

## **CUIDADO COM O CUIDADO EM SAÚDE. SAIBA EXPLORAR SEUS PARADOXOS PARA DEFENDER A VIDA**

### **O ATO DE CUIDAR É UM ATO PARADOXAL: PODE APRISIONAR OU LIBERAR**

Ser antimanicomial é, também, poder fazer uma aposta em cuidados autopoieticos

Emerson Elias Merhy –  
Campinas/2004

Em um texto que construí para ser publicado na revista do Forum Mineiro de Saúde Mental, que denominei, a convite do movimento, A loucura e a cidade: outros mapas?, tentei expressar a noção de que há nos processos relacionais entre sujeitos - individuais e/ou coletivos - uma micropolítica dos encontros, expressa por vários mapas, ou melhor, por uma efervescente cartografia daqueles processos relacionais, que os sujeitos do encontro operam.

Para compreender partes desta cartografia lancei mão da noção de autopoiese, que me ajudava a compreender um pouco mais os vários processos constitutivos das ações nos encontros, como no caso da relação entre aquele que cuida e aquele que é cuidado. Dimensão típica do campo da saúde.

Por isso, antes de entrar nesta micropolítica do cuidado como encontro, suas tensões e desafios, retorno a um longo trecho do texto citado, no início, para partilhar da conceituação de autopoiese que tiro proveito.

Micropolítica do encontro e agir autopoietico

Após descrever situações de encontros, nas quais o que se mostrava eram processos relacionais de dominação, exclusão, eliminação, entre outros processos de interdição, escrevi, naquele texto: Criei, para mim, desta maneira, uma terceira imagem: pensei {nas} cenas, sob a perspectiva de uma micropolítica de encontros.

De posse desta idéia, da micropolítica de encontros, tentei olhar, de novo, para todas as cenas. Não mais sob a ótica de que o presente era duro e que o futuro seria muito mais duro. Procurei olhá-las como “lugares”, onde encontram-se ou relacionam-se territórios- sujeitos, em acontecimentos e acontecimentos. E, aí, todas essas cenas começaram a expressar outras possibilidades: ali, existiam sujeitos, territorializados e em desterritorializações, encontrando-se nas suas dificuldades, nas suas comensalidades, nas suas possibilidades, nas suas lutas; o que me permitia olhar os encontros, de territórios-sujeitos em movimento, e tentar criar novas categorias para mirá-los e para pensar o que acontecia, ou poderia acontecer, nesta micropolítica dos encontros.

A primeira noção, que adotei, era que, ali, aconteciam várias coisas ao mesmo tempo e que não, necessariamente, se excluía. A segunda, era que isso permitiria ter uma outra chave para ver “portadores de futuro”, tanto quanto a redenção ou à mudança radical do encontro. A terceira, era de que, na micropolítica dos encontros, que ocorriam nas cenas, havia várias relações de interdições e fugas. Nesta micropolítica dos encontros territorializam-se, dentro das loucuras que ela contém, relações onde territórios e sujeitos interditam outros territórios e sujeitos. Os encontros explodem como uma revelação de que agrupamentos de sujeitos colocam-se diante de outros agrupamentos, com a vontade e a ação de interditar o outro, inclusive no seu pensamento. Parece que o outro, como estrangeiro, é, para ele, um grande incômodo, não suportando a possibilidade deste existir nem como imaginador. Movimento que se dá em todos os lados, de um a outro, sem parar.

Estas cenas continham estes pontos, só que continham também outros processos de encontros, outras situações ocorrendo no mesmo tempo do processo de interdição, como outras formas, destes mesmos agrupamentos sujeitos processarem suas micropolíticas, e que chamei, para minha nova leitura, de encontros autopoieticos. Como um acontecer no outro acontecimento-interdição.

O que seria, então, este encontro autopoietico? Entendo como encontro autopoietico, aquele no qual ocorre, micropoliticamente, encontro de duas vidas, de três vidas, de quatro vidas, de  $n$  vidas, em mútuas produções. Esta palavra, autopoietico, pego emprestado da biologia, que a utiliza para falar do movimento de uma ameba, porque expressa e significa uma imagem de que o caminhar de um vivo/vida se produz em vida, para manter-se como ameba. Ou seja, um movimento que tem que construir o sentido de um viver, senão a sua característica de ser vivo se extingiria. Assim, tem a força de representar o movimento da vida que produz vida.

A autopoiese, portanto, é isso, um movimento da vida produzindo vida, o que me permitia ressignificar as cenas, que passaram a ter novos sentidos, para mim: o mesmo lugar, ocupado pela interdição, é também espaço de encontro autopoietico. Havia uma micropolítica inscrita dentro da outra; e, é isso que permitia a sensação, por exemplo, de em uma cena que transmite a angústia da morte, que pode inclusive tomar conta dela, de repente, ser carregada, preenchida pela possibilidade da produção da vida,. no encontro destes viveres.

Refletindo sobre cenas do encontro cuidador/cuidado como tutela

Outro dia, lendo sobre a miséria no mundo, um dado estarrecedor bateu na minha cara. Há mais de 1 bilhão de excluídos totais, distribuídos pelo globo terrestre. Há quem diga que chegam a casa dos 2 bilhões.

Imediatamente, veio-me a noção da relação necessária entre uma tutela do estado sobre os indivíduos, no interior do seu espaço de soberania. Pensei sobre a tutela outorgada e a tutela conquistada.

Elas me permitiram diferenciar uma ação quase unidirecional do estado, com suas políticas, sobre certos agrupamentos sociais - que não conseguem acessar alguns benefícios mínimos, em relação ao conjunto de bens básicos que podem qualificar o seu modo de estar, aqui, neste globo - de uma ação dirigida para certos agrupamentos populacionais, conquistada por estes na sua luta cotidiana e histórica pela partilha das riquezas sociais, enquanto possível usufruto dos cidadãos.

Na minha imagem, a tutela outorgada, do primeiro caso, se opôs à conquistada, pela forma como foram produzidas. Mas, nem por isso tornou-se menos legítima. Pois, esta tutela outorgada também me pareceu fundamental e necessária, em muitos casos. Porém, ao pensar as implicações destes dois processos tutelares, no âmbito da relação do estado com a sociedade, veio-me uma outra imagem. A tutela de efeito castrador e a tutela que libera, que autonomiza.

Aqueles processos tutelares que implicam em uma expropriação dos “autocaminhares” dos diferentes indivíduos ou grupos, na sua dimensão enquanto uma “máquina” desejanre, são para mim, independente da outorga ou conquista, castradoras dos desejos e de seus movimentos em produzir percursos que invistam no mundo, para torná-lo e tomá-lo em parte como seu. Produzindo o mundo para si, como um investimento libidinal e/ou operativo, individual e coletivo, e deste modo produzindo-o e se produzindo no andar, como uma efetiva movimentação autopoietica.

A tutela autonomizadora no seu modo de agenciar uma libertação a partir de si, aparentemente em um movimento paradoxal, no qual da dependência procura-se gerar libertação, para não se tornar um mero projeto “autocentrado”, tem que caminhar com a produção do processo liberador coetaneamente com a do processo público de estabelecimento de responsabilizações, que se referem ao momento das máquinas desejanres

estarem implicadas com outras, em possíveis processos cooperativos e contratualizados, em um movimento em que o agir vivo de um dispara produção de vida no outro. O que de um certo modo refere-se a processos relacionais eu e tu, nós e os outros.

Procurando esquematizar o que estou falando construo o quadro abaixo, que servirá de referencial para as reflexões que virão adiante.

	<b>agir castrador</b>	<b>agir liberador</b>
<b>tutela outorgada</b>	posicionamento “doativo” com processos caritativos e de vitimização	os bens doados são encarados como “uma vara para produzir uma pesca”, como ferramentas que aumentam governabilidade sobre o mundo
<b>tutela conquistada</b>	posicionamento autoritário com processos auto-centrados ou reacionais punitivos	a conquista é entendida e respeitada democrática/e como direito de cidadania, como válida e legítima, além de compreendida como base para a contratualidade social entre todos nós e os outros, iguais deste ponto de vista.

**despotencializa as máquinas      potencializa as**

**máquinas** **desejantes**

**desejantes**

A tutela, bem como a sua implicação na produção da autonomia, aqui, são compreendidas a partir do fato de que se constituem como processos relacionais e de produção, e nunca como essências dadas dos seres. Portanto, são sempre possibilidades produtivas.

A oportunidade de tratar do tema da tutela e autonomia, deste ponto de vista, parece-me pertinente, também, quando se faz uma reflexão sobre o trabalho em saúde e sua dimensão enquanto ato cuidador, bem como sobre os equipamentos sociais a eles referidos.

Tutela e autonomia: uma tensão permanente do trabalho em saúde como um ato cuidador

O que é o trabalho em um estabelecimento de saúde? Tenho a impressão que se realizar esta pergunta em qualquer serviço de saúde para os seus trabalhadores e usuários, as respostas serão infinitas, mas passarão pela idéia de que ali realiza-se algo que em outros serviços não acontece, pelo menos como questão central de sua missão.

Porém, se realizar a mesma pergunta para um cientista social, as respostas também devem ser infinitas, mas este já destacaria que um estabelecimento de saúde é uma organização, na qual há relações e jogos de poderes, processos culturais e burocráticos, relações institucionais, e assim por diante.

Chama-me a atenção que não há inverdades em nenhum dos dois caminhos, mas que o segundo não dá conta, não contém o primeiro.

Antes de entender qualquer estabelecimento de saúde como uma organização, ou como um lugar de várias relações institucionais, há que se ter (abstrata e analiticamente) a noção de que se está falando de organizações e relações institucionais singulares: aquelas que estão comprometidas com a produção de atos cuidadores, que tomam o mundo das necessidades de saúde como seu foco, tenham a representação que tiverem, individuais ou coletivas. Aliás, esta é em última instância a finalidade de todo e qualquer trabalho em saúde. (Sobre isso consultar os livros Saúde: a cartografia do trabalho vivo e Trabalho em Saúde: experienciando o SUS, editados pela Hucitec).

Entretanto, não basta ser um ato de saúde produtor de cuidado, para estar necessariamente implicado com os processos terapêuticos construtores de mais vida, apesar deste poder ser uma consequência quase que “natural”, no senso comum, dos atos cuidadores. Pois, há modelos de organização tecno-assistencial, da produção dos atos cuidadores, que podem não ter

nada a ver com a finalidade de construção da recuperação do viver, como seu eixo central, passando este a ser produzida por mero acaso, como mostro mais adiante.

Isto é, vale, aqui, o mesmo paradoxo de uma tutela castradora ou autonomizadora, ou mesmo, a mesma imagem de se ser ou não autopoietico.

Assim, o fato do ato de saúde produzir ou não "saúde", deve levar em conta a sua finalidade e o próprio entendimento do que isso significa, e os modos como os sujeitos dos encontros, neste trabalho, operam sobre interdições e viveres.

Para ficar mais claro, quero deixar explícito, que trato, neste texto, saúde como a capacidade de se gerar mais vida com o caminhar na vida; o que traduzo também como a capacidade de indivíduos e coletivos gerarem redes que atam vida e como tal produzem-na. Este é um dos olhares que faço sobre a noção de autonomia: a multiplicação de redes de dependências, como diria Saraceno, Tikanori, entre outros.

E, no meu olhar, isso tem tudo a ver com o ato de cuidar e com a alma do campo da saúde, e portanto com os processos de trabalho que contem e seus agires tecnológicos.

O agir tecnológico em saúde é essencialmente relacional e em ato

Como todo serviço de saúde está vinculado a processos produtivos de atos cuidadores, creio que o melhor modo de tentar entender tanto sobre um estabelecimento de saúde, quanto o cuidado, é debruçando-se sobre os seus processos de trabalho e as ações que revelam os jogos de intenções que os mesmos contém, suas redes agenciais protagonistas e as modelagens tecnológicas que as realizam, para se poder desvendar a maneira pela qual estão implicados, enquanto uma organização e uma matriz institucional. Isto é, como se constituem enquanto "lugares" de

relações, de micropolíticas de encontros e de jogos de poder entre “sujeitos” concretos.

Refletir sobre o modo de se trabalhar em saúde, a sua configuração tecnológica e as características dos trabalhadores da saúde, como sujeitos implicados com os processos produtivos, que visam a produção do cuidado junto aos usuários, são movimentos reflexivos necessários, para se entender a conformação histórica e social do campo da saúde, enquanto lugar de práticas, e sua conformação, enquanto serviço.

Neste percurso, torna-se um imperativo a compreensão da concretude que o ato cuidador adquire a partir de suas características intrínsecas, na qual identifico a presença tensa da relação tutelar e liberadora de um sujeito sobre o outro, de modo comprometido e “amarrado” a possíveis agenciamentos de processos de ganhos de autonomia pelo outro, que busca uma tutela outorgada do ato cuidador.

Isso só é possível porque o ato cuidador é um encontro intercessor entre um trabalhador de saúde e um usuário, no qual há um jogo relacional entre o mundo das necessidades/direitos com o do agir tecnológico.

Neste jogo, o usuário se coloca como alguém que busca uma intervenção, que lhe permite recuperar, ou produzir, graus de autonomia no seu modo de caminhar a sua vida. Colocando, neste processo, o seu mais importante valor de uso: a sua vida, para ser trabalhada como um objeto carente de saúde e como potência de gerar mais vida.

De um modo semelhante ao conceito de autopoiese faço proveito do de intercessor. De uma maneira mais detalhada, expus este conceito de intercessor, em um dos livros citados, ao falar de que na saúde, antes de tudo, produz-se “bens relações”, produtos de processos intercessores.

Assim, escrevi:

“Para realizarmos a nossa reflexão vamos partir do conceito de “intercessores”, que estaremos usando com sentidos semelhantes ao de Deleuze no livro "Conversações" (...) O uso deste termo {pode} designar o espaço de relação que se produz no encontro de "sujeitos", isto é, nas suas intersecções, e que é um produto que existe para os "dois" em ato, não



tendo existência sem este momento em processo, e no qual os “inter” se colocam como instituintes em busca de um processo de instituição muito próprio, deste sujeito coletivo novo que se formou.

De posse desta idéia, quero dizer que quando um trabalhador de saúde encontra-se com um usuário, no interior de um processo de trabalho, estabelece-se entre eles um espaço interseçor, no qual ocorre uma relação intercessora, que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros, e em ato.

A imagem deste espaço é semelhante à da construção de um espaço comum de intersecção entre dois conjuntos, ressaltando que este espaço não existe só nesta situação, e nem só na saúde, pois tanto a relação entre dois trabalhadores inseridos em um mesmo processo de trabalho é intercessora, quanto em outros processos de trabalho, como no trabalho na educação, no qual há, também, o processo intercessor.

Deste modo, além de reconhecer a existência deste processo singular é fundamental, em uma análise dos processos de trabalho, tentar descobrir o tipo de intersecção que se constitui e os distintos motivos que operam no seu interior.

{Na sequência do mesmo texto} vejamos isto de um modo esquemático, para que depois possamos tirar conseqüências analíticas deste entendimento, na saúde:

1. Os esquemas mais comuns em processos de trabalho como o da saúde, que realizam atos imediatamente de cuidado com o usuário, apresentam-se como o do diagrama abaixo, que chamamos de uma “intersecção partilhada”.

usuário indiv.	xxxxxx	trabalhador
e/ou coletivo	xxxxxxxxx	de
	xxxxxxxxx	saúde

2. Os que se constituem nos casos mais típicos de processos de trabalho, como o de um marceneiro que produz uma cadeira, mostram que o usuário é externo ao processo, pois o momento intercessor se dá com a “madeira”, que é plenamente contida pelo espaço do trabalhador, como uma “intersecção objetal”.

marceneiro

xxxxxxx

madeira

cadeira

usuário

Esta distinção da constituição dos processos intercessores mostra como a dinâmica entre o produtor e o consumidor, e os jogos entre necessidades, ocorrem em espaços bem distintos, e, inclusive, como os possíveis modelos de configuração desta dinâmica podem ser mais ou menos permeáveis a estas características.

Por exemplo, podemos dizer que nos modelos tecno-assistenciais predominantes hoje na saúde, no Brasil, as relações entre usuários de serviços de saúde e trabalhadores se dão em processos intercessores preenchidos pela “voz” do trabalhador e pela “mudez” do usuário, como se o processo de relação trabalhador-usuário fosse mais do tipo da “intersecção objetiva”.

Entretanto, como efetivamente a relação em saúde é a do tipo de “intersecção partilhada”, com certeza estes tipos de modelos de assistência realizam-se com intensas perdas, quanto ao mútuo processo instituinte contido no momento da produção e consumo dos atos de saúde.

No jogo de necessidades que se coloca para o processo de trabalho é possível então pensarmos:

1. que no processo de trabalho em saúde há um encontro do agente produtor, com suas ferramentas (conhecimentos, equipamentos, modos de se fazer relações, agires tecnológicos, de um modo geral), com o agente consumidor, tornando-o em parte objeto da ação daquele produtor, mas sem que com isso deixe de ser também um agente que, em ato, coloca seus conhecimentos e representações, inclusive expressos como um modo de sentir e elaborar necessidades de saúde, enquanto utilidade, para o momento do trabalho; e,

2. que no seu interior há uma busca de realização de um produto/finalidade, expresso de distintos modos por estes agentes, que podem até mesmo coincidir.

O que, de uma certa forma, mostra que a análise do processo intercessor, que se efetiva no cotidiano destes encontros, pode nos revelar a maneira como estes agentes se colocam enquanto “portadores/elaboradores” de necessidades no interior deste processo partilhado.

Os agentes produtores e consumidores são “portadores” de necessidades macro e micropoliticamente constituídas, bem como são instituidores de necessidades singulares, que atravessam o modelo instituído, no jogo do trabalho vivo em ato e o morto, contido nos insumos que o trabalho vivo em ato consome (como os equipamentos, medicamentos, saberes, e outros), ao qual estão vinculados.

A conformação das necessidades de saúde, portanto, dá-se em processos sociais e históricos definidos pelos agentes em ato, como positivities, e não exclusivamente como carências, determinadas de fora para dentro.

Aqui, não interessa o julgamento de valor acerca de qual necessidade é mais legítima que outra, este é um posicionamento necessário para a ação, mas não pode ser um “a priori” para a análise, porque o importante é percebermos que todo o processo de trabalho e de intersecção é atravessado por distintas lógicas, que se apresentam para o processo em ato como necessidades, que disputam como forças instituintes suas instituições. Assim, a presença de uma linha de força médico-hegemônica, que venha positivamente, através de um determinado (e não de qualquer um) trabalho médico, atua como instituinte pela ação efetiva de um determinado agente, que é seu constituidor no processo de trabalho em ato. Do mesmo modo, uma outra linha de força que venha pelo consumidor daquele ato, como uma busca de uma ação que lhe permita restituir sua “autonomia” no seu modo de andar a vida, atua também como instituinte pela ação positiva do usuário na relação intercessora partilhável.

O espaço interseção é assim um lugar que revela esta disputa das distintas forças instituintes como necessidades, e o modo como socialmente um dado processo instituído as captura ou é invadido pelas mesmas.

Isto é um tema para ser entendido pela discussão sobre a relação entre modelos de atenção e a construção dos espaços interseções. A caixa preta do jogo de necessidades, que ocorre entre o produtor e o consumidor, abre-se e pode revelar as possibilidades de intervenções deliberadas, dos distintos modelos de gestão do trabalho em saúde e seus compromissos. Mas, fica registrado que, se o trabalho é em saúde, o espaço interseção será sempre partilhado e trabalho vivo em ato dependente, mesmo que o modelo que se institua seja o de seu abafamento; porém os instituintes em ato estarão sempre gerando ruídos no seu interior, tensionando pelas suas ocorrências.

Estes são os casos dos desencontros que os usuários relatam quando falam da falta de acolhimento e de responsabilização que vivenciam atualmente nas suas relações com o trabalhador {de saúde} (...).”

Em síntese

O ato cuidador é centralmente um ato de tutela outorgada, que poderá conforme o modelo de intervenção ser ou não castrador.

Pode-se dizer que todo processo de trabalho em saúde produz “atos de saúde”, que perseguem a “produção do cuidado”. E que este, conforme as linhas de interesses que lhe dão sentido, impostas pelos vários atores em ação na sua concretude, permitirá a realização de distintos resultados, mais

ou menos comprometidos com os interesses dos usuários, mais ou menos como dispositivos liberadores ou castradores de processos autonomizantes. Fazendo uso de reflexões anteriores entendo como esta questão está colocada para os processos de trabalho em saúde. O conjunto dos trabalhos em saúde produzem um produto, os atos de saúde, considerados como capazes de intervir no mundo das necessidades de saúde, representado em grande parte como “problema de saúde”, provocando uma alteração do mesmo em torno da produção de certos resultados obtidos pela sua capacidade de gerar certas satisfações no usuário final. No senso comum, supomos que este processo permite a produção da saúde, o que não é necessariamente verdadeiro, pois nem sempre este processo produtivo impacta formas de se construir e qualificar o viver, e muito menos ganhos de graus de autonomia no modo do usuário andar na sua vida gerando mais vida, que é o que entendo como saúde, em última instância. E isto, porque aquele processo de produção de atos de saúde pode simplesmente ser “procedimento centrada” e sua finalidade última, pela qual ele se realiza, esgota-se na produção de um paciente operado e ponto final, ou em um paciente diagnosticado laboratorialmente e ponto final.

Creio que isso não é estranho a ninguém que usa serviços de saúde, no Brasil. Nós enquanto usuários podemos ser operados, examinados, etc., sem que com isso tenhamos necessidades/direitos satisfeitos; sem que com isso ganhemos qualquer grau de autonomia no nosso viver.

Ao falar de trabalho em saúde não me refiro só ao conjunto das máquinas, que são usadas nas ações de intervenção realizadas, por exemplo, sobre os “pacientes”.

Com atenção pode-se perceber que os processos de trabalho realizados no conjunto das intervenções assistenciais mobilizam muitos tipos distintos de ações. Além das várias ferramentas-máquinas que usamos, como: raio-x, instrumentos para fazer exames de laboratórios, instrumentos para examinar o “paciente”, ou mesmo, fichários para anotar dados do usuário -, mobiliza-se intensamente conhecimentos sobre a forma de saberes profissionais, bem

estruturados, como a clínica do médico, a clínica do dentista, o saber clínico da enfermagem, do psicólogo, etc. O que permite dizer, que há uma tecnologia menos dura, do que os aparelhos e as ferramentas de trabalho, que está sempre presente nas atividades de saúde, que denomino de leve-dura. É leve ao ser um saber que as pessoas adquiriram e está inscrita na sua forma de pensar os casos de saúde e na maneira de organizar uma atuação sobre eles, mas é dura na medida que é um saber-fazer bem estruturado, bem organizado, bem protocolado, normalizável e normalizado. Entretanto, quando se olha com maior atenção ainda, vamos ver que, além destas duas situações tecnológicas (a dura e a leve-dura), há uma terceira, que denomino de leve.

Qualquer abordagem assistencial de um trabalhador de saúde junto a um usuário-paciente, produz-se através de um trabalho vivo em ato, em um processo de relações, isto é, há um encontro entre duas “pessoas”, que atuam uma sobre a outra, e no qual opera um jogo de expectativas e produções, criando-se inter-subjetivamente alguns momentos significativos, como: momentos de falas, escutas e interpretações, nos quais há a produção de uma acolhida ou não das intenções que estas pessoas colocam neste encontro; momentos de cumplicidades, nos quais há a produção de uma responsabilização em torno do problema que vai ser enfrentado; momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo e aceitação, interdições ou desinterdições típicas das micropolíticas do encontro, situações de tutela e ações de busca de autonomização, entre uma infinidade de outras possibilidades.

Perante esta complexa configuração tecnológica do trabalho em saúde, penso que só uma conformação adequada da relação entre os três tipos de tecnologias ou de tecnologias é que pode produzir certas qualidades, como: maior defesa possível da vida do usuário, maior controle dos seus riscos de adoecer ou do agravamento do seu problema, desenvolvimento de ações que permitam a produção de um maior grau de autonomia da relação do usuário no seu modo de andar e estar no mundo.

Isso tudo permite o entendimento de que a produção do ato cuidador é imediatamente um responsabilizar-se diante de uma intervenção, que tem uma forte dimensão tutelar, mas que pode, e deve, estar implicada com ganhos efetivos de autonomia do usuário diante do seu modo de caminhar a sua vida, produzindo-a.

Com uma intenção semelhante ao analista que procura produzir a vinculação/dependência, no ato transferencial, para criar uma ponte de liberação do analisando, dentro do agenciamento de autonomia que esta vinculação/dependência pode potencializar.

Entendo que esta tensão - bem como o sentido autopoietico do trabalho vivo em ato como produtor de vida e não morte - é constitutiva do ato cuidador, ato essencialmente intercessor, compondo, nesta complexidade, todos os atos de qualquer trab e em particularúde, e em particular os atos clínicos.

Explorar as possibilidades terapêuticas destas tensões, conforme a perspectiva liberadora expressa em ganhos efetivos de autonomia dos usuários, constituem-se em parâmetros para se optar sobre certas modalidades de intervenções assistenciais em saúde.

A opção em torno de certos serviços de saúde, para além de seus referenciais econométricos, expressos nos modos de otimizar os recursos existentes, deve perseguir estes referenciais. E, neste sentido, entendo que no caso das intervenções em saúde mental, desejar que ganhos de autonomia sejam traduzidos pela capacidade de se gerar múltiplas redes de dependências, implica em adotar como eixo, a construção de modelos de intervenção, que explorem as tensões do ato cuidador para se produzir complexas redes agenciadoras de vida.

Tutelar na busca de relações intercessoras autopoieticas torna-se uma missão de qualquer modelo substitutivo ao manicômio.

Por isso, entendo que ser antimanicomial é fazer uma aposta em cuidados autopoieticos.

Ainda uma última idéia

Por último, traria algumas idéias agregadas a estas, para lembrar que quanto maior a autonomia dos coletivos de trabalhadores nos diferentes espaços organizacionais, maiores as possibilidades de agenciarem ganhos de autonomia, junto aos usuários.

Uma análise comparativa entre processos de hospitalizações e de moradias extra-hospitalares, na saúde mental, pode contribuir para esta reflexão.

Considerando como expressão de possíveis ganhos de autonomia dos usuários a complexificação de suas redes de conversas e contratualidades, pode-se comparar os processos de produção do cuidado nestes dois tipos de estabelecimentos e verificar os resultados conseguidos pela medição destas redes, associando-os aos processos relacionais constituídos.

Há indícios de que os processos organizacionais e produtivos de estabelecimentos como hospitais são bem menos aptos à construção de relações de tutelas conquistadas co agires liberadores, do que em moradias, apesar do compromisso assistencial de ambos. Mas, isto não é inevitável e nem está dado.

Veja que o conjunto das ações no ambiente hospitalar são muito mais favoráveis a conteúdos tutelares outorgados e de agires castradores, apesar de que se pode constituir processos cuidadores nos hospitais, que apesar de outorgados, tenham um forte conteúdo de ação liberadora, enquanto que em uma moradia extra-hospitalar pode-se produzir uma tutela outorgada e castradora.

Refletindo sobre a possibilidade de um modelo tecno-assistencial em saúde explorar positivamente a capacidade cuidadora, como dispositivo agenciador de ganhos de autonomias, afirmei em um texto, mais ou menos, o seguinte:

Creemos que uma das implicações mais sérias do atual modelo médico hegemônico neoliberal é a de diminuir muito esta dimensão tecnológica do trabalho em saúde, em particular do próprio médico. Há autores, que há muito vem advogando a noção de que a baixa incorporação do saber clínico

no ato médico vem comprometendo seriamente a eficácia desta intervenção, e parodiando-os podemos dizer que a “morte” da ação cuidadora dos vários profissionais de saúde tem construído modelos de atenção irresponsáveis perante a vida dos cidadãos.

Entendemos, que os modelos de atenção comprometidos com a vida devem saber explorar positivamente as relações entre as diferentes dimensões tecnológicas {leve, leve-dura e dura} que comporta o cuidado, possibilitando a precedência do mundo das necessidades de saúde dos usuários e o reconhecimento de que a saúde é um valor de uso único e inestimável

### Bibliografias inspiradoras

Sem um compromisso descritivo e detalhado apresento certos livros ou textos que são inspiradores destas reflexões

Baremblit, G. Compêndio de Análise Institucional, Rosa dos Ventos.

Campos, C. e outros O SUS em Belo Horizonte, Xamã, 1997.

Cecílio, L.C.O. Inventando a mudança na saúde, Hucitec, 1997.

Guattari, F. Caosmose, Editora 34, 1992.

Merhy, E.E. e Onocko, R. Agir em saúde, Hucitec, 1997.

Merhy, E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo, Hucitec, 2002.

Merhy, E.E. A loucura e a cidade: outros mapas, Revista do Forum Mineiro de Saúde Mental, 2004.

Teixeira, S.M.F. Democracia e Saúde, Lemos, 1997.