

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

Sandra Maria Sales Fagundes
Alexandre Sobral Loureiro Amorim
Liane Beatriz Righi
Ricardo Souza Heinzemann
Organizadores

**Atenção Básica em Produção:
Tessituras do Apoio na Gestão
Estadual no SUS**

editora



redeunida

Série Atenção Básica e Educação na Saúde

Sandra Maria Sales Fagundes

Alexandre Sobral Loureiro Amorim

Liane Beatriz Righi

Ricardo Souza Heinzemann

Organizadores

Atenção Básica em Produção:

Tessituras do Apoio na Gestão

Estadual do SUS

Porto Alegre, 2014

Rede UNIDA

Coordenador Nacional da Rede Unida

Alcindo Antônio Ferla

Coordenação Editorial

Alcindo Antônio Ferla

Conselho Editorial**Adriane Pires Batiston** - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil**Alcindo Antônio Ferla** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil**Ângel Martínez-Hernández** - Universitat Rovira i Virgili, Espanha**Angelo Steffani** - Universidade de Bolonha, Itália**Ardigó Martino** - Universidade de Bolonha, Itália**Berta Paz Lorido** - Universitat de les Illes Balears, Espanha**Celia Beatriz Iriart** - Universidade do Novo México, Estados Unidos da América**Dora Lucia Leidens Correa de Oliveira** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil**Emerson Elias Merhy** - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Brasil**Izabella Barison Matos** - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil**João Henrique Lara do Amaral** - Universidade Federal de Minas Gerais, Brasil**Julio César Schweickardt** - Fundação Oswaldo Cruz/Amazonas, Brasil**Laura Camargo Macruz Feuerwerker** - Universidade de São Paulo, Brasil**Laura Serrant-Green** - University of Wolverhampton, Inglaterra**Leonardo Federico** - Universidade de Lanus, Argentina**Lisiane Böer Possa** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil**Liliana Santos** - Universidade Federal da Bahia, Brasil**Mara Lisiane dos Santos** - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, Brasil**Márcia Regina Cardoso Torres** - Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Brasil**Marco Akerman** - Universidade de São Paulo, Brasil**Maria Luiza Jaeger** - Associação Brasileira da Rede UNIDA, Brasil**Maria Rocineide Ferreira da Silva** - Universidade Estadual do Ceará, Brasil**Ricardo Burg Ceccim** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil**Rossana Staeve Baduy** - Universidade Estadual de Londrina, Brasil**Sueli Goi Barrios** - Universidade Federal de Santa Maria, Brasil**Túlio Batista Franco** - Universidade Federal Fluminense, Brasil**Vanderléia Laodete Pulga** - Universidade Federal da Fronteira Sul, Brasil**Vera Lucia Kodjaoglanian** - Fundação Oswaldo Cruz/Pantanal, Brasil**Vera Rocha** - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil**Comissão Executiva Editorial**

Janaina Matheus Collar

João Beccon de Almeida Neto

Arte gráfica - Capa

Zeca Saraiva,

"Sem Título"

Acrílico sobre tela, 2010.

Diagramação

Luciane de Almeida Collar

Revisão Técnica

Jacira Gil Bernardes

Grafia atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa de 1990, que entrou em vigor no Brasil em 2009.

Copyright © 2014 by Sandra Fagundes; Alexandre Amorim; Liane Righi; Ricardo Heinzelmann

DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO-CIP

Bibliotecária responsável: Jacira Gil Bernardes – CRB 10/463

A864 Atenção básica em produção : tessituras do apoio na gestão estadual do SUS [recurso eletrônico] / Sandra Fagundes ... [et al.] organizadores. – Porto Alegre : Rede UNIDA, 2014.
p. 355 – (Série Atenção Básica e Educação na Saúde)

ISBN: 978-85-66659-33-7

1. Atenção Primária à Saúde. 2. Sistema Único de Saúde. 3. Saúde pública – Rio Grande do Sul. 4. Apoio social. 5. Saúde mental. 6. Rio Grande do Sul. Secretaria Estadual da Saúde. I. Fagundes, Sandra. II. Amorim, Alexandre. III. Righi, Liane. IV. Ricardo Heinzelmann. V. Série.

CDU: 614(816.5)

NLM: WA540

Sumário**Prefácio - Sandra Fagundes.....9****Apresentando Relatos e Reflexões de um Coletivo em Produção - Alexandre Amorim, Liane Righi, Ricardo Heinzelmann.....13****Tessituras do Apoio na Gestão do SUS: O Fortalecimento da gestão estadual da Atenção Básica no Rio Grande do Sul - Ricardo Heinzelmann, Károl Cabral, Sandra Fagundes, Alexandre Amorim, Liane Righi.....17****Apoio, Atenção Básica e Redes Regionais de Saúde: a experiência de um governo em defesa do SUS - Liane Beatriz Righi, Dário Frederico Pasche, Alexandre Amorim, Ricardo Heinzelmann, Sandra Maria Sales Fagundes.....37****Payadores Missionários: aprendizagens na prática do apoio institucional - Júlia Schenkel, Otávio D'Ávila, Carol Rodrigues.....51****Multiplicando Movimentos do Apoio em uma Relação Interfederativa: Um relato de experiência - Mariana Allgayer, Guilherme Shimocomaqui, Carine Ferreira Nied, Angelita Hermann.....73****O Apoio Institucional transpondo distâncias para o fortalecimento da Atenção Básica - Daiane Silveira, Iuday Gonçalves Motta.....93**

Percursos para a produção do aprender e atender na Atenção Básica desde a gestão estadual do sistema de saúde

*Alexandre Amorim, Alessandra Charney,
Ricardo Burg Ceccim*

Aprendo mais com abelhas do que com aeroplanos.

É um olhar para baixo que eu nasci tendo.

é um olhar para o ser menor, para o

insignificante que eu me criei tendo.

O ser que na sociedade é chutado como uma
barata - cresce de importância para o meu olho.

Ainda não entendi por que herdei esse olhar
para baixo.

Sempre imagino que venha de ancestralidades
machucadas.

Fui criado no mato e aprendi a gostar das
coisinhas do chão -

Antes que das coisas celestiais.

Pessoas pertencidas de abandono me comovem:

tanto quanto as soberbas coisas ínfimas.

(Manoel de Barros)

Da ciência que (achamos que) fazemos e de sua relação com o atender em saúde

Nos textos científicos tradicionais as abordagens se aproximam (ou tentam aproximar-se) de formulações e análises inspiradas na neutralidade, evidência e isenção dos métodos. Essas generalizações (ou universalizações) impõem dificuldades em trabalhar com temas como a gestão ou a atenção em saúde, uma vez que ambas exigem, para sua operação mais profícua, uma análise da implicação dos sujeitos, de seus fluxos de desejo e de seus movimentos, que tendem a variar em contexto, sentidos e significados, sendo, portanto, plurais, a despeito de quaisquer permanências ou hegemonias. A diretividade ou a ausência de direção perdem a condição de condução do trabalho, condução muito mais presente na “construção de coletivos organizados”, seja pela potência resultante da composição com a pluralidade e sua capacidade de fazer emergir singularidades e fazer ver e deixar vir “minoridades”, seja pela rejeição e oposição que processos autoritários recebem como contraparte viva daquilo que pretendem controlar, comportar, encerrar. A construção de coletivos organizados também opera em redes, uma vez que é por seus efeitos de composição que indivíduos e instituições “capoeiram” (o jogar da capoeira), isto é, interagem sem subordinação, estabelecendo o confronto entre iguais, onde deve sobreviver as forças da potência ou a vitória das forças ativas, mas não as forças do poder (hegemonia das forças reativas) ou a derrota das forças ativas.

No entanto, o formato pelo qual (ou a formatação com a qual) somos educados estrutura nosso aprender e não favorece esta crítica ou esta prática em nossos campos de trabalho. Teríamos de desaprender certas formas, para aprender com outras abordagens e compor coletivos de aprendizagem mais vivazes. Habitamos a iniquidade social,

os postos e lugares de poder, habitamos saberes antecedentes e linhas duras de manutenção das práticas e conhecimentos tradicionais ou hegemônicos. Essas “habitações” funcionam como máquinas de captura (controle, comporta, encerramento): do singular; do múltiplo, na pluralidade; do minoritário, diante de hegemonias; e do devir, em nome de regras e técnicas prescritas. A instabilidade e a imprevisibilidade, todavia, inundam inexoravelmente nossos cotidianos e as intencionalidades das políticas de saúde envolvem atores tão diversos como gestores, trabalhadores, corporações, instituições de ensino, usuários, movimentos sociais, partidos e organizações religiosas ou morais, assim, não se domina um processo de trabalho por sua vigilância diretiva ou prescritiva, mas se aposta ou não na construção de coletivos. Conforme Capra (2011), a construção de coletivos organizados de produção da saúde não se extingue quando uma equipe dirigente se afasta ou perde o lugar de condução, suas potências se rizomatizam no seu pensar-sentir-querer onde estiverem ou vierem a estar em atuação. Perde-se a condução de um trabalho, não sua potência de proliferação.

Mostra-se essencial, então, lançarmo-nos ao agenciamento coletivo de enunciações, à elaboração de dispositivos, aos caminhos nômades de construção do conhecimento, à cartografia das forças de vida que mobilizem desejo e alegria. O “possível” deixa de ser o arranjo dos limites dados para se tornar a confecção das margens interessantes à potência. A “problematização” das questões e conceitos surge como linha de fuga para *reaprender* e para criar olhos-ouvidos-corpos novos. Para o trabalho em saúde, a condução assim disposta assume papel animador, já que podemos antever a emergência de contribuições e o convite às interações, a modificação de nosso pensar-sentir-querer para além do cristalizado e do instituído. Para problematizar o modelo biomedicalizador, por exemplo, precisamos aceitar

nossa inconformidade com o mesmo, aceitar o desajuste de nosso corpo físico e sensível ao conjunto de suas regras. Aceitar essa inconformidade e desajuste em nós, pois não se trata de uma fala sobre o(s) outro(s). No tombamento da Bastilha ou no tombamento do muro de Berlim, foram mundos que tombaram, não foram aspectos da forma ou da geografia do bairro, cidade ou país, foram mundos em que nos inseríamos que tombaram, arrastando valores, regras morais, direitos sociais etc. para outras posições e outros possíveis.

Na condução do trabalho em saúde, se tomarmos a pirâmide da racionalidade gerencial hegemônica ou dos modelos tecnoassistenciais que descrevem unidades de nível primário abaixo de unidades de nível secundário e, ambas, sob o topo do hospital, o que sobrevêm? Falamos em redes, mas desenhamos o trabalho em organogramas e fluxogramas piramidais. Qual a consequência desse pensar-sentir-querer, assim projetado?

O trabalho em saúde ou a educação da saúde assim projetados se fixam em procedimentos tecnológicos, corporativo-centrados, amplamente modelizadores e de reserva de mercado, reforçando um traçado medicalizador da vida e saúde. (CARVALHO & CECCIM, 2006, p.137) A *fragmentação*, como modo organizador do trabalho ou da educação, avança na dicotomia entre ciências básicas ou biológicas e as ciências profissionalizantes ou clínicas, assim como no desenvolvendo de práticas pedagógicas que privilegiam o acesso à informação em detrimento de um processo de produção do conhecimento a partir da experiência. O impacto da atenção medicalizada e do aprendizado fragmentado é a verticalização, o uso do comando e o baixo desenvolvimento de autonomies ou da capacidade de invenção. Sobressaem as informações sobre doenças e adoecimentos na população, mas não as práticas cuidadoras ou de inte-

gralidade; a assistência hospitalar, mas não a atenção básica, as “evidências científicas”, mas não as interfaces sociais.

Como substituição ao modelo medicalizador e fragmentado, de herança hospitalar e escolar-tradicional, coloca-se a “educação permanente em saúde” e as “redes de atenção em saúde”, reordenação das políticas de saúde, deslocando o eixo de aprendizado da internação hospitalar para o território vivo onde pessoas e grupos atuam suas vidas e para as linhas de cuidado que constituem itinerários terapêuticos. Porém arrasta-se um ideal imediatista de uma clínica que se faz por queixa-conduta e de uma educação que se faz por treinamento-capacitação, tentando-se a todo custo uma gestão que não se refere a uma realidade “existente”, senão uma realidade “fantasiada”. Organizam-se programas, conforme incidências e prevalências; organiza-se uma rede assistencial, conforme níveis e conforme localizações geográficas. Habilita-se/prepara-se gestores e distribui-se trabalhadores. Os usuários que se ajustem. Nesta prática não há margem de absorção das suas linhas de fuga como parte do projeto gerencial e formativo, linhas que restarão como resistência e reserva de criação. A mera ocupação dos espaços da atenção básica não necessariamente transforma a clínica. É preciso investir potência em movimentos disruptores. Não há movimento sem recomposição de itinerários. A colagem de modelos sobre realidades não contribui para a ressingularização das práticas, uma vez que tal desafio “depende de uma prática com as coisas, o que envolve utilizá-las, modificá-las e até destruí-las.” (KASTRUP, 2001, p.216)

Faz-se necessária uma prática de gestão-educação que atraia trabalhadores da atenção e da coordenação para o desejo de um saber não-pronto, ou seja, para um mundo desconhecido onde lhe seja possibilitado fazer contato e, através de seu estranhamento, produzir conhecimentos e

competências “capazes de serem um meio de exercício da liberdade de fazer diferentemente, de ser diferentemente, de inventar a si e também um mundo.” (KASTRUP, 2001, p.221) Sendo assim, o desafio da gestão para a mudança no aprender e atender é o de desenvolver uma proposta que se movimenta para a problematização; para a construção de coletivos organizados; para a desaprendizagem de prescrições, valores antecedentes e metanarrativas; coloque relevo nas miudezas e minúcias de uma atuação, uma atenção, uma educação.

Corrompendo o silêncio das palavras: a escolha do menor

Como percorrer as sinuosas trilhas do (re)pensar? Como ensinar a interface gestão-e-atenção numa gestão estadual da atenção básica? Como trazer a tona as insignificâncias e impertinências ao fazer gestão estadual orientada pelas redes de atenção básica e pelos territórios de vida? Aprender com abelhas, olhar pra baixo, flertar com as coisas do chão, convocar o ínfimo, enfim, tecer uma condução política e gerencial com o “menor”? Era inadiável fabular: reunir atores, estabelecer laços, entrelaçar, conversar, ouvir, conectar, ativar, enredar, “enredear”, permitir fluxos transformadores que ao nos atravessarem possibilitam rupturas permissivas.

Diversos acontecimentos singulares na experiência de gestão na Coordenação Estadual da Atenção Básica foram marcados pela sua interessante articulação com diversos estudantes, residentes e professores que fizeram parte significativa do último ano de gestão. Os cursos de graduação e pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul tiveram parte nisso. Durante este movimento, o desafio de trabalhar com uma informação

sobre o que era e como poderia ser conduzida a atenção básica. Narrar a atenção básica por suas diretrizes e mapas analíticos, contar das tarefas de reordenamento da atenção à saúde e da produção de compartilhamentos entre os saberes, práticas e afetos dos trabalhadores da gestão.

Nas miudezas e minúcias deram-se encontros impertinentes, insignificantes brechas, ínfimas tessituras, blocos de sensação, testemunhos, incômodos, desacomodações. Compreendendo que as políticas públicas de saúde não são “objeto natural e sim uma forma de territorialização que se estabelece mediante uma série: Estado, direito, população, governo” (BERNARDES & HILLESHEIM, 2012, p. 370), e que, como todo território, necessariamente oferta linhas de fuga, buscamos aqui, neste pequeno experimento textual, desenhar o aumento de potência ou os campos de possível da gestão na Atenção Básica.

As orientações governamentais são para transformar as práticas de gestão e da clínica, tendo como principal foco a Atenção Básica, sucedendo optar por “determinadas delimitações dos problemas de saúde e por determinadas estratégias de ação no âmbito institucional”, elas mesmas “politicamente determinadas.” (CAMPOS, 1994, p. 23) Traçamos, então, o menor, o não determinado, não determinante. Esta opção (ou intencionalidade) pode ser melhor demonstrada pela tentativa de recriação conceitual, permitindo visibilidade ao menor, às linhas de fuga, às coisinhas (que nos tornam mais potentes).

O menor, aqui colocado, não é uma forma estável ou que existe em uma relação de oposição a algo grande, maior. O menor - como expressão de linhas de fuga - pode ser narrado como força implacavelmente transformadora e intrinsecamente relacional, já que tornar-se menor (ou minoria) se produz dentro de (e intrinsecamente a) um território existencial maior (ou de maioria). Deleuze e Guattari

(1977) tomam Kafka como referencial, designam por *Literatura Menor*⁵⁴. Este experimento textual deverá permitir migrar do desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo (*o campo de compreensão das políticas públicas estaduais*) para as insistências do menor ou de suas *linhas de fuga*.

A “literatura menor” é política, coletiva, revolucionária. Ao mesmo tempo que produz um espaço de desterritorialização de um terreno, mapeia outro. De acordo com Deleuze e Guattari, a “literatura menor” mapeia o movimento desta desterritorialização; como tal, é uma literatura do povo; como tal, é também completamente política. “A máquina literária toma assim o lugar de uma máquina revolucionária por vir, de modo algum por razões ideológicas, mas porque só ela é determinada a satisfazer as condições de uma enunciação coletiva que falta por toda outra parte nesse meio.” (DELEUZE & GUATTARI, 1977, p.37) Uma experiência de gestão pode produzir percursos pedagógicos para o aprender e atender “menores” em Atenção Básica?

“A normatividade social atualmente presente na saúde impulsiona à busca constante e interminável por cuidados em saúde - preventivos, promocionais, de tratamento e cura ou ainda de expansão da vitalidade.” (LUZ, 2011, p.302) Cuidados estes associados à interposição maciça do instrumental tecnológico dos aparelhos, da farmacoterapia ou farmacoprevenção, da cirurgia, das terapias comple-

54 “Uma literatura menor não é a de uma língua menor, mas antes a que uma minoria faz em uma língua maior (...). A língua aí é modificada por um forte coeficiente de desterritorialização. (...) A literatura menor é totalmente diferente: seu espaço exíguo faz com que cada caso individual seja imediatamente ligado à política. (...) O caso individual se torna então mais necessário, indispensável, aumentado ao microscópio, na medida em que uma outra história se agita nele. (...) O que no seio das grandes literaturas ocorre embaixo (...), aqui ocorre em plena luz; o que lá provoca um tumulto passageiro aqui não provoca nada menos que uma sentença de vida ou de morte.” (DELEUZE & GUATTARI, 1977, p.25-26)

mentares e integrativas, das dietas e das terapias de comportamento. Verifica-se a presença maciça de conhecimentos e práticas de intervenção em saúde que se baseiam e justificam puramente na ciência moderna e na idéia de que o desenvolvimento se dá com a superação do passado e na ruptura com o mesmo, negando suas origens históricas, culturais e, principalmente, imaginárias. A rede de serviços de saúde atende a esta captura do “ser saudável”. Então, ter saúde, ou pelo menos estar em busca do ser saudável deve atender às grandes normas, não à ordem do menor, onde muitas vezes está a sobrevivência de nossa saúde.

É comum encontrarmos serviços de saúde com práticas hegemônicas de serialização dos encontros usuário-trabalhador, eminentemente prescritivas, programáticas, de ajustamento à saúde dos grandes. Na Atenção Básica este cenário se exemplifica com as ações programáticas e outros procedimentos oferecidos de acordo com uma agenda fixa e rígida, redução da diretriz do acolhimento a apenas sua dimensão de organização espacial e de triagem com foco restrito na minimização das filas, discussão de territorialização apenas como critério de adscrição de clientela, grupalização dos usuários por patologias, palestras como modelo de educação em saúde, reuniões de equipe informativas que reforçam o aspecto verticalizador das relações de gestão. O cotidiano de trabalho está fragmentado entre os diversos profissionais da saúde que, trabalhando em uma mesma unidade, não desenvolvem sua potência relacional para a produção de um *trabalhador coletivo*. (MERHY, 1997, p. 126)

Porém, o real é complexo, híbrido, intenso e caótico, o imprevisível está sempre em cena, nas bordas de tudo há a traição das formas dadas. Dúvidas e invenções insistem em escapar das certezas e regularidades organizativas dos serviços e das práticas instituídas aos trabalhadores da saúde. No real a construção do trabalhador coletivo ou dos

coletivos organizados de produção da saúde pedem passagem, legitimidade, comunicabilidade e cumplicidade.

Tornar o aprender e atender mais intenso e sensível à profusão de planos de necessidades em saúde não catalogáveis que pedem passagem é um desafio da gestão que quer a expansão da Atenção Básica, mesmo porque precisa ser conduzida com fluidez, de maneira rizomática e em coletivo. Os aspectos gerenciais e estruturais de gestão de uma política pública, neste caso a Política Nacional da Atenção Básica, inegavelmente existem e tem sua engrenagem garantida na máquina pública. Então damos o próximo passo, vamos adiante: abrir brechas, linhas de fuga por onde extravase o menor da gestão - a discussão de uma saúde das coisas menores e frágeis, das redes menores e potentes, dos corpos em linhas de fuga e de uma gestão para a guarida desse aprender e atender.

Como, na condição de gestor de uma política pública estadual, disputar por coletivos de trabalhadores e pela emergência de coletivos de trabalhadores que permita a explosão de potências que rompem com o instituído e dão passagem aos fluxos, plenos de pensamentos, sentimentos e desejos. Para esta disputa, consideramos criar novos agenciamentos de produção de encontros entre ensino-serviço, entre gestão-trabalhadores e entre gestão-gestores, com maiores graus de potência, portanto, de liberdade, com o propósito de desenvolver rizomas⁵⁵, já que a invenção não pode se efetivar na “estrutura que permanece rígida sobre o império da norma.” (FRANCO, 2013, p. 228)

55 Os sistemas em “rizoma”, termo tomado de empréstimo da botânica, aqui definem sistemas que, ao contrário dos diagramas arborescentes que procedem por hierarquias progressivas, podem derivar infinitamente e estabelecer conexões transversais sem que se possa centrá-los ou cercá-los. (GUATTARI & ROLNIK, 2005, p.387) “Um rizoma não pode ser justificado por nenhum modelo estrutural ou gerativo.” (DELEUZE & GUATTARI, 1995, p. 20)

No desenvolvimento de rizomas cabe citar: apoio de docentes da área de Saúde Coletiva da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) às discussões, práticas e produções de conceitos relacionados à função de apoio institucional e à função de avaliação e monitoramento de indicadores da Atenção Básica; integração dos trabalhadores da Coordenação Estadual da Atenção Básica (CEAB) como preceptores e tutores de residentes da Residência Integrada em Saúde Mental Coletiva da UFRGS e da Residência Integrada em Atenção Básica na Saúde Coletiva da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP/RS); compartilhamento de falas com docentes da Saúde Coletiva da UFRGS na imensa maioria de mesas e outros espaços de encontros; participação dos trabalhadores da CEAB em grupos de pesquisa em Saúde Coletiva da UFRGS; espaços permanentes de encontro com gestores da Atenção Básica das Coordenadorias Regionais de Saúde e, regionalmente, entre gestores municipais da Atenção Básica; apoio ao Programa Mais Médicos para o Brasil através do exercício de uma política de convivência com todos os atores envolvidos; entre outros.

Todo aprender e atender é complexo e exige que nos mantenhamos abertos à trama de fluxos - visíveis e invisíveis - que atravessam os meios, os tempos e os indivíduos implicados em tais encontros. Exige que nos mantenhamos disponíveis intelectualmente e sensíveis às potências intensivas e intempestivas geradas em um processo de encontro envolvendo problematizar, desaprender e inventar. Nesta perspectiva, cabe à gestão “fabricar” múltiplos espaços de encontros, conexões e fluxos. Criar zonas de troca entre os agentes da gestão, academia, trabalhadores e usuários, pois são a fonte de produção da realidade, vida produtiva que se organiza pelas relações, segundo “conexões realizadas pelas pessoas que estão em situação e se formam em linhas de fluxos horizontais por dentro das organizações.” (FRANCO, 2013, p.226)

Uma gestão para o aprender e atender em Atenção Básica, potencialmente afirmadora dos “atores” em seus territórios de trabalho, produção de existência, resistência e criação não se finaliza (ou finaliza muitas vezes), abrindo/reabrindo pontos de partida plurais sistematicamente. Precisamos da gestão - nestes enfoques (aprender e atender) - assim, sempre em processo, sempre em ruptura da inércia do que tende a permanecer, sempre em movimento, sempre em hibridização.

Assim, sem pretensão de esgotar a temática ou mesmo atingi-la em sua ilimitada e peculiar profundidade, esperamos poder compartilhar a compreensão da Atenção Básica como resposta cotidiana e sensível às necessidades sociais em saúde, disseminada em território, não em unidades cativas como um hospital ou uma unidade básica de saúde. A proposição de acoplamentos novos, bricolagens impensadas, instauração de brechas e o (re)pensar da educação e da atenção em saúde requerem ousadia numa perspectiva ativa, subversiva, rebelde ou mesmo de insurgência.

Uma característica das literaturas menores é que tudo nelas é político⁵⁶

Compartilhamos com Félix Guattari, a ideia de que nesta “era”, no momento histórico em que nos encontramos, singularizar⁵⁷ é um atrevimento. Exercícios de autoprodução - atrevimento e singularização - aumentam nossas chances de sucesso na invenção de “revoluções

56 DELEUZE & GUATTARI, 1977, p.36.

57 Entendido aqui como processo de resistência aos empreendimentos capitalísticos de nivelção e aprisionamento das subjetividades. É desfazer-se dos sistemas modelizadores e permanentemente recusá-los.

moleculares.”⁵⁸ (GUATTARI, 1987) É preciso que desenvolvamos mecanismos - éticos, estéticos e políticos - que nos permitam impulsionar transformações reais, mediante o estabelecimento de transversalidades e conexões entre atores - docentes, profissionais, estudantes e usuários - que ativem a capacidade de tais atores intervirem de maneira criativa no pensar, sentir e querer aprendido e cuidado em saúde.

Desta forma, partindo de movimentos desejantes que abram mão dos poderes cristalizados e hegemônicos e construam outros tipos de relação - híbridas e mestiças - entre profissionais, professores, acadêmicos e comunidade, desenvolvemos a capacidade de inventar novos mundos e saídas não burocráticas para a invenção da saúde no Brasil. A mudança leva a um território inédito, desconhecido, o que inevitavelmente gera uma sensação inicial de desorientação, de desconforto, de estranheza. O processo de transformação inicia-se não quando se reconhece, mas quando se estranha, problematiza. Segue-se então para a fase de invenção e “a invenção é sempre invenção de novidade sendo, por definição imprevisível.” (KASTRUP, 2001, p.208)

Referências

CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 29-87.

CAPRA, M.L.P. **A educação permanente em saúde como dispositivo de gestão setorial e de produção de trabalho**

58 Termo também trazido por Félix Guattari, o “molecular” aqui é a ordem dos fluxos, dos devires, das transições de fases e das intensidades.

vivo em saúde. 2011. Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Educação, Grupo Temático de Educação em Saúde. Porto Alegre: UFRGS, 2011.

CARVALHO, Y.B.; CECCIM, R.B. Formação e educação em saúde: aprendizados com a saúde coletiva. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006, p. 137-170.

CECCIM, R. B. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: MEYER, D. E. E. (org). **Saúde e sexualidade na escola.** 3a ed. Porto Alegre: Mediação, 2006. p. 37-50.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Kafka: por uma literatura menor.** Rio de Janeiro: Imago Editora, 1977, p.25-42

_____. **Mil platôs:** capitalismo e esquizofrenia, vol. 1. São Paulo: Ed. 34, 1995.

FRANCO, T.B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. **Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde:** textos reunidos. São Paulo: Hucitec, 2013.

GUATTARI, F. **Revolução molecular:** pulsações políticas do desejo. São Paulo: Brasiliense, 1987.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica:** cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 2005.

GUAZZELLI, B.A.; HILLESHEIM, B. Insistência em minorar: reflexões sobre políticas públicas e saúde. **Avances en Psicología Latinoamericana,** v. 30, n. 2, 2012, p. 369-380.

KASTRUP, V. Aprendizagem, arte e invenção. In: LINS, D. **Nietzsche e Deleuze:** o pensamento nômade. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2001.

LUZ, M.T. Questões e desafios colocados para o estudo das racionalidades médicas e das práticas de saúde na atualida-

de: ensino, pesquisa e exercício da atenção profissional em serviços. In: PINHEIRO, R.; SILVA JR, A. G. S.(Orgs.). **Cidadania no cuidado:** o universal e o comum na integralidade das ações de saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ, 2011, p. 295-303.

MERHY, E.E. Engravitando palavras: o caso da integralidade. In: PINHEIRO, R. **Construção social da demanda:** direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: Cepesc, 2005, p. 195-206.