

PROSPECÇÃO DE MODELOS TECNOASSISTENCIAIS NA ATENÇÃO BÁSICA: protocolo de pesquisa colaborativa multissituada na Educação em Saúde Coletiva

*Ricardo Burg Ceccim
Juliano André Kreutz*

Introdução

Considerando que a atenção em saúde exige colocar em cena experiências que tentam mudar as “formas” tradicionais do trabalho, entendemos que seria interessante “prospectar” potências e possibilidades, ações inovadoras ou discrepantes do comum, e mesmo ações com chance de formação de imagem à atenção básica. Interessava-nos desenhos que ainda não tivessem forma precisa ou acabada, propostas técnicas ainda vagas ou incertas e mesmo rudimentares, confortavelmente instáveis, porém em aceitação ativa da tarefa de cuidar, atender, escutar e tratar problemas de saúde. Interessava-nos trabalhadores, docentes e estudantes envolvidos na rede de trabalho profissional e diferentes atividades na perspectiva de

um sistema sanitário inclusivo, resolutivo e capaz de acolhimento. Delineamos um projeto de “prospecção”, isto é, ao mesmo tempo pesquisa em rede multissituada e pesquisa-formação, um processo envolvente de variadas regiões e cidades no Brasil, variadas estratégias de cuidado, variadas estratégias de equipe. As relações entre global e local deveriam ser abordadas a partir de uma visão de *pesquisa multissituada* (MARCUS, 1995) e que considera múltiplos *loci* de pesquisa, não somente pela geografia física, mas também pelas geografias de composição local. (BOROFKY, 2000; SANTOS, 1988) Os acontecimentos no contexto da pesquisa-formação e da investigação em círculos e redes (CECCIM et al., 2014) são vários e diversificados com características rizomáticas, pois são formados em ato, impulsionados pelos diferentes atores no contexto real de trabalho. (FRANCO, 2006)

O projeto *Prospecção de Modelos Tecnoassistenciais na Atenção Básica em Saúde* foi uma parceria com o Departamento de Atenção Básica, do Ministério da Saúde, e concretizado por um protocolo de pesquisa colaborativa interinstitucional no âmbito da Educação em Saúde Coletiva, firmado entre Fundação Estatal Saúde da Família da Bahia (FESF-SUS/BA), Instituto Leônidas e Maria Deane, da Fundação Oswaldo Cruz, Manaus (Fiocruz/AM), Universidade do Estado do Amazonas (UEA), Universidade de Brasília (UnB), Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), Universidade Federal Fluminense (UFF) e Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), devendo captar experiências no Estado da Bahia quanto às ações interfederativas na gestão do trabalho em atenção básica; na região de floresta e rios de uma rede sanitária do Amazonas, onde o conceito de território das periferias urbanas resta absolutamente inviável; na capital federal com a presença emergente da universidade em uma “região integrada de desenvolvimento” (Distrito Federal e

Entorno), com necessidades integradas de desenvolvimento socioeconômico e sanitário; uma cidade metropolitana, não capital, centro universitário de destaque em atenção básica e na educação em saúde coletiva, núcleo de pesquisa e assessoramento em gestão de sistemas locais de saúde; em uma cidade com tradição de saúde da família, ao mesmo tempo que sua Universidade ousa conexões em tradição e inovação das casas às ruas, das unidades de saúde às fronteiras abertas; finalmente experiências de capital e interior próximas da universidade sede da coordenação da prospecção, com ações de autogestão dos trabalhadores, apoio institucional em redes, consultório na rua e interações entre pesquisa universitária e trabalhadores em coletivos organizados de produção.

A prospecção em distinção da modelização

O cenário sanitário mundial tem dado relevante enfoque aos esforços de inovação e modelares em saúde, seja pelo enfoque na promoção da saúde, pela expansão da atenção primária à saúde ou pela defesa da integralidade e da participação popular nas estratégias do setor da saúde. A discussão dos modelos tecnoassistenciais se torna fundamental no planejamento estratégico do setor quando se pretende o acolhimento universal da população e a elevada qualidade da resposta assistencial aos indivíduos e coletivos ou a sua inclusão em singulares projetos terapêuticos ou de promoção da saúde. O fato de serviços e sistemas de saúde serem alvo/objeto tanto da introdução contínua de metodologias e tecnologias, como da sempre renovada inclusão de prioridades epidemiológicas e da implantação “novidadeira” ou reatualizada de ações programáticas faz com que se entrecruzem múltiplos dispositivos de ação e inovação. Sob esta ótica, “modelos” antigos ou atuais são

portadores de estratégias de acolhimento e de resposta, jamais unitários, posto, inclusive, que sofrem diferentes fatores de produção e consumo, correspondendo a interesses diversos na política social e econômica, assim como nas políticas profissionais, programáticas em saúde e de financiamento setorial. No mesmo “modelo” em que há forte introdução de metodologias coletivas de educação para a saúde, há a manutenção de metodologias campanhistas de saúde pública. No mesmo modelo em que as consultas de atenção básica são realizadas por médicos de subespecialidades, há a realização de procedimentos técnicos que evitam encaminhamentos e descartam a solicitação de exames supérfluos ou a prescrição prioritária de medicamentos.

Assim, uma prospecção de modelos tecnoassistenciais abordaria o elo necessário entre as estratégias de atenção e governo da saúde com o conhecimento tecnológico e científico da área como uma forma de saber sobre inovações e modos de fazer no diagnóstico e terapêutica e na política de saúde. Uma inovação ou modo de fazer pode ser a estratégia de aproximação com a população por via de uma linguagem cultural apropriada, pela forma de se relacionar em rede pelos laços de amizade e coleguismo local etc. Um desafio de resolutividade pode ser a invenção de unidades mistas de saúde e assistência social para atender a grupos populacionais com incapacidades ou unidades mistas entre hospital e atenção básica para assegurar “leitos” de reidratação oral, observação psicossocial, parto normal etc. Em todos os modelos autointerrogados pela resolutividade encontrar-se-ão maneiras de criar valor com base na diferenciação. O problema de um modelo único é a perda da capacidade de diferenciação, justamente pela escolha da modelização.

Ao ser visto como estratégico para o setor, o modelo único assume funções e atributos em todos os níveis da

organização, reduzindo a escuta dos fatores de diferenciação, portadores de protagonismo local e consequência de disputas locais pelo acolhimento das pessoas e grupos sociais ou pela elevada qualidade assistencial. Deste modo, uma perspectiva interessante ao gestor federal do setor da saúde seria a prospecção de modelos reais (estaduais ou municipais), demonstrando a diversidade e as suas conquistas. A prospecção seria a busca e a detecção das fórmulas resolutivas e dos procedimentos de rede adotados por múltiplos locais submetidos ao mesmo sistema nacional de saúde. Seria como prover visibilidade para as estratégias em curso “com olhos para o futuro”, capturando as suas potências ou as possibilidades de que são portadoras para que se pudesse conduzir uma política desde seus atores estratégicos, tomados por seu valor protagonista de realidades, não a imposição de desenhos definidos *a priori* como ideais, posto que não há como prover controle sobre todos os fatores de determinação das práticas locais levadas a efeito. Uma prática local não responde aos desenhos centrais de monitoramento e gestão, mas às configurações vivas de atores, instituições e culturas, jogos de força, apostas e disputas de interesse. A prospecção providenciaria um “olhar adiante”, tanto sobre o que é mais visível ou mais importante, quanto sobre o que pode vir a sobressair ou ser salientado como inovação, invenção e/ou *design*.

A política federal setorial, por seu poder de replicação em cadeia (ou cascata) deveria trazer, ela própria, algo de inovador na conformação de modelos, menos modelar, menos impositiva, mais “agenciadora”, mobilizadora, convocadora. Uma vez que, como política setorial, não será capaz de transformar o cenário econômico e social do país, somente seu dinamismo poderá abarcar gestores, trabalhadores, pesquisadores, formadores e usuários, formando uma rede de conexão entre posturas

comportamentais e formas de atuação. Será influenciada pelo ambiente político, social e econômico no qual se encontra inserida; portanto, precisará de um processo coletivo e dinâmico que torne impossível retroagir aos tempos anteriores ao “agenciamento”. O que deveria emergir de uma política setorial “inovadora” são os atores estratégicos (locais, dos sistemas e serviços, da política), não necessariamente uma perspectiva de estratégia tecnoassistencial nunca antes conhecida ou experimentada. Não se tratará de negar o conhecimento tecnocientífico já acumulado sobre os fatores de sucesso em uma estratégia tecnoassistencial quanto ao seu impacto no processo saúde-doença, mas de mover responsabilidades quanto à inclusão e resolutividade na atenção e governo da saúde. É nesse sentido que a transformação de modelo não é deste para aquele, mas “daquela configuração para esta” ou “daqueles disparadores para este processo”, de acordo com o resultado de satisfação dos usuários, trabalhadores e gestores, inclusive na mudança da base material (valores, *habitus*, micropolíticas) com que fazem formulações, execução e avaliação.

Sistemas e serviços de saúde são processos que lidam com criatividade e novidade, seus trabalhadores operam com tecnologias de cuidado e tratamento, dependem de experimentos, descobertas e invenções, desenvolvem habilidades interdisciplinares e visam a um processo social de construção de conhecimentos e práticas relativos à qualidade da vida. A localização e um estudo de características preliminares (prospectivo) de estratégias tecnoassistenciais em atenção básica – onde é *baixa, muito baixa ou inexistente* a implantação da Estratégia Saúde da Família e os indicadores bioestatísticos de morbimortalidade são *bons, muito bons ou equivalentes à média de onde é elevada, predominante ou de cobertura total* programas Médico de Família – pode representar a delimitação e o

reconhecimento de modos de atuar em atenção e governo da saúde que informam práticas institucionais em diálogo com a proposta de “reorientação do modelo assistencial” introduzida pelo projeto brasileiro de melhoria do acesso e da qualidade da atenção integral à saúde.

Essa prospecção pode colocar em foco, em problematização e sob a formulação de recomendações *o suposto, o possível e o esperado* em modelagens de acolhimento, cuidado e proteção da saúde, com estratégias singulares, criativas e originais. A prospecção pode apontar a preparação do futuro quanto às tecnologias, aos planos sociais, ao desempenho em saúde e ao protagonismo dos coletivos organizados de produção da saúde, colocando em curso uma ação político-setorial ousada e desafiadora.

Estratégia e operacionalização do método da prospecção

Há uma diferença conceitual e formal entre pesquisa científica e produção tecnológica, assim como entre tecnologia, ciência, *design* e inovação. Não são palavras equivalentes, antes profundas distinções de método, operacionalização, uso dos resultados e motivação. Verifica-se no mundo da ciência, tecnologia e inovação o fomento científico, a produtividade em pesquisa, a produtividade em desenvolvimento tecnológico e a extensão inovadora. O presente projeto de prospecção se insere na categoria “produção tecnológica e extensão inovadora”, incluindo desenvolvimento tecnológico, apoio técnico e extensionismo tecnocientífico. A prospecção gera localização/identificação de *modelos e práticas* e organiza *informação preliminar*, funciona como uma cartografia, mas não exatamente como uma pesquisa científica, acumula evidências, mas não as converte em modelos de verdade, desafia percursos e itinerários, mas não confecciona diretrizes e protocolos.

O desenvolvimento tecnológico, o apoio técnico e o extencionismo tecnocientífico visam a fortalecer a interação entre a universidade e a sociedade no que tange à geração e transferência de conhecimentos, construindo um ambiente favorável à promoção de uma agenda política, social e pedagógico-estratégica, voltada ao desenvolvimento setorial sustentável e ao desenvolvimento de competências ou habilidades para atuação em atividades técnico-didáticas na saúde e direção de sistemas e serviços de saúde. Para o projeto de prospecção, foi constituída uma equipe exploratória e analítica, composta por formuladores acadêmicos de políticas e de recursos interpretativos em ações, serviços e sistemas de saúde, cuja tarefa era exercer a prospecção de estratégias tecnoassistenciais em estados, municípios e locais, buscando conhecimento e provendo visibilidade para dispositivos, mecanismos e soluções identificados com a integralidade e resolutividade da atenção em saúde. A “prospecção” veio da busca de contato com múltiplas experiências de fazer a Atenção Básica e da colocação de diversos interlocutores dessas experiências em rede de conversa.

Não havendo a intenção de localizar “boas práticas”, mas “distintas práticas”, tampouco tecer recomendações transversais ou resultantes de análise sistemática, mas comemorar a multiplicidade, a pluralidade e a diversidade, uma boa pista era encontrar tensões, paradoxos e potências em práticas, talvez evidenciar outros/novos itinerários assistenciais, percursos pedagógicos locais, o repensar constante, a atualização permanente em Atenção Básica e Educação em Saúde Coletiva. O projeto, portanto, tinha o intuito de dar visibilidade às ações em saúde que estão em curso nos territórios multifacetados e multirreferenciados de nossas equipes, cidades, geografias, culturas, e apresentá-las como potência, a fim de produzir políticas a partir dos próprios protagonistas que vivenciam

as realidades. O seu desenrolar circulou entre a educação, a pesquisa, a intervenção e o desenvolvimento tecnológico (“prospecção” de aprendizados, conhecimentos, saberes e estratégias).

A seleção do projeto ocorreu em 2011, tendo sido iniciada a sua execução em 2012, reunindo “histórias pra contar”. Terminou em 2013, com uma jornada de todos os círculos locais/locorregionais e “convidados-dobradiça”. A relatoria ocorreu em 2014. Cada círculo local/locorregional foi designado por “caldo de cultura”. Caldos de cultura de cinco regiões brasileiras, também explicitados como “círculos educossanitários”, a condição de uma roda de pesquisa-formação local/locorregional, fiando uma primeira narrativa da atividade da experiência, depois, por meio da narrativa, evidenciar como se constituiu um caminho e, então, construção de conhecimento de forma integrada e com sentido (círculo de cultura). Dos círculos de cultura às rodas de conversa entre os círculos, articulação de “redes de conversação” e “rodas de dobradiça”. As rodas de dobradiça são mais uma ação que a constituição de tempo e lugar, servem à introdução do desconforto intelectual, problematização das condições de possibilidade da atividade da experiência. “Círculos em rede” podiam compartilhar experiências; e “rodas de dobradiça”, interrogá-las em profundidade.

Afirmou-se a fruição nas trocas e na produção de inteligências coletivas. Apostou-se que a produção de conhecimento em saúde pode se dar por outros caminhos, para além do que tradicionalmente é legitimado como conhecimento científico (muitas vezes mascarando inúmeras prescrições que cobrem a experiência). Inventou-se um modo de operar que se deu pela participação de pesquisadores das cinco regiões brasileiras, vinculados a instituições federais, estaduais e municipais, atores de

diferentes cenários da saúde pública, com estudantes, profissionais, gestores, pesquisadores e agentes da cultura local. Entende-se que cada narrativa destinada ao outro produz outros olhares sobre as histórias, histórias de outros olhares, olhares outros de outras histórias sobre as histórias, uma mistura de olhos estrangeiros e produção de estrangeirismos na sua história, simplesmente porque se quer a troca, a mescla, a novidade, a invenção, a recriação, mas não se quer a regra, a forma, a prescrição, a imposição, o modelo a ser replicado, copiado, difundido. Quer-se a dobra, a rede, a conversa, a cultura que se contamina e contagia, que cria novas passagens, novos pontos e outros nós a partir da abertura aos signos, do deixar-se imprimir pelos signos que não relacionam significado-significante, abrem-se a invenção, produção e composição de sentidos.

Trabalhamos com encontros sistemáticos, ocorridos nas diversas regiões, na coordenação do projeto (pela equipe ligada ao EducaSaúde), e nos encontros nacionais. Cada região pactuou qual a frequência e o método de seus encontros. O grupo de coordenação reunia-se semanalmente desde o início do projeto, para retomar demandas, tecer os encontros nacionais e avaliar o processo. A pauta organizada por esta coordenação “local” era aberta a novas composições e reorganizações no encontro nacional, proporcionado a atualização constante do projeto. Os encontros nacionais ocorreram em média com uma frequência bimestral, totalizando dez encontros. Como parte do processo/produto produziu-se, também, o seminário Dentre as ações, o seminário “Jornada de Intensidades: in-formes da atenção básica em saúde, prospecção de devires”, que transcorreu no final do ano de 2013 e, conforme localização da coordenação na UFRGS, ocorreu na cidade de Porto Alegre. Os “in-formes” constituíram informação pré-verbal, signo-enunciação, informação, como dizíamos, para “destituir a forma” e “enunciar saberes”. As “intensidades”

constituíram motivações sensíveis, interesses por “conexão amorosa”, conhecimentos, como dizíamos, “intensivos”, não necessariamente “lógicos” ou “morais”. Informes e intensidades deveriam, por sua emergência viva em coletivos de práticas e compartilhamentos, informar e fazer vibrar a seleção, organização e avaliação de ações no interesse da atenção básica. “Prospecção de devires”: reconhecimento de vetores de produção. Vetores indicam motivos, planos de intenção, “projetos de futuro”, atração de corpos por afecção. O evento era componente metodológico relevante: a experimentação da metodologia utilizada no projeto compondo a reunião dos círculos de cultura locais com as redes de conversação em mescla, hibridismo e ressingularização. Círculos de cultura transformados em caldos de cultura, redes de conversa transformadas em redes de conversação por ressingularização e círculos em rede como rede científica de prospecção de culturas da prática. O evento era componente metodológico relevante: a experimentação da metodologia utilizada no projeto compondo oficinas, desenvolvidas cada uma por cada caldo de cultura local (cada círculo educossanitário trazendo seus aprendizados como comunicação, como círculo de cultura). Sessões transversais com debatedores convidados retomavam a condição das rodas de dobradiça, a introdução de um eixo de pensamento para colocar em análise cada círculo de cultura, desfazimento de seu *ensimesmamento*. Momentos de plenária livre ou pontuada por recolhimentos das oficinas e sessões transversais configuravam as redes de conversação, com falas livres ou manifestação de comentaristas que trouxeram à tona os marcadores “Trabalho e Território” e “Apoio e Formação”, na Atenção Básica. Um debatedor externo e estrangeiro, pesquisador italiano, Ardigò Martino, interferiu neste momento final recolhendo as tecnologias do método inovador, como devolução aos participantes, mais um “prospecto” da metodologia.

Produtos e resultados conceituais

A imensidão do Brasil não se mede apenas pela dimensão territorial do espaço geográfico e diversidade cultural de seu povo, as interpretações sobre cada região são muitas e moldadas sob o olhar dos atores sociais das práticas, atuantes nas realidades, influenciando e sendo influenciados por cenários e tempos em que se inserem perfis de usuários, de equipes, de apoio institucional e matricial, de interação da universidade com as redes de saúde, de interface do trabalho em saúde com a experiência da cultura na cidade (arte, artesanaria, dança, teatro, música, circo, cinema e fotografia). É desafiante fazer saúde, considerando as peculiaridades de cada região, submetendo múltiplas realidades a um único sistema nacional de saúde. Acompanhando as práticas de saúde em diversos locais no país, comuns são as queixas de que os processos de trabalho adotados respondem a modelos centrais de monitoramento e gestão e ignoram a demanda dos atores, a cultura e as estruturas de poder das instituições locais. A prática de saúde é viva, é dinâmica, é mutável.

Tendo como ponto de partida a busca por distintos desenhos e práticas de saúde no âmbito da atenção básica, o projeto resultou das questões que emergiram durante a realização de um trabalho cartográfico, realizado por pesquisadores de diferentes instituições formadoras, em variadas realidades e unidades da federação. Na identificação de práticas novidadeiras ou disruptivas, inventivas ou reatualizadas, construídas pela e na atenção básica, um ponto sensível nessa prospecção esteve nas narrativas do processo de trabalho adotado nos serviços de saúde, entendidos, então, como resultado de políticas e práticas de formação acadêmica, experimentação do próprio cuidado em saúde exercido no encontro entre o trabalhador e usuários nas redes de serviços, que habilitam

o profissional a exercer certa função. As narrativas, primeira etapa do círculo educossanitário, facilitam a emergência do dizer de si, do seu grupo, da sua experiência/experimentação; podemos ouvir os outros e ouvir-nos, de forma que movemos fatores subjetivos e sensíveis, modificamos percepções e projeções. Permite por na roda a conversa sobre o que esperavam de nós e o que resolvemos fazer, o que não esperavam de nós e por que fizemos, como esperam que sejamos e como é que somos. A narrativa revolve sentidos e significados. A organização das “histórias pra contar” organizou círculos de cultura (contar histórias de si, da equipe, do serviço, de usuários, da política local, da cidade, do Sistema Único de Saúde, da Atenção Básica).

A fim de garantir a costura da diversidade de experiências, círculos em rede permitiam o encontro de estrangeiros e a familiarização do adverso. Entendemos que não há uma Atenção Básica, mas diferentes formas de produzir saúde em um campo que deve ser o do acolhimento, reconhecimento e projeção de ações de cuidado. Compartilhamos dos pilares utilizados pela cartografia para nos auxiliar nos desenhos dos mapas que se inauguravam a partir daí. A cartografia consiste em mapear, detectar direções e movimentos que se dão no “campo das forças” e escapam ao “plano das formas”, Deleuze e Guattari (1995, p.21) dizem também que cartografar é fazer o mapa, como um princípio de funcionamento do rizoma, ou seja, não se desenvolve na reprodução, imitação, e sim na criação e construção: “o mapa é aberto, é conectável em todas as suas dimensões, desmontável, reversível, suscetível de receber modificações constantemente”. Para os autores, o mapa “pode ser rasgado, revertido, adaptar-se a montagens de qualquer natureza, ser preparado por um indivíduo, um grupo, uma função social.” (DELEUZE; GUATTARI, 1995, p.22)

A prospecção reuniu “histórias para contar”, as quais foram tomadas como “caldos de cultura”. Cada um dos caldos de cultura reunia-se em seus respectivos locais de origem e criavam seus métodos de dispersão, seja em intervenções no território, ou em encontros que possibilitassem a discussão das práticas dessas intervenções. Estavam constituídas a rede de conversação e a roda de dobradiça.

Referências

BOROFSKY, R. Public anthropology: where to? What next? **Anthropology News**, v. 45, n. 5, p.9-10, 2000.

CECCIM, R.B. et al. Círculos em redes: da construção metodológica à investigação em saúde como pesquisa-formação. **Fórum sociológico [On-line]**, n. 24, 2014. Disponível em <<http://sociologico.revues.org/1111>>. Acesso em: 16 nov. 2014.

DELEUZE, G.; GUATTARI. F. Mil Platôs. **Capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1995. v.1.

FRANCO, T.B. **As redes na micropolítica do processo de trabalho**. In: PINHEIRO R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2006. p.459-474.

MARCUS, G.E. Ethnography in/of the world system: the emergence of multi-sited ethnography. **Annual review of anthropology**, v. 24, p.95-117, 1995.

SANTOS, M. **Metamorfoses do espaço habitado**. São Paulo: Hucitec, 1988.