

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & contexto enfermagem**, v. 17, n. 4, p. 758-764, 2008.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecnoassistenciais. **Saúde em debate**, v. 27, n. 65, p. 316-323, 2003.

MITJÁNS MARTÍNEZ, A. (Org.). **Psicologia escolar e compromisso social**: novos discursos, novas práticas. Campinas: Alínea, 2005.

MITRE, S.M. et al. A. Metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em saúde: Debates atuais. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, Supl. 2, p. 2133-2144, dez. 2008.

NÓVOA, A. Os professores na virada do milênio: do excesso dos discursos à pobreza das práticas. **Educação e pesquisa**, São Paulo, v. 25, n. 1, jan./jun. 1999.

SHERIDAN, C.L., RADMACHER, S.A. **Health psychology**: challenging the biomedical model. New York: John Wiley & Sons, 1992.

VEIGA, I.P.A. Inovações e projeto político-pedagógico: uma relação regulatória ou emancipatória? **Caderno Cedes**, Campinas, v. 23, n. 61, p. 267-281, dezembro, 2003.

VILELA, E.M.; MENDES, I.J.M. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista latino-americana de enfermagem**, v. 11, n. 4, p. 525-531, 2003.

TENSÕES, PARADOXOS E POTÊNCIAS DE PRÁTICAS COM “PROJETO DE FUTURO” NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

*Ricardo Burg Ceccim
Jaqueline Dinorá Paiva de Campos
Fernanda Steffen Culau
Laura Anelise Faccio Wottrich*

Introdução

O campo formativo vem sendo continuamente chamado à experimentação no esforço de ensinar e aprender saúde “em meio à vida”. Para algumas políticas de saúde, essa condição é particularmente candente devido à sua destinação aos “territórios de acolhimento” dos pacientes ou demais usuários das ações e serviços do setor, aquilo que também chamamos de “porta de entrada”. Constituir uma porta de entrada é constituir um “território de acolhimento”, o que serve para qualquer condição em que recebemos pessoas em atenção de saúde e devemos projetar um plano terapêutico, um plano de cuidados ou um plano de acompanhamento ao sentir-se ou ficar bem. Dizemos “território de acolhimento” por projetar aí uma “zona” (ambiente) onde recebemos pessoas

que experimentam “necessidades de atenção à saúde” oferecendo nosso modo de escutar, atender, tratar e cuidar.

Dentre as políticas de saúde em que a constituição de territórios de acolhimento é uma condição candente, está a política de atenção básica. Na atenção básica, temos a maior porta de entrada, não de um serviço, mas de todo o sistema de saúde: é o âmbito do “acolhimento indiscriminado”, aquele a que se chega ou se deve chegar por qualquer motivo de saúde, aquele ao qual compete o sistema de saúde gerar/mostrar sua zona (ambiente) de guarida a todos, não porque experimentam uma situação de risco de morte ou urgência, como ocorre nas unidades de pronto-socorro, ou porque experimentam uma situação de adoecimento que exige procedimentos cirúrgicos ou contínuos, como ocorre nas unidades de internação hospitalar, ou, ainda, porque experimentam a vivência intensiva do sofrimento ou do transtorno psíquico, como acontece em unidades de intervenção psicossocial, mas porque temos (devemos ter) aí “todos os motivos”, sejam eles quais forem, bastando que tenham sido traduzidos como “necessidade de atenção”, nos termos que a área da saúde seja (ou deva ser) capaz de prestar resposta (atender/resolver). Temos aí aquilo que faz vir alguém ao serviço de saúde, aquilo que faz o serviço de saúde ir até alguém e aquilo que faz serem organizadas ações de proteção da saúde, incluindo a promoção do ser saudável, a prevenção de doenças e a ação intersetorial em territórios de vida cotidiana.

Falamos da “atenção básica” como quem fala da “educação básica” (que abrange ensino *fundamental* e *médio*, articulada com a *educação infantil* e com a *educação de jovens e adultos* em aprendizagem do ensino fundamental e médio), isto é, atender às necessidades de saúde, quer no âmbito da promoção de estados saudáveis, quer no âmbito da assistência (para colocar as pessoas mais

fortes em meio à vida, no enfrentamento das condições que a vida ou os riscos de viver nos colocam) ou, ainda, na recuperação das condições de bem-estar para o viver de cada dia. No caso da atenção básica, a clínica acontece “em meio à vida”, não se podendo minimizar a escuta e a compreensão das necessidades e, ainda, em contrapartida, deve organizar modos de acolher, atender, tratar e cuidar, de maneira particular (cada caso, cada grupo, cada pessoa, cada coletivo) e prioritária (inclusive produzindo os coletivos de que se precise, incentivando práticas participativas e envolvendo-se em medidas sociais de qualidade da vida), em especial, em sistemas de saúde de acesso universal. Tanto mais se falamos em integralidade, participação e descentralização, como ocorre no texto (princípios e diretrizes) e respectivo contexto (história de reforma e de luta social) do Sistema Único de Saúde, o caso brasileiro.

Sabemos que o país ainda é jovem no entendimento desses termos, mas sabemos que a ciência e a formação em saúde, no tocante a esses termos, ainda guardam distância, restando à Saúde Coletiva ou à Educação em Saúde Coletiva, como produção de conhecimento e formação, trabalhar *nisso* e *com isso* todo dia, inventando práticas, formulando conceitos, ressignificando a Saúde Pública, a Medicina Preventiva e a Saúde da Comunidade, conceitos e práticas que a antecederam. Para que assim funcione, a atenção básica requer acolhimento, tratamento, escuta, prestação de cuidados e inclusão em um sistema sanitário de portas abertas e sob forte acolhimento de pessoas e suas histórias de “vida e saúde”. Entretanto, não estamos, como país, imersos nessa linguagem de formação profissional ou prontos para isso. A atenção básica ainda não se universalizou, ainda não é capaz de dizer que todos são bem vindos e que todos obtêm “encontros de saúde” nesse lugar. Ainda são citadas as fichas, a fila, a porta fechada nos horários mais contundentes, a prescrição exacerbada

de hábitos, a prescrição desmedida de medicamentos, a solicitação desnecessária de exames, a educação vertical e higienista da saúde, a vigilância de indicadores conforme definidos por mecanismos centrais de “governo da vida”.

Muitas “necessidades” de saúde não são percebidas como prioridade, sequer como necessidade, pois é baixa a proximidade com cotidianos vivos (produtores dos modos e estilos de viver singulares, originais, aprendidos com o mundo que nos toca viver) e é reduzida a sensibilidade às “demandas” (ficando na queixa de sintomas o mais rapidamente vertidos em diagnóstico e prescrição: queixa-conduta). “Mudar” tudo isso passa por “formar”, podemos dizer. Ouvimos isso todo dia em todos os lugares! Formar para mudar ou formar para a mudança? Formar para saber quais mudanças estão ou estariam em causa? Formar como prescrição de novas práticas ou formar como prática do pensar? Pensar como ato individual ou como produção de coletivos. Faz-se necessário inventar as formas de ensinar e de permitir o aprender (forçar o pensar), inventar e produzir coletivos, colocar em ato formas de ensinar e aprender não somente nas instituições de ensino, mas nas instâncias de serviço, de gestão e de formulação de políticas e programas. Também tomar o trabalho *pela* ou *em meio* à formação.

Atenção Básica prospectada pela Educação em Saúde Coletiva

Da noção de Atenção Básica igual a Estratégia Saúde da Família ou igual a Atenção Primária à Saúde, à noção de Atenção Básica como rede de conhecimentos e práticas de base à saúde, incluindo Unidades Básicas de Saúde, Estratégia Saúde da Família, unidades de promoção da atividade física e recreativa e de suporte terapêutico

por meio de práticas corporais, como as Academias da Saúde; inclusão de “pessoas da rua” (não só populações em situação de rua, mas pessoas cuja história cultural ou subjetiva se desenha sem os vínculos de domicílio e família construídos desde a modernidade) e a decorrente criação de unidades de trabalho como Consultórios na Rua; sistemas de atenção domiciliar com programas de Agentes Comunitários de Saúde; sistemas de cuidado e terapêutica em casa com programas de atenção e internação domiciliar; programas de saúde na escola em parceria da saúde e educação; cuidado ambulatorial em saúde bucal, inclusive especialidades odontológicas; estratégias de tele-educação, teleconsultoria, segunda opinião formativa e consultoria com o sistemas de telessaúde; organização de grupos de aprendizagem social e interação comunicativa sistematizados em Comunidades de Prática; integração das ações e serviços de saúde com núcleos de ação do setor da cultura (rádios, teatros, circos, oficinas e Pontos de Cultura), como a *palhaçaria*, as *rádios de saúde mental* ou a *saúde no ponto* (projetos culturais orientados à saúde e realizados nos bairros); consultório de barco, não apenas como ambulatório fluvial, mas como linha de rede entre serviços, práticas populares e singular regionalização do sistema de saúde; variações em programas de redutores de danos e de atenção psicossocial; introdução do protocolo de expansão da atuação de enfermagem em saúde pública; programas de formação e incorporação de quadros profissionais em territórios de baixo provimento e baixa fixação de trabalhadores de saúde, programas de avaliação como acompanhamento e investimento em melhoria da qualidade, entre outros componentes de composição da integralidade da atenção discrepantes da atenção e internação hospitalar ou médico-centrada.

Ao final do projeto de Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais em Atenção Básica, aprendemos sobre o **“acolhimento indiscriminado”**, acolher a todos, reconhecer-se como lugar de todos, colocar-se em renovação para incluir a todos; sobre a **“formação situada”**, aprendizagem mais profundamente qualificada e dispersa pelas instituições de serviço, de formulação, de gestão e de controle social (cenários focais de aprendizado, mas, também, redes de estudo e diálogo entre atores sociais das práticas); sobre **“atenção e exercício profissional em borramento de fronteiras”**, clínica implementada e revisitada pelos trabalhadores e serviços como clínica de território, interdisciplinar e intersetorial, não mais o modelo queixa-conduta/diagnóstico-prescrição; sobre a exigência de uma perspectiva de ação em **“pesquisa-formação-intervenção”**, educação permanente em saúde mediante a interrogação permanente das práticas, escuta ativa de usuários dos serviços de saúde e de movimentos sociais e avaliação contínua de resultados e desempenhos locais, inclusive pelo uso do diálogo aberto pelos sistemas digitais, interativos e educativos do sistema de saúde); sobre a **“interação universidade-serviços-território”**, participação e interação da universidade com a rede de saúde, por meio de seus grupos e núcleos de pesquisa e extensão com presença ativa junto aos mais diversos cenários de trabalho e movimentos sociais (do movimento nacional de moradores de rua à organização sindical dos Agentes Comunitários de Saúde); e, ainda, sobre a **“subversão poética do cotidiano”**, burla permanente de regras e protocolos pela assunção de compromisso com a melhor prática em cada hora e lugar, assegurando a atenção essencial, o cuidado fundamental, a terapêutica mais justa. Por fim, o **“analisador carimbo”** e o **“analisador número”**, o primeiro por tudo que permite desalojar de normas antecedentes, regimes de verdade e linguagem totalitária (quem e porque pode carimbar

receitas, encaminhamentos, laudos, atestados, normas técnicas e rotinas; quem e porque pode avaliar e monitorar; quem e porque dá a última palavra; quem e porque classifica e hierarquiza risco etc.), já o segundo pelo exercício da numeramentalização¹ do trabalho de assistir, educar e gerenciar, a conversão do fazer em quantidades do feito, a reconversão permanente da informação em dado (dado primário que vira informação, informação que vira banco de dados).

Um “projeto de futuro” da atenção básica, vindo de sua prospecção, fala do reconhecimento de um lugar de inclusividade: atender a todos em sua diversidade; resolutividade: expansão, subsidiada tecnicamente, absorvendo desenhos inovadores; campo formativo e da invenção de saberes: encontros de saúde capazes de relacionar atenção, gestão, formulação, participação, estudo e práticas de apoio. Um potencial em saúde próprio da atenção básica está na condição de *ser e propor* territórios de acolhimento, ocupar-se em *ser e fazer ocorrer* zonas de acolhimento do/ao sistema de saúde. As demandas para a clínica que chegam à atenção básica são histórias de vida e saúde. Nosso percurso no projeto *Prospecção* teve por base uma diversidade de experiências do fazer em saúde, trazidas de diversas regiões do país, tendo em comum a ampliação e a inovação no fazer saúde. Verificou-se a busca por transcender a fragmentação; articular saberes; borrar fronteiras profissionais; integrar universidade, serviços e território; dar lugar ao saber popular; acolher a alteridade em estranhamento e vida.

¹ Sobre a “numeramentalização”, é fundamental ler a dissertação de Juliano André Kreutz: *Quem conta um ponto, inventa um conto: sobre a fabricação de agentes, de saúde e de comunidades*. (KREUTZ, 2012)

Conclusão

Com o procedimento metodológico dos círculos em rede, foi possível acompanhar possibilidades inventivas no contorno peculiar das práticas, nos deu a possibilidade de colocar em questão discursos legitimados e fazer oposição às regulações e prescrições sobre as ações em saúde. Um diálogo transversal, nacional e regional traduziu, a partir da prática, a capacidade inovadora de coletivos em ação. Diálogo que instigou inquietações: o que é fundamental para um usuário? O que é fundamental para o trabalhador? O que é fundamental para um sistema de acesso universal? Quais as formas transgressão do trabalho prescrito? A oposição aos modelos é saudável quando em compromisso público e ético com os usuários.

O conceito de autogestão foi inspirador, ao lado do conceito de autoanálise, como acontece na proposta do Institucionalismo. (CECCIM, 2005) Autogestão e autoanálise na construção de instituições vivas: o processo organizativo como processo instituinte, não apenas reprodutivo, a recuperação do poder de organização e autogerenciamento do processo produtivo, elidindo a burocracia e a hierarquização. As práticas de apoio observadas na Atenção Básica serviram para problematizar os diferentes tempos exigidos no trabalho: tempo do fazer, tempo do aprender, tempo das narratividades, tempo das invenções, tempo da escuta, tempo da composição de coletivos, tempo da composição de práticas etc. Experiências como a do Consultório de Rua e a do Consultório de Barco (Unidade Básica Fluvial), com territórios peculiares, pouco geograficamente inscritos, descritos, adscritos, cheios de microáreas, com uma dimensão de inclusão singular, tanto de usuários como de temporalidades distintas da vida. Processos autogestionários, mediante a burla em carimbos

e números, sinalizaram possibilidades, transformação dos modos de trabalhar, transformação dos modos de cuidar.

A “transformação” nos veio como na proposta de uma revolução molecular (GUATTARI, 1987), movimento de grupos que tencionam as formas impostas de vida e elevam esse questionamento à dimensão de produção de subjetividade, potência política e exercício democrático. Pensamos os processos autogestionários em uma perspectiva de devir, devir-criança, tempo de infância. Trouxemos, de início, a ideia de infância como um tempo de invenção, em que, como no brincar, não se fica preso às urgências e demandas do presente. Trazemos agora como “ética do brincar”, em sintonia com a formulação de Noal-Gai (2015). Uma ética do brincar se interessa por coisas pequenas (pedrinhas, furinho, pontinha do dedo, alcinha, tons de verde), coisas de criança, de alunos, de pacientes, de loucos, de retardados, de autistas, de moradores de rua. Apresenta-se como uma pedagogia generalista, uma potência pedagógica; um apoio para rodas e círculos e redes e tramados e bordados de saberes, de fazeres, de conversares; é gostar de ver vida uns nos outros (procurar territórios de educação e de saúde para encontrar a vida das forças alegres, a vida dos trocinhos, das miudezas, das palavras baixinhas, a vida das pedras, das coisas molhadas)².

Encontramos ressonância dessas ideias nos artigos de Kohan (2004) e Ceccim e Palombini (2009), ambos assimiladores do conceito deleuziano de devir-criança. Kohan (2004) afirma a possibilidade de existência de duas infâncias: uma majoritária, associada à passagem do tempo cronológico e às etapas do desenvolvimento humano; e outra minoritária, habitante de uma temporalidade distinta e vivida como experiência, acontecimento, ruptura e

² O trecho citado pertence ao posfácio, escritura de Daniele Noal-Gai com Ricardo Burg Ceccim, orientador na tese de doutorado “Ética do brincar”. (NOAL-GAI, 2015)

criação, devir-criança. Ceccim e Palombini (2009) elaboram uma distinção entre a criança cronológica, aquela que cresce, torna-se adulta, aceita os agenciamentos de subjetividade que a sociedade faz, que as instituições impõem, que os pais acham belos, bons, honrados e o devir-criança, experimentado como resistência a esses agenciamentos da temporalidade dominante e como produtor de vida. A lógica dessa outra temporalidade difere da lógica cronológica tomada em referência na nossa cultura ocidental. Kohan (2004) nos lembra que, na língua grega, existiam outras palavras para designar o tempo. Além de *chrónos*, que corresponde à continuidade de um tempo sucessivo, *kairós*, o tempo como momento crítico, oportunidade, e *aión*, uma temporalidade não numerável nem sucessiva, mas intensiva: “o intrigante fragmento 52 de Heráclito conecta esta palavra temporal ao poder e à infância”. Para Heráclito “aión é uma criança que brinca, seu reino é o de uma criança” (a criança “criançando”). Haveria uma dupla relação afirmada: tempo-infância (aión – país) e poder-infância (basileie – país). Neste fragmento, a indicação, “entre outras coisas, de que o tempo da vida não é apenas questão de movimento numerado e que esse outro modo de ser do temporal parece com o que uma criança faz.” Enfim, para Kohan, “se uma lógica temporal segue os números, outra brinca com os números.” (KOHAN, 2004, n.p.)

A essa temporalidade associamos o devir e, por isso, designamos nossa investigação como prospecção de devires, articulação à lógica dos processos autogestionários, lugar às intensidades, invenção de sentidos no cotidiano. Do imperativo da forma prescrita pelos modelos e protocolos ao fazer mais inventivo, plástico, informe, nascente. O que pareceu mais importante não foi chegar a um lugar, uma proposta, mas passar pelos lugares e propostas, reconhecer tensões e, sobretudo, paradoxos. A potência das práticas

está em seus projetos de futuro, nos desafios que recolhe em sua formulação: mantendo-se inquieta, mantém-se atenta; parecendo contínua, permite-se inventiva.

Referências

CECCIM, R.B. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 161-168, fev. 2005.

CECCIM, R.B.; PALOMBINI, A.L. Imagens da infância, devir-criança e uma formulação à educação do cuidado. **Psicologia e Sociedade** (Impresso), Porto Alegre, v. 21, p. 301-312, 2009.

GUATTARI, F. **Revolução Molecular**: pulsações políticas do desejo. 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

KOHAN, W.O. A infância da educação: o conceito devir-criança. In: KOHAN, Walter Omar (Org.). **Lugares da infância: filosofia**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.

KREUTZ, J.A. **Quem conta um ponto, inventa um conto**: sobre a fabricação de agentes, de saúde e de comunidades. 2012. Dissertação (Mestrado em Educação) - Programa de Pós Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

LOURAU, R. **A análise institucional**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1970.

NOAL-GAI, D. **Ética do brincar**. 2015. Tese (Doutorado em Educação) - Programa de Pós Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.