate, 145).

ISBN: 85-271-0580-2

Cartografando na saúde os “inconscientes que protestam”

Foucault¹ chamava atenção para a emergência, desde o século XIX, de uma nova tecnologia de poder que funciona tomando “*posse da vida desde o orgânico ao biológico*”. Ele a denomina de biopolítica e mostra que ela se exerce tomando a população. Já não toma mais o corpo para individualizar, docilizar e disciplinar, mas o toma para operar uma individualização que recoloca os corpos nos “processos biológicos de conjunto”, como fenômenos coletivos que só ganham pertinência no nível das massas. Apesar de funcionar de modo inverso às antigas tecnologias de poder da soberania – expressas na vontade e no direito do soberano de “fazer morrer e deixar viver” – e da disciplina – que rege a multiplicidade dos homens para torná-los individualidades a serem controladas, treinadas e vigiadas –, o biopoder não as apaga. Ele as conjuga, “*penetrando-as, perpassando-as e modificando-as*” e, em seu exercício de “*fazer viver e deixar morrer*” toma a vida do homem como ser vivo, como espécie.

Do ponto de vista biopolítico, esses processos de intensificação da vida estão incondicionalmente conjugados aos processos de ativação das forças produtivas e de sua reprodução, pois o modo de produção capitalista, hoje, materializa-se não só em toda a sociedade e em todas as relações sociais, mas também, e, primordialmente, no governo da “natureza humana” e da vida em sua virtualidade. Os afetos, o conhecimento, o desejo são fortemente incorporados ao atual regime de acumulação capitalista.

O funcionamento generalizado do poder no “*capitalismo mundial integrado*”² vai ser apontado, por Negri & Hardt³, como uma nova forma de soberania chamada Império. O império é sem limites e sem fronteiras em vários sentidos, desde o englobar a totalidade do espaço-mundo, apresentando-se como ordem a-histórica, eterna, definitiva, até a penetração na vida das populações, nos seus corpos, mentes, inteligência, desejo e afetividade. Ele se encarrega positivamente da produção e da reprodução da própria vida organizando a totalidade das atividades da população.

Prolongando a intuição foucaultiana sobre o biopoder, os autores mostram que o poder agora não é mais restritivo, punitivo e não se exerce verticalmente, mas sob a forma de uma rede horizontal esparramada, entrelaçada ao tecido social e à sua heterogeneidade, articulando singularidades étnicas, religiosas minoritárias, e requerendo, com isto, novas modalidades de controle e primordialmente de luta.

É nesse campo de exercício dos poderes: as ciências, o capital, o Estado, a mídia, em seus hibridismos

e flexibilizações no capitalismo contemporâneo que Merhy analisa os processos de reestruturação produtiva no trabalho em saúde, afirmando que, hoje, o território em disputa é o campo de ação do trabalho vivo em ato, na sua capacidade de imprimir novos arranjos tecnológicos e rumos para os atos produtivos em saúde.

O livro de Merhy, em sua terceira edição, reúne um conjunto de textos tecidos na interface entre os processos de gestão e cuidado em saúde, e tem como idéia-força a problematização dos modos cotidianos de se produzir saúde tendo como plano político-metodológico a análise micropolítica do trabalho vivo em ato. Utilizando o método cartográfico acompanha, no cotidiano das ações em saúde, as produções/efeitos das tecnologias de reestruturação produtiva atinentes às estratégias contemporâneas de acumulação do capital, em suas materialidades e imaterialidades, chamando atenção para a centralidade que o capital financeiro vem assumindo na biopolítica das práticas de gestão e atenção em saúde. Ao mesmo tempo, oferta uma “*caixa de ferramentas*” que funcione com potência de bússola para o pensar num terreno de tensionamentos e desafios, em meio aos quais o “*agir em saúde*” se afirma como experiência radical de (re)invenção da saúde como bem público e potência de luta “*a serviço da vida individual e coletiva*”.

Na “*caixa de ferramentas*” utilizada pelo autor temos conceitos-força que compõem o plano de consistência para as análises micropolíticas, advindos dos campos da filosofia, da economia política, da saúde pública que funcionam indagando “*o que se passa entre*”, nos caminhos que se criam por entre impossibilidades no cotidiano das práticas de saúde. Desde o início do livro, Merhy anuncia seus aliados nesta empreitada, quais sejam: “*os inconscientes que protestam*”.

Temos já na apresentação um “*convite-convocação*” para alguns deslocamentos, seja dos territórios instituídos que nos polarizam e/ou polarizamos como de protagonismo ou de vítimas do estado de coisas, seja da armadilha transcendente que nos circunscreve como sujeitos da razão, já constituídos, cujas ações se balizam em garantias prévias, fora do plano das relações, “*das misturas*”. Plano esse, no qual experimentamos apostas, afecções coletivas em meio às quais nos des-subjetivamos, na porosidade dos “*muitos em nós*” e em meio aos quais produzimos outros sentidos e reinventamos a nós e a nossas ações.

Nos primeiro e terceiro capítulos e apêndice 3, o autor sinaliza que, desde o final do século XX vivemos um novo ciclo de acumulação do capital cujos processos de reestruturação produtiva e inovações tecnológicas vão incidir primordialmente no terreno do trabalho vivo, ou seja, nas tecnologias leves e leve-duras. Traçando essas reflexões para o campo da saúde, mostra a pouca incidência de estudos que atentem para a micropolítica desta transição e os limites das análises que se estruturam em torno de algumas correntes marxistas da Sociologia do Trabalho, que se pautam no mo-

delo fabril dando acento nas críticas ao modelo médico hegemônico da medicina tecnológica. Para o autor é preciso atentar para o fato de que essa crítica já foi incorporada e laminada pelo capital financeiro, que se “pluga” nos processos do trabalho vivo por meio das proposições da Atenção Gerenciada (AG) que deslocam a “microdecisão clínica pela administrativa”, impondo nova forma tecnológica de constituir o próprio ato de cuidar e o modo de operar a sua gestão.

Chama atenção para como a AG tem sido “*olhada com carinho*” por governos locais, principalmente da América Latina, e organizações internacionais que têm grande influência para criar temáticas para os projetos de reforma na saúde. No Brasil, esse ideário ganha força entre os prestadores de serviço de saúde vinculados aos seguros privados, e vem se difundindo nos veículos de comunicação como solução para a “*crise da saúde*”, sua inoperância e seu alto custo para o Estado brasileiro. Agrupa-se a isso, hoje, o namoro do governo brasileiro com propostas de transformação dos hospitais públicos em Equipamentos Sociais, que buscariam complementos financeiros no mercado de consumidores individuais e/ou coletivos disponíveis.

Mostra que o lócus de discussão da reestruturação produtiva se faz nos modos de se fazer e gerir os processos de cuidado, atentando para o que chama dos quatro atores-chave na construção dos modelos contemporâneos para a produção do cuidado: os captadores de recursos e administradores, os financiadores, os provedores e os consumidores.

O campo de atuação privilegiado da lógica de reestruturação produtiva, expressa sob a ótica acumulativa do capital financeiro, é o dos processos de cuidado e sua gestão, ou seja, o território das tecnologias leves e leves-dura, campo este, paradoxalmente, o dos projetos anti-hegemônicos dos que lutam pela saúde como bem público e estão comprometidos com uma lógica vitalista e de dignificação do cuidado.

Nos segundo e quarto capítulos e apêndices (1 e 2), discute os diferentes modos do agir humano, nas formas de trabalho morto e vivo, em suas diferenciações, combinações e nas capturas e subversões de um sobre o outro nos atos produtivos. Retoma o conceito de tecnologia, desenvolvido em trabalhos anteriores, num ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas, fazendo um exercício micropolítico de análise sobre o que se produz no encontro entre o médico e o usuário, e as caixas de ferramentas tecnológicas que este profissional utiliza em seus desdobramentos materiais e imateriais.

Ao afirmar que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato, mostra que este não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso pelos equipamentos e pelo saber tecnológico estruturado, pois se afirma em tecnologias relacionais, nos encontros entre subjetividades que portam um grau de liberdade significativo nas escolhas do modo de fazer esta produção. O ato clínico em saúde se dá em meio à existência efetiva do trabalho vivo em ato, e deste modo implica uma imprevisibilidade que impossibilita, fora do encontro, marcar a subsunção de um pólo sobre outro, de uma valise sobre a outra, pois ele é construído pela ação territorial dos atores em cena, “*no ato intercessor do agir em saúde*”. Desse modo, é um espaço aberto à exploração de potências nele inscritas, em imanência com a ação de dispositivos disparadores de desvios para novas subjetivações e reinvenções do

agir em saúde. É nesse entendimento que o método cartográfico se afirma indagando o que se passa? Quais os princípios ético-políticos que neste ato se materializam? Com que modo de vida me co-responsabilizo? Em meio a que processos de produção de autonomia, de produção de saúde, afirmo minhas intervenções?

O agir em saúde, em sua micropolítica, traz à cena as tensões autonomia *versus* controle em meio às quais se constroem as ações humanas nos ambientes produtivos em saúde. O ponto de inflexão de suas análises se faz no entendimento que é na efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde, expresso por relações intercessoras que têm como operação chave o encontro usuário/trabalhador de saúde, que se faz o território de disputa da reestruturação produtiva em saúde. Nesse território impreciso é que se expressam os modelos technoassistenciais em disputa da saúde como bem de mercado regido pela acumulação do capital e os projetos de saúde como bem público e patrimônio coletivo e individual de uma sociedade.

Os fluxos de conhecimento, de afeto, de desejo e de comunicação são valores indestrutíveis e imprevisíveis em suas conexões. Esses fluxos, ao mesmo tempo em que se tornaram o “*capital fixo*” ou a base dos vínculos produtivos imprescindíveis para acumulação do capital, são potencialmente perigosos a esta acumulação, pois portam a potência vigorosa das linhas de escape da resistência, cuja multiplicidade se afirma num revolucionar-se constante.

Para Merhy, a superação do modelo médico hegemônico neoliberal implica o gerenciamento das organizações de saúde de modo mais coletivo, com ordenamento organizacional coerente com ações em saúde voltadas para uma lógica “*usuário-centrada, que permite a construção, no cotidiano, de vínculos e compromissos estreitos entre trabalhadores e usuários na formatação das intervenções tecnológicas em saúde, conforme suas necessidades individuais e coletivas*”.

Aceitando o convite do autor, “*crie sua leitura e aproveite do jeito que bem entender*”, nos indagamos: se entendemos que a análise micropolítica nos desloca do terreno das relações entre unidades previamente constituídas, tais como sujeito e objeto, como apreender o que se passa nos encontros em saúde, na micropolítica dos atos relacionais, operando com uma lógica pólo centrada? É possível pensar o trabalhador de saúde como coadjuvante nesse processo, reagindo a perpendicularidade com que o usuário tem sido hegemonicamente colocado nas práticas de produção de saúde? Pensamos que se nossos aliados são os “*inconscientes que protestam*”, eles só se produzem no paradoxal exercício imanente de descentramentos e deslocamentos dos pólos instituídos, fora das lógicas centradas, sejam elas profissional centrada, usuário centrada ou mesmo capital financeiro centrada. Não seria o caso de pensarmos que o que orienta nosso plano de intervenção são as relações que se fazem por entre estas “*unidades/pólos*”? Não estaria aí o plano de reinvenção e dos desvios dos modos hegemônicos de operação de valor impressos no agir em saúde “*capital-financeiro centrado*”?

Este é mais um dos importantes e ousados livros de Merhy, pensador singular que afirma em cada publicação seu desejo pelas misturas, pelo exercício do diálogo transdisciplinar em saúde. Com certeza Merhy não se propôs a “*dar receitas*”, mas indubitavelmente ofertou “*temperos*” preciosos e indispensáveis para pesquisadores, profissionais e alunos envolvidos no seu cotidia-

no com as práticas de atenção e gestão em saúde, bem como com a aventura de se deixar “*molhar*” com “*os inconscientes que protestam*”.

Claudia Abbès Baêta Neves
Departamento de Psicologia, Universidade Federal Fluminense,
Niterói, Brasil.
abbes@luma.ind.br

1. Foucault M. Em defesa da sociedade. curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes; 1999.
2. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis: Editora Vozes; 1985.
3. Negri A, Hardt M. Império. Rio de Janeiro: Record; 2001.

EPIDEMIOLOGIA DA SAÚDE MENTAL NO BRASIL.

Mello MF, Mello AAF, Kohn R, organizadores. Porto Alegre: Artmed; 2007. 207 pp.

ISBN: 85-363-0754-4

Considerando o momento brasileiro de reestruturação da atenção pública em Saúde Mental, e a escassez de informação epidemiológica em nosso meio, a edição do livro *Epidemiologia em Saúde Mental no Brasil*, organizado por Marcelo Feijó de Mello, Andréa Feijó de Mello & Robert Kohn, foi extremamente oportuna por apresentar um primeiro compilado de estudos brasileiros na temática, preenchendo uma lacuna importante para o planejamento das ações neste setor, disponibilizando indicadores da magnitude dos problemas de saúde mental. Todos reconhecem a importância de que políticas, intervenções ou programas sejam baseados em informação derivada de estudos em saúde mental realizados principalmente no próprio país, permitindo colaborações proveitosas entre pesquisadores e os envolvidos na tomada de decisão.

No primeiro capítulo, Regina Marsiglia e colaboradores caracterizam a realidade social brasileira demonstrando indicadores de emprego, renda, pobreza e desigualdade, abordam a questão das políticas públicas e das disparidades regionais, ficando com o Nordeste o pior índice nacional de desenvolvimento humano. Sendo que as condições de vida repercutem nos indicadores de saúde mental, esta nos pareceu a razão para a inclusão deste primeiro tópico.

Segue-se para o segundo capítulo no qual o Coordenador Nacional de Saúde Mental em conjunto com sua equipe, abordam os desdobramentos da Reforma Psiquiátrica e as incursões do Ministério da Saúde para realizar a substituição progressiva do leito hospitalar pela rede integrada de atenção em saúde mental, privilegiando o tratamento em serviços de base comunitária. Dimensiona-se um CAPS para cada 100 mil habitantes, registrando-se o funcionamento de 689 unidades no país. A assistência de base comunitária para a infância e adolescência surge somente a partir de 2003.

No terceiro, Sergio Andreoli apresenta um panorama da rede nacional de assistência em saúde mental, analisando indicadores de hospitais e dos Centros de Atenção Psicossocial para avaliar o impacto das medidas comunitárias de atenção. Demonstra que 36% de redução dos leitos psiquiátricos ao longo de 11 anos foram devidos em grande parte à região Sudeste, em oposição à região Norte que se manteve estável com seu número de leitos. Observa ainda que 40% de redução

dos gastos com internação psiquiátrica não passaram automaticamente para serviços comunitários, verificando ainda, carência de Psiquiatras e de Enfermeiros especializados.

Avançamos para o capítulo quatro no qual Isabel Bordini & Cristiane de Paula apresentam um quadro pormenorizado e claro acerca dos estudos epidemiológicos da infância e adolescência, discutindo nove estudos populacionais brasileiros publicados a partir de 1980, para os quais explicitou critérios de inclusão e exclusão. Penso, porém, que o subtítulo “*Estudos Populacionais e Prevalência*” não denominam corretamente os aspectos metodológicos da revisão ali tratados. Estudos que combinaram dados de dois ou três informantes demonstraram altas taxas de prevalência – 22 e 24,6% – entre famílias de baixa renda. Assinala-se ainda que características familiares como mãe solteira, ausência paterna, brigas freqüentes entre os pais, têm sido associadas com atrasos no desenvolvimento mental e motor de menores de três anos que freqüentam creches.

As taxas de prevalência obtidas com instrumentos de rastreamento variaram de 13,5 a 35% quando pais ou substitutos foram os únicos informantes. Quando o próprio adolescente informava, tivemos variações de 12,6% a 13,1%. Sendo o professor informante exclusivo ocorria variação entre 8,3 e 10,3%. Usando instrumentos diagnósticos e combinando informações de pais, professores e adolescentes as taxas variaram entre 7 e 12,7%.

No capítulo cinco nos confrontamos com a extensão dos transtornos psiquiátricos na população adulta brasileira por meio da contribuição de Jair Mari, Miguel Jorge & Robert Kohn, apresentando índices padronizados por sexo e idade para cada região do país. Estima-se que dez milhões de pessoas demandam atenção psiquiátrica especializada. Esses resultados propiciam uma estimativa da demanda de saúde mental no Brasil e das necessidades de serviços para absorvê-la.

No capítulo seis, Sergio Blay et al. apresentam prevalências de 7% para demência em maiores de 65 anos, e taxa de incidência de 13,8 para cada mil habitantes. Para a doença de Alzheimer encontraram uma incidência de 7,7/1.000 habitantes. O nível educacional tem sido apontado como um fator de proteção.

A epidemiologia do suicídio constitui o capítulo sete, com Saint-Claire & Neury Botega trazendo uma introdução conceitual do fenômeno e revisão do panorama internacional. Ocorreram no Brasil 7.861 suicídios em 2003, correspondendo a 1% do total de mortes, sendo mais freqüentes para os homens entre 20 e 29 anos e para as mulheres entre 15 e 19. O coeficiente de mortalidade por 100 mil habitantes tem se mantido em torno de 4 mil. A região sul tem os maiores coeficientes enquanto o nordeste os menores.

No capítulo oito, Renato Marchetti & Jose Gallucci discutem a epidemiologia da epilepsia, com uma introdução clara e informativa. Dispõe-se apenas de medidas de prevalência com estimativas variando entre 0,2 e 2% da população apresentando uma ou mais crises durante a vida. O impacto econômico da epilepsia a colocou como responsável por 1% dos dias perdidos com doença em todo o mundo. Prevalência de epilepsia é aproximadamente 9 vezes maior em unidades de atendimento psiquiátrico agudo.

A questão da pesquisa em saúde mental na América Latina é abordada no capítulo nove, no qual Ricardo