

Recortes de um caso:
propondo uma intervenção no cotidiano do trabalho

Raquel Hack da Rosa¹

1. Aproximação

O presente trabalho foi originado pela inserção enquanto estagiária de psicologia de um serviço municipal de saúde mental. O presente recorte tem a intenção de repensar as práticas de pesquisa e construção de conhecimento na intersecção entre a psicologia e o trabalho as discussões a cerca desta experiência denotam um (a) fazer contemporâneo sobre a clinica psicológica. Pudemos estar atentos as movimentações da equipe e desenhar as realidades que atravessam este serviço, para então, propor uma intervenção pertinente a qual será discutida.

A compreensão de pesquisa que embasa a incursão no campo é a pesquisa-intervenção, a qual compreende a não-neutralidade do pesquisador, e possibilita na relação pesquisador-pesquisado exceder a coleta de dados, utilizando em um mesmo processo a construção coletiva de saber e a análise reflexiva dos dados advindos da pesquisa. Para isto a metodologia lançada para este encontro foi a cartografia ou análise micropolítica (Guattari, 1996, Deleuze, 1998, Rolnik, 1989). Deste modo, a posição do analista não necessita de posições hierárquicas superiores ou distanciamento do objeto para a visualização dos processos subjetivos que estão compondo os resultados, processos invisíveis pelos quais também é produto-produtor, colocando na posição de analista-pesquisador.

Os analistas de redes tentam descrever estes padrões e usam estas descrições para verificar como as estruturas de redes influenciam o comportamento social, produzindo certas mudanças sociais. Suas descrições estão baseadas no conceito de laços (ties), conectando nódulos (nodes) em um sistema social, laços que conectam pessoas, grupos, organizações . Network analysis implica em saber como as propriedades de natureza estrutural afetam comportamento para além das prescrições normativas, atributos pessoais e relações de natureza didática (PROJETO DE PESQUISA REDES SOCIAIS E SAÚDE, CNPQ NO ÂMBITO DO EDITAL MCT/SCTIE/DECIT/MS 026/2006, p. 11).

A atitude do cartógrafo possibilita ao processo de construção de uma análise sejam considerados elementos imateriais que confluem para a emergência dos acontecimentos. A implicação do analista-pesquisador é também fonte de dados que em contato com o objeto de estudo, neste caso com os funcionários e servidores vinculados a um Centro de Atenção Psicossocial (CAPS), dão vazão às diferenças e estranhamentos que possibilitam brechas de

1 Psicóloga, especializando em Gestão de Pessoas do Centro Universitário IPA, quelpico@yahoo.com

intervenção pertinentes a determinado território subjetivo. Assim, pudemos utilizar o nosso corpo de forma sensível e atenta as rotinas e vidas que circularam pelo espaço observado, tendo em suas vibrações geradas pelo encontro sensível um dispositivo de análise de implicação. Estes dispositivos nos fizeram olhar de um outro modo para os processos de produção de subjetividade, e nisto de produção de trabalho.

Conforme nos indica Merhy (2002) os processos de trabalho na saúde estão emaranhados se entrelaçam numa malha viva de cuidados. O trabalho subjetivo, produz o sujeito e é por produzido. Compartilhamos deste entendimento dos processos subjetivos em relação a produção de vida ali existente enquanto foco de cuidado e atenção.

No entanto, o útil ou necessário para a ética e à pesquisa não é a implicação, mas a análise dessa implicação. Se há a implicação, obviamente, esta deve ser analisada – já que a implicação diz respeito diretamente a como a pesquisa e a intervenção se dão no encontro entre os corpos e nas produções das dobras (FOUCAULT *apud* DELEUZE, 1988).

2) Relato de cotidianos

O estudo de caso que pretendemos compartilhar aqui foi realizado, conforme anteriormente referido, em um serviço CAPS. Os CAPS são mecanismos que visam a reabilitação psicossocial, tendo seu perfil de clientela definido por três modalidades: infantil, usuários e transtornos provocados pela ingestão de bebidas alcoólicas ou psicoativas e usuários com transtornos severos ou graves de saúde mental.

Outra diferença pré-existente ao perfil da clientela tange-se aos seus limites territoriais de assistência. Neste caso, estamos tomando como exemplo um CAPS destinado a usuários acometidos de transtornos severos ou graves de saúde mental da extensão territorial de uma cidade urbana de médio porte. Trata-se do único CAPS desta modalidade na cidade. Classifica-se como CAPS II (para população de 70.000 a 200.000 mil habitantes). O serviço conta com uma equipe composta por: 3 Psicólogos, 3 Psiquiatras, 1 Enfermeira, 1 Terapeuta Ocupacional, 1 Serviço Social, 2 Auxiliares de Enfermagem, 1 Técnico Administrativo, 2 Técnico de Secretariado, 1 Auxiliar de Serviços Gerais, 1 Segurança da Guarda Municipal designado para o serviço, 1 Cargo de Confiança que assume a coordenação do serviço.

Segundo especulação da coordenação do serviço, são atendidos em torno de mais de 220 pacientes ao mês, sendo 220 pacientes cadastrados, limite máximo para atendimento de CAPS II. Estima-se que tenha uma média de 50 pacientes em atendimento por dia em diferentes modalidades. Ocorrem em torno de 20 acolhimentos por semana.

As atividades realizadas que destinam-se em atender os usuários são: grupos psicoterapêuticos, grupos terapêuticos, grupo de cuidados de atenção diária (CAD), oficinas de geração de renda, oficina de artes culturais (dança, teatro, violão), grupo de arte terapia, atendimentos individuais, acolhimento realizadas ao longo do dia, com expediente das 8 horas às 17 horas.

A hierarquização do trabalho é demonstrada pelo quadro de servidores, que pode ser resumido em três níveis: coordenação, administrativo e técnico. A coordenação é composta uma pessoa nomeada pelo gestor municipal, no nível administrativo concentram-se os servidores de nível médio ou fundamental e o nível técnico consiste nos servidores de nível superior ou técnico da área da saúde.

Contudo, com vistas a atender o trabalho interdisciplinar e a gestão coletiva propostos pelos documentos do Ministério da Saúde², é a reunião de equipe o órgão deliberativo das decisões, a qual tem caráter aberto a todos trabalhadores do serviço.

Espera-se que este CAPS, assim como os demais CAPS, seja o articulador da rede de serviços de saúde mental do município, ligando os serviços de atenção primária e alta complexidade, com vistas ao aumento da autonomia do usuário e do cuidado da sua condição de sofrimento, para que, sempre que possível, seja remanejado novamente a seu serviço de referência primária. Ao sistema de organização externa do serviço e articulação com a rede, há diferentes modos de fazer, sendo recomendado pelo ministério da saúde o matriciamento.

“Os centros de atenção psicossocial (CAPS) deverão assumir seu papel estratégico na articulação e no tecimento dessas redes, tanto cumprindo suas funções na assistência direta e na regulação da rede de serviços de saúde, trabalhando em conjunto com as equipes de saúde da família e agentes comunitários de saúde, quanto na promoção da vida comunitária e da autonomia dos usuários, articulando o recursos existentes em outras redes: sócio-sanitárias, jurídicas, cooperativas de trabalho, escolas, empresas, etc.” (BRASIL, 2004, p.11)

Acreditamos serem grandes as intervenções sociais que demandam ao CAPS uma guinada cultural sobre a loucura, e a tecnologia do matriciamento é uma ferramenta válida e necessária. Porém, neste caso, começamos a questionar a produção do conceito de saúde dentro do próprio serviço. Então, Paralelo a essa proposta, para que seja efetivamente ampliada a discussão para serviços externos, parece necessário que seja feito um matriciamento interno. Isto demanda uma discussão sobre saúde mental dentro do serviço.

2.1) Eis que estou aqui e me deparo com...

Este entendimento só foi possível de ser desenhado por causa dos movimentos e repousos ocorridos no espaço da “reunião de equipe”. O serviço interrompia, semanalmente, um turno destinado exclusivamente para a realização da mesma. Neste momento eram sistematizadas as pautas para sua posterior, discussão.

Questionar as relações de trabalho tem sido uma pauta constante nas reuniões de equipe, culminando, muitas vezes, no procedimento de acolhimento (embora não seja essa a pauta em discussão na reunião).

O ritornelo é um termo que remete sobre a repetição de uma frase melódica, ao trazer esta terminologia pretendo dar visibilidade ao desencadear de ações que são constantemente repetidos, como uma música que desencadeia-se as mesmas notas, indo e vindo. Este conceito aproxima-se do ritmo que a produção de trabalho coletivo caminhava. “Num sentido geral, *chamamos de ritornelo todo conjunto de matérias de expressão que*

2 Mais sobre estas orientações vide cartilhas do BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial, 2004 (a) e HumanizaSUS: a clínica ampliada. (2004) e Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

*traça um território, e que se desenvolve em motivos territoriais, em paisagens territoriais*³ (há ritorno motores, gestuais, ópticos, etc...)” (DELEUZE, GUATTARI, 1997, p.132)

Dois analisadores são sistematicamente reproduzidos a cada encontro da equipe: a implicação passiva de alguns profissionais; a intelectualização das práticas.

A evasão e/ou não comprometimento com o CAPS é um laço que sustenta muitos entraves do serviço. Um exemplo disto é a dificuldade de manter um diálogo contínuo com algumas especialidades, estes só ocorrem em momentos emergenciais (necessidade de encaminhamento médico para internação, paciente sem receita etc.) De uma maneira geral, a coletividade é dada como um favor feito ao colega profissional, marcando a centralidade e/ou foco da atenção das discussões e acontecimentos em função do que é possível aos profissionais fazer, e, não em ações de saúde ao usuário e seu sofrimento. Desta maneira, o diálogo corroborativo de equipe é fragilizado pela implicação passiva, des-empoderando a ferramenta da reunião de equipe.

Neste emaranhado de fios, no qual retomo alguns que se sobressaem sob os outros, o conhecimento toma escala em verbalização e modelização intelectual sobre as temáticas em curso durante as reuniões. Quando muitos dão passagem a elaborações miraculosas, e ao conhecimento do conceito de saúde coletiva, mas não conseguem sair deste plano. Constantemente, se constroem e reconstróem modos ideais de operar que não ganham consistência, ficam no plano intencional, na intelectualização das práticas. Ou seja, essas construções intelectuais não são da ordem da conexão, há movimentos isolados entre os membros da equipe que não são transversalizados⁴, não são conectados uns nos outros. Dá uma sensação de eco, uma fala não tem relação de composição com a subsequente. Há somente idéias muitas boas, intenções maravilhosas que não são escutadas.

Com a mudança de paradigma oriunda da Reforma Sanitária, o modelo assistencial passa do saber profissional para centrar-se no usuário. O atendimento não foca-se mais na agenda dos profissionais, mas na produção de cuidados aos sujeitos atendidos. Tal modelização pressupõe um grau de liberdade dos profissionais na construção e lançamento de ferramentas terapêuticas para cada caso. A mudança de modelo exige que se inaugure um processo de produção de desejo dentre os trabalhadores, a fim de propiciar a vivência e a construção do modelo terapêutico.

Revisar constantemente a temática do formato do acolhimento e não ter discussão sobre os usuários em atendimento são ritornos constantes por onde rema a equipe. Ela, com toda sua diferença, cai sob uma mesma seqüência de maquinações, fala sobre uma problemática e seu discurso é capturado pela intelectualização das práticas. Com isto, falar dos problemas passa a ser falar do acolhimento e, repetidas vezes, discute-se esta tecnologia. Durante as reuniões, muitos lançam mão de suas experiências e de seus conhecimentos. Questionam-se as práticas realizadas, a partir do retorno à discussão do acolhimento, pensando em uma forma de se organizar para atender aos usuários.

Todavia, na perspectiva do SUS e da então Saúde Coletiva, tem-se o entendimento de **atender com os usuários**, lançar mão das tecnologias de ambas vidas (trabalhador e usuário) para construir o fluxo do trabalho.

As práticas de cuidado dentro deste serviço percorrem linhas de fuga que fluem entre a lógica da desinstitucionalização, mas não tecem território para que seja gestadas,

3 Grifo do autor

4 Digo transversalizados no sentido Guattariano de fluidez do processo entre os sujeitos ali encontrados.

não há corte. Com isto as tecnologias empregadas partem de um olhar diferenciado e um processo de individualização dentro da coletividade da equipe, deixando que escapem da análise da equipe os sucessos e fracassos do atendimento. Modificar a ótica de cuidado, focalizando a extensão do cuidado para a prática coletiva e as unidades de produção que foram se agenciando no serviço é o que proponho como uma forma de intervenção.

Túlio Franco (2003) propõe a construção da ferramenta do Fluxograma Descritor com base num olhar usuário-centrado para servir como uma avaliação do serviço e apoio ao planejamento. Esta intervenção busca modificar o foco das intelectualizações para compreender o serviço a partir do lugar do usuário. A elaboração do fluxograma, dos espaços por onde e como o usuário circula, põe em questionamento as tecnologias de cuidado existente e os processos de burocratização. Sendo uma via de compreensão do serviço num âmbito global, mapeando os fazeres que orientam o atendimento no serviço. Com a realização desta ferramenta será possível unir a gestão da prática de cuidados com a clínica, além de melhorar a qualidade do atendimento e com isto a resolutividade.

“A mudança dos serviços de saúde requer a construção de sujeitos individuais e coletivos, incorporados de valores que reconheçam direitos de cidadania em relação à assistência à saúde, sobretudo que assumam novo comportamento em relação ao trabalho em equipe e as relações com os usuários. a mudança das práticas assistenciais, território por excelência das tecnologias de trabalho, requer intensos ‘processos de subjetivações solidárias’, que disputam com os *‘processos de subjetivações capitalísticas’* (GUATTARI, 1992) atuais ” (FRANCO, 2003, p. 187, grifo do autor).

“Não se pode separar um estado de coisas do potencial através do qual ele opera” (GUATTARI, 1992) utilizando a ferramenta do Descritor de Fluxograma engrenada no espaço produtor de intelectualização– a reunião de equipe – busco traçar novas linhas que consigam vir a ser CAPS e conseqüentemente, ir a ser clínica psi, abrindo brechas pra outros encontros.

Andar na lógica do SUS não é o mesmo que sustentar as subjetivações dominantes, em uma sociedade que valoriza a individualidade, e entende a saúde como um produto a ser vendido, visando o lucro. È procurar instaurar processos para construir uma subjetivação não-lucrativa, e sim resolutiva. Modificar a forma de fazer é modificar os conceitos e as lógicas que compõe o devir.

Contudo, tento fazer outro nó, que esteja traçado por linhas que afetem a equipe e promovam saúde mental dos trabalhadores, estagiárias e usuários. Pensando a saúde enquanto a mobilidade ou uma bifurcação de vir a ser, de multiplicação de possibilidade e saídas povoadas num território existencial vivenciado coletivamente.

2.2) Trazendo Ferramentas e o processo desencadeado

Ao longo do trabalho, pude elencar algumas tecnologias de cuidado que não estão organizadas satisfatoriamente pela equipe como o CAD, acolhimento, reunião de equipe, estas já compõem uma demanda de intervenção. Compõe sintomas ou parafusos que precisam ser enumerados e qualificados, pensando não somente na insatisfação da equipe, mas na insatisfação do usuário do serviço e da falta de resolutividade.

Então a partir da Política Nacional de Educação Permanente (ENEP), que visa a produção de corte e de entender o processo de ensino-aprendizagem, e puxando-a, como um norteador da prática em saúde proponho que seja através do dispositivo do Fluxograma Descritor a ser construído coletivamente pela equipe, no espaço potencial de reunião semanal com a temática de procedimentos de trabalho. Podendo desta forma pensar os projetos terapêuticos possíveis neste novo ordenamento do serviço.

“Os “projetos terapêuticos” são elaborados a partir de um determinado conhecimento que é hegemônico no tempo e espaço, e por isso mesmo é indicado para estruturar a intervenção sobre determinado problema de saúde. Acontece que este mesmo conhecimento que estrutura o projeto terapêutico, é o mesmo que vai definir os campos tecnológicos que deverão ser utilizados para a execução destes projetos terapêuticos” (FRANCO, 2003, p. 181)

A clínica tensionada para gestão da prática de cuidado pode ser um novo nó, uma nova configuração do emaranhado CAPS, pensada partir deste corte, para submergir do fluxograma as tecnologias empregadas e as que precisar ser inventadas para a resolutividade do serviço e efetivação da clínica CAPS. Da proposta de Fluxograma Descritor utilizamos como um dispositivo para disparar a discussão sobre saúde e fluxo de trabalho, empregando em 4 momentos distintos: (a) elaboração coletiva do fluxograma atual do serviço; (b) identificação de pontos problemáticos ; (c) sensibilização e (d) discussões do fluxograma e invenções. Evidentemente, que apesar de serem esta divisão norteadora do contrato com o grupo em questão, houve sobreposição, não consistindo em processos estanques. A **Elaboração coletiva do fluxograma atual do serviço** consistiu na construção coletiva de um mapa do fluxo interno da assistência. Para isto, utilizamos do recorte de quatro casos reais de acolhimento, previamente selecionados por serem casos considerados como “casos de CAPS” (que ingressaram em atendimento no serviço recentemente) . O sigilo sob os dados reais dos sujeitos foi observado bem como suas características familiares e sociais foram alteradas por não serem o foco da intervenção. A equipe neste momento foi convidada a atuar como um só corpo, ou seja, todos eram a equipe e no trajeto que o usuário fazia pelo serviço deveriam ir posicionando como responsáveis pela a atenção nas diferentes tipos de atendimento demandados. Um membro da equipe fez o papel do usuário e dialogava com a equipe. Trocando o participante de acordo com a auto-indicação. Deste modo, foi sendo desenhado um grande painel com as unidades de produção do serviço. Após este momento, foram destacados no painel os pontos problemáticos identificados pela equipe, respeitando todas as opiniões mesmo quando não havia consenso.

Já a **Sensibilização** foi o momento ficou destinado a discussão de conceitos sobre saúde mental e ferramentas de cuidados. Por opção da equipe assistimos conjuntamente ao filme Estamira, e inspirados nele, deu-se a discussão sobre práticas de cuidado.

Do painel foram elaborados dois fluxogramas: um correspondendo a entrada no serviço e o outro apontando para a saída do usuário no serviço (procedimento que não conseguiram ser traçados pela equipe e considerado um grande ponto problemático). Estes seriam trabalhados na **Discussão do Fluxograma**.

Três encontros foram necessário para esta etapa. No primeiro, a equipe foi propositalmente distribuída em pequenos grupos nos quais a composição mínima era um representante da administração, dois técnicos e um estagiário no mínimo. Eles deveriam

discutir o fluxograma apontando falhas (se existentes) e inventando outros caminhos que ao seu ver estariam atrelados à desinstitucionalização da loucura e a alta resolutividade.

Em outro momento foram discutidos um a uma das idéias advindas, elegendo espontaneamente quais seriam possíveis efetivar.

O ultimo momento consistiu na apresentação de um novo fluxograma com novos desvios no caminho e inscrição de descrições em outros pontos, antes inexistentes.

Na tecnologia empregada, houve uma discussão direcionada a pensar os processos de trabalho, desnaturalizando as práticas atendo a singularidade dos trabalhadores ali presentes, a quem dependeu a invenção e a eleição das tecnologia possíveis de serem realizadas no momento da pesquisa.

3.Considerações

Ao final, questionamos o processo de coleta de informações e sua implicação com a potencialização do trabalhador. O emprego de algumas tecnologias conduzem a uma distância do psicólogo com o sujeito, buscando na extração de informações a inspiração para criar uma intervenção pertinente. Doutro modo, a pesquisa-intervenção propicia que os sujeitos envolvidos estabeleçam já na coleta uma relação *com o* trabalho, ao invés *do* trabalho, atento a manipulações em duplo-sentido.

Assim, a utilização de ferramentas de coletas como dispositivos de intervenção e singularização é uma via a ser considerada pela psicologia que se propõe social. O tempo, o ritmo, as cores do trabalhado vão neste sentido singularizar a pertinência de nossa ação. O Fluxograma Descritor é apenas um exemplo de ferramenta que coloca em destaque a enunciação coletiva. Nos projetos de aproximação com o cotidiano das práticas de trabalho temos tido a experiencia de utilizar o que Lazzaroto(2009) irá chamar de metodologia mutante própria à imanência e a experimentação. “Deleuze e Guattari (1995) destacam que as ferramentas, assim como os demais elementos que compõem um agenciamento, não valem por elas mesmas” (Lazaroto,2009, p. 54)

No mesmo texto, Deleuze & Guattari (2005) acrescentam, ao falar que o ato de lançarmos sobre um corpo (coisas, objetos, organismos, organizações) um atributo que não seja corporal (regime de signos, semióticas) há a produção de linguagem. Portanto, neste caso que trouxemos, conseguimos tirar da repetição os signos que enunciavam modos de fazer saúde e com o afirmação de um fluxo, pudemos re-inventa-lo, destrinchando uma linguagem outra que pudesse ser menos sofrida e mais resolutiva. Na prática de cuidados não é possível dissociar os modelos de gestão da clinica. Benevides e Passos (2004) colocam que a clinica é inseparável da política, o que torna indispensável nas análises a investigação dos modos de exercício de poder na contemporaneidade. Acrescento a isto, ser indispensável a análise de nossos modos de exercício de poder e aproximação que regem a investigação.

Assim, pudemos destacar que os avanços legais na assistência em saúde exigem avanços organizacionais constantes. A psicologia social pode ser uma operadora nesta disposição para construções e valoração da coletividade agenciada pelo SUS. Vemos, a ampliação da clinica psicológica nas suas variações de escuta do cotidiano, na mastigação política do dia-a-dia, da dieta diária que alimenta a subjetividade de trabalhadores. Concluimos desta experiência que a proposta do SUS e suas diretrizes são parâmetros para a produção de saúde, contudo, é no cotidiano do serviço que serão fabricados modelos de atenção.

Referências

ARAGON, Luis Eduardo P. O impensável na Clínica: virtualidades nos encontros clínicos. Porto Alegre: Sulina, 2008

BARROS, M.E.B. & LUCENO, N.A. A pesquisa em psicologia: construindo outros planos de análise. *psicologia & sociedade*; 17 (2): 7-13; mai/ago.2005

BRASIL, Ministério da Saúde. Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial. Brasília: Ministério da saúde, 2004.

_____. *Abc do Sus: princípios e diretrizes*. Secretaria Nacional de assistência à saúde. Brasília, Distrito Federal, 1990

_____. *Lei Orgânica da Saúde nº 8080, 1990*. Brasília: Assessoria de Comunicação Social.

_____. *Portaria GM/MS nº 1.996, 20 de agosto de 2007*. Dispõe sobre a política nacional de Educação Permanente.

BENEVIDES, Regina & PASSOS, Eduardo. Clínica, política e as modulações do capitalismo. Rio de Janeiro: *Revista Lugar Comum*, ISSN 14158604, n. 19-20, p. 159-171, jan-jun de 2004.

DELEUZE, Gilles; GUATTARI, Félix. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*, volume 1. São Paulo: Ed. 34, 1995.

_____. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*, volume 4. São Paulo: Ed. 34, 1997.

DELEUZE, Gilles; PARNET, Claire. *Diálogos*. São Paulo: Escuta, 1998.

FRANCO, 2003 in: MERHY et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*, págs. 161-198. São Paulo: Hucitec, 2003.

KASTRUP, Virgínia. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo. Rio de Janeiro: *Psicologia e Sociedade*; 19 (1) : 15-22, jan/abr, 2007.

LAZZAROTTO, Gislei Domingas. *Pragmática de uma Língua Menor na Formação em Psicologia: um diário coletivo e políticas juvenis*. Porto Alegre: UFRGS- Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Orientador: Margarete Axt, 2009.

MERHY, Emerson. *A cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002. 3ª ed.

ROLNIK, Suely. *Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo*. São Paulo: Estação Liberdade, 1989.

PROJETO DE PESQUISA “REDES SOCIAIS E SAÚDE”, CNPQ NO ÂMBITO DO EDITAL
MCT/SCTIE/DECIT/MS 026/2006.