

Responsabilidades, obrigações e engajamentos: uma reflexão sobre o processo de Reforma Psiquiátrica brasileira

Responsabilities, obligations and commitments: thinking about the Brazilian Psychiatric Reform

Martinho Braga Batista e Silva

Resumo:

Tendo em vista o ‘apelo à responsabilidade’ de atores e instâncias sociais no cenário contemporâneo da Reforma Psiquiátrica Brasileira, este texto procura problematizar a noção de responsabilidade no campo da saúde mental. A ‘tomada de responsabilidade do serviço pelo território’, o ‘aumento da responsabilidade do profissional pelo processo de trabalho’ e ‘a possibilidade de o sujeito advir como responsável por sua própria condição’ são discursos veiculados por diferentes disciplinas e teorias – como a psicanálise, a saúde pública e a análise institucional – em campos de atuação afins, como o da saúde mental e da saúde coletiva. A família e a comunidade são convocadas a dividir responsabilidades pelo cuidado, mas do que se trata? Engajamento ou obrigação?

Palavras-chave: responsabilidade, saúde mental, reforma psiquiátrica.

Abstract:

In view of the numerous ‘responsibility calls’ appealed by practitioners and social sectors in the recent scenario of the Brazilian Psychiatric Reform, the present article aims think about the notion of responsibility disposed in the field of mental health. The ‘shift of responsibility from service to territory’, the ‘increase of professional’s responsibility for their working process’, and the ‘possibility of an individual be solely accountable for their condition’ are discourses conveyed by diverse disciplines and theories, namely

psychoanalysis, public health, and institutional analysis, in related practicing fields like those mental health and collective health cover. Family and community are called to share responsibilities about the care, but what is this? Commitment or obligation?

Key-words: responsibility, mental health, psychiatric reform.

Introdução

A noção de responsabilidade ocupa os textos do campo da saúde mental de modo irregular, mas paulatino, tomando corpo e se consolidando em diferentes saberes e campos. Fala-se de uma “tomada de responsabilidade pelo território”, ou da “responsabilidade subjetiva para com o próprio sintoma” e também do “aumento da responsabilidade pelo processo de trabalho”, em um convite aos serviços, usuários e profissionais a se responsabilizar pela clientela, sintomas e atitudes, respectivamente (SILVA, 2005a).

Assim, em alguns momentos, temos o profissional de saúde mental em foco; procura-se comprometê-lo com as transformações da assistência psiquiátrica, com esse trabalho imerso em novos e instigantes encargos e recursos: acredita-se que o aumento da responsabilidade do técnico pelo processo de trabalho exerce bastante influência sobre a produção de saúde (CAMPOS, 1997; BRAGA CAMPOS, 1992a e b; FURTADO, 2001). Em outros momentos, é o próprio usuário da assistência psiquiátrica pública que aparece, suas possibilidades e limites em se responsabilizar pelos próprios atos, afetos e pensamentos são debatidos, a necessidade de torná-lo sujeito da sua existência se faz crucial: o sujeito deve advir como responsável pela própria condição, de modo que haja algum reposicionamento psíquico possível ao psicótico (TENÓRIO, 2000; FIGUEIREDO, 2001). Os técnicos devem investir no vínculo, no cuidado e no projeto terapêutico

individualizado, de maneira que haja mais autonomia e menor controle da atividade profissional. Os pacientes devem implicar-se no tratamento e tomar para si a produção sintomática.

Mas não são apenas os componentes da clássica relação médico-paciente que compõem discursos acerca da responsabilidade nesse campo: também a relação serviço-população conforma esse apelo à responsabilidade dos atores sociais pelo cuidado em saúde mental, com a conhecida “tomada de responsabilidade pelo território”. O serviço local, no município do Rio de Janeiro o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), é um elemento crucial, pois se espera dele a assunção de responsabilidade pelas necessidades em saúde mental de uma população adscrita a uma área geográfica, em busca de uma descentralização da gestão da assistência pública. Ele deve ter atribuições gerenciais sobre uma área administrativa municipal de saúde¹, sendo o organizador – não o executor – da demanda de atendimento psiquiátrico, ocupando funções de maior poder decisório sobre o uso dos recursos assistenciais, mas angariando maiores encargos pelo acompanhamento e agenciamento dos problemas em saúde mental de uma população. Mais poder com mais encargos pelo atendimento, eis o processo de responsabilização dos novos serviços (DELL’AQUA & MEZZINA, 1991; DELGADO, 1999).

Ao Estado também se solicita a responsabilidade pelas condições de saúde da população, ao invés de repassar a ou dividir com outras instituições suas funções de proteção e segurança e, assim, correr o risco de tornar a saúde uma mercadoria, objeto do lucro da iniciativa privada. Mas os familiares, os vizinhos, enfim, a rede social que cerca os usuários dos serviços de saúde mental, também adquirem encargos nesse processo de desinstitucionalização da loucura. As “parcerias” com a comunidade e a necessidade de dividir responsabilidades pelo cuidado com os familiares, de modo freqüente, são estratégias para manter o paciente psiquiátrico em sociedade e evitar as internações. A ênfase na “participação da comunidade”,

diretriz de nosso Sistema Único de Saúde (SUS), e a premissa da “saúde como direito do cidadão e dever do Estado” parecem manter relações com esses processos de responsabilização. Pelo menos aparentemente, eles não possuem o formato discursivo dos citados anteriormente, relativos ao profissional, ao usuário e ao serviço, embora não deixem de convocar à responsabilidade instâncias e atores sociais.

Deste modo, o campo da saúde mental é atravessado por diferentes saberes e teorias que convergem no sentido de responsabilizar atores e instâncias sociais pelo cuidado do paciente psiquiátrico. Mas como é que esse conjunto de teorias – psicanálise, gestão de recursos humanos, administração pública, análise institucional, epidemiologia – e também de campos – da saúde mental, da saúde coletiva, “psi” – se organizaram em torno da responsabilização dos atores sociais no processo de Reforma Psiquiátrica brasileira? Como é que se estruturaram esses discursos, cujo mote é engajar, encarregar e vincular pessoas? Para que tornar os profissionais, os usuários, os serviços, o Estado e a comunidade atores e instâncias sociais responsáveis pelo cuidado em saúde mental? Em busca de que se procura produzir tantos encarregados pelo tratamento, em um campo no qual o usuário é considerado juridicamente irresponsável perante os próprios atos?

Encarregar, vincular, implicar e engajar: afinal, o que se quer dizer com “responsabilidade” no campo da saúde mental?

A definição de um estatuto jurídico de tutela para o louco foi elemento fundamental no processo histórico de dominação da loucura. Em meio à consolidação da sociedade liberal na França do século XVIII, ancorada no contrato social, a instituição médica colabora para estabelecer um estatuto diferenciado de cidadania para alguns membros da população:

A 'medicalização' não significa, de fato, a simples confiscação da loucura por um olhar médico. Ela implica na definição, através da instituição médica, de um novo status jurídico, social e civil do louco: o alienado, que a lei de 1838 fixará, por mais de um século, num completo estado de minoridade social. (CASTEL, 1978, 55)

Entre o século XVIII e o XIX, a França vivia um momento de passagem de uma sociedade tradicional para uma liberal, na qual ao mesmo tempo em que a liberdade e a igualdade dos cidadãos perante a lei eram afirmadas, para alguns membros da população não era possível se comprometer com as obrigações relativas à disciplina e à ordem pública que tal ideário exigia. Daí o estatuto da tutela como forma de diferenciar algumas pessoas que não se comprometiam com a instauração de uma ordem contratual. Russo (1997) resume de modo preciso esse momento histórico:

Falei antes da mulher e do 'primitivo'. Todos 'diferentes' e por isso, passíveis de tutela. É preciso, porém, lembrar um outro personagem que, desafiando as regras do contrato, impõe-se como o alienado por excelência: o louco. Recorrendo a Robert Castel percebemos que este colocava um problema para a concepção contratual de sociedade (e para a concepção clássica de direito). Se nesta, a privação da liberdade só é consentida nos casos de punição, em que houve alguma infração à lei, o que fazer com o louco, que não necessariamente infringe a lei, mas coloca um problema para a manutenção da ordem no espaço social? A exclusão social do louco, necessária socialmente, deixa de ser uma questão jurídica (porque não pode sê-lo), para transformar-se em assunto médico. O alienismo, surgindo para cobrir uma lacuna do estado de direito burguês, aponta para a possibilidade do indivíduo alienado de si mesmo (RUSSO, 1997, 16).

A figura do louco como passível de tutela tem relação não só com uma exclusão do mesmo das relações de troca, como também de uma não-adesão a essa "ficção jurídico-administrativa" que é o contrato social. O louco não é passivamente excluído de direitos, mas também ativamente

resistente ao cumprimento dos deveres. Mais do que incapacidade, é uma questão de engajamento na ordem republicana o que impossibilita ao louco aderir ao contrato social (CASTEL, 1978, 36).

No interior dessa ordem liberal, o louco é aquele que não se responsabiliza pelos próprios atos. Tradicionalmente, o poder real, a justiça e a família se encarregavam de dar um destino aos problemas que a experiência da loucura causava à ordem pública. Muitas vezes, com se sabe, eles permaneciam sob os cuidados da família, mas quando a agressividade era um elemento do problema os familiares recorriam ao rei e, raramente, à justiça, tendo em vista a eficácia do primeiro em relação à morosidade e exposição pública característica da segunda.

Frente a uma irresponsabilidade perante os próprios atos se faz necessário o aparecimento de uma responsabilidade administrativa, que certas instâncias se encarreguem de controlar e cuidar dos loucos. O Estado, a justiça e a família cederão lugar, paulatinamente, à medicina, que assumirá a responsabilidade pela maioria das funções de controle desses membros da população.

Deste modo, percebemos que há pelo menos dois níveis de responsabilidade que, de um ponto de vista histórico, são fundamentais para entender o processo de tutelarização do louco: o jurídico e o administrativo. Vimos que não são tão desarticulados como as disciplinas do direito e da administração pública costumam supor, quando se acompanha a história da constituição do asilo e da psiquiatria. Percebemos que o estatuto jurídico da tutela é ancorado na concepção de que o louco é irresponsável pelos próprios atos. Essa irresponsabilidade se baseia em um movimento ativo no sentido de não se comprometer com a ficção administrativo-jurídica do contrato social, fazendo com que instâncias sociais como a família e o Estado se encarreguem pelo cuidado e controle. Vimos também que esse mandato social de controle da loucura passa paulatinamente para a psiquiatria, que se

torna não só uma terapêutica, mas também uma prática de administração de pessoas tuteladas.

Inclusive, um dos componentes da instituição da doença mental, a periculosidade, parece ter sido uma importante questão no cuidado oferecido pelos serviços substitutivos ao hospital psiquiátrico no início da experiência reformista no Brasil. A passagem entre a década de 80 e a de 90 foi um momento no qual diversos municípios implantaram uma política de saúde mental com base nas diretrizes do SUS: Angra dos Reis-RJ, Campinas-SP, Santa Maria-RS e Santos-SP, a sede da mais famosa dessas experiências.

Os NAPS (Núcleos de Apoio Psicossocial), serviços territoriais de Santos-SP, procuraram implementar práticas no sentido do atendimento integral, participação da comunidade e descentralização da gestão, princípios consagrados na Constituição de 1988. Eles já foram objeto de muitas análises no campo da saúde mental, e uma delas merece nossa atenção, se pretendemos investigar o plano das práticas nos serviços de saúde mental.

No município do Rio de Janeiro, a partir de meados da década de 90, os primeiros CAPS (Centros de Atenção Psicossocial) foram implantados nesse mesmo sentido: desospitalizar “com responsabilidade”, constituindo ao mesmo tempo uma rede de serviços comunitários de saúde mental². A “lógica da capacidade” prevaleceu sobre a “lógica territorial” na montagem e consolidação dessa rede, para utilizar as expressões de Delgado (1997), de modo que tais serviços nem sempre tiveram a pretensão de substituir o hospital psiquiátrico (TENÓRIO, 2001).

Periculosidade, incapacidade, cronicidade e irresponsabilidade, essas figuras da instituição da doença mental que certamente circularam nos serviços que se pretendiam “alternativos” ou “substitutivos” ao manicômio, são desafios à atenção psicossocial: como lidar com situações de crise e violência, sem colar ao usuário a imagem do risco iminente e imprevisível ou lançar mão da internação ou coerção física? Como acompanhar, ao longo de anos, a trajetória do usuário em um serviço, sem que as expectativas de

desempenho da equipe exijam do mesmo algo além de sua capacidade, sem tentar ortopedicamente normalizá-lo? Como pensar a estagnação do processo terapêutico em um momento no qual o usuário não apresenta tanta sintomatologia produtiva, nem se interna, mas ainda depende intensamente da atenção diária oferecida pelo serviço para adquirir tal estabilidade de sintomas? Como, enfim, lidar com episódios de “desimplicação” do usuário pelo próprio tratamento (não fazer uso da medicação, por exemplo) ou com atitudes realizadas por si próprio (não admitir que extrapola limites e contratos da família, vizinhança ou serviço), sem acionar algum grau de culpabilização do indivíduo?

A periculosidade é um desses desafios à desinstitucionalização enfrentados pelo NAPS de Santos-SP, durante um episódio de emergência narrado por Nicácio (1990, 09-15). Recursos terapêuticos como palavra, remédio e vizinhança foram fundamentais para construir possibilidades de lidar com a loucura diferentes da internação, em um contexto de surto paranóide, solidão e miséria extremas.

Em 1989, a equipe de um NAPS recebe um telefonema do pronto-socorro da área administrativa, um chamado para atender uma emergência ligada à “doença mental/periculosidade”, o “código 13” do mundo hospitalar. Assumiram o atendimento, indo à casa de Maria, moradora de um mangue com “condições de vida sub-humana”. Através do olhar e escuta atenta aos balbucios da desconfiada Maria, que “parecia um animal em perigo”, a equipe apresentou como proposta terapêutica o uso da medicação e a visita ao serviço:

A possibilidade de ação dos técnicos, de estar nos lugares de emergência, de enfrentar o desconhecido, de recusar a violência como forma de relação, de imaginar formas/falas/gestos no momento para se aproximar de Maria, faz por instantes esquecer o manicômio (NICÁCIO, 1990, 12).

Após alguns fracassos na abordagem, solicitaram a presença de uma vizinha no atendimento, o que facilitou um “contato de confiança” e a efetivação da proposta:

Maria não sente que pode confiar e não toma o remédio. Esta era a segunda intervenção e somente no próximo atendimento, com a presença da vizinha de Maria, é possível estabelecer um contato de confiança e Maria vai para o NAPS (NICÁCIO, 1990, 12).

A primeira coisa que gostaria de destacar é a dimensão de descrição das práticas em saúde mental que a autora adota para apresentar ao leitor suas considerações teóricas. Em texto dedicado ao que tem acontecido em um dos serviços territoriais de saúde mental do município do Rio de Janeiro, pude notar que práticas em torno da noção de responsabilidade são desencadeadas sob a forma da constituição de “técnicos de referência” e da formação de “parcerias” entre usuários, familiares e vizinhança, dentre outros procedimentos que ajudam a pensar a negociação, divisão e delegação de encargos pelo cuidado em saúde mental entre os atores sociais envolvidos na atenção psicossocial (SILVA, 2005b).

A segunda delas é a situação de emergência e a figura da periculosidade como desafios dessa nova forma de lidar com o fenômeno da loucura. A autora os apresenta como exemplares do cotidiano de um serviço territorial de saúde mental. Juntamente com a miséria e com a solidão, a crise psiquiátrica e a violência caracterizam o episódio de atendimento narrado. Interessante notar que, além do olhar e escuta atentos a Maria, além do remédio e da visita ao NAPS, foi fundamental na construção de uma abordagem diferenciada o contato com a vizinhança: encontramos aí uma das dimensões das práticas em torno da responsabilidade, a implicação de membros da comunidade no cuidado.

Deste modo, um dos elementos da prática profissional substitutiva ao manicômio é a responsabilização dos atores sociais envolvidos no cuidado

em saúde mental, se pudermos tomar como emblemática essa descrição das práticas reformistas no início da década de 90:

O campo de incerteza que se abre, a necessidade de reconstruir a história, de elaborar e criar múltiplas estratégias para não excluir, de superar as categorias preestabelecidas de análise e resposta, de a todo o momento se perguntar como fazer com essa história coletiva de abandono e miséria que emerge como sujeito e usuário, do novo de viver o papel do técnico como algo a ser construído, reconstruído, das crises geradas na construção de um serviço aberto, a responsabilidade de se colocar ao lado de Maria, o se perceber sem as conhecidas grades, chaves e muros na relação com a loucura, este campo que vai se abrindo no NAPS é sem dúvida rico e incerto (NICÁCIO, 1990, 13).

A Reforma Psiquiátrica Brasileira pode ser vista, desta maneira, como prática discursiva de responsabilização dos profissionais, dos serviços e dos usuários, cujo rumo é a implantação de uma política pública que possibilite autonomia e cidadania aos usuários, através de uma rede de suporte social consistente e coesa, composta tanto de funcionários de órgãos estatais quanto de membros da sociedade civil.

Diversas contribuições teóricas apresentam a responsabilização como conceito operador de mudanças na assistência psiquiátrica pública. A psicanálise lacaniana aposta na possibilidade de o sujeito psicótico “admirar-se como responsável pela própria condição”, de maneira que o usuário se implique na produção de seu sintoma. A análise institucional sugere que o aumento do “grau de responsabilidade” do profissional é elemento de organização do trabalho em equipe que colabora para produzir mais saúde. Modelos italianos de organização dos serviços em saúde colaboram para a formulação de uma “tomada de responsabilidade do serviço pelo território”, acentuando a descentralização do poder decisório e das atribuições pelo processo de desinstitucionalização. O SUS afirma, remando contra a maré do neoliberalismo mundial, a saúde como dever do Estado e direito do cidadão,

suscitando projetos como o Programa de Apoio à Desospitalização (ALVES, 1996) e a recente Lei Federal 10.708, acerca do suporte social aos egressos de longa permanência em hospital psiquiátrico.

O campo da saúde coletiva, deste modo, nos ajuda a pensar em elementos da Reforma Sanitária e da implantação do SUS no Brasil correlacionados a esse discurso da responsabilidade. A participação da comunidade é importante diretriz governamental, colaborando para um processo de descentralização da gestão – e, portanto, das decisões acerca do uso dos recursos – mas esbarrando na delegação de encargos para o indivíduo, a família e a comunidade (GOMES E ALBUQUERQUE, 1998; LUZ, 2001). Esse novo “pacto” entre Estado e sociedade civil é um dos dilemas não só da Reforma Psiquiátrica, mas também da área da saúde como um todo e, quem sabe, de todas as instâncias ditas sociais.

A reorientação dos modelos de atenção ou tecnoassistenciais em saúde (CAMPOS, 1992; SILVA JR., 1998) conta com as noções de vínculo, cuidado e responsabilidade pelo usuário como forma de modificar formas clássicas de assistência. Essa reflexão recente acerca das próprias práticas de saúde no campo da Reforma Sanitária aposta firmemente em uma modificação dos profissionais e serviços, no sentido de uma maior responsabilização. A integralidade é uma noção estreitamente ligada à diretriz constitucional de “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais”, assim como a uma busca de unir serviços, práticas, profissionais e políticas públicas para se contrapor aos efeitos nefastos da fragmentação das práticas de atenção à saúde da população. Essa separação é característica não só dos especialismos da profissão médica, mas da divisão histórica entre assistência e saúde pública nas políticas de saúde no Brasil.

Essa análise de Mattos (2003) e Camargo Jr. (2003) parece bastante pertinente, pois, assim como a integralidade – nas políticas, nos serviços e principalmente nas práticas de saúde – no campo da saúde coletiva, a

responsabilidade no campo da saúde mental também assume a forma de uma luta contra os efeitos dos especialismos das profissões. É o que o texto de Alves (2001) parece sugerir, quando esse autor destaca a responsabilização do profissional nas práticas de atenção psicossocial como modo privilegiado de alcançar a integralidade, na medida que “tomar para si” o cuidado do usuário, “agenciar” ao invés de “encaminhar”, favorece uma integração das práticas e serviços na assistência pública em saúde mental. O desafio do abandono e da internação, a rua e o confinamento como limites éticos da ação dos profissionais, tem na responsabilização pelo cuidado uma saída possível.

Também podemos nos perguntar se, tal como a noção de integralidade, a responsabilidade assume funções de mobilização política. A luta contra o abandono e a internação tem no apelo à responsabilidade importante aliado, mas será que a noção de responsabilidade conta justamente com essa imprecisão para produzir efeitos de aglutinação de atores e forças sociais? A busca da integralidade – ainda que no sentido de uma compreensão abrangente e intervenção específica em saúde – também não é uma cruzada contra a fragmentação e especilização entre ações assistenciais e de saúde pública?

Além disso, tal como a integralidade, também a responsabilidade parece assumir um caráter de imagem-objetivo, termo utilizado por Mattos (2003). Ou seja, mais que um conceito, responsabilidade pode ser uma forma de reunir e mobilizar diferentes atores e instâncias sociais no sentido de uma mudança política, tal como Camargo Jr. (2003) sugere que integralidade funcione no campo da saúde coletiva. Mais do que isso, talvez os múltiplos sentidos de responsabilizar não sejam algo ao acaso, mas uma estratégia de mobilização, absolutamente necessária em se tratando do terreno em que se configuram políticas públicas, no qual tem legitimidade reunir atores e agentes tendo em vista a urgência de uma ação transformadora.

Entretanto, Camargo Jr. (2003) sublinha que a compreensão desse caráter “mobilizador” não nos isenta, enquanto pesquisadores, da investigação e pesquisa acerca do conceito, ou seja, o comprometimento com a instauração de uma política pública não pode caminhar junto com a adesão acrítica a lemas e consensos. Em pesquisa realizada no curso de uma residência multiprofissional em saúde mental (SILVA, 2002), pude perceber essas nuances entre “serviço” e “academia” investigando a dita “clínica da reforma”. O lema “cuidar sim, excluir não” parecia funcionar como uma solução de compromisso entre a peculiaridade da tarefa da psiquiatria – oferecer cuidado ao louco – e o desafio da conjuntura político-social – não excluí-lo da sociedade para tratá-lo –, consenso em nome do qual, muitas vezes, a hegemonia psicanalítica na condução da formação em saúde mental foi invisibilizada. Pude descrever a passagem entre a luta “por uma sociedade sem manicômios” e pela “cidadania do louco” no início da década de 90 e o “cuidar sim, excluir não”. O acento na mobilização da sociedade como “parceira” da causa da Reforma, portanto na preocupação em mudar o lugar social da loucura, havia se deslocado para formas de lidar com o fenômeno da loucura nos quais a clínica, mais do que a tolerância social, ganhou destaque.

É nesse mesmo sentido, de adquirir uma atitude crítica em relação aos consensos e lemas das políticas públicas de saúde, que procuro encaminhar minhas investigações atuais no sentido dessa convocação à responsabilidade, concentrada na diretriz da “tomada de responsabilidade do serviço pelo território” mas, como já vimos anteriormente, partícipe de diferentes campos, discursos e teorias.

Deste modo, o campo da saúde mental sedimenta sua tradição psicanalítica na constituição da atenção psicossocial, apostando na responsabilização do sujeito como importante elemento da prática assistencial. A consolidação do lacanismo como teoria hegemônica no campo psicanalítico, em processo desde a década de 80 (Russo, 1990), deixa sua

marca no campo da saúde mental afirmando a “responsabilidade possível” ao psicótico.

A estratégia de constituição de uma rede de cuidados em saúde mental conta pelo menos, mas talvez principalmente, com a implantação dos CAPS pelo território nacional. A diretriz da tomada de responsabilidade desses serviços pelo território está em vigor desde 2001, de modo que cabe a eles a gestão da demanda em saúde mental de uma população adscrita a uma área geográfica. Não se quer com isso que um serviço execute todas as ações de cuidado, mas que garanta – responsabilizando-se por – acesso e continuidade no atendimento à população, no interior de uma região administrativa. A saúde coletiva e a administração pública contribuem para essa diretriz.

Mas do que se trata ao dizer responsabilidade? Entre obrigações e engajamentos na história da noção de responsabilidade

Outros autores já se depararam com a necessidade de conceituar responsabilidade em pesquisas de saúde pública, como é o caso de Gandolfi Dallari (1995). Com base em uma perspectiva na qual “... responder implica *garantir* eventos futuros” (GANDOLFI DALLARI, 1995, 117), essa autora procurava saber em que medida e de que maneira o direito à saúde – consagrado como direito fundamental da pessoa humana em nossa Constituição de 1988 – estava sendo assegurado nas diferentes regiões do Brasil. Parte do pressuposto segundo o qual não há uniformidade quanto à amplitude das competências em matéria de saúde e “quanto à distribuição das responsabilidades pelo atendimento do direito à saúde” (Idem, 13). Esse estudo sobre os estados brasileiros e o direito à saúde é uma obra ligada à constituição de uma disciplina sobre direito sanitário no Brasil, tendo como questão guia: “quem responde por essa garantia constitucional?”

No que tange a esse texto, interessa sublinhar os sentidos que a noção de responsabilidade assume ao longo da história. A experiência pré-moderna da responsabilidade é importante para desnaturalizar os significados que costumamos atribuir a esse conceito, ligados à nossa experiência moderna e contemporânea:

Os gregos antigos não conheciam a palavra responsabilidade (...) Também o direito romano não conhecia a palavra responsabilidade que, originariamente, não implicava falta nem sujeição (...) A verdadeira causa da obrigação era a desordem colocada em uma relação pessoal. Assim, num primeiro sentido histórico, são juridicamente responsáveis todos aqueles que podem ser convocados a um juízo, por pesar sobre eles uma obrigação, independente da origem voluntária ou não da dívida (GANDOLFI DALLARI, 1995, 16).

Segundo a autora, a distinção no direito atual entre responsabilidade civil e penal, origem da reparação – obrigação legal de reparar um dano ou prejuízo causado – e da pena – sanção aplicada àquele que comete um crime – é fruto da modernidade (Idem, 14). Desse modo, a idéia de responsabilidade pré-moderna não remete necessariamente à intenção, vontade ou falta cometida, ainda que se trate de uma obrigação.

Além disso, Gandolfi Dallari nos fala de um fenômeno contemporâneo: um aumento do número de ações exigindo a reparação dos danos sofridos, uma generalização do seguro de responsabilidade. Isso está provocando o predomínio da irresponsabilidade, tendo como base a dificuldade crescente em aceitar o erro, ainda que casual; em outras palavras, a teoria da responsabilidade – imaginada para sancionar a falta deliberada que causou um dano certo – está em crise, diante da exigência de sanção para faltas culposas de vários autores abrigados em uma pessoa jurídica que, provavelmente, causaram danos de difícil determinação:

A crise da responsabilidade é real no que respeita à responsabilidade civil. De fato, sua noção nasceu estreitamente ligada à moral, privilegiando a avaliação ética da conduta individual em detrimento da preocupação com a garantia de reparação do prejuízo – própria do conceito clássico de responsável. E à responsabilidade contemporânea pouco importa a identificação da pessoa que causou o dano – necessária à função de dissuasão – interessando sobremaneira seu conteúdo indenizatório (GANDOLFI DALLARI, 1995,117).

Deste modo, predomina o caráter indenização pecuniária na idéia atual de responsabilidade, vinculando-se mais à restituição que à expiação, centrando-se no dano sofrido pela vítima. Essa idéia contemporânea está distante do sentido etimológico do termo responsabilidade, na qual “responder implica garantir eventos futuros” (Idem, 117):

Ela se afastou do sentido romano de *respondere*. Com efeito, no diálogo da “stipulação” o *sponsor* é um devedor – o homem que se obriga a uma prestação – é o *responsor* e o garantidor, que se obriga a responder pela obrigação principal do outro (GANDOLFI DALLARI, 1995, 117, grifos da autora).

É dessa concepção que deriva a noção de responsabilidade política, presente sempre que exista uma obrigação de responder, uma exigência de prestação de contas fruto de um contrato entre representados e representantes. A responsabilidade do Estado em garantir o direito à saúde tem seu alicerce nessa concepção (Idem, 118-119).

Segundo essa autora, a história revela que o nome responsabilidade aparece nas línguas européias em fins do século XVIII, após ter-se perdido o significado jurídico da pessoa responsável, com a queda do império romano: “a confiança nesse papel nasce da responsabilidade do governo” (HENRIOT, 1977 apud GANDOLFI DALLARI, 1995, 17), no sentido de que o governo garante o título.

Na moral cristã é a intenção que torna o homem responsável perante Deus, sendo a culpa a causa de tal responsabilidade. A moral individualista não se diferencia muito disso, já que é em função da idéia de responsabilidade que se dará a liberdade do homem. Gandolfi Dallari conclui sua digressão histórica da seguinte forma: “foi com um sentido eminentemente moral que a responsabilidade transformou-se na pedra angular do sistema jurídico atual, substituindo a justiça” (Idem, 17).

Ou seja, no interior da doutrina jurídica, onde a teoria da responsabilidade ocupa lugar destacado, sendo base da sanção, punição e obrigação do indivíduo na sociedade, encontramos um caminho inicial para abordar o tema da responsabilidade. A responsabilidade jurídica, entretanto, é apenas uma dentre outras: a administrativa, a moral, a política...

Ewald (1997) também nos fala de uma crise da responsabilidade no mundo contemporâneo, sublinhando não só a dimensão jurídica, mas também política e filosófica dessa crise. Eventos como o escândalo do sangue contaminado e da “vaca louca” são manifestações da mesma, assim como o maior proveito indenizatório dos danos civilizatórios e o silêncio do parlamento em relação a temas como meio ambiente e acidentes de trabalho. Segundo esse autor, pode-se resumir essa “manifestação de irresponsabilidade de pessoas supostamente responsáveis” como um conflito e incerteza da racionalidade das decisões:

Desse ponto de vista, a crise contemporânea da responsabilidade é uma crise da decisão, uma crise da racionalidade das decisões, uma crise do conflito das racionalidades das decisões. É ao mesmo tempo uma crise, um conflito, dos valores que aí estão envolvidos e da hierarquia a ser estabelecida entre eles (Ewald, 1997, 58)³.

Com base na questão “de que somos responsáveis?”, Ewald nos apresenta uma interessante reflexão acerca da experiência contemporânea

da responsabilidade, na qual “chama-se à responsabilidade mesmo no momento em que não se sabe mais o que ser responsável significa” (Idem, 59). O autor desenvolve uma abordagem filosófica do problema, exercitando uma atividade crítica que se quer mais próxima da ética do que da lei ou da jurisprudência. Interessa-nos sublinhar algumas de suas contribuições, mais do que aderir à sua perspectiva teórica.

Pode-se definir responsabilidade como “um modo de regulação social e uma técnica de sanção das infrações e de reparação de danos, estando fundada sobre uma certa consciência das obrigações” (Idem, 60). A experiência contemporânea dessa noção remete ao risco, na medida em que, segundo o autor, estamos vivendo uma consciência da impotência de nossa vontade objetivada no saber técnico, ou seja, uma falência de nossa esperança de controle técnico do acaso e da incerteza. Algo como um conflito entre a técnica e a ética, em um contexto onde a vida no planeta se encontra em risco, mas há muita incerteza com relação ao modo pelo qual é possível encarregar-se disso:

o risco se encontra num halo de incerteza correspondente a isso que nós sabemos não saber. É a partir deste retorno da incerteza que se formula hoje o apelo à responsabilidade, mas com uma dificuldade constitutiva: é o próprio princípio da ignorância inocente que hoje torna responsável, e isso em condições onde, por princípio, não podemos nos remeter ao saber de um expert (Ewald, 1997, 61).

O tema da responsabilidade, segundo Ewald, não foi sistematizado por nenhum autor das ciências humanas; no entanto, os estudos jurídicos sobre ele são muitos. Alguns autores – Lévinas na filosofia e Fauconnet na Sociologia – forneceram elementos para sua investigação, como por exemplo a necessidade de definir o modo pelo qual esse conceito costuma ser investigado na tradição jurídica: responsabilidade como falta.

A idéia segundo a qual há uma obrigação legal de reparação do prejuízo, estabelecendo-se uma dívida entre indivíduos, contribui para que a responsabilidade seja pensada como causalidade e falta. Um indivíduo deve responder por seus atos na medida em que é causa de sua ação. Além disso, tem obrigação para com suas atitudes em um contexto no qual elas causam dano, prejuízo. Para Ewald (1997) é a dimensão de engajamento o principal motor da obrigação de reparar o dano, de maneira que mais do que uma relação de causalidade – indivíduo responde porque é a causa do ato –, a responsabilidade é uma relação de poder, onde alguém responde por laços de dependência, obediência ou dever com o outro. Segundo ele, o responsável não é aquele a quem podemos eventualmente imputar a carga de um dano, é aquele que se engaja numa certa forma de ser na qual a existência de um outro está imediatamente presente:

Resumindo: indivíduo responsável, no sentido filosófico, não tem nada a ver com a noção de falta, a qual a tradição jurídica por muito tempo a associou. Ser responsável descreve uma figura ética, um trabalho de si sobre si, uma ascese graças a qual um indivíduo se distingue dos outros pelo seu engajamento em sua palavra, que arrisca o futuro levando a incerteza do presente. O peso da responsabilidade está em que, nessa palavra, não se engaja somente a si mesmo, mas os outros, que estão também numa certa relação de dependência (...) A responsabilidade distingue. Ela é um princípio hierárquico; ela caracteriza uma elite (EWALD, 1997, 70).

Penso que Ewald nos indica outra possibilidade de pensar nosso tema, no qual quem responde o faz por comprometimento e envolvimento com o outro no interior de uma relação de poder: responde aquele que se engaja, não necessariamente aquele que teve a intenção ou que tem consciência do ato. A dívida está ligada a um engajamento ao invés de uma falta, segundo essa concepção:

A responsabilidade está ligada ao exercício do poder. Os homens não são responsáveis igualmente. Essa não é exatamente uma qualidade do homem. Alguns são responsáveis enquanto outros não o são. Isso é verdade mesmo que se choque com nossa convicção democrática (EWALD, 1997, 68).

Com base nos autores abordados, podemos pensar que a noção de responsabilidade tem diferentes dimensões - jurídica, moral, filosófica e política. Encarregar pode tanto remeter à falta, à causalidade, à intenção, à vontade, como também à garantia e à segurança; ou ainda ao engajamento, ao comprometimento, ao vínculo. Ao que parece, as práticas de atenção psicossocial convocam à responsabilidade, não no sentido de atribuir uma falta ou atribuir obrigações, mas do de suscitar o engajamento em uma causa, garantindo assim algum grau de continuidade no tratamento.

Martinho Braga Batista e Silva
Doutorando em Antropologia Social – Museu Nacional – UFRJ
martinho02003@yahoo.com.br

Referências Bibliográficas:

ALVES, Domingos. Por um Programa Brasileiro de Apoio à Desospitalização. In: PITTA, Ana (org.). *Reabilitação Psicossocial no Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1996.

ALVES, Domingos. Integralidade nas Políticas Públicas de Saúde Mental. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (org.). *Os sentidos da integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS; ABRASCO, 2001.

CAMPOS, Florianita Braga. Considerações sobre o Movimento de Reforma dos Serviços de Saúde Mental. In: CAMPOS, Florianita Braga (org.). *Psicologia e Saúde: Repensando Práticas*. São Paulo: Hucitec, 1992a.

CAMPOS, Florianita Braga. O Lugar da Saúde Mental na Saúde. In: CAMPOS, Florianita Braga (org.). *Psicologia e Saúde: Repensando Práticas*. São Paulo: Hucitec, 1992b.

CAMARGO JR., Kenneth. Um Ensaio sobre a (In)Definição de Integralidade. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS; ABRASCO, 2003.

CAMPOS, Gastão. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAMPOS, Gastão. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson; ONOCKO, Rosana (org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.

CASTEL, Robert. *A ordem psiquiátrica: a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

DELL'ACQUA, Giuseppe; MEZZINA, Roberto. Resposta à crise: estratégia e intencionalidade da intervenção no serviço psiquiátrico territorial. In: DELGADO, Jaques (org.). *A Loucura na Sala de Jantar*. São Paulo: Resenha, 1991.

DELGADO, Pedro. A psiquiatra no território: construindo uma rede de atenção psicossocial. *Saúde em Foco – Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva*, ano VI, nº16, 1997.

DELGADO, Pedro. Atendimento psicossocial na metrópole: algumas questões iniciais. *Cadernos do IPUB*, nº 14, 1999.

EWALD, François. L'expérience de la responsabilité. In: *Qu'est-ce qu'est être responsable? Sciences Humaines Communication et PolyPAO*. Paris: Seita, 1997.

FAGUNDES, Hugo; LIBÉRIO, Madalena. A reestruturação da assistência na cidade do Rio de Janeiro: estratégias de construção e desconstrução. *Saúde em Foco – Informe Epidemiológico em Saúde Coletiva*, ano VI, nº16, 1997.

FIGUEIREDO, Ana Cristina. O que faz um psicanalista na Saúde Mental. In: VENÂNCIO, Ana; CAVALCANTI, Maria (org.). *Saúde Mental: Campo, Saberes e Discursos*. Rio de Janeiro: Edições IPUB/CUCA, 2001.

FURTADO, Juarez. Responsabilização e vínculo no tratamento de pacientes crônicos: da unidade de reabilitação de moradores ao CAPS Estação. In: HARARI, Ângela; VALENTINI, Willians (org.). *A reforma psiquiátrica no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2001.

GOMES, Maria; ALBUQUERQUE, Patrícia. *Políticas Públicas de Saúde e Saúde Mental: um desafio*. Cadernos do IPUB 60 anos, edição especial, 1998.

GANDOLFI DALLARI, Sueli. *Os Estados Brasileiros e o direito à saúde*. São Paulo: Hucitec, 1995.

LUZ, Madel. Políticas de Descentralização e Cidadania: novas práticas de saúde no Brasil atual. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (org.). *Os sentidos da integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS; ABRASCO, 2001.

MATTOS, Ruben. Integralidade e a Formulação de Políticas Específicas de Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben. (org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS; ABRASCO, 2003.

NICÁCIO, Fernanda. Apresentação. In: NICÁCIO, Fernanda (org.). *Desinstitucionalização*. São Paulo: Hucitec, 1990.

RUSSO, Jane. A reorientação do campo psicanalítico na década de 80. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 39(6), 1990.

RUSSO, Jane. Psiquiatria, manicômio e cidadania no Brasil. In: SILVA FILHO, João; RUSSO, Jane (org.). *Duzentos anos de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

SILVA, Martinho. *Clínica da Reforma ou Clínica na Reforma: acerca da constituição de um discurso hegemônico no contexto da Reforma Psiquiátrica Brasileira*. Monografia de Conclusão de Especialização em Saúde Mental, ENSP / FIOCRUZ, 2002.

SILVA, Martinho. Responsabilidade e reforma psiquiátrica brasileira: sobre a relação entre saberes e políticas no campo da saúde mental. *Rev Latinoam. Psicopatol. Fundam*, 8(2), 2005a.

SILVA, Martinho. Atenção psicossocial e gestão de populações: sobre os discursos e as práticas em torno da responsabilidade no campo da saúde mental. *Physis*, 15(1), 2005b.

SILVA JR., Aluísio. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Editora Hucitec, 1998.

TENÓRIO, Fernando. Psicanálise, configuração individualista de valores e ética do social. *História, Ciências e Saúde*, vol. VII (1), mar-jun, 2000.

TENÓRIO, Fernando. *A psicanálise e a clínica da reforma psiquiátrica*. Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos, 2001.

¹ O município do Rio de Janeiro foi dividido em áreas programáticas (A.P.s) para efeito de organização dos serviços de saúde, em processo de regionalização. Cada uma delas é composta de um conjunto de bairros adjacentes (SMS-RJ, 1999). Quando se fala de "tomada de responsabilidade do serviço pelo território", o serviço comunitário de saúde mental deve ter como encargo justamente a população de uma A.P., ocupando o lugar de organizador e gerenciador da demanda (Portaria Federal 336).

² No sentido de conhecer a implantação de uma rede de cuidados em saúde mental no município do Rio de Janeiro, ver Fagundes e Libério (1997).

³ A tradução do texto de F. Ewald, em francês, é de inteira responsabilidade do autor do presente texto.