

O controle da Sereia: trabalho e geração de renda em Saúde Mental

Control Mermaid: work and income generation in Mental Health

Sirena de control: trabajo y generación de ingresos en Salud Mental

Marcela Pimenta Muniz*¹, Ana Lúcia Abrahão², Cláudia Mara de Melo Tavares³

Como citar esse artigo. Muniz MP, Abrahão AL, Tavares CMM. O controle da Sereia: trabalho e geração de renda em Saúde Mental. Revista Pró-UniverSUS. 2017 Jun./Dez.; 08 (2): 51-57.

Resumo

Este artigo objetiva trazer à discussão o tema da geração de renda e trabalho do portador de transtorno psíquico grave. O estudo se caracterizou como qualitativo com a produção de dados realizada junto a uma usuária da Rede de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro. Utilizou-se a observação participante e entrevista aberta. A análise de dados foi feita a partir do conteúdo das narrativas da usuária e do diário de campo da pesquisadora, tendo-se, para isto, o fundamento dos referenciais teórico-metodológicos de Deleuze, Guattari e Rancière. Os dados apontam os desafios e possibilidades para o acesso do portador de transtorno psíquico ao mercado de trabalho, voltados para as singularidades desta usuária. Considera-se que, com a consolidação de práticas de promoção da vida que medeiam as relações entre a rede de atenção psicossocial e a rede viva do mundo do trabalho. Concluiu-se que é possível desenvolver estratégias que enfrentem o desafio da inserção do portador de transtorno psíquico no mercado de trabalho, a partir da abordagem interdisciplinar e intersetorial desta problemática, levando-se em consideração suas diferentes dimensões.

Palavras-chave: Saúde mental comunitária; Serviços de saúde mental; Mercado de trabalho

Abstract

This article aims to bring to the discussion the issue of income generation and carrier work of mental disorders. The study was characterized as qualitative data with production carried out with a user of mental health service of the city of Rio de Janeiro. We used the participant observation and open interview. Data analysis was made from the content of the narratives of the user and the diary of the researcher's field, having, for this, the foundation of the theoretical and methodological references of Deleuze, Guattari and Rancière. The data point out the challenges and possibilities for the access of the psychic disorder to the labor market, facing the singularities of this user. It is considered that with the consolidation of life promotion practices that mediate the relationships between the psychosocial care network and the living network of the world of work. It was concluded that it is possible to develop strategies that face the challenge of the insertion of the person with psychic disorder in the labor market from the interdisciplinary and intersectoral approach to the problem, taking into account its various dimensions.

Keywords: Community mental health; Mental health services; Labor market.

Resumen

En este artículo se pretende llevar a la discusión del tema de la generación de ingresos y el trabajo portador de trastornos mentales graves. El estudio se caracterizó como datos cualitativos con la producción realizada con un usuario de la Red de Atención Psicossocial de la ciudad de Río de Janeiro. Se utilizó la observación participante y la entrevista abierta. El análisis de datos se realizó a partir del contenido de las narrativas del usuario y el diario de campo del investigador, que tiene, por ello, el fundamento de los referentes teóricos y metodológicos de Deleuze, Guattari y Rancière. Los datos apuntan a los desafíos y posibilidades para el acceso del portador de trastorno psíquico al mercado de trabajo, frente a las singularidades de este usuario.

Se considera que, con la consolidación de prácticas de promoción de la vida que median la relación entre la red de atención psicossocial y una red de vida del mundo del trabajo. Se concluyó que es posible desarrollar estrategias que enfrenten el desafío de la inserción del portador de trastorno psíquico en el mercado de trabajo, a partir del abordaje interdisciplinario e intersectorial de esta problemática, teniendo en cuenta sus diferentes dimensiones.

Palabras clave: Dolor; Formación; Conocimiento; Salud.

Afilição dos autores: 1. Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/Universidade Federal Fluminense/Niterói/RJ/Brasil.

2. Professor Titular do Departamento de enfermagem médico-cirúrgica; Diretora da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/Universidade Federal Fluminense/Niterói/RJ/Brasil.

3. Professor Titular do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa/Universidade Federal Fluminense/Niterói/RJ/Brasil.

* E-mail: marcelapimentamuniz@gmail.com

Recebido em: 30/08/17. Aceito em: 27/11/17.

Introdução

Os indivíduos com sofrimento psíquico sempre estiveram presentes na sociedade. Segundo estimativas feitas em 2001 pela Organização Mundial da Saúde, os transtornos mentais ocorrem comumente e afetam mais de 25% da população em dada fase da sua vida. São também universais, afetando pessoas de todos os países e sociedades, indivíduos de todas as idades, mulheres e homens, ricos e pobres, pessoas de áreas urbanas e rurais, exercem, portanto, considerável impacto sobre os indivíduos, as famílias e a comunidade, visto a magnitude do sofrimento das pessoas e do ônus econômico com gasto adicional, não só para sua família como também para o poder público¹.

Sabe-se que, além dos danos que o sofrimento psíquico causa no próprio indivíduo, e da relevância de redimensionar o estudo destas particularidades, ele ainda causa um impacto no meio social que o circunda que é refletido pela maneira estigmatizada que a sociedade vê a loucura, com ações excludentes, punitivas e preconceituosas nos próprios espaços das cidades².

Na busca de enfrentar esta problemática e alcançar uma abordagem mais cidadã e eficaz ao portador de transtorno psíquico, no século XX, fortalece-se a Reforma Psiquiátrica. Esta proposta vem marcada pela noção de desinstitucionalização, inventando novas formas de lidar com a loucura, transcendendo os modelos pré-estabelecidos e se movendo em direção às pessoas usuário³.

Considerando-se que o movimento de Reforma Psiquiátrica brasileira busca a desconstrução da realidade manicomial - para além da “quedada dos muros manicomial” em sentido físico, é premente que se operem transformações de toda uma cultura que sustenta a violência, a discriminação e o aprisionamento da loucura. Para tanto, o primeiro passo seria renunciar a perseguição da cura e tomar como objeto a existência-sofrimento e os espaços de sociabilidade e solidariedade. A ênfase não é mais colocada no processo de cura, mas na produção de vida, de sentido, de sociabilidade, e na utilização das formas de convivência – ou dos espaços coletivos⁴.

A noção de cuidado supera a lógica pontual e casuística da intervenção medicamentosa por si só. O cuidado é operado em uma ação integral que incorpora as tecnologias, os significados e os sentidos voltados para uma compreensão da saúde como o direito do ser humano⁵.

Os agravos psicossociais permeiam os cenários e espaços de cuidado e de não cuidado. Tal demanda é decorrente da forma como a população humana vem interagindo com o mundo e sua natureza. A busca incessante pelo capital acumulado interpõe a necessidade do trabalho em excesso, por parte de

alguns, assim como a desigualdade social e a exclusão delimita a vida de muitos⁶. Portanto, a compreensão do sofrimento e adoecimento implica o processo saúde-doença para além das causas orgânicas e incluem a relação do sujeito com o ambiente como determinante das condições gerais de saúde⁷.

Ter acesso à geração de renda é condição sine qua non para estar reinserido na sociedade como um cidadão, exercendo direitos e deveres em busca da desinstitucionalização das pessoas. Porém, o acesso ao mercado de trabalho pelos usuários da rede de saúde mental é um muro tão difícil de vencer quanto àquele do hospital psiquiátrico.

O presente estudo teve por objeto de estudo o desafio da inserção no mercado de trabalho vivenciado pelo portador de transtorno psíquico. Neste sentido, o objetivo foi discutir o tema da geração de renda e trabalho do portador de sofrimento psíquico.

Materiais e método

O estudo possui uma abordagem qualitativa do tipo exploratória. Trata-se de um recorte do projeto guarda-chuva intitulado “Observatório Nacional da Produção de Cuidado em diferentes modalidades à luz do processo de implantação das Redes Temáticas de Atenção à Saúde no Sistema Único de Saúde: Avalia quem pede, quem faz e quem usa”. A produção de dados foi realizada junto a uma usuária da Rede de Atenção Psicossocial do município do Rio de Janeiro em Abril de 2016. Houve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do município (parecer número 983.324). Foi empregado o codinome “Sereia” para resguardar o anonimato da participante.

Utilizou-se a observação participante e entrevista aberta. A observação participante se deu no momento em que a pesquisadora sentou-se no banco do espaço de convivência do CAPS, aberta ao interesse espontâneo de algum usuário em participar do estudo.

Foi observado o interesse e a abertura da usuária Sereia (dentre outros usuários que estão descritos no relatório da pesquisa) para estar comigo e dizer sobre sua história de vida e suas expectativas no que se refere ao cuidado e às relações de ajuda na RAPS e na rede viva. As observações e *insights* da pesquisadora advindos da observação participante foram registrados no diário de campo. Esta observação participante foi também o que viabilizou o encontro, a aproximação da usuária e a realização da entrevista aberta.

A análise de dados foi feita a partir do conteúdo das narrativas de Sereia e do diário de campo da pesquisadora, tendo-se, para isto, o fundamento dos referenciais teórico-metodológicos de Deleuze e Guattari⁸ e Rancière⁹.

No processo de pesquisa e discussão dos dados, este estudo buscou desenhar apostas do cuidado que não possuem apenas um caminho, ou uma máquina por onde entraria a “doença” e sairia o sujeito “curado”.

É neste sentido que têm sido forjados movimentos instituintes na produção de cuidado junto ao portador de sofrimento psíquico, à medida que se tira o usuário dos parênteses da psicopatologia onde a visão medíocre (grosseira, leviana) da doença o coloca e o limita¹⁰. Na busca de superar a sobrecondição das singularidades, há um movimento de produção de cuidado pela diferença. No entanto, por vezes, a sobreimplicação dos profissionais impede-os de suportar o caráter processual do acolhimento ao sofrimento psíquico, visto que ainda são capturados pela linearidade nas formas de fazer ou nas “possíveis respostas” do usuário.

Destaca-se que este estudo tem como pano de fundo a lógica de uma articulação entre a Rede de Atenção Psicossocial instituída e a Rede Viva.

A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) foi instituída pela Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011 (república em 21 de maio de 2013), obedecendo às diretrizes desse novo modelo assistencial, e tem como principais objetivos: ampliar o acesso à atenção psicossocial da população, em seus diferentes níveis de complexidade; promover o acesso das pessoas com transtornos mentais e com necessidades decorrentes do uso do *crack*, álcool e outras drogas e suas famílias aos pontos de atenção; garantir a articulação e integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento, do acompanhamento contínuo e da atenção às urgências¹¹.

A base territorial e a atuação transversal com outras políticas específicas buscam o estabelecimento de vínculos e acolhimento da ação em saúde. Neste processo, devem estar fundamentadas os princípios do SUS e da Reforma Psiquiátrica e para sua articulação (saúde mental e atenção básica) resultam as seguintes diretrizes fundamentais: noção de território; organização da atenção à saúde mental em rede; intersectorialidade; reabilitação psicossocial; multiprofissionalidade e interdisciplinaridade; desinstitucionalização; promoção da cidadania dos usuários; e, construção da autonomia possível de usuários e familiares¹².

E, explorando-se as múltiplas facetas das demandas do usuário, entende-se que o cuidado em Saúde Mental requer também a produção de Redes Vivas¹³ que venham a potencializar novos encontros, pois este campo demanda a criação de escutas polifônicas e campos transferenciais multifocais, bem como um certo caleidoscópio de possibilidades de encontros, potentes para a produção de subjetividade dos envolvidos. Neste sentido, cabe avançar em um debate que considere as possibilidades a partir da Rede Viva não como oposição à rede temática instituída, mas como possibilidade de co-existência, co-construção entre ambas (transversalidade

das redes: rede instituída e Rede Viva)¹³.

A Rede Viva apresenta-se como territórios afetivos ou territórios solidários, constituindo-se em dispositivos potenciais para o cuidado em saúde mental, já que, muitas vezes, assume maior importância na vida das pessoas do que as redes técnicas instituídas.

Resultados e discussão

Em um dia enquanto me experimentava no espaço de convivência do CAPS, sentei no sofá e, logo em seguida, tive a companhia de Sereia, que sentou-se ao meu lado. Ela estava algo cabisbaixa, talvez preocupada, angustiada. Falou-me sobre uma calda de sereia que ela sentia que estava “*descamando*” em seu corpo.

Este tipo de fala anuncia rapidamente sua psicose, mas, sobretudo, uma certa afirmação de sua singularidade. Ela me dá, neste momento, a oportunidade de me afastar, caso eu ficasse assustada. Eu poderia dizer que, em alguns momentos, uma pessoa em sofrimento psíquico pode nos testar, como quem busca medir nosso interesse genuíno em ajudá-la, o que, dependendo da “*impressão*”, pode gerar confiança ou distanciamento.

Mas, percebendo em mim interesse verdadeiro em compreender sua angústia, independentemente de sua estranheza delirante, ela me diz, após alguns dias de convivência “*agora que eu vi que você é uma pessoa assim de confiança, posso te contar algumas coisas...*”. A vida é só um segundo. Um aflito segundo para um esquizofrênico como eu. Digo o que sou e me defino para que as pessoas que têm medo de gente maluca logo desistam de me ler. Ler-me significa ler o estranho. Ler um outro lado que existe em cada um (poeta Rodrigo de Souza Leão, p.15).

Após falar sobre sua calda de sereia, após alguns dias de convivência, durante a oficina de artesanato, Sereia, calma como uma doce canção, me diz:

Se você souber de alguém que esteja precisando de uma pessoa para limpar a casa, fazer uma comida, passar roupa... essas coisas... você me fala? Meu filho “*tá*” com o pai. Quero que ele volte a ficar comigo. Queria arrumar minha casinha... ajeitar aquilo lá... (dá uma pausa, respira fundo e continua a frase, olhando no fundo dos meus olhos). Quero refazer a minha vida! (Sereia)

Sabemos que a sociedade ainda não está com as portas escancaradas para receber pessoas que possuem um delírio, por exemplo, de ser uma sereia. Ainda que ela não apresente sintomas de auto ou hetero-agressividade e possua condições manuais para estar neste tipo de emprego (doméstico), as pessoas, ao realizarem uma entrevista de emprego com ela, muito provavelmente não confiarão a ela os cuidados de suas casas se ela verbalizar na entrevista algo delirante – ainda que acreditar ser uma sereia não inviabilize seu compromisso profissional. Imaginei algumas de minhas

colegas fazendo uma entrevista de emprego para contratá-la como doméstica e realmente não visualizei a possibilidade desta colega dar a oportunidade do trabalho doméstico à Sereia.

Pensar um caminho para o desafio da geração de renda a partir do conceito de Empreendedor Biopolítico, que tem como foco as capacidades produtivas dentro de determinado contexto social. Este elemento indica ao enfermeiro o caminho para intervenções que tragam em seu bojo a lógica biopolítica: empreendedor de subjetividade e de igualdade¹⁴.

Isto é tão indispensável quanto à escuta sensível – que é tão defendida a produção de cuidado em saúde mental –, e exige a invenção de dispositivos que possuam uma efetiva lógica interdisciplinar.

O estigma, o imaginário da violência relacionada à loucura, o preconceito que questiona a capacidade de um psicótico desenvolver algumas atividades ou receber certas responsabilidades ainda são fortes em nossa sociedade.

O tema da desmistificação da loucura é algo a ser perseguido pelo trabalhador da saúde mental, através de um arsenal teórico-prático qualificado para realizar atividades de orientação à sociedade e aproximá-la das novas formas de abordagens em saúde mental e apresentar as potencialidades dos usuários. Para isto, o enfermeiro pode lançar mão de diversos instrumentos que já desenvolve em diversas áreas da saúde, como, por exemplo, rodas de conversa entre equipe do CAPS e a sociedade; rodas de conversa entre os usuários do CAPS e a sociedade; rodas de conversa entre equipe do CAPS e os demais serviços de saúde (ex: profissionais da estratégia de saúde da família, gestão da saúde municipal etc); dramatizações em praças, igrejas, escolas, postos de saúde sobre o preconceito com relação à loucura, entre outros.

Travar uma batalha contra o estigma é um norte para que se amplie o acesso aos direitos sociais em geral pelo portador de transtorno psíquico.

O acesso à moradia, à renda, ao lazer, à educação muitas vezes está frágil, já que, esta é uma pauta relativamente nova para aqueles que ainda vêm o tratamento de saúde mental como algo a ser reduzido a uma instituição total.

Assim, além de ações que visem dirimir a desaprovação e a intolerância às diferenças na sociedade, há que se intensificar também a força intersetorial na RAPS. (In)felizmente, alguns usuários possuem oportunidade de gerar alguma renda a partir do próprio local de tratamento, mas, na maioria das vezes, nisto não se atinge uma renda suficiente para as demandas econômicas deles. O mais eficiente economicamente, mas também o mais difícil a se conquistar com relação à renda, é que o portador de sofrimento mental possua mais oportunidades de empregos no próprio território, e não somente dentro dos dispositivos de saúde mental.

Trabalhar com direitos trabalhistas (como carteira de trabalho assinada, salário fixo entre outros) e receber responsabilidades pelas quais ele precisará responder é produzir cidadania. Para isto, precisamos somar forças entre mapas arborescentes instituídos que dêem garantias mínimas a esse processo de intersetorialidade de desmistificação dos usuários e entre rizomas abertos aos devires na produção do cuidado.

Desta forma, torna-se necessária a articulação do cuidado com a temática da micropolítica do trabalho em saúde. Parte-se do pressuposto de que há uma intensa produção subjetiva do cuidado em saúde no âmbito do processo de trabalho, e, “ao mesmo tempo produção de si mesmos como sujeitos do trabalho. Isto se dá, na medida em que interagem com os usuários e o problema de saúde, através do seu processo produtivo”^{15:8}.

Ela preparava na oficina um porta-controlle remoto com muita dificuldade, mas com dedicação. O produto que ela produzia fazia parte de uma das atividades do CAPS de geração de renda. Chama minha atenção a fala intensa de S sobre trabalhar e refazer a vida, relacionando um emprego à chance de voltar a ter a convivência com o filho, tornar seu lar mais agradável, entre outros.



Figura 1. Foto do porta-controlle produzido pela “Sereia”. Fonte: acervo da pesquisadora

“Apesar de haver exaustivos debates, conversas e explicações quanto ao funcionamento econômico da oficina, sabemos que o lugar que o dinheiro ocupa na existência do sujeito não necessariamente está presente na esfera do entendimento e da compreensão. O dinheiro implica a configuração de um território cuja valorização pode estar engatada em âmbitos psíquicos que desconhecemos prontamente”^{6:160}.

Sereia, mesmo sendo mais calada, ao final da

oficina me diz dessa expectativa que tem, e pensei na relação da atividade que ela havia terminado naquele momento: a possibilidade de vender o porta-controlado remoto, a possibilidade da geração de renda. Esta foi uma evidência da relação da geração de renda com o agenciamento de novas possibilidades nos modos dela estar no cuidado, na vida.

A gente não quer
Só dinheiro
A gente quer dinheiro
E felicidade
A gente não quer
Só dinheiro
A gente quer inteiro
E não pela metade...
(Arnaldo Antunes)

Esta não é uma música doce como o canto bonito de uma sereia, mas sim algo que convoca, implica. O tema da renda tem lugar, sim, nas demandas dos portadores de transtorno psíquico. A renda é necessária, sim, para o usuário usá-la e se restituir como sujeito em sua produção de vida.

Recentemente, a Lei 13.146/2015 revogou os incisos II do Artigo 3º e incisos II e III do Artigo 4º que constavam no código civil de 2002, os quais afirmavam que eram incapazes ou parcialmente incapazes de exercer os atos civis aquele que “não tiverem o necessário discernimento”, que “tenham o discernimento reduzido” ou os “excepcionais, sem desenvolvimento mental completo”¹⁷.

Assim, com o advento da referida lei, usuários e trabalhadores devem lutar para colocar em uso, a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência), “destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando a sua inclusão social e cidadania”^{1:17}.

O capítulo II da lei trata da igualdade e da não discriminação e em seu art. 4º, afirma que “Toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação” e em seu Art. 8º afirma que:

É dever do Estado, da sociedade e da família assegurar à pessoa com deficiência, com prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à sexualidade, à paternidade e à maternidade, à alimentação, à habitação, à educação, à profissionalização, ao trabalho, à previdência social, à habilitação e à reabilitação, ao transporte, à acessibilidade, à cultura, ao desporto, ao turismo, ao lazer, à informação, à comunicação, aos avanços científicos e tecnológicos, à dignidade,

ao respeito, à liberdade, à convivência familiar e comunitária¹⁷.

Além disto, na seção III, a Lei 13.146/2015 define sobre a inclusão no trabalho para as pessoas com deficiência:

Art. 37. Constitui modo de inclusão da pessoa com deficiência no trabalho a colocação competitiva, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, nos termos da legislação trabalhista e previdenciária, na qual devem ser atendidas as regras de acessibilidade, o fornecimento de recursos de tecnologia assistida e a adaptação razoável no ambiente de trabalho¹⁷.

Esta Lei está instituída a favor da garantia de direitos aos portadores de deficiência em geral – incluindo os portadores de transtorno psíquico. No entanto, como muitas leis, esta também pode se tornar uma “falácia” se não fizermos uso dela para exigirmos garantias socioeconômicas aos usuários da RAPS.

Havendo a abertura de novas leis em prol dos avanços para a cidadania do portador de transtorno psíquico, usuários, trabalhadores, universidades e o território, não podemos deixar que isto “fique na gaveta”.

A formulação de uma nova caminhada para o cuidado em saúde mental está sendo estruturada com base na evidência do sujeito e na construção de um sistema que viabilize alternativas adequadas ao vivenciar humano na dimensão clínica e cidadã³.

Existem propostas instituintes de se fortalecer a perspectiva do usuário enquanto sujeito no seu processo de cuidado (sobretudo, a partir da inspiração em experiências dos países europeus anglo-saxões). Mas este tipo de investimento ainda está em vias de se fazer, já que, muitas das vezes, o próprio tratamento passa pelo silenciamento e esvaziamento do usuário enquanto ordenador de sua vida.

Encontramos-nos a trabalhar sobre um terreno para o qual a velha cultura, da qual ainda estamos impregnados, pouco serve, e a nova só pode surgir da transformação da realidade social e dos relacionamentos, do emergir das necessidades, do nascer de uma nova solidariedade capaz de dar respostas, do confronto da disciplina e dos profissionais com a realidade que se transforma e com os novos direitos que expressa¹⁰.

Observar a aplicação do que prevê a lei implica em a (re)conhecer e tomar para si uma tarefa de trazê-la para a prática, para o cotidiano da RAPS. Sabemos que a promulgação de uma lei não garante sua execução. Por exemplo, nota-se que a Lei 13.146/2015 ainda está em vias de se instituir na realidade das pessoas em sofrimento psíquico.

A fragmentação do cuidado e a desresponsabilização pelo usuário são constituídas pela condição estática e departamentalizada do processo condutor da terapêutica e constituem um empecilho ao desenvolvimento de condutas emancipatórias. O diálogo

deve dar-se na rede de cuidados de saúde mental ou no próprio território, no sentido de favorecer a autonomia do usuário³.

Alguns autores nos incentivam a produzir possibilidades de criar laços, de tecer um território existencial, de reinventar a subjetividade, na contramão das capturas e serializações, das desterritorializações e reterritorializações que são propostas a cada minuto pela economia material e imaterial atual, com todo o seu jogo perverso de inclusão total e exclusão maciça¹⁸.

Precisamos considerar reflexivamente a potência psico-econômica, que se trata da capacidade de produzir o novo, “capacidade essa que não está subordinada à valorização do capital. A idéia é que todos produzem, mesmo quem não está vinculado ao processo produtivo. Produzir o novo é inventar novos desejos e novas crenças, novas associações e novas formas de cooperação”^{18:5}.

Considerando-se que essa economia afetiva é uma força viva e potência política, elas “deixam de ser apenas reservas à mercê de um capital insaciável, e passam a ser consideradas elas mesmas um capital, uma comunalidade de autovalorização”^{18:5}.

A este propósito esclarece o texto de Miranda¹⁹ afirmando que se a subjetivação contemporânea se encontra inexoravelmente ancorada em dispositivos capitalistas, isso não significa o seu aprisionamento absoluto. É sempre possível resistir ao presente, escapar das modelizações dominantes, apropriar-se diferentemente do que nos é oferecido cotidianamente pela televisão, pelo cinema, pelo patrão, pelo cônjuge, pela escola ou pelo *outdoor*, pois “esse desenvolvimento da subjetividade capitalística traz imensas possibilidades de desvio e singularização”^{20:31}. Em suma, é sempre possível atrever-se a singularizar²⁰.

Neste sentido, há que se potencializar na RAPS e na Rede Viva a porosidade nas pessoas a esses mapas de forças, a essas jazidas de subjetividade espalhadas por toda a parte para que possamos cartografar seus pontos de força viva, suas atualizações e os dispositivos que sejam capazes de desobstruir a vitalidade seqüestrada, de romper o estigma que estrangula as possibilidades de linhas de fuga no processo de cuidado capazes de potencializar uma biopolítica afetiva.

Percebe-se aqui a necessidade de ações que promovam a intensividade do cuidado, o que, para Tallemberg^{21:131}, requer “tornar-se estrangeiro na própria língua, entendendo como língua, o aparato das tecnologias duras e leve-duras que carregamos conosco. Estranhar, desconfiar, “*inquirir*”, escutar. Os entreatos/encontros com os usuários nos ajudam a nos arriscar neste registro.”

Considerações finais

Se, por um lado, nos queixamos de alguns protocolos instituídos para o cotidiano dos serviços

de saúde que atravancam os processos de cuidado, por outro, nem sempre tiramos proveito das normatizações que atendem às demandas reais dos usuários e trabalhadores. Avançar nas conquistas no que se refere ao trabalho e geração de renda junto ao portador de transtorno psíquico demanda qualificação da posição política e interdisciplinar por parte de todo trabalhador da RAPS, bem como da participação dos usuários. Por exemplo, oficina de artesanato é também negócio do mundo monetário, o que exige que trabalhadores e usuários desenvolvam algum nível de saberes e práticas sobre negócios, sustentabilidade, vendas, moda, economia etc.

Neste contexto, percebemos o investimento da/na equipe como um dos principais pilares para as mudanças propostas pela Reforma Psiquiátrica.

Investir em intervenções no âmbito das relações humanas como, por exemplo, as de trabalho, nos fazem ser trabalhadores no plano de produção de cuidado ou trabalhadores da Saúde em sua maior potência de expansão da vida.

As demandas da realidade do campo da Atenção Psicossocial nos apontam a necessidade de um caminho da articulação dos sentidos que mobilizam o agir, elaborando-se um olhar crítico para as fortalezas e fragilidades dos sujeitos institucionais e dos seus papéis na produção coletiva do cuidado em saúde mental.

É cada vez mais necessário que articulemos a RAPS com a Rede Viva, a qual é fruto de componentes anticapitalísticos que brotam do próprio território do usuário.

O cuidado vaza as normas e protocolos, e a rede de cuidados do usuário está para além das “estações” de saúde instituídas, e que é preciso que isso seja reconhecido e potencializado através do devir-diferença no cuidado e o devir-rede viva, que se monta e remonta a cada encontro.

Há a necessidade da composição técnica do trabalho centrada no usuário, em suas singularidades e potencialidades, a partir do que ele aponta, do que ele busca, e não a partir daquilo que o profissional avaliou que ele precisa ou que ele deva precisar.

Busca-se, assim, articular as noções de cuidado em Saúde Mental com as multiplicidades produzidas nos encontros, visando engendrar sentidos que contribuam para a qualificação da rede neste campo, ou melhor, para a abertura de outras possibilidades de rede.

Neste sentido, acreditando na imensidão de possibilidades que os trabalhadores e usuários de Saúde Mental tem na maneira de pensar o cuidado, pensar a RAPS, pensar o trabalho da equipe, apostamos aqui na contribuição desta imensidão para refazermos constantemente o saber/fazer no campo da Atenção Psicossocial.

Referências

1. Conejo SH, Colvero LA. Cuidado à família de portadores de transtorno mental: visão dos trabalhadores. Rev. Mineira de Enfermagem. 2005; 9(3):206-211.
2. Amarante P. Loucos pela Vida: A trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. 8ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2013.
3. Amarante P. Saúde Mental e Atenção Psicossocial. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011.
4. Rotelli F. A instituição inventada. In: Nicácio, F. (Org.) Desinstitucionalização (pp. 28-43). São Paulo: Hucitec; 2001.
5. Pinheiro R, Guizardi FL. Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. In: Pinheiro R, Mattos RA (Orgs). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO; 2006. p. 211-225.
6. Gomes GF, Sousa CM, Hayashi MCPI. Tecnologia e sociedade: Álvaro Vieira Pinto e a filosofia do desenvolvimento social. Interações (Campo Grande). 2017; 8(2):129-144.
7. Lacerda A, Valla VV. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: Pinheiro, R; Mattos, R.A. (Orgs.) Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO; 2006:91-10.
8. Deleuze G, Guattari F. Mil platôs. São Paulo: Editora 34; 2012.
9. Rancière J. A partilha do sensível: estética e política. São Paulo: Editora 34; 2014.
10. Basaglia F. A instituição negada. Rio de Janeiro: Graal; 2001.
11. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial. Brasília, DF; 2011.
12. Brasil. Ministério da Saúde; Coordenação de Saúde Mental; Coordenação de Gestão da Atenção Básica Ministério da Saúde. Circular conjunta n. 01, de 13 de novembro de 2003. Saúde Mental e Atenção Básica: o vínculo e o diálogo necessários. Brasília, DF; 2003.
13. Merhy EE, Cerqueira MP, Silva E, Santos MFL, Cruz KT, Farnco TB. Redes vivas: multiplicidades girando as existências, sinais da rua. Implicações para a produção do cuidado e a produção do conhecimento em saúde. In: Merhy EE, Baduy RS, Seixas CT, Almeida DES, Slomp H (Orgs). Avaliação Compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis; 2016:31-42.
14. Negri A. Trabalho imaterial. Rio de Janeiro: DP&A Editora; 2001.
16. Franco T, Merhy E. PSF: contradições e novos desafios. Texto *on line*; 2009. Disponível em: www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/artigos-17.pdf
17. Rodrigues AC, Yasui S. Coordenar como ato de criar. In: Rimoli J, Cayres CO. (Orgs). Saúde Mental e Economia Solidária – Armazém das oficinas: um olhar para além da produção. Campinas: Medita; 2012. p. 157-164.
18. Brasil. Casa Civil – subchefia para assuntos jurídicos. Lei nº 13.146. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília (DF); 2015.
- Pelbart PP. Exclusão e biopotência no coração do Império. São Paulo: PUC; 2007.
19. Soares LB, Miranda LL. Produzir subjetividades: o que significa? Estudos e Pesquisas em Psicologia da UERJ. 2009;9(2):408-424.
20. Guattari F, Rolnik S. Micropolítica: cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes; 1999.
21. Tallemberg C. Passagens de uma prática clínico-política menor. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: UFRJ; 2014.