

Apoio institucional como tecnologia para produção de uma gestão menor na área da saúde

Simone Mainieri Paulon¹ (ORCID: 0000-0002-0387-1595) (simonepaulon@gmail.com)

Júlia Monteiro Schenkel² (ORCID: 0000-0001-6975-7173) (juliamonteiroschenkel@gmail.com)

¹ Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre-RS, Brasil.

² Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN, Brasil.

Recebido em: 21/10/2021 Revisado em: 02/03/2022 Aprovado em: 24/03/2022

Resumo: A partir da problematização de uma suposta dicotomia existente entre gestão e atenção na saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde, exploramos a tecnologia do apoio institucional em sua potência intercessora nessa relação. Para tanto, realizou-se uma investigação cartográfica a partir de narrativas e reflexões registradas em diários de campo que emergiram de experiências de apoio e pesquisa no âmbito da Atenção Básica. Inspiradas na proposição de Guattari de uma “literatura menor”, defendemos a desmistificação da gestão em saúde, apontando o apoio institucional como tecnologia que pode contribuir para a produção de uma gestão menor.

► **Palavras-chave:** Saúde coletiva. Apoio institucional. Cartografia. Gestão em saúde.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312022320411>

Entre duas notas de música existe uma nota, entre dois fatos existe um fato, entre dois grãos de areia por mais juntos que estejam existe um intervalo de espaço, existe um sentir que é entre o sentir – nos interstícios da matéria primordial está a linha de mistério e fogo que é a respiração do mundo, e a respiração contínua do mundo é aquilo que chamamos de silêncio.

Clarice Lispector

Deslocando modos habituais de investigar, que pensam interrogando o que é, buscamos entender como as coisas se relacionam, se engendram, enfim, se coproduzem. É com essa lente que adentramos nessa reflexão acerca das relações entre gestão e atenção no Sistema Único de Saúde, aproveitando experiências vividas de apoio institucional e de pesquisa-intervenção junto à Atenção Básica.¹

Partimos de um duplo incômodo, percebido em nossas trajetórias dentro do SUS, com o discurso queixoso, ora da gestão, ora dos trabalhadores, que atribui um ao outro a culpa pelas mazelas na produção de saúde. Um gestor critica trabalhadores “descomprometidos”, “descapacitados”, “que não teriam o perfil para trabalhar no SUS”. Ao lado, temos trabalhadores que, se eximindo da função gestora de seu processo de trabalho, atribuem seus problemas à pressão de eventuais gestores e a alguma incapacidade dos mesmos. Dois lados de uma mesma moeda, que obstruem as conexões ao não reconhecerem que se trata de um mesmo plano de produção.

A partir de um grupo de pesquisa-intervenção no campo da saúde mental,² chamamos para a roda gestores, trabalhadores e usuários da atenção básica (AB) e dos serviços de saúde mental, convidando-os a debater e refletir sobre o cuidado em saúde mental na AB. Abrangendo seis municípios da região metropolitana de Porto Alegre, tal pesquisa se propôs a dar visibilidade e a qualificar práticas de saúde mental na atenção básica, assim como a contribuir na necessária articulação entre saúde mental e AB, já apontada em outros estudos (PAULON; NEVES, 2013; BRASIL, 2013). Outro cenário percorrido nesta pesquisa, diz respeito a um coletivo de apoio institucional ligado a um grupo de estudantes de Saúde Coletiva, que foi acompanhado pela primeira autora na condição de supervisora de estágio curricular. Nesse contexto, o desafio era criar atividades para que os estagiários pudessem se engajar na articulação com redes locais de saúde. Constituímos, então, um grupo de apoio institucional, a partir do qual também compareceram experiências que vieram a compor com esta pesquisa.

Não se trata aqui de buscar definir uma essência da prática do apoio, mas de acoplar práticas de apoio engendradas, teorizadas e vivenciadas. Perguntar-se por aquilo que o apoio institucional pode, em vez de pretender afirmar o que ele é. Não nos resta alternativa, senão utilizar o fio da experiência para dissertar sobre o tema, afinal, busca-se aqui singularizar o vivido. O rigor na produção do conhecimento, no caso da cartografia, não está na possibilidade de replicar o estudo em outra realidade, pois em vez de buscar universais, quer-se justamente do contrário: afirmar singularidades. Como aponta Guattari, trabalhamos para a afirmação de um novo paradigma na produção de conhecimento acadêmico, o paradigma estético, no qual a “sua dimensão axiológica deixaria de ser a Verdade com um “V” maiúsculo em favor de uma modelização localizada, encarnada em num corpo social cujo destino está em causa” (GUATTARI, 1992, p. 3). Colocar-se “entre” assumiu, assim, a corporeidade de uma abertura e disposição para encontrar realidades distantes do ideal das políticas e da pureza das teorias.

A Saúde Coletiva, ao se situar como leitura crítica do projeto médico naturalista, introduz as Ciências Humanas no campo da saúde (BIRMAN, 2005) interferindo em seus modos de fazer e de conhecer. Na busca por referenciais que desloquem concepções dominantes na área da saúde, afirmamos a cartografia (PASSOS *et al.*, 2009, FONSECA, *et al.*, 2012), e a pesquisa-intervenção (PAULON; ROMAGNOLI, 2010; PASSOS *et al.*, 2009) como modos legítimos de produção de conhecimento no âmbito da saúde coletiva, apontando para a potência desses “métodos” para transformar modos de intervir e de conhecer.

Seguindo as pistas deixadas pela Política Nacional de Humanização (PNH) (BRASIL, 2008) nos deparamos com o princípio da indissociabilidade entre gestão e atenção e passamos a analisar como tal Política se apresenta em nosso percurso. A PNH, criada em 2003 pelo Ministério da Saúde, surgiu com o objetivo de transversalizar diferentes ações e instâncias do SUS e, ao resgatar fundamentos básicos norteadores do mesmo, buscou enfrentar problemas na organização e gestão do trabalho em saúde (PASCHE *et al.*, 2011, p. 4.542). A transversalidade, como aumento dos graus de comunicação entre os grupos; a corresponsabilidade e a autonomia de sujeitos e coletivos; junto com a indissociabilidade entre gestão e atenção, constituíam os princípios dessa política (BRASIL, 2008) que continua a produzir efeitos e ressonâncias no sistema de saúde. Ao reconhecer avanços e desafios na implementação do SUS, a PNH ressaltou a necessidade de ampliarmos

a consideração da dimensão subjetiva nas práticas de saúde, e problematizou os modelos de gestão centralizados e verticais, que desapropriam o trabalhador de seu processo de trabalho (p. 8). Ao partir desse diagnóstico, a PNH apontou maneiras de intervir, tomando a tecnologia do apoio como método de intervenção por excelência do processo de humanização do SUS. O apoio institucional na PNH foi-se desenvolvendo como prática que se dá na forma de “dispor-se aos coletivos em posição crítica e observadora de forma a contribuir com a ampliação da democracia institucional e a circulação dos saberes na organização” (PAULON, 2014, p. 308).

É a partir desse diagnóstico deixado pelos passos da PNH, que buscaremos esgarçar os sentidos contidos na formulação acerca da indissociabilidade entre gestão e atenção, de forma a desnaturalizá-la. Mudar modos de cuidar passaria, portanto, por mudar modos de organizar o trabalho e modos de gerir políticas de saúde, dado que ambas compõem uma só e mesma realidade. Afinal, como ampliar a clínica, sem ampliar a gestão? Ou quem sabe, como veremos adiante, sem “minorar” a gestão? Como humanizar o cuidado sem que se considere, juntamente, que os modos de organizar e gerir os processos de cuidar precisam incluir e corresponsabilizar os trabalhadores que operam, realizam e até mesmo sofrem com os processos de produção de saúde?

Analizando uma “queixa-mantra”: “- Tudo agora é na Atenção Básica!”

No Brasil, desde 1994, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) vem realizando um papel estruturante no SUS, estando atualmente consolidada como forma prioritária para reorganização da AB (BRASIL, 2011). Nessa proposta de reorganização, a qual almeja uma torção na centralidade do cuidado, partindo da centralidade no hospital para o investimento nos territórios, a atenção básica passou a ter a função de ordenadora das redes de atenção e coordenadora do cuidado, embora esta responsabilidade não tenha sido distribuída de forma equânime nas diferentes regiões do país. Mas o que seria essa atribuição de ordenar as redes? Queremos de fato uma nova centralidade na organização do cuidado, não mais no hospital, mas agora na AB? Entendemos que tal papel de coordenação do cuidado está relacionado a um dos princípios da atenção básica: a longitudinalidade. Esta, por sua vez, diz respeito à capacidade de uma equipe acompanhar famílias e usuários ao longo do tempo. Tal

função de coordenação do cuidado, portanto, seria uma estratégia para garantir um acompanhamento do percurso e do itinerário do usuário na Rede de Atenção à Saúde (RAS), o que não implica uma centralização do cuidado, pois se trata justamente de produzir rede juntamente com outros pontos de atenção. Se acordamos que a AB deve ser a principal porta de entrada para o SUS, questionamos também quais portas de saída têm sido possíveis de inventar com os usuários no sentido da ampliação e do enriquecimento de suas possibilidades de vida. Ou seja, falamos de saídas para além daquelas já convencionadas como encaminhamentos usuais dentro da RAS.

Assim, é comum escutarmos dos trabalhadores as queixas de estarem sobrecarregados, da ausência de condições e de apoio para o desenvolvimento de tudo o que atualmente tem sido atribuído e descentralizado em direção à atenção básica. Entendemos esta como uma queixa analisadora, ao sinalizar para um modo de produção de saúde fora da perspectiva de um cuidar compartilhado. Tendo também em vista os contextos de precarização das condições de trabalho no SUS, rejeitamos qualquer postura de julgamento sobre o trabalho das equipes com que entramos em contato, a partir de um “a priori” em nome de uma política ou de um modelo assistencial ideal.

Se na formulação atual das RAS cada vez mais se aposta, se investe e mais se espera da atenção básica, ações de saúde que antes estavam focalizadas em serviços de especialidades passam a ser descentralizadas, haja vista o caso da política de saúde mental. Frente a tal processo de mudança e complexificação da função da AB na rede de atenção à saúde, passou-se a escutar certa “queixa-mantra” das equipes: “Tudo agora é na atenção básica!”. De modo que se faz necessário repensar de que forma as equipes estão organizando seus processos de trabalho e como elas estão sendo apoiadas.

Cabe, portanto, problematizarmos se as necessárias mudanças no âmbito da atenção, pretendidas não apenas pela ESF, mas pelo próprio projeto contido no sonho que gerou o SUS, vieram acompanhadas de mudanças na forma de gestão. A partir daí, questionamos como se engendra e opera certa dissociação entre atenção e gestão. E por fim, dado o crescente espaço que o apoio institucional vem ganhando no SUS (GUIZARDI *et al.*, 2018; FALLEIRO, 2014) interrogamos como o mesmo pode incidir nessa interface gestão e atenção. A tecnologia do apoio surge aqui como estratégia a ser estudada, tornando-se o foco dessa pesquisa, e para isso, partiremos de experiências de apoio e de pesquisa vivenciadas.

Desmistificando “A” gestão: por uma gestão menor na área da saúde

Vestígios de um pensamento totalizante e unificador se espalham em nossas práticas. Tomamos a necessidade de desmistificar a gestão como ponto nevrálgico no apoio institucional. É comum aparecer nos discursos, ao nos referirmos aos trabalhadores que estão ocupando espaços de gestão, o termo “A” gestão. Não raro, também, o termo genérico vem acompanhado de adjetivos e críticas bem pouco elogiosas, mesmo quando “A gestão”, dias atrás, fosse o colega trabalhador imerso nas mesmas condições massificantes e desgastantes de trabalho que agora caberiam ao crítico interlocutor modificar. Fala-se quase de uma entidade externa aos serviços de saúde, a partir de um lugar transcendente, que, por vezes, assume um tom mais ameaçador do que de sustentação do trabalho. “A” gestão, quando encarnada de forma totalizadora, por trabalhadores e gestores, chega às equipes como exigência em enquadrar e regular a organização do trabalho, em nome de um modelo de assistência que nunca é plenamente alcançado.

Na pesquisa maior que constituiu um dos campos do presente trabalho - “Qualificação da Saúde Mental na Atenção Básica – uma análise das práticas de equipes da Região 10 – Macrometropolitana/RS, a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica”, encontramos trabalhadores que muitas vezes ficam sem ação frente ao que percebem como uma dupla pressão, ora dos usuários, ora da gestão, sentindo-se prejudicados em sua capacidade inventiva de gerir o cotidiano de trabalho. A precarização dos vínculos de trabalho apresenta-se como mais um agravante nesse cenário, como vemos na seguinte narrativa:

Sabe como está “o mental” dos agentes? A saúde mental dos agentes está uma bagunça! Tu estás te acostumando com uma pessoa, seu jeito de trabalhar... e aí a pessoa some! Aí vem outro e fica 3, 4, 5 meses e vai embora. Há outros que vem de manhã e saem de tarde e nunca mais vem. A equipe fica “meia desgarrada”! Faz as coisas do jeito que quer, como acha melhor... aí vem o enfermeiro e pergunta: “- Por que vocês são assim? Fazem as coisas do jeito de vocês e não comunicam?” Porque estamos acostumadas assim... uma tira ideia da outra. (...) Estamos acostumados a trabalhar sozinhos (Grupo Focal com Trabalhadores da AB/ Pesquisa Qualificação da Saúde Mental na Atenção Básica, em 23/04/2015).

Apesar de a fala dessa Agente Comunitária de Saúde (ACS) apresentar uma importante denúncia da precarização do trabalho no SUS, também podemos pinçar alguma potência desse “ir se virando” enquanto grupo de ACSs, que, no caso, constituía o grupo de profissionais que mais permanecia no serviço, enquanto

médicos e enfermeiros estavam em permanente rotatividade. Para enfrentar o que é chamado de um “trabalhar sozinho”, “uma vai tirando ideia da outra”, conexões entre as trabalhadoras, que vão produzindo um modo de fazer, de cuidar, de lidar com os limites da equipe e do próprio SUS. Coletivo se engendrando como modo de “reexistir” às marcas do individualismo capitalístico.

Feuerwerker (2014) faz um alerta para o fato de que o SUS tem deixado constantemente de lado a micropolítica na produção de saúde. Ao olhar para o aspecto molecular de produção dos territórios existenciais no cuidado e na gestão em saúde, a sanitarista argumenta:

Nas arenas de disputa em que as unidades de saúde se configuram, habitam as tensões e as possibilidades da produção do trabalho vivo em ato nos encontros dos trabalhadores entre si, com a gestão e com os usuários. Sem interagir com esse espaço, os gestores com G governam precariamente. Iludem-se com sua potência de produzir efeitos. Depois se espantam: por que as políticas nunca são implementadas como preconizadas? E respondem: porque falta capacitação aos responsáveis pela implementação... (p. 88).

Alinhamo-nos à crítica da autora a uma gestão com G, para pensarmos como seria uma gestão menor na área da saúde. Deleuze e Guattari (1977, p. 25), ao explorarem a obra literária de Kafka, atualizam o entendimento de uma literatura menor: “a literatura menor não é a de uma língua menor, mas antes a que uma minoria faz em uma língua maior”. Kafka é um judeu tcheco nascido no Império Austro-húngaro, sendo algumas vezes descrito como autor bilíngue, entre o alemão e o tcheco. Ao se debruçarem sobre sua escrita desterritorializante, os filósofos enxergam em sua obra uma máquina revolucionária literária.

Uma literatura maior ou estabelecida segue um vetor que vai do conteúdo à expressão: dado um conteúdo, em uma determinada forma, encontrar, descobrir, ou ver a forma de expressão que lhe convém. O que se concebe bem se enuncia [...] Mas uma literatura menor ou revolucionária começa por enunciar e só vê e só concebe depois (‘A palavra, eu não a vejo, eu a invento’, p. 43).

A inspiração que aqui conduzimos ao campo da saúde é a de perseguirmos uma gestão menor, não por alguma pequenez de quem a pratica, não em termos de quantidade, de profundidade ou densidade... Mas menor porque inventiva, porque ousa nos labirintos kafkanianos das entrelinhas, porque vai cavando saídas em sua própria toca... De maneira intensiva, uma gestão “menor” é operada nas brechas do que está instituído pelo aparelho de Estado, age na micropolítica, escorre para fora do que está estratificado. Indo mais além, podemos dizer que uma gestão menor está

comprometida ainda em fazer a produção de saúde escapar das capturas impostas pelos padrões sociais dominantes “homem-branco-macho-racional-urbano-europeu-consumista”, ao perseguir devires na produção de cuidado:

Contra uma maioria racional, comunicacional, humanista, e contra o desejo de se tornar maioria, [...] uma miríade de devires minoritários, deslizamentos, curtos-circuitos, linhas de escape que, na sua ressonância, produzam quantidades “psicopolíticas” (PELBART, 2017).

Deleuze e Guattari, ao esboçarem características para uma literatura menor, apontam três aspectos: o alto grau de desterritorialização da língua, ou seja, a língua dominante é permeável à interferências e se desloca, se transforma; a ramificação do individual no imediato político, que implica em reconhecer que aquilo que parece e é tomado como individual na verdade é sempre produto de um processo de produção mais amplo, econômico, histórico e político; e o agenciamento coletivo de enunciação, conceito criado pelos autores que desloca as ideias de sujeito do enunciado e enunciação.

Como seria essa desterritorialização de uma língua maior, ou seja, de uma linguagem dominante, na saúde? Podemos pensar a normatividade das políticas, a protocolização do cuidado, os modos hegemônicos de produção de sentido para o sofrer e o adoecer como língua maior a ser desterritorializada... E daí depreender que maquirar uma gestão menor na saúde, passaria por desterritorializar modos hegemônicos de produzir saúde, assim como papéis atribuídos aos trabalhadores, gestores e usuários, bem como desnaturalizar lugares comuns no cotidiano da AB.

Maquirar uma gestão menor implicaria, pois, dar passagem aos aspectos políticos de cada caso individual. O que se passa em uma equipe e o que se passa em um plano terapêutico singular fala de todo um complexo agenciamento, que é preciso reconhecer em seu caráter coletivo característico de toda enunciação. Entender os enunciados como frutos de enunciação coletiva, é compreender que eles jamais remetem apenas a um dado sujeito: “a literatura [menor] tem a ver é com o povo” (p.27). Tal seria a compreensão que permite tomar o sofrimento como produto de agenciamentos múltiplos que não podem se reduzir ao biológico do corpo, a um indivíduo isolado do mundo que habita, ou de um trabalhador descolado de seu contexto de trabalho.

O que argumentamos através dessa noção de gestão menor é que modelos pré-definidos para o trabalho em saúde, por mais vanguardistas que pretendam ser, como é o caso da própria ESF, se forem tomados como modelos a serem implementados

tendem a fracassar, pelo simples fato de que a realidade nunca é – e ainda bem – plenamente previsível. A crença em uma produção de saúde que seria mais eficaz apenas através das especialidades, o chamado especialismo, compõe esse cenário, em que os modelos pré-definidos parecem desautorizar o trabalhador que está na AB a ousar inventar no cotidiano dos serviços. Afinal, haveria o especialista adequado para cada situação inusitada que foge ao cotidiano do atendimento da AB... será mesmo?

Ilustramos com uma questão emergente em um dos encontros de apoio: sair ou não sair da unidade de saúde quando o território apresenta uma situação de urgência, como por exemplo, algum usuário em surto de agressividade, ou um acidente de trânsito no território de abrangência do serviço. A questão gerou polêmica em um dos encontros de um colegiado de gestores da AB, afinal, como deixar o serviço sem enfermeira? Ou ainda, como prestar um atendimento sem a formação específica que ele possa demandar? O medo do inusitado comparece, paralisando alguns trabalhadores nessas cenas que escapam ao planejado. Na reunião em questão, outros trabalhadores argumentaram que iriam ao encontro da situação de urgência no território, mesmo correndo o risco de não saber exatamente o que fazer, e lembraram também da possibilidade de, ao estar junto do usuário, chamar o Serviço Móvel de Atendimento de Urgência (SAMU). Não estaria justamente nessa proximidade com a vida dos usuários e na disponibilidade para estar presente quando eles mais precisam, uma das grandes potências da AB?

Na Pesquisa de Saúde Mental na AB, apesar da constatação da ausência de formação em saúde mental, e da queixa dos trabalhadores em relação a isso, escutamos relatos comoventes de cenas de cuidado e acolhida de casos de saúde mental, como a que segue:

Entre queixas e relatos que contavam das dificuldades diárias de se fazer um cuidado mais específico e coerente eticamente, uma das enfermeiras e uma ACS conta de um garoto de oito anos que chegou da escola nitidamente agitado, com os sinais vitais muito alterados pela ansiedade: batimentos cardíacos acelerados, pressão alta, falta de ar, dor de cabeça, chorando muito e relatando um forte dor no peito que não sabia explicar mais. O grupo conta que na hora entenderam ser ansiedade e que precisavam fazer algo ali, naquele momento, rapidamente! Contam, então, que começaram a animá-lo com histórias e piadas, cantando música e dançando, se viram duas palhaças de circo ali fazendo um cuidado que nem saberiam que daria certo. Em pouco tempo o menino estava muito melhor, aliviado, parou de chorar e sentir dor. (Trecho de diário de campo/ Grupo de Pesquisadores).

Essa cena expressa bem um dos entendimentos produzidos com essa pesquisa, na qual aprendemos que, muitas vezes, a disposição para “fazer algo ali” - mesmo que

seja “sem saber se vai dar certo” - pode ser justamente o acolhimento que o usuário precisa naquele momento. E que o caminho para a produção de saúde mental na atenção básica passa pela desconstrução da lógica dos especialismos, tornando o serviço especializado como um ponto de referência, e não mais o único lugar na rede que pode acolher demandas de sofrimento psíquico.

Entendemos que defender a construção de um cuidado que vá ao encontro do usuário, em sua integralidade, não significa entender que a AB deva “dar conta de tudo”, mas sim apostar em sua capacidade de estar ao lado do usuário e em sua potência de conexão com os outros pontos da rede e do território de atuação. Ousamos então maquinar uma gestão menor, que operaria encorajando os trabalhadores a enfrentarem o medo do inusitado e a irem ao encontro das situações no território e das necessidades de acolhida dos usuários.

Identificamos, por exemplo, que temos uma prática de gestão menor, nos termos aqui definidos, quando uma ACS, agindo como agente de desinstitucionalização, opera uma transgressão em alguma norma ou fluxo instituído, visando garantir o cuidado do usuário. Abre-se uma brecha em uma gestão maior que funciona de modo a exigir que o usuário se adapte ao fluxo estabelecido. Cabe ressaltar que, muitas vezes, esse dito fluxo a que o usuário precisaria se adaptar, não está de fato previsto em nenhuma exigência política ou norma formalizada a embasar certas exigências que vão se instituindo na organização dos serviços. Quanto a uma gestão maior, podemos afirmar que não necessariamente essa será apenas exercida por pessoas que estejam em cargos de direção, mas qualquer funcionamento que coloque a norma acima da função de cuidar estaria então, capturado pelo que estamos chamando de uma gestão maior.

Por fim, entendemos que os caminhos a serem abertos e produzidos com a tecnologia do apoio institucional, enquanto caminhos ainda não trilhados, podem produzir efeitos clínico-políticos na medida em que convocam a produção de saúde para fugir das figuras já conhecidas, formatadas, e pré-modeladas como respostas prontas na política de atenção básica.

Pistas para invenção de uma gestão menor na saúde

fazer gaguejar a língua, ou fazê-la “piar” [...], armar tensores em toda a língua, mesmo a escrita, e extrair daí gritos, clamores, alturas, durações, timbres, acentos, intensidades (DELEUZE; GUATTARI, 1995. p. 50).

Partimos de um incômodo situado entre a gestão e a atenção em saúde. Fomos percebendo que se tratava de uma pseudosseparação, e passamos a perseguir algumas pistas de como essa dicotomização tenta se impor sobre a produção de saúde. Ao olharmos para a produção de saúde na ESF, especialmente no que diz respeito à relação entre a gestão e a atenção, percebemos que apesar das pretensões da mesma em revolucionar os modos de produzir saúde, intenções democratizantes podem acabar capturadas a partir da imposição de um modelo a ser seguido. As experiências de apoio e pesquisa narradas apontaram para a potência do apoio institucional como um fazer que pode contribuir para aproximar os planos da clínica e da política, da gestão e da atenção, na medida em que pode convocar a produção de saúde para fugir das figuras já conhecidas, formatadas, e pré-moldadas como respostas prontas. Do mesmo modo, pode ativar o que há de perspectiva de cuidado nas ações mais diretamente vinculadas à gestão.

Se o apoio institucional pode ser entendido como intercessor nas relações de trabalho como estão instituídas no campo da saúde – muitas vezes dissociadas e polarizadas entre macro e micro; atenção e gestão – então podemos defender a ideia, ou entendê-lo como tecnologia que produz, ou ao menos ajuda a construir uma possível gestão menor à luz da literatura menor, tal como propôs Guattari em sua leitura de Kafka. Uma gestão menor na área da saúde passaria por desconstruir o peso da centralização de poder em uma coordenação, investindo na construção da gestão coletiva do trabalho e na participação dos usuários; passaria por afirmar a gestão operada pelos trabalhadores e por reconstituir a corresponsabilização dos dirigentes na gestão do cuidado.

Importante pontuar que uma tal gestão menor não é pensada em oposição a uma gestão maior, tal posição seria ir de encontro ao que defendemos nesse artigo, ao afirmarmos a indissociabilidade-gestão e atenção. Se colocamos a ideia de gestão menor que possa fazer vazar uma gestão maior, é apenas em um sentido didático, pois sabemos que micropolítica e a micropolítica são processos imanentes e não podem ser pensadas de forma dicotômica (DELEUZE; GUATTARI, 1999). Buscamos um devir gestação que abre espaço para criação nos contextos institucionais e se realiza na imanência da produção do real considerando a singularidade dos contextos existentes e que se desvincula de mundos perfeitos ideais e noções hegemônicas de saúde, abrindo espaço para uma produção de saúde que dispare processos de singularização.

Se, para desterritorializar a língua maior, o problema não estaria na distinção entre língua menor e língua maior, mas na produção de um devir: “conquistar sua própria língua, isto é, chegar a esta sobriedade no uso da língua maior, para colocá-la em estado de variação contínua [...] servir-se da língua menor para pôr em fuga a língua maior” (DELUZE; GUATTARI, 1995, p. 51), desterritorializar modos hegemônicos na gestão-atenção em saúde, passaria por perseguir um devir menor, fazer gaguejar protocolos, extrair gritos e ‘piados’ das políticas com P maiúsculo, subvertendo o metro-padrão das avaliações e estatísticas que tomam a saúde como constante de uma normalidade.

Uma gestão menor que desterritorialize gestores e trabalhadores da saúde, problematizando os modos de habitar esse lugar de Estado. E se a literatura menor começa por enunciar e só vê e concebe depois (DELUZE; GUATTARI, 1977), também poderíamos prestar mais atenção naquilo de inventivo que é feito no SUS, nas práticas que já são enunciadas e praticadas nos mais diversos contextos, apostando na criação de conceitos a partir do dia a dia da produção de saúde. Inventar práticas de atenção e gestão que não estão presas na representação, mas que ousam criar conceitos a partir daquilo que vivenciam.

Apostamos na invenção de uma gestão menor, que se distancie das noções instituídas de clínica e de gestão, por acreditarmos nas respostas e arranjos que artesanalmente se tecem no cotidiano do SUS, por entendermos que a sustentação de qualquer política, também na construção da política de atenção básica, necessita ser engendrada pelos atores locais. Acreditamos, portanto, nos infinitos modelos de saúde a serem inventados em rede no território, em cada serviço, por equipe e com seus usuários, resgatando a imanência entre gestão e atenção. Por mais potente que seja a proposta de uma política, ela esvazia-se quando se reduz à implantação de um modelo, pois ao se enrijecer em uma norma, nunca haverá de dar conta da vida. Porque a vida, afinal e felizmente, não cabe em nenhum protocolo.

É nesse sentido que este percurso de pesquisa nos revelou o devir apoio como algo próximo do que imaginava Clarice Lispector ao rastrear os intervalos de espaço, o sentir entre o sentir. Buscamos, enfim, uma gestão que apoie a produção de saúde para fazê-la passar pelo meio, habitar “os entres” - gestão e atenção, indivíduo e sociedade, clínica e política. Um devir apoio, assim, implicaria acreditar que, entre dois fatos, existe um fato; entre duas notas de música, existe uma nota; entre os pontos há muitos pontos, e que entre os grãos há muita vida! O “meio” como um caminho, e não só meio de um caminho já dado.³

Referências

- BIRMAN, J. A. *Physis da Saúde Coletiva*. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 15, p. 11-16, 2005.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Humanização*. Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*. Brasília, DF, 22 out. 2011. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde mental. Cadernos de Atenção Básica n. 34*. Brasília, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf
- DELEUZE, F.; GUATTARI, G. *Kafka: por uma literatura menor*. Rio de Janeiro: Imago Editora, 1977.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. V. 3. São Paulo: Editora 34, 1999.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia*. V. 2. São Paulo: Editora 34, 1995.
- FALLEIRO, L. *Experiências de apoio institucional no SUS: da teoria à prática*. 1. ed. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 263 p. (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde).
- FEUERWERKER, L. C. M. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Editora Rede Unida, 2014.
- FONSECA, T. M. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. *Pesquisar na diferença: um abecedário*. Porto Alegre: Editora Sulina, 2012.
- GUATTARI, F. Fundamentos éticos-políticos da Interdisciplinaridade. *Tempo Brasileiro*. Rio de Janeiro, n. 108, p. 19-26, jan-mar. 1992.
- GUIZARDI, F. L. *et al.* Apoio Institucional na Atenção Básica: análise dos efeitos relatados. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, e280421, 2018.
- PASCHE, D. F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização: trajetória de uma política pública. *Rev. Ciênc. Saúde Colet.*, v. 16, n. 11, p. 4.541-4.548, 2011.
- PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Editora Sulina, 2009.

PAULON, S. M. Forma-se um devir apoiador? Sobre conexões e desvios na trajetória do apoio. Em: PINHEIRO, R. et al. (org.). *Práticas de apoio e a integralidade no SUS: por uma estratégia de rede multicêntrica de pesquisa*. Rio de Janeiro: CEPESC\ ABRASCO, 2014.

PAULON, S. M.; ROMAGNOLI, R. Pesquisa-intervenção e cartografia: melindres e meandros metodológicos. *Estu. Pesqui. Psicol.*, n. 10, p. 85-102, 2010. Disponível em: <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a07.pdf>

PAULON, S. NEVES, R. *Saúde Mental na Atenção Básica: a territorialização do cuidado*. Porto Alegre: Sulinas, 2013.

PELBART, P. O que é o contemporâneo? *Rev. de Filosofia Eikasia*, v. 75, p. 267-277, 2017. Disponível em: <http://www.revistadefilosofia.org/75-13.pdf>

Notas

¹ Este artigo apresenta resultados da pesquisa “Qualificação da Saúde Mental na Atenção Básica – uma análise das práticas de equipes da Região 10 – Macrometropolitana/RS, a partir do Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica”, financiada através do PPSUS (Programa de Pesquisa para o SUS/Ministério da Saúde).

² Grupo de Pesquisa Qualificação da Saúde Mental na Atenção Básica, coordenado pela segunda autora e integrado, no período da pesquisa aqui referido, pela primeira autora.

³ J. M. Schenkel: elaboração da dissertação que originou o artigo; concepção, revisão e formatação do artigo. S. M. Paulon: orientação da dissertação que originou o artigo, revisão do texto.

Abstract

Institutional support as a technology to the production of a minor management in the health area

This study discusses a supposed dichotomy between health management and health attention in the context of the Brazilian Health System, to explore how institutional support technology can interfere in this relationship. With this goal a cartographic research work was carried out, to explore the narratives, reflections and field diaries that emerged from the researcher's experience in the Basic Health Care. Inspired by Guattari's proposition of a 'minor literature', it defends the demystification of health management, featuring institutional support as a technology that may contribute to the production of a management.

► **Keywords:** Collective health. Institutional support. Cartography. Health management.

