

A construção de projeto terapêutico singular na produção de cuidado: notas de uma experiência formativa

The construction of singular therapeutic project in care production: notes from a formative experience

Gabriella dos Santos Wrublewsk^a

Raquel Miguel Rodrigues^b

Bárbara Eleonora Bezerra Cabral^c

Emmanuela Mendes Amorim^d

Resumo

Trata-se do relato de uma experiência de produção de conhecimento no âmbito da formação em um Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família em um município do interior baiano. Partiu-se do objetivo de cartografar o trabalho de uma equipe da Estratégia Saúde da Família a partir da proposta de elaboração de um Projeto Terapêutico Singular/PTS para e com uma usuária, tomada como guia. No percurso cartográfico, valorizou-se o encontro como método e a perspectiva da Educação Permanente em Saúde/EPS. Pondo a experiência sob análise, concluiu-se que a elaboração do PTS se caracterizou como um dispositivo de EPS, fortalecendo o trabalho em equipe, como produção coletiva, por meio da troca de experiências para o enfrentamento das dificuldades encontradas no cotidiano de trabalho e, sobretudo, da fabricação de outros sentidos para o cuidado em saúde.

Palavras-Chave: Formação Profissional em Saúde; Equipes de Saúde; Estratégia Saúde da Família; Cuidados de Saúde.

^a Brasil

^b Universidade Federal do Rio de Janeiro, Campus Macaé

^c Universidade Federal do Vale do São Francisco

^d Prefeitura Municipal de Recife

Autor Correspondente: Gabriella dos Santos Wrublewsk

E-mail: gabriellasantospsi@gmail.com

Abstract

It is the report of an experience of knowledge production in the scope of training in a Program of Multiprofessional Residency in Family Health in a municipality in the interior of Bahia. The starting point was the objective of mapping the work of a Family Health Strategy team based on the proposal of elaboration of a Singular Therapeutic Project for and with a user of the system, taken as a guide. In the cartographic course, the meeting as a method and the perspective of the Permanent Education in Health were highlighted. Putting the experience under analysis, it was concluded that the elaboration of the PTS was characterized as a device of Permanent Education in Health, strengthening teamwork, as a collective production, through the exchange of experiences to face the difficulties encountered in daily work and, especially, the manufacture of other meanings for health care.

Key-words: Health Human Resource Training; Patient Care Team; Family Health Strategy; Delivery of Health Care.

Introdução

Neste relato de experiência, apresentamos notas reflexivas a partir do percurso formativo de uma residente inserida no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família/RMSF, no município de Juazeiro-BA, destacando sua inserção como pesquisadora e cartógrafa nas práticas de cuidado cotidianas. Esta vivência valoriza um olhar cartográfico^{1e} produzido a partir da imersão no trabalho de uma equipe da Estratégia Saúde da Família (eSF), a partir da proposta de elaboração conjunta de um Projeto Terapêutico Singular/PTS para e com uma usuária, tomada como guia: uma usuária-guia². No percurso cartográfico, valorizou-se o encontro como método e a perspectiva da Educação Permanente em Saúde/EPS. Acompanhamos, assim, os efeitos dos encontros com trabalhadores/as da eSF, em que se estimulou a troca de experiências e afetos diante dos desafios do cuidado em ato no cotidiano das redes de saúde.

^e O cartográfico aqui se respalda no método da cartografia¹ como pesquisa-intervenção, em que o pesquisador valoriza sobretudo o que emerge em sua relação com o campo em que se situa o interesse de pesquisa. A direção da pesquisa se baseia nos encontros que acontecem, atentando-se ao que não foi dito em cena e às afetações que deles surgem.

Considerando a vivência e formação na RMSF, destaca-se que o caminhar como residente inserida no contexto de trabalho de uma eSF promoveu uma série de questionamentos e deslocamentos, que dispararam esse interesse de estudo, refletindo-se na produção de novos encontros locais. No trajeto formativo, diversas atividades para o reconhecimento do território de abrangência da eSF foram desenvolvidas pela equipe de residentes, com a possibilidade de visitar algumas casas da comunidade, em companhia das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS).

A *roda de conversa* surgiu, então, como estratégia para a mobilização dos/as profissionais da equipe, visando a potencialização das trocas, produzindo outros modos de expressão e compreensão que desacomodassem os saberes já constituídos. No trânsito pelo território, pudemos perceber que a chegada de residentes na unidade era sempre muito esperada pelas ACS: as residentes sentiam e externavam que esse lugar do/a residente em Saúde da Família era o de apoiar e se integrar às ações da eSF no cuidado com usuários/as do território. O primeiro ano da residência foi bastante revelador dessa necessidade de encontros e compartilhamento entre os/as profissionais, tendo em vista a diversidade de problemas e insuficiência de recursos materiais (e imateriais) para lidar com as singularidades do território. Havia um desejo da equipe em buscar um espaço mais consistente de apoio, no sentido de permitir a troca de saberes e não somente a transferência de responsabilidades ou representação de papéis.

Paralelamente, o caminhar da prática profissional como residente propiciou a participação em atividades extensionistas, como a aproximação do Núcleo de Mobilização Antimanicomial do Sertão/Numans. Uma das principais atividades promovidas pelo Numans é o Fórum de Mobilização Antimanicomial do Sertão, que à época do estudo, já tinha tido sete edições. Durante sua quinta edição, ocorrida em Juazeiro/BA em maio de 2015, houve um convite para que atores locais participassem de uma pesquisa nacional sobre os efeitos das Redes de Atenção à Saúde na produção do cuidado, chamada de Pesquisa da Rede de Avaliação Compartilhada/RAC, que também ocorreria na região da Rede de Atenção à Saúde do Vale do São Francisco – a Rede PEBA^{3f}. Este convite surgiu a partir das

^f A Rede PEBA é um produto da articulação entre pessoas, ações e serviços de saúde, sobretudo de urgência e emergência, entre os 53 municípios que compõem a IV Região de Saúde de Pernambuco (PE) – que abrange três Regiões de Saúde: Salgueiro, Petrolina e Ouricuri – e a Região de Saúde Norte Juazeiro da Bahia (BA) – composta por três Regiões de Saúde: Paulo Afonso, Juazeiro e Senhor do Bonfim.³

pesquisadoras apoiadoras da Pesquisa-RAC na região, que já estavam inseridas nas redes de atenção à saúde de Petrolina-PE e Juazeiro-BA, para investigação da Rede PEBA. Foi a partir destes encontros com as pesquisadoras da RAC que se maturou um Trabalho de Conclusão de Residência (TCR), matriz para esse relato.

A Pesquisa-RAC levantava, em diferentes localidades do país, questões que se revelaram absolutamente instigantes e pertinentes para nós, que estávamos nos serviços atordoadas pelas demandas cotidianas – que apontavam nossas insuficiências, como residentes, na condição híbrida de estudantes e trabalhadoras de saúde. A questão inicial que nos foi apresentada nos convocava a um exercício de imaginação: *“Considerando o cotidiano das ações e serviços de saúde, qual usuário(a) conhecido no nosso território está produzindo furos na rede para produção do seu cuidado?”*. Não eram poucos aqueles/as usuários/as cujos processos de cuidado ultrapassavam a lógica usual da atenção em saúde comumente ofertada, criando itinerários próprios de busca de cuidado.

Tal questão provocou uma tempestade de “casos” sintonizados a esse “perfil”, que parecia não ter fim. Apesar da angústia gerada, o desafio foi o de definir e apresentar, no encontro seguinte com as pesquisadoras da RAC/PEBA, um “caso” que mais ativasse o pensar/agir enquanto residente imersa no cotidiano do cuidado na Estratégia de Saúde da Família. Então, em debate envolvendo equipe de pesquisadoras, definimos pelo caso de uma usuária do nosso território adscrito, com o objetivo inicial de avaliar a rede de saúde local a partir da sua narrativa sobre as estratégias que adotou para si a fim de encontrar formas de cuidado. A usuária se tornou o guia da pesquisa, no sentido de orientar os rumos do coletivo de pessoas que buscavam estudar as “redes vivas” de saúde. Assim, o que nos chamou mais atenção nesse caso específico foi o modo como a usuária-guia transitou em vários serviços da rede em busca de acesso, destacando-se o fato de a eSF do seu território estar “fora” deste contexto, sendo o contato com ACS e profissionais residentes o ponto de contato para a construção de outros caminhos possíveis e potentes para a produção de cuidado em saúde.

Perceber a construção de várias rotas de fuga aos protocolos do sistema público de saúde nos despertou o interesse em investir, com mais intensidade, nos encontros com a usuária e com a equipe. Nesta direção, foram produzidos dois trabalhos de conclusão da RMSF nesse espaço-tempo: um com foco na usuária-

guia (seu território existencial e o cuidado de si) e este, sobre a sua relação com a eSF, em que a produção do Projeto Terapêutico Singular/PTS se revelou como dispositivo fundamental.

A proposta de utilizar o Projeto Terapêutico Singular (PTS) surgiu pelo fato dessa ferramenta considerar as singularidades do indivíduo e a construção compartilhada do cuidado em saúde. Em linhas gerais, o PTS pode ser definido como plano de ação conjunto da equipe multiprofissional construído com a participação do usuário, a fim de articular estratégias e ações terapêuticas. Cabe destacar que a construção de projetos terapêuticos já vem sendo indicada, ao longo das experiências e reflexões no contexto do movimento de Reforma Sanitária no país, como dispositivo de integração e organização de equipes de saúde⁴.

Desse modo, este estudo se centrou na elaboração de Projeto Terapêutico Singular (PTS) como ferramenta para produção do cuidado de uma usuária-guia do território adscrito, através de encontros sistemáticos com trabalhadores/as da eSF responsável.

Método

Nesta pesquisa, partimos do olhar cartográfico para rastrear os movimentos realizados no cotidiano das pessoas envolvidas na produção do cuidado, na dinâmica do seu fazer cotidiano, inseridos em uma eSF. Dessa forma, produzimos encontros com seus/suas trabalhadores/as que ativassem a reflexão acerca da sua prática cotidiana e a construção de saberes, de forma compartilhada e afetiva. Assim, foi se destacando a importância das “rodas” de comunicação e troca de saberes, ou *rodas de conversa* sendo:

O Cotidiano tomado como “roda” ou “coletivo”, ponto de onde se parte, se põe em movimento (não “a seta” direcional de ascensão vertical de certificados e diplomas, mas “a roda” para movimentos de ciranda). Com isso, provoca-se um pensar a Educação Permanente em Saúde (EPS) como processo de formação acionador de movimentos de estranhamento, de desacomodação, de “perguntação” e de implicação, potência para um coletivo diferir de si mesmo e de dobrar novas práticas.⁵

A *roda de conversa* surgiu, portanto, como possibilidade para a mobilização dos profissionais da equipe, de modo que os encontros produzissem uma forma de “vida” e de expressão que desacomodasse os saberes constituídos e, tantas vezes, enrijecidos. A proposta era que os participantes pudessem ampliar os seus instrumentos de trabalho para se implicar nesta construção de um saber que não é pronto ou dado pelas hierarquias profissionais, mas se encontra na dimensão da coprodução, do engendramento coletivo, tomando por base a compreensão de que cada pessoa delinea e partilha um saber-fazer da sua prática.

Neste cenário de imersão, produzimos espaços de conversação com a eSF de maio de 2016 a novembro de 2016, tendo sido, no total, 5 encontros. Participaram dos encontros uma média de 15 profissionais por grupo, composto na sua maioria por agentes comunitários de saúde, uma recepcionista, uma enfermeira da unidade, uma técnica de enfermagem e um médico da equipe saúde da família. Como indicado, definimos uma usuária-guia, que circula bastante na rede, para construirmos, coletivamente, um PTS, a partir da promoção de encontros mensais pactuados com a eSF.

Os encontros foram registrados através da produção do diário cartográfico e do desenho de diferentes versões de fluxograma analisador⁹ que indicasse o caminhar da usuária, em que procuramos destacar os diversos sentidos e enunciados produzidos pela equipe, que serviram de analisadores para este trabalho. Ao final de cada encontro, era realizada uma avaliação da discussão, em que era proposto o ponto de partida para o próximo encontro.

A matéria-prima colhida nas diversas cenas destes encontros, via experiência, foi analisada valorizando-se as narrativas dos trabalhadores do serviço de saúde, com foco nos processos de trabalho e tentando-se compreender os sentidos produzidos pelos trabalhadores de saúde para suas práticas. Estes encontros foram programados com a eSF de forma mensal, com definição coletiva da pauta, na perspectiva de desenvolver coletivamente um PTS e abrir espaço fazer emergir os afetos e sentidos do cuidado em saúde.

Os encontros foram gravados (em áudio) e transcritos, com respeito às exigências éticas para pesquisa com seres humanos^h Todos os profissionais que

⁹ O fluxograma analisador é uma ferramenta utilizada em estudos avaliativos em saúde que tem como objetivo realizar um tipo de mapeamento e organização do itinerário terapêutico dos usuários.⁵

^h Pesquisa aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Veiga de Almeida em

compõem a Equipe de Saúde da Família (eSF) foram convidados para o estudo, dentre eles agentes comunitários de saúde (ACS), enfermeiras, técnicas de enfermagem, médicos, marcadora de consulta e recepcionistas, mas aos poucos o grupo participante foi se consolidando com os profissionais que demonstravam interesse pela temática.

Resultados

O encontro produz dissonâncias tão profundas, capazes de quebrar as barreiras internas, encantar e revelar algo novo. Na medida em que ocorriam os encontros, cada vez mais se adentrava no cotidiano do trabalho com a equipe, produzindo novos sentidos e reflexões sobre a própria prática nos serviços de saúde e sobre ser residente em saúde naquele contexto, marcado por encontros e desencontros. Esse dobrar-se sobre si, no exercício de olhar/compreender as práticas compartilhadas, ao mesmo tempo em que se olha para si, produziu uma sensação de profunda intensidade. O convite ao "outro" e, ao mesmo tempo, a convocação de si mesmo para estar nesses encontros de elaboração de um projeto – comum – de cuidado envolveu um processo de compartilhamento de sentidos e saberes de intensivos.

Nestas idas e vindas, a pesquisa foi sendo “tecida” e tomando forma, como em um processo de tecelagem, com movimentos delicados e sutis, de modo a produzir algo como um mosaico de olhares, de efeitos e de interpretações variadas: das residentes-pesquisadoras-cartógrafas, de cada profissional envolvido e, sobretudo, da usuária. Forjava-se uma equipe ampliada, com diferentes olhares voltados para a tentativa de exercício de cuidado integral em saúde. Por mais que o amálgama daqueles momentos de encontro fosse marcado pelo sofrimento de um/a usuário/a ou da própria equipe em espaços de não-saber – ou de desalojamento –, o grupo ia “tecendo” caminhos mútuos para se apoiar.

Ao colocar, no centro das discussões com a eSF, a vida da usuária-guia, que era acompanhada há cerca de um ano no contexto da pesquisa RAC, no território de abrangência desta equipe, inquietava e produzia uma profusão de reações. Estas

migravam da surpresa, a desculpas, ao deslocamento da dúvida, da atenção para o problema para além do sofrimento da usuária. Assim, a pesquisa criava “vida” cada vez que se inseria, como provocação, no cotidiano destes trabalhadores, sendo intercessão.

No primeiro encontro com a equipe, apresentamos o projeto, as pesquisadoras apoiadoras e a proposta, no intuito de agendarmos mensalmente encontros que permitissem pensar no caso da usuária-guia do território, na perspectiva da construção de um PTS. Logo nos chamou atenção o fato de que o caso da usuária-guia apresentada era desconhecido pelo restante da equipe, exceto pela ACS da microárea, residentes e pesquisadoras que acompanhavam o caso.

Logo após a apresentação do caso e da proposta do projeto, a equipe demonstrou disponibilidade e abertura para o agendamento dos encontros. Marcar um momento para discutir os caminhos e descaminhos percorridos pela usuária-guia proporcionou o momento de estar em equipe, necessário para que houvesse articulação nas ações em saúde. Assim, pactuamos, em conjunto, como seriam os encontros e a importância de discutir o PTS enquanto dispositivo de cuidado para o caso de Nalva (nome fictício que adotaremos para a usuária-guia a partir daqui). Combinamos, também, de construir um fluxograma analisador para visualizar os “furos” que a usuária-guia fez ao percorrer a rede, visando à produção do seu cuidado. A partir do caso Nalva, outros casos considerados de manejo complexo da área puderam aparecer na discussão, de acordo com o objetivo de tomar no PTS como ferramenta de cuidado.

Dessa forma, a aposta no PTS assumiu uma importância central para visibilizar as subjetividades produzidas na fabricação do cuidado em saúde. Assim, para além das regras do saber ou do poder ou de ambas que influenciam o agir no cotidiano, existia um novo modo de produzir processos de cuidar de si, assumindo-se a importância de abrir passagem para os afetos. Considerando que o PTS se ancora na autonomia e na singularidade de cada pessoa, indicava-se e experimentava-se a possibilidade de experienciar produções de vida em consonância com a sensação de liberdade e, também, de responsabilidade nessa tarefa.

A arte do encontro

Esta aproximação com a equipe produziu vínculos e afetos com os/as participantes do grupo, propiciando a imersão da residente-pesquisadora-cartógrafa no cotidiano da eSF: um mergulho no contato com as angústias, dificuldades e obstáculos que os profissionais tinham que driblar diariamente. Esse olhar singular da cena permitiu perceber as potencialidades da equipe, que estavam submersas e invisíveis. Assim, o que antes não era dito passou a ter uma passagem ou espaço para existir.

A proposta de pensar no PTS como uma estratégia do cuidado em saúde, foi se revelando, então, como uma possibilidade de trabalhar com a equipe na perspectiva da EPS, destacando a potência do encontro, de “estar em equipe”, do compartilhamento de saberes e responsabilizações. A partir daí, seria possível fazer com que o que estava invisível pudesse vir à tona e trazer algo novo, possibilitando reposicionamentos dos atores e criações outras na produção de vida.

Durante os encontros, foi perceptível o quanto o PTS estava distante para esta equipe, assim como a utopia, representado pelo trabalho “idealizado”, mas que era impedido. O PTS estava distante da realidade e não era visibilizado como campo de potencialidade para o trabalho desta equipe, ora por causa do desconhecimento quanto à sua potência no cuidado compartilhado em rede, ora pela imagem do PTS como sendo apenas um “papel”, uma função protocolar, que deveria ser engavetado.

Talvez, por isso, tenha havido a sensação de surpresa da eSF ao se dar conta de que este PTS, antes idealizado, estava, na verdade, o tempo todo em cena, nas tentativas falhas, nos trabalhos impedidos, submerso nos obstáculos cotidianos. Assim, na discussão com a equipe, realizamos o exercício coletivo de reconhecer o que estava no campo das possibilidades de realizar. O PTS foi, então, ressignificado para naquele coletivo, passando de um conceito abstrato para uma ferramenta de trabalho intervindo no cotidiano do cuidado em saúde.

O exercício do reconhecimento do seu trabalho como parte integrante da equipe foi experienciado e não apenas observado. Abrir espaço para a produção discursiva do PTS – na maioria das vezes, colocado como uma ação inútil – tomava outra dimensão quando se processava a superfície onde o acontecimento tomava consistência. Os sentidos das práticas desenvolvidas apontavam para uma ética da

valorização da vida do outro. Não se trata de ter boa ou má intenção: trata-se de se comprometer em perceber o que funda essa ação, o sentido produzido. “Onde estava vítima das condições de trabalho, vejo minha potência no meu trabalho vivo em ato”.⁶

Essa situação remete à compreensão de que os territórios e as redes são “vivas” e não são fixas, condição necessária para que haja produção de cuidado. Mas será que uma rede acompanha o nível de complexidade e dinâmica que a vida de uma pessoa apresenta? E quais os efeitos da Rede de Atenção à Saúde (RAS) na produção de seu cuidado? São questões cruciais para poder refletir sobre as nuances deste território, conhecendo e autenticando as andanças desta usuária.

Andanças da usuária-guia em grandes sertões

Como já mencionado, foi através de uma visita domiciliar que conhecemos a usuária-guia: Nalva, 48 anos, baiana, moradora da área, ex-jogadora de capoeira. Trabalhava nos serviços gerais de uma empresa de exportação de uvas da região, possuindo uma filha que mora na mesma cidade e um filho que mora em Goiás, com a família. Antes de a conhecermos, foi relatada uma história de Nalva, que apontava para pensarmos em um possível caso de saúde mental, com episódios de algumas crises e desestabilizações.

A usuária era acompanhada por um psiquiatra do CAPS II, mas não frequentava o serviço para outras atividades e relatava fazer uso de medicamento controlado (Diazepam e risperidona) mais a hidroclorotiazida, para seu diagnóstico de hipertensão. Em uma dessas crises, chegou a ser internada em um hospital psiquiátrico, permanecendo por algumas horas, quando foi liberada a pedido de um parente.

Diversas questões atravessaram a vida de Nalva, chegando a nós por outros sujeitos, como a falta de credibilidade que a usuária adquiriu sobre o SUS: “*A Nalva não acredita mais no SUS e ela teve razão para não acreditar mais...*”. (Fragmentos do diário de cartográfico, fala da pesquisadora local, 1º encontro, 13/05/2016)

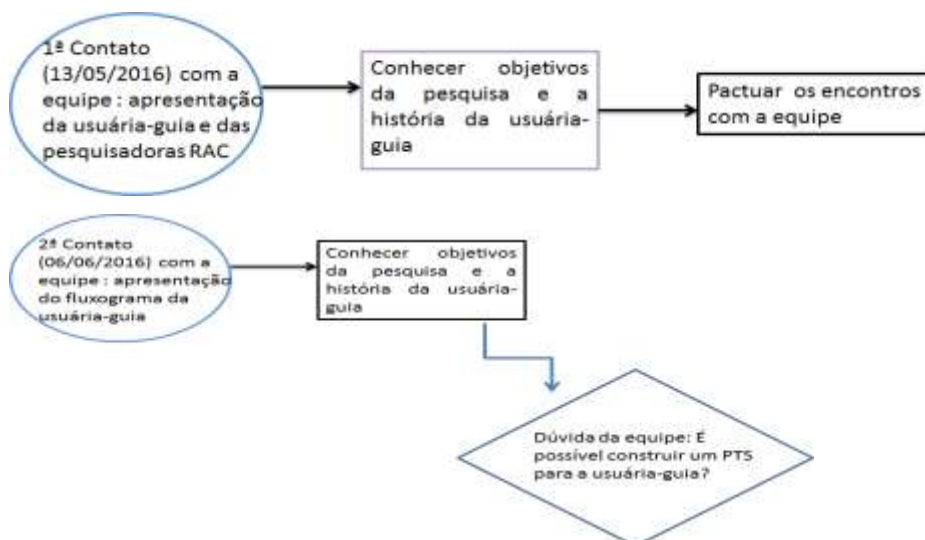
Este enunciado de estar “dentro” e de estar “fora” da rede produziu uma dissonância na equipe para se pensar nas diferenças entre o SUS ideal e o real e os entraves e barreiras que se enfrenta e/ou constrói no SUS. O percurso que a usuária

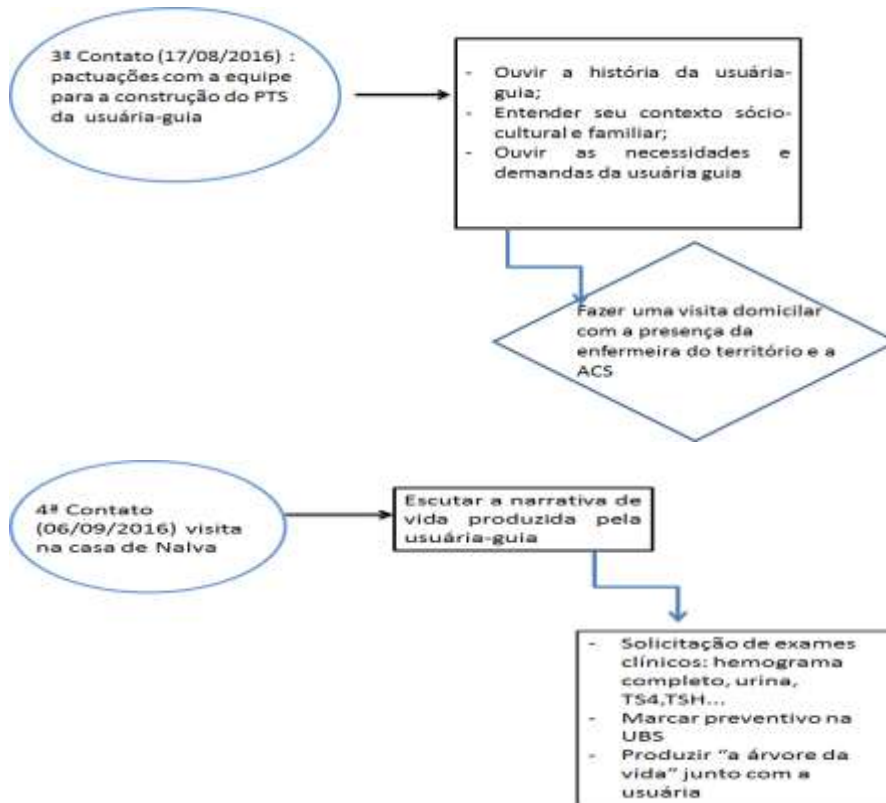
adotou para si provocou uma série de "razões" que a equipe tentava produzir como justificativas para as barreiras, enquanto o reconhecimento da liberdade de escolha da usuária ficava em segundo plano.

Esta questão, inclusive, tornava confusa a compreensão do que seria, afinal, a concepção de cuidado para a equipe. Ao conversarmos sobre a relação ACS-usuária, que já perdurava oito anos, os membros da equipe se sentiram surpresos diante da constatação: *"Este bloqueio com o SUS... Agora entendi o bloqueio, mas nestes 8 anos você acompanha ela. Então, ela não está fora, está dentro..."* (Fragmentos do diário cartográfico, fala do pesquisador local, 2º encontro, 06/06/2016). A partir deste enunciado, pôde-se perceber, em equipe, que a usuária não estava "bloqueando" o SUS, pois ainda existiam vínculos e afetos sendo produzidos através das visitas domiciliares que a ACS da sua microárea realizava. A rede aparecia onde existiam afetos, como pôde ser observado nos encontros com a equipe.

No fluxograma analisador a seguir, apresentarei os caminhos que mapeamos e que seguimos junto com Nalva:

Figura 1: Fluxograma analisador





Fonte: Fluxograma construído pela pesquisadora.

No fluxograma analisador acima, destacamos como a pesquisa foi se constituindo a partir do momento em que a cartógrafa foi se inserindo na cena. Não existia um roteiro pré-definido que guiasse a pesquisadora; os encontros produziam norteamento que tornavam a pesquisa “viva”. Assim, o caminho da pesquisa foi sendo definido de acordo com o que a usuária-guia apontava em termos de escolhas e prioridades e, no trabalho com a equipe, existia um compartilhar desta vida em trajetos a partir da discussão sobre o PTS de Nalva.

Quando começamos a descrever o percurso que a usuária fez na rede foram levantados alguns pontos do caso, tais como: a centralidade que a doença assumiu na vida de Nalva e o quanto deveria estar sendo difícil reorganizar a vida a partir do resultado inconclusivo do exame, como revela a fala de um profissional da equipe: *“Difícil vai ser ela aceitar que não tem má formação nenhuma...”*

Destacamos, aqui, como a pesquisa foi se constituindo a partir do momento em que a residente-pesquisadora-cartógrafa foi se inserindo na cena. Não existia um roteiro-guia pré-definido; os encontros produziam este feixe articulado que tornava a pesquisa viva. A cartografia auxiliou este olhar aguçado para “pescar” o que ia

surgindo nos encontros com a equipe, em tentativa permanente encontrar elementos guias-analisadores nas falas que iam sendo produzidas, em ato vivo.

A pesquisa funcionou como um disparador destes momentos reflexivos, onde os participantes puderam se ver ali na potência do encontro em ato na medida em que compartilhavam os afetos⁷ produzidos no dia a dia. Essa abertura de si próprio foi produzindo estratégias para responder suas perguntas, através de atos de fala de quem perguntava e de quem escutava.

Discussão

As falas foram surgindo de forma fluida nesta tessitura sem fim, como narrativas que comunicam e elaboram sentido em torno do que se vive, pelas paradas que a pesquisa pôde promover, como condição indicada para a possibilidade de que algo acontecesse, via experiência⁸. As dificuldades que cada um encontrava no seu cotidiano, as cobranças da comunidade e as responsabilidades que cada um levava como um “peso” deste trabalho impedido iam se revelando, indicando um desconforto necessário.

Como ponto axial do que foi produzido nessa pesquisa, revelou-se, em ato, o PTS em sua potência como dispositivo de Educação Permanente em Saúde/EPS, de produção de encontro, e, portanto, de ferramenta para organização do processo de trabalho em equipe, como produção coletiva⁹. Cabe o destaque ao caminho percorrido através da cartografia, no rastro de uma usuária-guia e seus modos de dispor da rede.

Assim, é neste movimento do fazer e do afetar-se por este fazer, que a realização deste trabalho na construção do PTS enquanto dispositivo para a promoção da EPS proporcionou um disparador para discussões sobre a temática Saúde Mental na Atenção Básica. Este processo seria um ato que considera os saberes constituídos na prática no cotidiano do trabalho em equipe. De acordo com Merhy¹⁰, este trabalho é produzido “em ato” nas relações entre pessoas, que podem ser referenciadas como o berço de tecnologias leves.

Aos poucos o PTS foi se constituindo neste diálogo, como algo que serviria para avaliar a própria produção de cuidado ofertado pela equipe, que durante os

encontros tentava ressignificar sua prática e a sua função na oferta do cuidado à saúde. Esta reaproximação da usuária foi importantíssima para a construção do PTS, que, proporcionou pensar no caso de forma integral e singular. O fluxograma analisador foi tomando forma a partir da *roda de conversa*, através das pactuações realizadas feitas entre equipe e usuária, tais como a solicitação de exames clínicos até uma marcação de preventivo na UBS, a partir de algumas queixas relatadas pela usuária-guia. Dessa forma, existiu uma discussão entre a equipe dos motivos pelo qual Nalva não frequentava a UBS e o que a fazia se afastar, recorrendo ao neurologista particular ou ao CAPS II no momento da crise. Foi neste sentido que a pesquisadora assumiu uma atitude de ponto de apoio para a equipe, para se pensar na construção deste PTS, nos seus desafios e possibilidades.

Considerações finais

Nas notas reflexivas apresentadas no texto, destaca-se a existência de uma vida, em curso e em constante transformação. Acredito que esta vivência se tornou uma experiência, a partir da imersão da pesquisadora na vivência, encharcando-se pela linguagem dos afetos produzidos. A pesquisa se transformou em algo vivo, em que se produziu uma interferência entre a pesquisadora, que estava totalmente imersa, e a cena: ora a cartógrafa estava produzindo uma pesquisa, ora a pesquisa a estava produzindo como pesquisadora, em ato. Tudo isso em meio a um processo formativo intenso, como é – ou deve ser – uma residência de saúde.

A residência proporcionou a experiência de vivenciar a potência dos encontros, como algo que faz com que nos revelemos. Assim, como a equipe realçou nos encontros, a pesquisa – em seu caráter interventivo – foi como uma pausa para respirar, para sentir com o corpo e afetações. Provocou, assim, dentro de cada um, algo de novo e estimulante, um pulsar de vida, de sair da posição do enrijecimento de alguns atendimentos – guiados por protocolos – para um trabalho vivo e criativo, onde pesquisadores/as se tornam produtos da própria pesquisa – pois por ela se transformam – e trabalhadores de saúde se tornam outros pelo próprio ato de trabalhar e pensar sobre o sentido que trabalhar em saúde faz.

Referências

1. Passos E; Kastrup V; Escóssia L. Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina, 2009.
2. Ceccim RB. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. Rev Cienc Saúde. 2008. [acesso em: 27/11/2015]. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/3859/2936>
3. Rodrigues RM.; Amorim EM; Rosa N; Esteves CO; Souza MC. A rede interestadual de atenção à saúde do Vale do Médio São Francisco? Pernambuco-Bahia: o pacto enquanto guia. In: Merhy EE; Baduy RS; Seixas CT; Almeida DE; Slomp Júnior H. (Org.). Avaliação compartilhada do cuidado em saúde: surpreendendo o instituído nas redes. 1ª ed. Rio de Janeiro: Hexis, 2016a, v. 01, p. 185-190.
4. Oliveira, G N, O projeto terapêutico singular in: Campos, Gastão W. de S. et al. Manual de Práticas da Atenção Básica, são Paulo: Aderaldo & Rothschild, 2008, p. 283-29.
5. Ceccim R B. A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersectorialidades. Rev Cienc Saúde. 2008. [Acesso em: 27/11/2015]. Disponível em: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/3859/2936>.
6. Eps em movimento. Refletindo sobre ferramentas analisadoras. 2014. [Acesso em: 16/08/2016]. Disponível em: <http://eps.otics.org/material/entrada-textos/refletindo-sobre-ferramentas-analisadoras>
7. Rolnik S. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina, 2006
8. Larrosa, J. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. Rev. Bras. Educ. n.19. 2002. [Acesso em 18/10/2016]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-24782002000100003&script=sci_abstract&tlng=pt
9. CABRAL, B. E. B; ANDRADE, A. N. Ação transdisciplinar como produção coletiva: percussões e repercussões no trabalho em equipes de saúde. In: PINHEIRO, R.; SILVEIRA, R.; LOFEGO, J.; SILVA JÚNIOR, A. G. (orgs.). Integralidade sem fronteiras: itinerários de justiça, formativos e de gestão na

busca por cuidado. Rio de Janeiro: CEPESC/IMS/UERJ/ABRASCO, 2012, p. 229-244.

10. Merhy E. O cuidado é um acontecimento e não um ato. Conselho Federal de Psicologia, I Fórum Nacional de Psicologia e Saúde Pública: contribuições técnicas e políticas para avançar o SUS, 69-78, 2006. [Acesso em: 15/08/2016]. Disponível em: <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-17.pdf>.