

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

RENATA FLORES TREPTE

O QUE AS EXPERIÊNCIAS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS FAZEM FALAR?
Narrativas do fazer e aprender pesquisa numa perspectiva *menor*

PORTO ALEGRE

2017

RENATA FLORES TREPTE

O QUE AS EXPERIÊNCIAS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS FAZEM FALAR?

Narrativas do fazer e aprender pesquisa numa perspectiva *menor*

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientação: Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla

PORTO ALEGRE

2017

CIP - Catalogação na Publicação

Trepte, Renata Flores

O QUE AS EXPERIÊNCIAS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS FAZEM FALAR? Narrativas do fazer e aprender pesquisa numa perspectiva menor / Renata Flores Trepte. -- 2017.

73 f.

Orientador: Alcindo Antônio Ferla.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS, 2017.

1. Narrativa. 2. Programa Mais Médicos. 3. Metodologias de Pesquisa. 4. Pesquisa em Saúde. 5. Educação Permanente em Saúde. I. Ferla, Alcindo Antônio, orient. II. Título.

RENATA FLORES TREPTE

O QUE AS EXPERIÊNCIAS DO PROGRAMA MAIS MÉDICOS FAZEM FALAR?

Narrativas do fazer e aprender pesquisa numa perspectiva *menor*

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Orientação: Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla

Aprovado em:

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Luciano Bezerra Gomes
Universidade Federal da Paraíba (UFPB)

Profa. Dra. Jaqueline Tittoni
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof. Dr. Emerson Elias Merhy
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) - Orientador

AGRADECIMENTOS

O agradecimento ou a gratidão é o desejo ou empenho de amor pelo qual nos esforçamos por fazer bem a quem, com igual afeto de amor, nos faz bem. Só os homens livres são muito gratos uns para com os outros.
Spinoza

Agradeço ao Alcindo Ferla, por me conduzir e acompanhar no percurso de aprendizagem, com cuidado e carinho. E por acolher, também, a cadência de silêncios e lágrimas dessa trajetória. Por ter se tornado tanto amigo, quanto orientador;

Aos professores que aceitaram compor a banca de defesa dessa dissertação, mais que avaliadores, são pessoas inspiradoras e amigas. Ao Emerson, por sua generosidade na leitura do projeto de qualificação e por, em tantas oportunidades, me mostrar que pesquisa não se faz sem afeto e rigor. Ao Luciano, pela ternura e pelas provocações que me permitiram descobrir novas leituras desde o projeto de qualificação. À Jaqueline por, desde a graduação, me mostrar que a academia pode ser um espaço aberto ao sutil, fazendo arte com o científico, e por, agora, acolher com tanto o carinho este convite;

À Rede Governo Colaborativo em Saúde, todos os colegas e amigos, pela produção em mim de arranjos outros no campo da Saúde Coletiva, pela celebração da diferença;

À Rede-Observatório do Programa Mais Médicos, a todas e todos pesquisadores que a compõem e que me ensinaram nestes dois anos;

Ao Laboratório de História, Políticas Públicas e Saúde na Amazônia, em especial ao Júlio, que acolheu o sotaque da gaúcha cheia de curiosidades;

Aos alunos de graduação com quem tive o prazer de aprender enquanto orientava, junto à professora e amiga Amanda: Luiza, Fabiano, Bruna, Alline, Claudia, Vitória, Iasmin, Nathalia, Sabrina, Gabriela, Alisson, Diego, Vinícius, Jade e Sônia. Com vocês aprendi sobre pesquisa, sobre ensino e sobre mim;

À Marina, pela composição de arranjos de cuidado e invenção;

Às amigas e amigos pelos encontros, abraços, risos e lágrimas;

À minha irmã, Paula, por todos os deslocamentos que produz;

À minha mãe, por ser inspiração e diálogo, pela sua imensa possibilidade de doação ao outro. Pela força, aposta e amor incondicional;

Ao Demétrio, pela incrível delicadeza de sua escuta, sempre atenta e doce. Pelas palavras precisas que foram dando borda ao rio por onde a escrita pôde desaguar. Pelas novas cores que trouxeste ao meu mundo. Por ser o meu aqui, onde vivo.

“Os cientistas dizem que somos feitos de átomos,
mas um passarinho me contou que somos feitos de histórias”

Eduardo Galeano

RESUMO

Esta dissertação é fruto da inserção da pesquisadora na Rede-Observatório do Programa Mais Médicos, cujas pesquisas permitiram conhecer além do que os objetivos de um projeto são capazes de prescrever. Composta por narrativas, esta dissertação tem por objetivo tornar visíveis os conhecimentos evocados pela experiência de pesquisa que tendem a não compor os relatórios finais e que não são reconhecidos como produções científicas. Trata-se, então, da visibilidade da dimensão micropolítica do fazer pesquisa e do conhecimento sobre a implantação do Programa, de fragmentos sobre o pesquisar e sobre o próprio Programa Mais Médicos. É com inspiração nas produções brasileiras no campo da Saúde Coletiva, nas proposições de pistas metodológicas da cartografia, na Análise Institucional de Lourau, na narratividade de Benjamin, na Esquizoanálise de Gilles Deleuze e Félix Guattari, entre outras obras e autores, buscando disjunções e interfaces entre eles, que esta dissertação constrói seu alicerce teórico. Flanando por Brasília, pelos interiores das salas da universidade e pela imensidão da Floresta Amazônica, as narrativas que compõem esta dissertação foram construídas a partir de quatro cenas-narrativas, que buscam apontar o desvio do majoritário na ciência, descolar a produção de conhecimento de uma subordinação ao cartesiano. As cenas-narrativas tornaram visíveis efeitos do Programa Mais Médicos na produção de cuidado e no cotidiano de trabalho das equipes de saúde, que os indicadores epidemiológicos não conseguiram revelar, bem como dimensões do fazer pesquisa que são apreendidas em ato.

Palavras-chave: Narrativa. Programa Mais Médicos. Metodologias de Pesquisa. Pesquisa em Saúde. Educação Permanente em Saúde. Formação em Saúde.

ABSTRACT

This work is the result of the researcher's participation in the Observatory-Network of the More Doctors Program (Rede-Observatório do Programa Mais Médicos), whose studies allowed me to encounter more than what the objectives of a project can prescribe. Composed by narratives, this work aims to make visible the knowledge evoked by the research experience which tend not to compose the final reports and which is not recognized as scientific production. It regards, therefore, to the visibility of the micropolitical dimension in research practices and the knowledge about the implementation of the Program, fragments of the act of researching and of the More Doctors Program itself. It is inspired by Brazilian productions in the field of Saúde Coletiva (Public Health), the cartography's indications of methodological tracks, Lourau's Institutional Analysis, Benjamin's narrativity, Gilles Deleuze and Félix Guattari's schizoanalysis, among other works and authors, pursuing disjunctions and interfaces between them, that this work builds its theoretical grounds. Wandering through Brasília, the interiors of university rooms or the immensity of the Amazon Forest, these narratives aim to indicate a detour from the majoritary in Science, liberating the production of knowledge from a subordination to the Cartesian.

Keywords: Narrative. More Doctors Program. Research Methodologies. Health Research. Permanent education in health. Health education

SUMÁRIO

AVISO AO LEITOR	9
PRÓLOGO.....	10
EXPERIÊNCIAS MICROPOLÍTICAS ENGENDRADAS PELAS PRÁTICAS DE PESQUISA	30
EMBRENHAR-SE NO TEMPO-ESPAÇO AMAZÔNICO COMO PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO E ABERTURA À APRENDIZAGEM	44
CONCLUSÃO: APONTAMENTOS DE UM CONHECIMENTO MENOR.....	59
REFERÊNCIAS	68

AVISO AO LEITOR

Caro leitor,

As escritas que seguem são fruto de mais de dois anos de imersão no universo do Programa Mais Médicos, em seu cotidiano e nos desafios de pesquisar, avaliar e mensurar os impactos de uma política em recente implementação. Compostas por excertos de diários, análises e conceitos, em estilo narrativo, as linhas tecem não linearmente esta escrita, cruzam o corpo da pesquisadora em diferentes encontros com o campo, ensaiam sobre o fazer pesquisa. Escrevo sobre o processo de pesquisar colhendo cenas.

Portanto, já o aviso: não espere os resultados de uma ou outra pesquisa nacional, sobre indicadores, números e medidas. A pretensão não é por fornecer um panorama do Programa Mais Médicos em diferentes frentes, mas apresentar as marcas dessas diferentes pesquisas na pesquisadora, em uma elaboração sobre o próprio exercício de pesquisar.

Se somos impelidos à ciência, eu a dobro e tomo o ensaio como forma, portanto não me acuse de ser epistemologicamente impura, porque não pretendo ser pura. “O ensaio não apenas negligencia a certeza indubitável, como também renuncia ao ideal dessa certeza” (ADORNO, 2003, p.30).

Boa leitura.

PRÓLOGO

Prólogo, *substantivo masculino*. Arte - *hist.teat* no antigo teatro grego, a primeira parte da tragédia, em forma de diálogo entre personagens ou monólogo, na qual se fazia a exposição do tema da tragédia¹.

Este, por assim dizer, prólogo, nada mais é senão as confissões de conservadorismo formal da autora, que, preocupada, prefere contextualizar seu leitor sobre o tema da *tragédia*² que compõe as páginas que seguem.

Esta dissertação é fruto da inserção da pesquisadora na Rede-Observatório do Programa Mais Médicos, cujas pesquisas permitiram conhecer além do que os objetivos de um projeto são capazes de antever e incluem a análise de seu ciclo de implementação. Sendo assim, as narrativas que compõem esta dissertação tem por objetivo tornar visíveis os conhecimentos evocados pela experiência de pesquisa que tendem a não compor os relatórios finais e que ficam invisíveis por não serem reconhecidos como produções científicas. Trata-se, então, da visibilidade da dimensão micropolítica do fazer pesquisa e do conhecimento sobre a implantação do Programa, de fragmentos sobre o pesquisar e sobre o próprio Programa Mais Médicos.

Mas, primeiro, este prólogo irá introduzir o leitor ao que é *mesmo* o Programa Mais Médicos, à Rede-Observatório do Programa e a algumas perspectivas teóricas que permeiam as narrativas.

A iniciativa de criação do Programa Mais Médicos foi tomada diante de um contexto de grandes tensionamentos, das Manifestações de Junho de 2013 aos questionamentos acerca do papel do poder público na regulação do trabalho e da formação profissional. A justificativa

¹ Ferreira ABH. Pequeno Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa. 11 ed. totalmente rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira S. A., 1964.

² Nietzsche (2007) está, com a “O Nascimento da tragédia”, questionando a filosofia, a arte e a cultura de seu tempo, que vêm sublinhando o princípio apolíneo, em que a crueldade da existência cede lugar ao progresso do saber, a febre de viver cede lugar à serenidade da vida. Privilegia-se a ciência em detrimento da arte, da filosofia, e o dionisíaco acaba por desaparecer por um longo tempo da face do mundo. Ao mesmo tempo, o escrito nietzscheano é um canto tênue e esperançoso pelo retorno do espírito dionisíaco ao coração da filosofia e da arte de seu tempo. A tragédia é, portanto, a radicalidade dionisíaca na invenção de modos de vida. Aqui, a radicalidade na produção ética e política do saber acadêmico sobre o Programa Mais Médicos.

para a oportunidade de implantação dessa política se deu diante da pressão para a expansão da atenção básica em saúde no país. Um dos obstáculos para essa expansão estava justamente no provimento e na fixação de profissionais, principalmente médicos, em áreas remotas e de maior vulnerabilidade (CARVALHO; SOUZA, 2013; PINTO; SOUSA; FERLA, 2014). O entendimento e controle do processo saúde-doença requer, além de ações assistenciais específicas, a implementação de estratégias que visem à superação do modelo assistencial centrado no clientelismo e no atendimento dos danos acumulados ao longo da história individual e coletiva da população. Nessa perspectiva, o Governo Federal, através de ações indutoras da promoção da superação das desigualdades/iniquidades em saúde, vinha direcionando esforços para que as necessidades locais fossem atendidas, considerando a dimensão continental do Brasil e a distribuição justa de recursos humanos e materiais. Tal atuação vinha acompanhada da sedimentação dos processos de planejamento, implementação, avaliação e monitoramento de políticas públicas implicadas com a melhoria do acesso e da qualificação da atenção à saúde, principalmente no que se refere à Atenção Básica (AB), em consonância com os eixos estruturantes prioritários do Ministério da Saúde, que concorrem para a efetivação dos princípios do SUS. O Programa Mais Médicos é uma das iniciativas da gestão federal para o fortalecimento da Atenção Básica, constituindo-se como um campo importante de inovação institucional para a qualificação dos serviços prestados pelo SUS. Inclui: a) Investimento em infraestrutura, particularmente das unidades básicas de saúde; b) ampliação e reformas educacionais dos cursos de graduação em medicina e residência; e c) provisão emergencial de médicos em áreas vulneráveis (BRASIL, 2013; OLIVEIRA et al., 2015). O Programa Mais Médicos entrou em vigor em 2013, inicialmente regulamentado pela Medida Provisória 621, convertida na Lei nº 12.871, em 22 de outubro daquele ano. O programa é considerado uma estratégia do sistema para aproximação entre população e serviço e preconiza que os profissionais participem de uma série de atividades de educação e de integração ensino-serviço para que desenvolvam uma atenção à saúde de qualidade de acordo com as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2011). A sua definição como política do SUS, na legislação, não esgota a análise de seu ciclo de implementação.

Na perspectiva atual, o ciclo das políticas é considerado como processual e se compõe das fases de formulação, implementação e avaliação. A fase de implementação tem adquirido centralidade na literatura no campo da análise de políticas, mobilizada pela constatação de

que essa não é simplesmente a execução de atividades necessárias para a obtenção de metas (MENICUCCI, 2006), mas que o sucesso da implementação de uma política está associado à capacidade de produzir convergência entre os agentes implementadores em torno dos objetivos, do suporte político dos afetados por ela e da capacidade dos decisores de produzir novas iniciativas a partir da análise das mudanças do contexto. Segundo Menicucci (2008),

Dado o caráter autônomo do processo de implementação, não há uma relação direta entre o conteúdo das decisões, que configuraram uma determinada política pública, e os resultados da implementação, que podem ser diferentes da concepção original. (MENICUCCI, 2008, p. 79).

O monitoramento e avaliação da implementação de políticas públicas é fase de grande importância e tem relevância reconhecida mais recentemente no campo da análise de políticas. Bem como a etapa de implementação das políticas é permeada por processos imprevisíveis em sua formulação, o é a própria experiência de pesquisa: os resultados escapam aos objetivos originais.

Em 2014, o estágio inicial de implementação do Programa pareceu uma excelente oportunidade de propor mecanismos de monitoramento que, ao mesmo tempo em que acompanham a implementação, constituem base para um processo de avaliação com maior densidade e consistência. Desta percepção nasceu a Rede-Observatório do Programa Mais Médicos, a qual se propunha como desafio a produção de metodologias, tecnologias e conhecimentos a partir do monitoramento e avaliação da implantação do Programa Mais Médicos, contribuindo para o alcance de seus objetivos, através de uma rede científica de pesquisadores de diferentes instituições e áreas de conhecimento.

A Rede-Observatório do Programa Mais Médicos é uma rede científica que se articulou em torno da análise da implantação do programa. É composta por pesquisadores, técnicos, estudantes de graduação e pós-graduação, trabalhadores da educação e da saúde e instituições mobilizadas por essa temática, agregando diferentes pesquisas, com perspectivas e metodologias diversas.

Dentre as diversas pesquisas da Rede-Observatório do Programa Mais Médicos, esta dissertação apresentará recortes, fragmentos, marcas, afetos e histórias de três delas, as quais serão brevemente descritas e contextualizadas a seguir.

1. "O Programa Mais Médicos e a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB): analisando efeitos nas políticas e práticas no sistema de saúde brasileiro e na formação de profissionais", pesquisa que, em sua primeira fase, tinha como meta a elaboração de indicadores para monitoramento do Programa com base em dados disponíveis a partir dos sistemas de informação de uso no Sistema Único de Saúde (SUS).

Para essa etapa, foram considerados indicadores produzidos a partir de diferentes sistemas de informação e que permitem o monitoramento da implantação do Programa, constituindo subsídio para os gestores do Programa e esclarecimentos para a sociedade.

Os resultados preliminares do monitoramento da primeira etapa da análise, feita a partir de dados secundários dos sistemas de informação do SUS, apontaram três principais tendências:

- I. O fortalecimento da Atenção Básica nos municípios, com ampliação das equipes com funcionamento regular, aumento da oferta de consultas médicas e procedimentos coletivos nas diferentes fases da vida, assim como ampliação do acesso a medicamentos;
- II. O aumento do escopo de práticas desenvolvido nas equipes e unidades básicas de saúde;
- III. Redução de internações evitáveis, em especial em localidades com processos prévios de reorganização da rede assistencial.

2. "Programa Mais Médicos e Análise de Mídia": desenvolvimento de investigações, estudos e pesquisas sobre o desdobramento midiático do Programa Mais Médicos. O objetivo geral centrou-se em identificar e analisar a repercussão na mídia a respeito do Programa Mais Médicos. A equipe trabalhou conjuntamente nos estudos de uma perspectiva histórica sobre o Ciclo das Políticas Públicas e sobre Análise de Mídia, para a construção de uma metodologia de pesquisa inovadora e análise do compilado de matérias sobre o PMM. O material analisado foi fornecido pelo Ministério da Saúde, sendo fruto de busca realizada diariamente no período de janeiro de 2013 a dezembro de 2015 por "robôs de clippagem" de agências de notícias que prestam serviço ao governo federal, utilizando as palavras-chave "Programa Mais Médicos" e "Mais Médicos" e abrangendo a mídia online e impressa.

Entendendo que na etapa de implementação das políticas a disputa simbólica junto à sociedade civil é um fator importante para sua consolidação, o projeto propõe a análise no

discurso jornalístico sobre o Programa Mais Médicos. Esse discurso também, e ao mesmo tempo, apresenta forças em disputa que indicam parte das tensões micropolíticas que operam no cotidiano da implantação do Programa e na consolidação da atenção básica no Sistema Único de Saúde. As jornadas de junho de 2013, com protestos em diversas localidades sobre o esgotamento da capacidade de respostas das políticas públicas às expectativas de grupos populacionais, e as reivindicações levantadas no período de proposição do programa, bem como o comportamento do governo, das entidades médicas e da imprensa em relação ao programa Mais Médicos, permitem uma reflexão sobre os conceitos e funções de sociedade civil e esfera pública, além das disputas simbólicas que ocorrem nelas.

3. "A produção do trabalho em saúde e o Programa Mais Médicos no Estado do Amazonas":

o objetivo desta pesquisa centra-se em analisar o Programa Mais Médicos na perspectiva da produção do trabalho na atenção básica no Estado do Amazonas. O trabalho em saúde dos médicos inseridos no Programa Mais Médicos e das equipes em que atuam é o foco de análise, no território específico da Amazônia. A ida a campo lança foco sob o trabalho em saúde dos médicos inseridos no Programa Mais Médicos e das equipes das quais participam, utilizando como referência as categorias de trabalho vivo em ato e as tecnologias do cuidado (duras, leves-duras, leves) para compreender os efeitos e as relações de trabalho em saúde na sua dimensão micropolítica. Uma das etapas da pesquisa consiste em realizar entrevistas com profissionais integrantes do programa e das equipes em que atuam, em nove municípios de diferentes Regiões de Saúde do Estado do Amazona.

O tema da gestão do trabalho em saúde está presente nas políticas públicas que percorrem os caminhos da formação, educação, produção, modelos de contratação, provimento, fixação e organização do cuidado. Considerando que todo o processo de avaliação em si é baseado em um específico posicionamento ético-político, pois se propõe produzir algum efeito no campo das práticas, os valores que informam o sistema de avaliação tendem a produzir um efeito pedagógico, interferindo com os valores e as práticas dos sujeitos envolvidos: gestores, profissionais, usuários e comunidade (NICOLI et al, 2016). Desse modo, o projeto de antemão já se propõe a contribuir com a formulação e aprimoramento de políticas públicas para a questão da gestão do trabalho em regiões de grande diversidade social. Importante registrar que a grande diversidade, nesse caso, compõe uma espécie de “reservatório” de condições

que estão presentes em outras localidades, sendo que a diversidade, aqui, não é um componente exótico local, mas a expressão visível de situações que estão mais diluídas, mas presentes, em outros locais, produzindo estranhamentos à atuação da Atenção Básica. A atenção básica em saúde se faz num determinado território, que, no caso das populações amazônicas, está constantemente se ajustando ao regime das águas, com a mistura de culturas e modos de andar no território e com práticas de cuidado de diferentes lógicas. As políticas de saúde necessitam de um olhar mais atento para essas realidades específicas, impactando a qualidade dos serviços e nos processos de trabalho das equipes de saúde. A análise do contexto das práticas em saúde nesses locais permite compreender e organizar o trabalho com mais capacidade de integralidade no cuidado, desnaturalizando a vigência do paradigma biomédico no pensamento e na produção da saúde e produzindo conexões com práticas *menores*, no sentido de não estarem submetidas a esse paradigma e terem a tradição da ancestralidade como *evidência*.

Compôr e participar da consolidação de uma rede científica constituída por pesquisadores de instituições de ensino e pesquisa de diferentes regiões do País, no formato de estudos multicêntricos integrados sobre o Programa Mais Médicos, é uma oportunidade de deparar-se com diferentes modos de fazer pesquisa; de, na ida a campo, ter contato com outras clínicas possíveis, com outros profissionais; de aprender com as pequenas cenas; de deixar as diversidades das distintas localidades produzirem alteridade no modo de pensar e compreender os contextos em análise. Os despreocupados gestos, os quais, fui percebendo no decorrer da experimentação, não vão constar no relatório final da pesquisa, no artigo em revista científica. E por que não? Seriam menos ciência? Ou o problema é o que entendemos por ciência?

A literatura sobre a ciência é gigantesca. Mas, tal como a teologia ou a apologética, no caso da religião, ela supõe que se considere a ciência como fato adquirido. (LATOURET; WOOLGAR, 1997, p.19)

Há conhecimento (CIENTÍFICO!) produzido no interior das pesquisas que é invisibilizado, muitas vezes pela própria ciência vigente. Nesta dissertação coloquei-me o desafio de torná-los visíveis, de apontar, a partir da experiência do vivido, conhecimentos que as pesquisas acerca do Programa Mais Médicos fazem falar, mas que não são indicadores, não são

transcrições codificáveis pelo software. Se a *ciência régia*³ opera nas práticas científicas e no trabalho, também existem dobras e escapes, cuja visibilidade não decompõe a ciência, mas cria condições de alargamento de suas lógicas contemporâneas. Um programa de tal envergadura não se esgota na análise sobre si. Produz também *efeitos colaterais*, relativos à lateralidade do como se analisa.

É com inspiração nas produções brasileiras no campo da Saúde Coletiva, das proposições de pistas metodológicas da cartografia, na Análise Institucional de Lourau, na narratividade de Benjamin, na Esquizoanálise de Gilles Deleuze e Félix Guattari, entre outras obras e autores, buscando disjunções e interfaces entre eles, que esta dissertação constrói seu alicerce teórico. Esta dissertação percorre diferentes produções teóricas sem se filiar, no sentido de constituir dependência teórica, a nenhum dos autores ou correntes. Esteticamente, toma de empréstimo do Movimento Tropicalista a antropofagia crítica da cultura do *outro externo*, como a norte-americana e europeia, e do *outro interno*, a cultura dos ameríndios, dos afrodescendentes, dos eurodescendentes, dos descendentes de orientais, ou seja, não se deve negar a cultura estrangeira, mas ela não deve ser imitada. Aqui, as teorias não são imitadas, são deglutidas à maneira da autora para produzir *outras* elaborações. "Só a Antropofagia nos une. Socialmente. Economicamente. Filosoficamente." (ANDRADE, 1928). É no entre desses autores, das teorias, narrativas e experiências que essa dissertação cria corpo.

Entre as coisas não designa uma correlação localizável que vai de uma para outra e reciprocamente, mas uma direção perpendicular, um movimento transversal que as carrega uma e outra, riacho sem início nem fim, que rói suas duas margens e adquire velocidade no meio. (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p.49)

A formulação dessa dissertação não se deu de forma linear, bem como: nada que se agencia agencia-se linearmente. A estrutura das narrativas se inspiram nos platôs⁴ de Deleuze e

³ Em sua obra conjunta, *Mil Platôs*, Gilles Deleuze e Félix Guattari discorrem sobre uma ciência nômade, em relação a uma ciência régia, em que toda ciência nômade se desenvolve excentricamente, sendo muito diferente das ciências régias ou de Estado. Essa ciência nômade não para de ser "barrada", inibida ou proibida pelas exigências e condições da ciência de Estado. A Ciência Régia não para de impor sua forma de soberania às invenções da ciência nômade; só retém da ciência nômade aquilo de que pode apropriar-se, e do resto faz um conjunto de receitas estritamente limitadas, sem estatuto verdadeiramente científico, ou simplesmente reprime e proíbe. É limite dos fenômenos fronteiraços onde a ciência nômade exerce uma pressão sobre a ciência de Estado, e onde, inversamente, a ciência de Estado se apropria e transforma os dados da ciência nômade (DELEUZE e GUATTARI, 2012).

⁴ Já na introdução da obra *Mil Platôs* (2000), Deleuze e Guattari nos apresentam ao livro como *máquina de guerra*, usando-se de platôs para dar conta das multiplicidades que o constituem. Se as

Guattari. Platôs são zonas de intensidade contínua, mapeamentos cujos movimentos descrevem um mesmo percurso revelando, assim, a heterogeneidade, a coexistência, as imbricações e a importância relativa às diferentes linhas que compõem uma multiplicidade. Parte-se do interior de um ou mais estratos e de seus dualismos na direção de suas condições de possibilidade, das máquinas abstratas que os efetuam e os determinam como atualizações; simultaneamente, os estratos são associados como agenciamentos de poder que lhes são anexos e primeiros (ABREU FILHO, 1998). Com a proposta de funcionarem como multiplicidade conceitual, as narrativas a seguir percorrem as discussões sobre o fazer pesquisa, políticas públicas e formação, seus desafios e potências. Formulação do problema, introdução, referencial teórico e objetivos são coexistentes, bem como platôs, suas divisões correspondem a placas, a estrias paralelas, com diferenças de escala, correspondências e articulações dos platôs, datados, mas copresentes. Formam uma rede, um rizoma. Num rizoma entra-se por qualquer lado, cada ponto se conecta com qualquer outro, não há um centro nem uma unidade presumida (PELBART, 1997). São imanentes, imbricados uns nos outros coexistem e se transformam.

O desenrolar desta dissertação aposta na utopia, justamente, quando nosso saber se coloca insuficiente. É do precário, da insuficiência das categorias conceituais e do nosso interesse pelo dor dos outros, que podemos convocar nossa responsabilidade diante da escuta das histórias que precisam de testemunho (SOUSA, 2007). E a produção de saúde e de cuidado está inserida na história de cada pessoa, se compõe com a história e modifica a história, mesmo que tenhamos aprendido que a ciência do cuidado transcende essa dimensão da vida.

Na Saúde, herdamos da Medicina um histórico de cientificização muito específico, de controle, de dominação. O século XIX viria a ser palco do advento da Medicina Científica, fazendo-se destacar uma crítica à Medicina Clássica exercida até então. Esta nova medicina exigirá

multiplicidades se definem pelo fora: pela linha abstrata, linha de fuga ou de desterritorialização segundo a qual elas mudam de natureza ao se conectarem às outras. O plano de consistência é o fora de todas as multiplicidades. A linha de fuga marca, ao mesmo tempo: a realidade de um número de dimensões finitas que a multiplicidade preenche efetivamente; a impossibilidade de toda dimensão suplementar, sem que a multiplicidade se transforme segundo esta linha; a possibilidade e a necessidade de achatar todas estas multiplicidades sobre um mesmo plano de consistência ou de exterioridade, sejam quais forem suas dimensões. O ideal de um livro seria expor toda coisa sobre um tal plano de exterioridade, sobre uma única página, sobre uma mesma paragem: acontecimentos vividos, determinações históricas, conceitos pensados, indivíduos, grupos e formações sociais. Uma escrita deste tipo, funcionaria como um encadeamento quebradiço de afetos com velocidades variáveis, precipitações e transformações, sempre em correlação com o fora (Deleuze; Guattari, 2000).

igualmente novas práticas institucionais e configurará novas relações de saber-poder. Foi este mesmo século XIX que assistiu às descobertas de Pasteur e Koch no campo da microbiologia, passando a atribuir patógenos determinados para certas doenças, passíveis de intervenção e prevenção. O desenvolvimento de tecnologias médicas, impulsionadas pelo Movimento Iluminista e por uma ciência cartesiana, inspirada nos ideais positivistas, consolidou a Medicina Científica Moderna. Nas narrativas sobre o nascimento da clínica e do hospital, Foucault (2004) nos apresenta a criação da experiência médica moderna e o surgimento de um “olhar anatomoclínico”⁵. O processo de surgimento da anatomoclínica e sua consolidação como uma nova vertente de caracterização das doenças - não mais como um fenômeno vital, mas como a expressão de lesões celulares - funda a doença como a categoria central do saber e da prática médica (NOGUEIRA, 2010; 2014).

A ruptura mais feroz do saber médico Clássico e da Medicina Social não se dá por um refinamento conceitual ou pela nova utilização de instrumentos técnicos mais potentes. Há uma mudança em seus objetos e métodos, por sua consolidação como estratégia de controle biopolítico dos corpos, por um deslocamento epistemológico de uma arte de curar indivíduos doentes para uma disciplina das doenças. A esta política voltada para a regulamentação dos processos e corpo das massas, Foucault chamará de biopolítica (FOUCAULT, 2008). A biopolítica exige uma tecnologia direcionada para dispositivos que devem assegurar a vida da população, pois sua meta é controlar aquilo que possa limitar a vida do homem não em particular, mas enquanto força produtiva, enquanto consumidor, enquanto conjunto da espécie humana. O biopoder será esse dispositivo fundamental para a tecnologia de poder que irá controlar as massas. Ao instituir a doença e o corpo como objetos, excluindo do campo da cientificidade a vida, a saúde e a cura, a medicina se inclui na racionalidade científica moderna (LUZ, 2004).

(...) essa série de fenômenos que me parece bastante importante, a saber, o conjunto dos mecanismos pelos quais aquilo que, na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder. Em outras

⁵ Foucault inicia o prefácio de "O nascimento da clínica" (1980) com uma sentença explicativa contundente sobre o seu projeto: "Este livro trata do espaço, da linguagem e da morte; trata do olhar". A partir desse anúncio, constrói uma narrativa sobre o deslocamento histórico de uma medicina clássica, uma medicina fundamentalmente humoralista, cujo objeto é a doença como essência abstrata, para uma medicina anatomoclínica, uma medicina do corpo e das lesões. Houve uma conversão do olhar médico, que passou a incluir a morte em seu conjunto técnico e conceitual, já que "a morte era a única possibilidade de dar à vida uma verdade positiva" (FOUCAULT, 1980, p. 166).

palavras, como a sociedade, as sociedades ocidentais modernas, a partir do século XVIII, voltaram a levar em conta o fato biológico fundamental de que o ser humano constitui uma espécie humana. É em linhas gerais o que chamo, o que chamei, para lhe dar um nome, de biopoder. (FOUCAULT, 2009, p. 3)

O biopoder, como tecnologia de exercício do poder, denuncia que as relações não acontecem somente no plano do sujeito em seu espaço restrito, mas se amplia também para o espaço da população (FOUCAULT, 2009). É enquanto saber capaz de servir como instrumento de biopoder que a medicina se legitimará. A perspectiva do fenômeno individual de adestramento do sujeito vai ser ampliada e, agora, serão levados em conta os fenômenos coletivos, a preocupação com a saúde e o bem-estar da população. A medicina é o reservatório de garantia de preservação da população e, também, política de policiamento que evita tudo aquilo que possa ameaçar a vida *saudável* da população. Vários procedimentos serão tomados para que se alcance o objetivo de preservar a vida considerada saudável da população, como, por exemplo, “uma medicina que vai ter, agora, a função maior de higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, [...] de campanha de aprendizado da higiene e da medicalização da população” (FOUCAULT, 2005, p. 291). Essas medidas são importantes para que se tenha um certo controle de problemas como os da natalidade e da mortalidade, e esse controle é um dos mecanismos do biopoder.

a ciência é, portanto, parte do Estado, fruto histórico da necessidade de sua intervenção na vida social e sobre a vida de populações que precisavam ser organizadas de acordo com a lógica das novas relações sociais. No capitalismo, a ciência não faz parte das ‘idéias dominantes’: ela é sua idéia dominante, sua mais brilhante idéia. (LUZ, 1982, p.16)

Nas ciências da saúde se privilegiou o controle sobre um corpo biológico abstrato, constituído por imaginários e estatísticas, e atravessado pela lógica de mercado, o que tem efeitos diretos não só nos serviços e nas práticas de saúde para quem recorre a estes serviços, como nas pesquisas na área. As pesquisas as quais esta dissertação se refere não estão imunes a isso, bem como o próprio Programa Mais Médicos, que é uma aposta em um processo de produção de saúde consolidado pela Medicina Científica Moderna. Essa dissertação, entretanto, trabalha na perspectiva de dobra⁶ possível, apostando que há inflexões das forças, brechas na ciência

⁶ Peter Pal Pelbart (1989) nos interroga sobre o *fora* e a *dobra*. A força é relação com outra força, sem realidade em si, sua realidade íntima é sua diferença em relação às demais forças, que constituem seu exterior. Cada força define-se pela distância que a separa das outras forças, a tal ponto que qualquer

vigente, que seja no modo como esquadrinha a vida para produzir conhecimentos, quer seja como constrói evidências sobre a produção da saúde. Tendo em vista o enrijecimento dos repertórios de pesquisa produzidos na/pela ciência régia, é importante que as análises não sejam "despregadas do desejo dos homens que assim as formatou. Há um contínuo processo de afirmação destes 'nós' endurecidos como respostas satisfatórias às demandas desejantes, caso contrário eles não teriam densificado o fluxo do desejo" (PAULON, 2006, p. 124). A ciência régia responde à estratégia complexa de controle dos corpos na gestão biopolítica da nossa sociedade, a qual fez da Cientificidade o sustentáculo da Medicina. Esta trama de construção da Ciência Régia imbricada na Saúde Coletiva será explorada no desenrolar dos platôs que seguem. A desmontagem dessa trama entre os saberes-poderes-desejos da ciência aponta para uma produção outra de pesquisa, a aposta na potência das experiências de avaliação disparada pelo Programa Mais Médicos como estratégias inovadoras é o motor desse projeto. Desmontar conceitualmente em busca de outras saídas, para que se possa fazer furo nesse ideal social de verdade e domínio sobre o corpo e a vida.

A Medicina, racional, científica e moderna, exigiu transformações no ensino e na prática médica, no início do século XIX. O hospital - local onde se torna possível reunir um grande número de doentes e realizar as observações necessárias ao estabelecimento das descrições anatomopatológicas e de necrópsias - transforma-se em uma máquina de pesquisa e de ensino baseada na ciência cartesiana (FOUCAULT, 2004). O saldo da medicina hegemônica se exerce como mecanismo intra e extramuros do hospital, um cuidado exercido como linha de montagem disseminada por todo o corpo social, e que veicula uma violência das relações de dominação-exploração do capital. Desse modo, ela ramifica uma microfísica das relações de

força só poderá ser pensada no contexto de uma pluralidade de forças. Essa pluralidade é o Fora. O exterior da força é também sua intimidade, pois é aquilo pelo que ela existe e se define. O Fora não é a plenitude de um vazio onde viriam alojar-se as diferentes forças previamente constituídas. O Fora é a distância entre as forças, isto é, a Diferença. "A subjetividade pode então ser definida como uma modalidade de inflexão das forças do Fora, através da qual cria-se um interior. Interior que encerra dentro de si nada mais que o Fora, com suas partículas desaceleradas segundo um ritmo próprio e uma velocidade específica. A subjetividade não será uma interioridade fechada sobre si mesma e contraposta à margem que lhe é exterior, feito uma cápsula hermética flutuando num Fora indeterminado. Ela será uma inflexão do próprio Fora, uma Dobra do Fora. O Fora, diz Deleuze forçando um pouco e talvez correndo o risco de entificá-lo, é 'uma matéria móvel animada de movimentos peristálticos, de dobras e pregas (plis et plissements) que constituem um dentro; não outra coisa que o Fora, mas exatamente o dentro do Fora'. Por isso, quando atravessamos os estratos e, seguindo a fissura central, buscamos na invaginação subjetiva um interior do mundo, somos acometidos pelo "terror de que a alma do homem acabe nos revelando um vazio imenso e assustador"; com efeito, dentro dessa Dobra jamais encontraremos outra coisa além do Fora do qual ela é uma prega." (PELBART, 1989, p.135).

poder, que é da ordem do exercício de individualização dos corpos, agindo para intensificar potencialidades e habilidades de forma concomitante à docilização política incitada pelo capitalismo e pela ciência (FERLA; OLIVEIRA; LEMOS, 2011).

Em uma análise da dimensão biopolítica, a vida é presa em sua quase totalidade, o capitalismo aposta na serialização e na reprodução de modos de existência. Potência, capacidade de invenção e produção são moduladas, capitalizadas, direcionadas para o consumo e para a uniformidade (ROMAGNOLI, 2007).

Madel Luz já apontava que, no caso do Brasil, as políticas e instituições de saúde desempenharam um papel histórico inegável para a constituição e a estabilização da ordem sociopolítica (LUZ, 1982, 2013). A vocalização frequente do discurso da biomedicina pelas políticas e instituições governamentais fez com que constituísse a categoria teórica de “instituições médicas” para designá-las. Em seu trabalho de analisar a constituição das instituições médicas no Brasil, suas intervenções na sociedade e ligações com o Estado, Luz (1982) destaca inclusive que as práticas comuns às relações de poder-saber entre Medicina e Estado ajudaram a modelar certos traços estruturais da ordem social, entre os quais a tendência à concentração do poder e à exclusão das classes populares dos circuitos de decisão econômica, política e cultural do país, tendo a Medicina colaborado para um Estado centralizador e excludente. Tomando por base o discurso de neutralidade e instituição de Verdade da ciência, Medicina e Estado adquiriram o direito de intervir na vida das populações, no sentido de higienizá-las, discipliná-las e organizá-las de acordo com a lógica das novas relações sociais.

A Saúde Coletiva, enquanto área do conhecimento, nasce desnaturalizando a cristalização dos saberes da medicina moderna em torno da saúde e da vida. É, ela própria, fruto do multidisciplinar, impura, tensionando as distinções teoria-prática. A Saúde Coletiva é identificada por Campos como "movimento que, sem dúvida, no Brasil, contribuiu decisivamente para a construção do Sistema Único de Saúde (SUS) e para enriquecer a compreensão sobre os determinantes do processo saúde e doença" (CAMPOS, 2000, p.220). A saúde coletiva nasceu da crítica ao positivismo, à saúde pública tradicional, aquela constituída sob os alicerces da tecno-ciência e do modelo biomédico (CARVALHO, 1996). É, entretanto, necessário reconhecer os desafios que a institucionalização do campo, tanto científico como o âmbito de práticas (ALMEIDA FILHO; PAIM, 1999), vem enfrentando, pois este processo tem

bloqueado a reconstrução crítica dos saberes e práticas da Saúde Coletiva, afiliando-a ao cientificismo positivista do século XVIII.

Pois bem, apesar dessa origem, nota-se o recrudescer de um certo neopositivismo, advogando-se como método de trabalho[...]. Quer pela insuficiência do pensamento social incorporado à saúde coletiva para impulsionar práticas e projetos sanitários concretos, quer pela pressão exercida pelas agências financiadoras e pela própria instituição universitária no sentido de que a saúde coletiva adote, em sua construção teórica, normas e procedimentos padrões bastante assemelhados aos da medicina em particular ou aos da tecnociência em geral, observa-se um crescimento de prestígio do objetivismo na produção científica da área. [...] Outro não tem sido o procedimento dominante na medicina, que desautoriza, em princípio, todo o saber e toda a prática sobre saúde, produzidos fora de sua própria racionalidade. (CAMPOS, 2000, p.221-2)

Em sua tentativa de se legitimar enquanto campo científico, a Saúde Coletiva não produziu a mesma crítica que a caracterizou no âmbito político. A Saúde Coletiva não aceitou o conceito de saúde como fato dado, desconstruiu a díade saúde-doença, biologicista, inovou e afirmou novos saberes, contudo, em sua empreitada de institucionalização se filiou ao conceito de Ciência. Para Merhy (2004), a Saúde Coletiva trabalha com dois grandes caminhos nos processos de investigação científica. O mais consagrado deles, constitutiva e tipicamente cartesiano, "é composto por estudos que obedecem a desenhos investigativos, nos quais é clara e fundamental a separação entre o sujeito do conhecimento e o seu objeto de estudo" (MERHY, 2004, p.3), conhecidos também como estudos quantitativos. Há, também, de outro lado, ainda que reconhecido, mas com menor visibilidade que o anterior, o conjunto dos estudos qualitativos, "que reconhecem a íntima relação entre sujeito e objeto, criando métodos de pesquisas que transformam esta "relação-contaminação" em componente dos procedimentos epistemológicos, e que devem ser trabalhados na investigação da forma a mais objetiva possível" (MERHY, 2004, p.3). Merhy aponta, entretanto, que estes dois tipos-padrão de estruturação dos estudos, que se ancoram na distinção pesquisador x objeto, não dão conta da complexidade vivida no cotidiano e na construção do conhecimento

Pois, estas situações não têm se configurado como possíveis de serem capturadas pela construção pressuposta do sujeito epistêmico, para operar, depois, com garantias de objetividade e cientificidade, a construção de formas de conhecimentos e de saberes enquadráveis no campo legitimado e validado como científico. Seja sob a capa da investigação objetiva das ciências duras, seja sob a das ciências históricas e sociais. (MERHY, 2004, p.4)

Nas análises realizadas sobre a categoria médica no campo da saúde, as décadas de 1970 e 1980 foram marcadas por importantes trabalhos de pensadores que são referências fundantes para o campo da saúde coletiva brasileira (DONNANGELO, 2011; LUZ, 2013; MERHY, 2014). Entretanto, num contexto de mudanças no padrão de consumo e acumulação de capital no setor saúde e de inserção do médico no mercado de trabalho, foi produzido um esvaziamento dessas produções, como se os estudos clássicos já existentes fossem suficientes para clarificar os desafios políticos contemporâneos postos aos médicos e ao campo da saúde como um todo (GOMES, 2016).

Em sua recente tese de doutorado, Gomes (2016) aponta que os estudos já existentes de análise da atuação médica acabam sendo insuficientes para ajudar a construir, na atualidade, agendas de superação das lógicas vigentes. Gomes (2016) discute que a categoria médica não se constitui como bloco político monolítico ordenado a partir das entidades médicas tradicionais e, sim, multiplicidade, operando por dentro e por fora das organizações que pressupõem representá-la. As entidades médicas tradicionais construíram uma agenda comum, integrando interesses voltados ao setor público e privado, e desencadearam ações que se aproximam do neoliberalismo. O movimento médico que operou por fora dessas entidades é marcado intensamente pelos desdobramentos institucionais da Reforma Sanitária e articulou um processo mais geral de lutas por direitos de cidadania e governos mais democráticos, tendo, muitas vezes, partidos de esquerda como referências importantes nesse processo e, sobretudo, iniciativas de gestão de serviços, redes e serviços. Gomes (2016) destaca que o regime de verdade operado pelos médicos brasileiros, seja os que operam por dentro ou por fora das entidades de classe, sustenta-se centralmente na perspectiva biomédica, positivista, de "medicalização da vida".

chegamos num ponto de encontro em que praticamente todos que compõem os grupos do movimento médico, seja por fora das organizações tradicionais ou os que operaram por dentro das entidades médicas, apostam: a biomedicina é que tem respostas para os problemas de saúde que enfrentamos. (...) o movimento médico, em suas várias formas de atuar, sinceramente, aposta na biomedicina. (GOMES, 2016, p.253).

Ao construir um olhar científico de profundidade sobre o corpo humano, a racionalidade biomédica desencadeou um adensamento tecnológico sem precedentes e se tornou predominante, apesar da fragmentação e redução do Sujeito. Registre-se aqui que esse regime de verdade assujeita o "paciente", constituindo-o como abstração da leitura biomédica de sua

doença (um código alfanumérico da Classificação Internacional das Doenças), mas também o profissional⁷, reduzindo-o a um operador da ciência e da técnica vigentes, cuja função mais “nobre” é a produção de procedimentos necessários à classificação de sinais e sintomas na lógica da ontologia das doenças e a prescrição de atos compatíveis com essa racionalidade, na associação queixa-conduta (FERLA, 2007). Quando o corpo é tomado em sua dimensão estritamente biológica, sem relação com os contextos, histórias e afecções do sujeito, excluem-se outros campos de saberes e outras práticas do cuidado à saúde. Sob o paradigma cartesiano, visando cumprir um rigor formal da ciência vigente, a medicina estipulou para si uma pretensa neutralidade a respeito das relações entre o sujeito que detém o saber e aquele que é objeto de seu olhar e da sua prática. E é nesta mesma aposta biopolítica que recai a Saúde Coletiva em sua institucionalização enquanto campo científico. Canguilhem aponta, ao empreender uma série de críticas sobre a razão médica na coletânea de textos “Escritos sobre a Medicina” (2005), que a medicina, ao se empenhar para a garantia do estatuto de ciência das doenças, produziu a dissociação progressiva entre a doença e o doente; o tratamento dos doentes como objetos e não como sujeitos de sua doença; e o desinteresse pelas tentativas de compreensão do papel e do sentido da doença na experiência humana. Bem como, a pesquisa em saúde colada ao modelo vigente dissocia pesquisador x campo x objeto.

Esta ordem moderna, que garantiu à medicina moderna, na sua configuração biomédica, um espaço privilegiado de trânsito pela sociedade, tem sido tensionada. A crise na medicina, dizem diversos autores (LUZ, 1997; BOTSARIS, 2001; FERLA, 2007), está na sua matriz de racionalidade ocidental. Ferla (2007), ao analisar o conteúdo das produções veiculadas na Revista da Associação Médica Brasileira (RAMB) - a qual faz circular a produção mais geral da entidade médica brasileira no terreno científico -, destacou um “silêncio” de produção científica. Para uma prática social que se fortaleceu e legitimou justamente pelo atributo de cientificidade, a circulação da ideia de crise nas produções científicas é um sintoma grave de uma doença na sua própria institucionalidade. Em sua produção, Ferla (2007) destaca uma crise da medicina moderna, na biomedicina, e não das suas possibilidades de existência como

⁷ Ferla (2007) analisa a questão da autonomia profissional na medicina, identificando no discurso biomédico, assim como na ciência vigente, um conceito atenuado, que torna o profissional sujeito do discurso da ciência: a autonomia profissional professada pelas entidades médicas e pelas normas médicas se restringe à aplicação das “melhores evidências da ciência” no contexto do trabalho, supondo que a complexidade da produção de saúde, como dos demais trabalhos, não tenha outro efeito no cotidiano que uma linearidade previsível e submetida ao ponto de vista da ciência régia e que o profissional seja reduzido a um operador da técnica.

campo de tecnologias de cuidado em saúde, justamente apontando para alternativas emergentes à clínica e à pedagogia médicas, através de ideias inovadoras, considerando a inovação como tensão, capazes de produzir ruptura e transição do paradigma vigente, com reconfiguração de poderes e saberes.

No contexto desta crise, abre-se um conjunto de novas possibilidades de emancipação social, de reinvenção da democracia, de emergência de práticas e racionalidades(...) que foram colonizadas pela ordem moderna, institucionalizadas num conjunto de valores e práticas que foram se consolidando e apontaram, durante os séculos da sua vigência, regimes de verdade, ordenamentos para o espaço social, configurações identitárias, possibilidades legítimas. (...) aprisionaram-se as demais possibilidades de ser, existir e fazer, que são fortalecidas com a crise que atualmente se apresenta, juntamente com aqueles que foram se engendrando nos lugares periféricos, afastados das luzes da razão moderna. (FERLA, 2002, p.213)

Que outras perspectivas de produção de conhecimento em saúde são possíveis, se desaprisionada a ciência do paradigma cartesiano, biomédico? O nomadismo da clínica (FERLA, 2002), como abandono das representações estanques para se comprometer com a qualidade e com a intensidade de vida para as pessoas e coletividades, aposta em um cuidado capaz de escutar a vida e de produzir atenção à saúde configurada a partir de dimensões ético-estético-políticas e não identitárias ou baseadas em evidências fisiopatológicas impessoais, atemporais e a-históricas. Assim como a clínica pode apostar no nomadismo, esta dissertação entende que a pesquisa pode apostar na narratividade, enquanto elucidadora das intensidades da pesquisa, dos conhecimentos que excedem o paradigma cartesiano. Clínica e produção de conhecimentos requerendo protagonismo dos seus atores, para além da capacidade de tornar-se sujeito das técnicas e dos conhecimentos vigentes.

Merhy (2002) já nos apresentara a uma gestão da estética do cuidado ao formular as naturezas tecnológicas que operam no trabalho e que o organizam. A tecnologia leve, além de constituir-se por um conjunto de tecnologias de natureza relacional utilizadas no cotidiano do trabalho, pode operar como gestora das ofertas para o usuário, singularizando o cuidado. Ou seja, com base nos aspectos relacionais, que permitem uma leitura complexa dos fatores que operam na produção de saúde em cada pessoa singularmente, poderiam ser produzidos arranjos tecnológicos (tecnologias duras/recursos tecnológicos, tecnologias leve-duras/saberes estruturados e normas e tecnologias leves), num processo de gestão do cuidado voltada para a produção de integralidade. Visualizar essa composição micropolítica do trabalho em saúde

permite perceber um espaço de autonomia dos diferentes atores que requer protagonismos de todos que atuam na cena do cuidado. Sobretudo, destacam a necessidade de autonomia⁸ dos diferentes atores para o exercício da gestão do trabalho, evidenciando uma dimensão criativa necessária para o cuidado, que está imerso num conjunto de fatores mais complexos do que a lógica estruturada dos problemas de saúde inscritos na lógica biomédica. Ampliando a potência dessa análise para a produção de conhecimentos como trabalho, poderíamos refletir a dimensão micropolítica na dependência de métodos e técnicas da ciência régia, reconhecendo que somos todos portadores de saber e em relação com o entorno, produzindo conhecimentos, desejando e disputando modos de viver, mesmo que sem reconhecimento acadêmico. Deslocando o pensamento que tende a subordinar-se à Ciência Régia. São as pistas para refletir sobre uma dimensão relacional da produção do conhecimento.

A conceituação de “levante” proposta pelo filósofo anarquista Hakim Bey (2001), que se ocupou em estudar a sociedade de piratas e corsários do século XVIII, é ponto de partida na busca de fazer uma analogia com as brechas do conceito de ciência, para expandi-lo, como aceno para o que há de potente de produção de conhecimento. Segundo Bey (2001), as palavras “levante” e “insurreição” são utilizadas pelos historiadores para dar conta de revoluções que, supostamente, fracassaram - por não haver a “tomada do poder”. Hakim Bey aponta que o aparente fracasso seria, na verdade, o grande mérito do levante, pois tensiona a cristalização do poder ao fugir do ciclo “revolução, reação, traição, fundação de um Estado mais forte e ainda mais opressivo -, a volta completa, o eterno retorno da história, uma e outra vez mais, até o ápice: botas marchando eternamente sobre o rosto da humanidade” (BEY, 2001, p. 5). O levante produziria uma *Zona Autônoma Temporária*, enfatizando o caráter transitório que, a partir de um pico de liberdade, questiona toda a estrutura do Estado, mas não o desmonta diretamente. “Libera uma área (de terra, de tempo, de imaginação) e se dissolve para se refazer em outro lugar e outro momento, antes que o Estado possa esmagá-la” (BEY, 2001, p. 5).

Brincando com as construções genealógicas foucaultianas de Ciência e a proposição de Hakim Bey, fazer ciência produz levantes na medida em que compõe espaço de resistência à vigência e que permite reconhecer os outros conhecimentos disparados no seu interior. Espaço que

⁸ Merhy (2002) utiliza-se da metáfora do trabalho vivo (na verdade, uma categoria marxista para a análise do trabalho) para dizer de um trabalho criativo, no sentido de expressar uma dimensão ética, estética e política do trabalho como condição de humanidade.

*inventa a contra-mola que resiste*⁹ e que acena para outra produção de ciência. O reconhecimento de tais pontos de ruptura como focos de resistência política é da maior importância, já que ataca a lógica do sistema não como abstração, mas sim como experiência vivida (GUATTARI; ROLNIK, 2013). Em um contexto de homogeneização que opera através da apreensão da vida, colando-a ao capital, pensar reversões dessa estratégia, uma vez que o poder não se apropria de toda a força-invenção, propicia deslocamentos. A vida é uma potência, que funda, inaugura, dispara uma singularidade. Os deslocamentos da subjetividade, as variações de formas de vida, a criação de outros territórios existenciais mediante as relações com forças externas que nos forçam a ser de outro modo, isso é resistência, invenção, processos de subjetivação que se conectam com a vida. É importante frisar que é exatamente no que o poder investe que se ancora a potência de resistir. Produz-se levante e ruptura por dentro do instituído. Inspirada nestas proposições este projeto busca percorrer experiências de pesquisa na aposta de uma outra ciência possível. Pensar a relação entre ciência e conhecimento é explorar também a política e os mecanismos cada vez mais sutis de dominação e de poder que gerenciam o cotidiano das subjetividades, em todos os domínios, e aqui, mais especificamente, no território da pesquisa em saúde.

Entendendo que literatura não é o mesmo que ciência, tampouco seu oposto, este trabalho irá utilizar de estratégias de *narrativas densas*, a partir da ideia de que realidades narrativas incitam reflexões metodológicas e teóricas (MORAWSKA-VIANNA, 2007).

Onocko Campos e Furtado (2008) produzem um trabalho de revisão sobre o uso da narrativa em pesquisas em Saúde e concluem ser a narrativa um dispositivo de mediação, uma ferramenta metodológica entre o que se diz e o que faz (discurso e ação). (ONOCKO-CAMPOS; FURTADO, 2008). Aqui neste trabalho, entretanto, a narrativa é, em si, a metodologia e o produto, não faz mediação. Ela explora a capacidade de construir novos olhares sobre a pesquisa, não é codificada, lida, dissecada e interpretada em termos de teoria, é, ela própria, produtora de densidade, de rigor, de densidade analítica e de suavidade.

A narrativa “não está interessada em transmitir o ‘puro em si’ da coisa narrada como uma informação ou um relatório. Ela mergulha a coisa na vida do narrador para em seguida retirá-la dele” (BENJAMIN, 1994, p.205)

Benjamin (1994) tinha como conceito central de sua filosofia a experiência e, como expressão desta, a narrativa, considerada a arte de contar uma história, um acontecimento infinito, “pois

⁹ “Primavera nos Dentes” no álbum “Secos e Molhados” de Secos e Molhados (1973).

um acontecimento vivido é finito, ou pelo menos encerrado na esfera do vivido, ao passo que o acontecimento lembrado é sem limites, porque é apenas uma chave para tudo o que veio antes e depois” (p. 37). Não é a lembrança acabada de uma experiência, pois ela se reconstrói à medida em que é narrada. Para Walter Benjamin, a narração tem como alvo a transformação do presente através da articulação do passado.

"Articular historicamente o passado não significa conhecê-lo 'como ele de fato foi'. Significa apropriar-se de uma reminiscência, tal como ela relampeja no momento de um perigo" (BENJAMIN, 1994a, p. 224). Benjamin não está colado com a pretensão de Verdade ao evidenciar a impossibilidade de narrar uma história *ipsis litteris*. A narrativa rompe com o discurso pretensamente universal da ciência positivista.

A contrapelo, portanto, das histórias oficiais, nas suas brechas, nas suas ruínas, nas histórias não contadas dos vencidos (barbárie) que subjazem aos seus monumentos (cultura) – é onde Benjamin situa, ética e politicamente, o ofício do historiador. Interessado nos restos, nos trapos do passado que foram esquecidos e que jazem inúteis, arrancando-os do contexto em que foram encerrados para arranjá-los em novos ordenamentos, consoantes ao presente, o historiador benjaminiano age como um trapeiro e colecionador. A narração da história, assim, não trata de enumerar sequencialmente os acontecimentos, mas, “fazendo emergir momentos privilegiados para fora do continuum cronológico”. (ONOCKO-CAMPOS et al. 2013, p.2851)

Essa não é uma problemática que afeta a somente a produção de conhecimentos pela história. Na obra "Pistas do Método da Cartografia", Passos e Barros (2015b) discutem um problema metodológico importante no campo da pesquisa em saúde, que diz respeito a uma "política da narratividade". "No trabalho da pesquisa e da clínica, de alguma forma, é sempre de narrativas que tratamos" (PASSOS; BARROS, 2015b, p.150). Facilmente entendida como uma estratégia de coleta de dados, a narrativa pode reiterar uma percepção positivista de pesquisa, que separa pesquisador de seu objeto e que, ainda, utiliza-se das narrativas do sujeito de pesquisa para, através de um conhecimento superior, desvelar a verdade que ali habita. A política da narratividade aqui é entendida na sua radicalidade, não só para tomá-la como estratégia de coleta de dados, mas ter a própria narrativa como produto da pesquisa, do pesquisador-objeto.

Por mais cuidadosa que seja a escolha do método usado para investigar o mundo, o pesquisador sempre é parte daquilo que está investigando, pois o mundo é visto a partir de determinada estrutura e dimensão humana. Este é

um aspecto que a ciência tende a esquecer. (ONOCKO-CAMPOS et al. 2013, p 2848)

Sobre a política da narratividade, Passos e Barros (2015b) destacam que a escolha de uma posição narrativa não pode ser encarada como desarticulada das políticas que estão em jogo: políticas de saúde, políticas de pesquisa, políticas da subjetividade, tendo em vista que, de saída, toda produção de conhecimento se dá a partir de uma tomada de posição que nos implica politicamente.

Em texto de 2004, Merhy discorre sobre as dificuldades encontradas por um de seus orientandos que se depara com a insuficiência da noção de que o pesquisador não é neutro, produzindo uma reflexão sobre o *sujeito implicado* (MERHY, 2004).

O seu problema é que além de sujeito interessado você é um sujeito implicado. Você é o pesquisador e o pesquisado. E, assim, o analisador e o analisado. Você é um sujeito militante que pretende ser epistêmico e os desenhos de investigação que temos como consagrados no campo das ciências não dão conta deste tipo de processo. Precisamos pensar melhor sobre isso e encontrar novas pistas. (MERHY, 2004, p. 2)

As pistas apontam, primeiro, para o reconhecimento da aposta das investigações hegemônicas em validações dos conhecimentos a partir do encontro entre sujeitos epistêmicos, armados de teorias e métodos - sujeitos epistêmicos constituídos a priori de qualquer pesquisa, integrados às lógicas de poder, da ideologia e dos afetos, inclusive do sujeito amoroso no processo de pesquisa (MERHY, 2004). Há, entretanto, estudos em saúde, e esta dissertação se reconhece assim, que procuram uma saída para o tema da construção do conhecimento, não o reconhecendo dependente do que "uma certa ciência" tem instituído, convidando para ver, de um ponto de vista otimista e amoroso, outras ciências sendo feitas (MERHY, 2004).

Através das narrativas densas que seguem, essa dissertação busca dar conta desses desafios considerando que o narrador transmite uma história sem se colocar no ponto de vista de uma autoridade sobre aquele assunto, sobre o qual tudo lhe é natural e explicado. Ele efetua o papel de seguir transmitindo as experiências mesmo que nem tudo seja explicado com "comos" e "porquês", ou seja, sem a necessidade de que domine todas as compreensões sobre o assunto, deixando, de certa maneira, aberturas para compreensões diversas.

EXPERIÊNCIAS MICROPOLÍTICAS ENGENDRADAS PELAS PRÁTICAS DE PESQUISA

focos de resistência disseminam-se com mais ou menos densidade no tempo e no espaço, às vezes provocando o levante de grupos ou indivíduos de maneira definitiva, inflamando certos pontos do corpo, certos momentos da vida, certos tipos de comportamento. Grandes rupturas radicais, divisões binárias e maciças? Às vezes. É mais comum, entretanto, serem pontos de resistência móveis e transitórios, que introduzem na sociedade clivagens que se deslocam, rompem unidades e suscitam reagrupamentos, percorrem os próprios indivíduos, recortando-os e os remodelando, traçando neles, em seus corpos e almas, regiões irreduzíveis. (FOUCAULT, 1988, p. 106-107)

Aqui, estes ensaios se compõem experimentando, virando e revisando o objeto, o campo e a pesquisadora, questionando-os e o tateando-os, provando-os e os submetendo à reflexão; atacando-os de diversos lados, até que não haja mais diferença entre objeto, campo e pesquisadora. Esse capítulo é composto por três cenas-narrativas, que permitem tornar visíveis dimensões micropolíticas do fazer pesquisa. A primeira descreve a aprendizagem da pesquisa como produção rizomática em rede, conectada por relações entre diversidades. A segunda é composta por um *acontecimento*, que fez funcionar a implicação na pesquisa. E, por fim, uma terceira, que faz refletir sobre a pesquisa como aprendizagem, com o cotidiano produzindo educação permanente e conhecimento significativo sobre o pesquisar.

Arranjos em rede que dão espaço às tecnologias leves na produção do conhecimento

A poeira de terra vermelha e seca recebe sol escaldante já pela manhã de 04 de agosto de 2015. O Palácio do Planalto está agitado, centenas chegam para a cerimônia de comemoração dos dois anos no Programa Mais Médicos. No evento, o Ministro da Saúde, Arthur Chioro, irá apresentar dados sobre o impacto do programa, parte dos quais é fruto das pesquisas da Rede-Observatório do Programa Mais Médicos. Um pequeno grupo de pesquisadores foi convidado para assistir à cerimônia representando a Rede-Observatório, que se soma aos representantes de outras redes de pesquisa, de movimentos sociais, de gestores, dos médicos cubanos e tantos outros, numa cerimônia que ocupou todo salão que

toma o segundo andar do Palácio.

A produção dos dados que compunham a apresentação e todos os demais, gerados na pesquisa, incluiu meses com diversos pesquisadores debruçados sobre os dados e sobre contextos cotidianos do Programa, identificando eventos num conglomerado de registros sobre o trabalho no interior do Sistema Único de Saúde em todo o país, debatendo ideias, identificando situações singulares em territórios específicos, produzindo relatórios. Encontros de dias sem sair do hotel, que ficava a poucos metros do aeroporto, longe do centro. Aqui nem se trata da distância física, mas de um ritmo de trabalho voltado para as atividades da oficina, sem muita conexão com o exterior. Nem deu para ver as cidades, que pareceram reduzidas aos “eventos” aeroporto, trajeto, hotel. Pesquisadores voltados aos dados sem fim, números, tabelas, gráficos e parâmetros.

Em vários momentos eu, particularmente, olhava para as tabelas como quem poderia estar olhando uma pintura de Kandinsky. Volta e meia interrompidos pelo cheiro de pão de queijo requentado no microondas, sabíamos que seriam borrachudos e o bolo seco, mas íamos todos para o *coffee break*. Os dados dos sistemas de informação foram combinados e constituídos em indicadores. Era necessário “ver” o Programa no território brasileiro, o que significava construir tecnologias de análise e aplicar em dados e informações disponíveis, numa pressão externa constante de “mostrar resultados” e uma convicção importante dos pesquisadores de que a análise deveria considerar múltiplos fatores (não apenas ser uma análise multifatorial, submetida à lógica epidemiológica de identificar um *qantuun* de influência de X sobre Y) e, sobretudo, cenários complexos e a dimensão micropolítica do Programa no desenvolvimento da atenção básica. Os bancos de dados disponíveis e a pressão externa operando de um lado, e a experimentação que atravessara os pesquisadores, no contato com diversidades e cenas intensas no trabalho de campo, de outro. Um lado produzindo forças para gerar indicadores e evidências com densidade acadêmica; outro lado produzindo forças para mostrar a dimensão micropolítica do trabalho, para encharcar de vida o cotidiano do Programa, visto e vivido nas diferentes cenas e por meio dos diferentes depoimentos. Um e outro lados gerando demandas teóricas e metodológicas para produzir conhecimentos úteis e oportunos, capazes de fazer da pesquisa uma experiência de aprendizagem significativa, para alimentar o conhecimento disponível, para embasar enunciados sobre o Programa, mas também para gerar desenvolvimento no trabalho no interior do SUS. Uma pesquisa para dar visibilidade ao cotidiano do Programa e que tivesse

como efeito o adensamento das decisões políticas sobre o mesmo num cenário de implantação recente e de grandes disputas discursivas. Também imersos em métodos e técnicas de pesquisa que mostravam a inviabilidade da análise e o risco de “contágio” da pesquisa e do conhecimento produzido pela “prática” (pela “política”, pela “prática imperfeita” no interior dos serviços, por variáveis de confusão e vieses ...). A tensão entre “ciência”/teoria e trabalho/prática atravessava a pesquisa, como convite à invenção e como acusação¹⁰.

Para essa etapa, inicialmente foram definidos aspectos a serem observados, combinando a experiência e expertise dos diferentes pesquisadores. Os grupos se articulavam em torno da manipulação dos bancos e de relatórios de análise, com interveniência de relações de alteridade entre diferentes formações disciplinares, experiências em pesquisa e inserções institucionais, na pesquisa e nos serviços. Um pequeno alvoroço se forma em um dos grupos: os dados são incoerentes. A análise de indicadores produzidos com a “melhor” técnica estatística mostrou resultados muito diversos que, numa leitura mais dura, diziam que *nada se relacionava com coisa alguma... A indicação* dos coeficientes e percentuais não condizia com a experiência dos pesquisadores e da rede científica que se constituiu para as análises. Uma pausa no trabalho de aplicar técnicas e metodologias de cálculo. Afastando-se das tecnologias duras e leve-duras e liberando a conexão das experiências, foi possível uma nova relação pesquisadores e base empírica da pesquisa. Havia uma *evidência* de inconsistência¹¹

¹⁰ No diálogo entre Foucault e Deleuze (1989) sobre o trabalho intelectual e as formas de poder, Deleuze fala da “caixa de ferramentas” como um repositório de conceitos e teorias para serem utilizadas, para que funcionem, em relações não de aplicação, mas de revezamento: “Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico que deixa então de ser teórico, é que ela não vale nada ou o momento ainda não chegou” (FOUCAULT e DELEUZE, 1989, p. 71). Diz-nos Deleuze que não se refaz uma teoria, outras são feitas; que as relações “teoria-prática são muito mais parciais e fragmentárias” do que mera aplicação de uma sobre a outra. Teorias são sempre locais, relativas a um domínio específico, mas que podem ser aplicadas a outro domínio distinto, em relação de revezamento. Entretanto, “desde que uma teoria penetre em seu próprio domínio encontra obstáculos que tornam necessário que seja revezada por outro tipo de discurso (é este outro tipo que permite eventualmente passar a um domínio diferente)”. Teoria e prática constituem reciprocamente relações de revezamento de uma a outra: “Nenhuma teoria pode se desenvolver sem encontrar uma espécie de muro e é preciso a prática para atravessar o muro” (FOUCAULT e DELEUZE, 1989, p.69).

¹¹ Inconsistência aqui não significa apenas variação de qualidade nos registros e nas bases de dados. Significa que o tratamento dos dados gerava evidências estranhas e até opostas à sensação corporal dos participantes. O tratamento metodológico, com o requinte dos aparatos tecnológicos disponíveis, não gerava a consistência necessária, alimentando enunciados teóricos sobre as práticas, mas negando as redes explicativas produzidas desde a prática. A expressão inconsistência aqui tem o sentido de uma evidência que negava a prática do cotidiano, dos atores envolvidos no Programa e da prática dos pesquisadores, cujo corpo estava *inundado* pelas diferentes experiências do campo empírico. A

nas bases de dados utilizados!

O sistema fornecia dados iguais, de volume de consultas, para diferentes meses da mesma equipe de saúde. Muitas equipes tinham informações zeradas em alguns meses e, por fim, havia descontinuidades inexplicáveis no registro de atendimentos na atenção básica em muitos municípios. A situação se repetia em diversos períodos e municípios. Como poderia um município ter sua população tão organizada a ponto de todos adoecerem, todos os meses, da mesma coisa? E a produção idêntica em muitos períodos, como se fosse uma linha de montagem com metas fixas? E municípios com atenção básica com tradição de organização e funcionamento que, sem explicação, deixavam de informar seus registros? Como a pesquisa pode dar conta disso? Estávamos diante de um dos limites do estudo: a inconsistência do banco de dados disponibilizado pelo Departamento da Atenção Básica do Ministério da Saúde e, mais do que isso, a incapacidade desses registros de representar a realidade da “porta de entrada” do sistema local de saúde. E agora? Opiniões para todo lado, certa descrença e muita agitação. As análises poderiam seguir, o software e o estatístico poderiam ignorar esse problema, afinal, "são os dados oficiais" é com o que devemos trabalhar. Entretanto, sabia-se que o resultado seria pouco confiável. Desta vez, ao sermos interrompidos pela chamada aos não apetitosos pães de queijo, ninguém saía. Gestores-pesquisadores que compõem a equipe ajudavam o grupo a entender como os dados são enviados para a base nacional e a mapear de onde viriam as divergências de informações, trabalhadores de saúde nos evidenciavam as dificuldades de registro que as equipes encontram e como funciona o financiamento da Atenção Básica baseado em produtividade.

Considerando a relevância dessas constatações, o grupo desenvolveu um protocolo de validação das informações existentes nos dois principais sistemas nacionais de uso na atenção básica, de forma a construir um banco de dados integrado sobre indicadores de sua produção no Brasil. Neste sentido, o método assumido no estudo também representou um resultado significativo, uma vez que media soluções encontradas por órgãos de controle e devolvia para o setor saúde informação depurada para melhor elaboração de planejamento, bem como no auxílio do controle, acompanhamento, avaliação e auditoria dos serviços de saúde. Uma equipe multiprofissional, com experiência não só na pesquisa, mas no cotidiano da gestão e do trabalho em saúde garantiu que soluções se apresentassem.

evidência produzida pela técnica se opunha à *inteligência* produzida pela prática (FERLA, CECCIM e DALL’ALBA, 2012).

Duas questões relevantes requerem uma pausa na narrativa e pedem uma reflexão mobilizada pela tensão entre a teoria e a prática. A teoria aqui como aplicação das metodologias de análise e dos conceitos sobre a prática do “mundo do trabalho” no Programa e na pesquisa. Prática como o trabalho de gestão e cuidado no interior do Programa e na pesquisa. Retomando o diálogo Deleuze e Foucault, a relação de aplicação entre teoria e prática encontrou um muro, e foi preciso construir uma relação de transversalidade para a travessia. Duas questões são colocadas aqui: a potência da produção em rede, que aloca à prática a densidade do diverso, do entredisciplinar¹², da alteridade no fazer pesquisa; e a potência do interdisciplinar¹³, aqui mais visível no estranhar o indicador epidemiológico com o registro sensível.

Foi preciso construir outro enunciado para descrever o processo de pesquisa, que incluiu estranhar a naturalidade com que a Epidemiologia e a Estatística dominavam a produção de conhecimentos. A construção interpretativa não estava em desvelar o dado por meio da aplicação de métodos e técnicas capazes de gerar indicadores; para produzir conhecimentos úteis em cenários de complexidade era preciso estranhar o que há de duro no processo de pesquisa e evocar a dimensão relacional para dar-lhe significado. É fazer uso de tecnologias leves no cotidiano da pesquisa, considerando trabalho em rede (diversidade de experimentações e expertises, produção de estranhamento pela diversidade) e a diversidade de domínios disciplinares dos pesquisadores e dos olhares sobre o “empírico”; a tecnologia leve na pesquisa, como no cuidado, é uma parte das naturezas tecnológicas que intervêm na produção de conhecimentos, mas também a base da alquimia necessária para gerir o aparato teórico-metodológico da pesquisa¹⁴. A implementação de uma política pública tem vetores de

¹² O “entredisciplinar” remete ao território que está entre uma disciplina e outra, que chama à descoberta como forma de travessia. (CECCIM; FERLA, 2008).

¹³ No sentido de produzir tensões disciplinares e desenvolver o conhecimento, conforme registra Madel Luz (2009), ao afirmar que tensões disciplinares estão na base da vitalidade do campo da Saúde Coletiva e alocam ao campo uma característica de complexidade.

¹⁴ Poderia citar Minayo (1996), dizendo que a metodologia inclui a criatividade dos pesquisadores. Mas parece que aqui é mais potente fazer uma analogia da pesquisa com a produção de cuidado, tomando a formulação de Merhy (2002): de forma similar à produção de um cuidado voltado à integralidade, que requer a gestão da combinação de tecnologias ofertadas com base nas tecnologias relacionais (que dão expressão ao que há de singular na cena do cuidado), a alquimia de métodos e técnicas de pesquisa requer um toque de artista, da sensibilidade do local (a tecnologia leve como dispositivo de trabalho vivo em ato). A pesquisa é, portanto, ao mesmo tempo, produção de conhecimentos e aprendizagem (produção de si, formação do “pesquisador” e educação permanente como produção de saber sobre o cotidiano do fazer).

força que se complementam, que se contrapõem, que se chocam e que se hibridizam, e somente o olhar em profundidade nas experiências nos dá a dimensão de complexidade necessária para avaliar. Não se trata apenas de identificar indicadores (o quantificável), mas o que há de potência e singularidade, que surgem em determinados momentos para resolver problemas concretos no cotidiano. O singular não é particularidade, compõe redes rizomáticas e produz tensões entre o conhecimento prévio e os problemas do cotidiano, entre as formas das políticas e a dimensão micropolítica das práticas do cotidiano. O singular e o cotidiano da implementação da pesquisa também são questões do fazer pesquisa.

Quando se percebe a pesquisa como ato de produção de aprendizagem, demarca-se a travessia entre o visível/sabido e a fronteira da produção de outras alternativas para aprender e desenvolver o trabalho (CECCIM; FERLA, 2008). Para dar conta dos desafios da pesquisa é preciso olhar a dimensão micropolítica e identificar a tensão, o ruído entre formas instituídas e o que pede passagem por todos os lados. Na dimensão micropolítica possibilita-se o desenvolvimento de tecnologias, inclusive de tecnologias leves, para superar os impasses do cotidiano de pesquisa (MERHY, 2014). Importante lembrar, como nos apresenta Madel Luz (1988), que a matriz do conhecimento que embasa os modos vigentes de formar e pesquisar em saúde está colado num padrão de racionalidade que se distancia dessa expectativa e, portanto, há ousadia e inovação nessas iniciativas de pesquisa.

Destaque que o ensaio não se pretende como processo de desenvolvimento de ferramentas metodológicas para extrair do campo dados mais fidedignos. A narrativa não trabalha para a ciência régia, para reiterá-la, ela é linha de fuga do vigente. Aqui ela vem dar visibilidade aos *intercessores*¹⁵ que constituem a prática de pesquisa, artifícios que incitam saberes. Um intercessor produz movimento para a descoberta, para o não saber. Parte-se do que se tem, do que se sabe, para o que não se tem, o que não se sabe, até, por exemplo, em práticas quantitativas. E nem ali o pesquisador é neutro, pois toma-se dos dados, produz ação política, ativa e, nessa produção, contamina-se ao dar passagens para múltiplos processos de subjetivações e de fabricação de mundos.

¹⁵ Intercessor, segundo as proposições de Deleuze e Guattari, remete "(...) ao verbo interceptar, com suas conotações de deriva, devir, desvio; ou, paralelamente, ao verbo interceder, menos por suas ressonâncias religiosas do que pela função de correlação recíproca que implica – em um “ceder entre”, nada se preserva como antes do próprio ato. (...)” (RODRIGUES, 2011 p:236).

O depoimento como explosão ético-estética-política

Em Brasília, o Salão Nobre está repleto para a cerimônia oficial de comemoração dos dois anos do Programa Mais Médicos, inclusive com um grande grupo de médicos cubanos, de jalecos e empunhando pequenas bandeiras do Brasil e de Cuba, que se destacam pelos seus gestos expansivos e sorrisos largos. Dentre as autoridades, estão presentes também os ministros da Educação, Renato Janine, e da Casa Civil, Aloizio Mercadante, além, claro, da presidenta da república, Dilma Rousseff. Os protocolos de palácio, mestre de cerimônias e descida da rampa das autoridades tentam fixar num plano reto a excitação que transborda por todos os lados. Estamos excitados, é a pesquisa tendo seus primeiros resultados apresentados em momento tão importante, ainda de consolidação da política. São tabelas e números, para mim em certa medida ainda abstratos, mas que neste espaço configuram-se, ao mesmo tempo, como *artesanía* de métodos e técnicas de produzir conhecimento oportuno sobre implementação de uma política e como conhecimento implicado na manutenção de direitos garantidos pela política. Porque fazer pesquisa é uma prática política, atravessada e modelada por relações de saber-poder. O processo de produzir conhecimento é marcado pelas tensões e os jogos de poder que caracterizam as relações em diferentes contextos sociais e que caracterizam a realidade como essencialmente polissêmica, plural e complexa (ZANELLA; SAIS, 2008). A implementação de políticas também se caracteriza por jogos de poder-saber e capacidade de enunciação e produção de imaginários. Mas a pesquisa é também descoberta!

Durante a cerimônia que lançou os dados para validação pública, as paredes da obra de Oscar Niemeyer veriam subir ao púlpito Ana Luiza Lima, mulher, jovem, longos cabelos cacheados, pobre, nordestina e vívido sotaque potiguar, cursando medicina numa universidade criada numa política de expansão do ensino superior vinculada ao Programa Mais Médicos. Há o que escapa ao dado, ao número, até em pesquisa que produz indicadores quantitativos. Desde um lugar de autoridade da experiência local, constituída por linhas de força das políticas e da superestrutura, mas, principalmente, pela dimensão micropolítica do cotidiano, Ana Luiza disparou:

"Cara presidenta Dilma, nesse momento me vem à memória seu primeiro discurso quando foi eleita como a primeira mulher na presidência da República do Brasil. Naquela ocasião a senhora falou aos pais e mães de

todo o Brasil, para que olhassem nos olhos de suas filhas e lhes dissessem que elas também podiam ocupar o cargo mais importante do Brasil. Pois agora peço-lhe permissão para reconstituir a sua afirmação, dizendo que: no Brasil de hoje a neta de um agricultor do interior do Nordeste ou de qualquer outra região do interior do Brasil já pode sonhar em ser *doutora*. Termino então com uma frase do grandioso mestre Ariano Suassuna, que certa vez disse: 'é muito difícil vencer a injustiça secular que dilacera o Brasil em dois países distintos: o país dos privilegiados e o país dos despossuídos', e acrescentou, em outra ocasião: 'o sonho é o que leva a gente pra frente'. Coragem, presidenta Dilma. Estamos certos de que nada nos impedirá de sonhar."

Ana Luiza estava lá demarcando o papel fundamental do Programa Mais Médicos em democratizar o acesso, ampliando vagas públicas e abrindo as portas da universidade a segmentos excluídos social e historicamente, na tentativa de pagar uma dívida de inércia, imobilidade e elitismo. Pontuou uma característica relevante de políticas públicas em contextos de adversidades marcantes: a produção de um vetor de equidade. A partir dali seria, para mim, o Acontecimento-Ana Luiza¹⁶. A marca, em mim, do compromisso ético de fazer pesquisa, sobretudo para análise de políticas sociais. Qual o compromisso do pesquisador com os resultados daquilo que pesquisa? O relato de Ana Luíza fazia, também, parte da pesquisa. É um resultado do Programa Mais Médicos. Resultados os quais a Rede-Observatório do Programa Mais Médicos tenta mapear.

Arrepiada com o Acontecimento-Ana Luiza. Mas não só os efeitos do Programa no interior no Rio Grande do Norte, como as lágrimas que brotavam na pesquisadora, são resultados. Nascia ali, em mim, o desejo de percorrer as pesquisas para além do extensivo, do plano macropolítico, mas no intensivo, nas práticas cotidianas e micropolíticas do fazer pesquisa, dos resultados e efeitos. Não interessavam só o os dados nacionais, do plano das disputas

¹⁶ Acontecimento é usado aqui com inspiração na filosofia deleuzeana. Segundo o sistema estoico, nos informa Deleuze, há dois tipos de tempo. Em primeiro lugar, o Cronos que diz respeito à mistura de corpos ou estados de coisa, e por isto preside a ordem das causas; é caracterizado pela sucessão de instantes, ou seja, sua gênese deve-se à "forma cíclica do infinito" em que um eterno presente, que contrai todos os instantes, se descontraí em presentes pontuais que são passados ou futuros uns em relação aos outros. Em segundo lugar há o Aion, que diz respeito aos incorporais e, por isso, é caracterizado pela fuga incessante do presente, seja no sentido do passado seja no sentido do futuro, ou melhor, sua gênese deve-se à "forma da linha reta ilimitada". A partir dessas configurações relativas à temporalidade, o problema deleuzeano será o de acoplar o tempo cíclico infinito ao tempo retilíneo ilimitado, por este motivo o acontecimento será nomeado como a instância que participa de ambos os registros temporais, de modo que haja encarnação dos acontecimentos nos corpos e estados de coisa, bem como acontecimento puro, caracterizado nas palavras de Deleuze como "sempre qualquer coisa que acabou de passar ou que vai se passar, simultaneamente, jamais qualquer coisa que se passa" (DELEUZE, 2000, p. 79).

macropolíticas da implantação e manutenção do Programa, mas os pequenos calafrios dos pesquisadores e os choros copiosos. O cotidiano dos que diariamente vivem o Programa Mais Médicos no interior dos serviços, das aldeias e da universidade. Aquilo que mobiliza a pesquisar. As miudezas do campo. Uma política e uma pesquisa precisam ter efeitos em rede e, ao mesmo tempo, porosidades e emergências que o olhar distante nem sempre vê, negando-os e os sedando. O pensamento segue. Aplausos fervorosos tomavam conta da plateia. A presidenta não deu conta de manter o protocolo: abraços em Ana Luiza.

Com violência, a fala de Ana Luiza reverberava, apontando afecções¹⁷ da pesquisa em mim, o corpo sendo afetado pelo mundo. A pesquisadora vai deparando-se com novos desafios: de que ordem é o rigor da pesquisa quando reconhecemos nossa implicação? “O rigor aqui é mais da ordem de uma posição ontológica do que metodológica, intelectual ou erudita: é um rigor ético/estético/político” (ROLNIK, 1993). E é seguindo as proposições de Guattari e Rolnik (2013) a respeito de pensar o compromisso que firmamos em nossa atuação, seja clínica, de pesquisa ou perante a vida, que estabelecemos um rigor ético-estético-político. Não se trata de um conjunto de regras tomadas como valor em si, metodológico, nem um regime de verdades, ou campo de saber, pois ambos são de ordem moral. O que Rolnik (1993) define por ético é o rigor com que escutamos as diferenças que se fazem em nós e afirmamos o dever a partir dessas diferenças. Estético porque não é domínio de um campo já dado, mas sim o da criação, criação que encarna as marcas no corpo do pensamento, como numa obra de arte. Político porque este rigor é o de uma luta contra as forças em nós que obstruem as nascentes do dever. A maneira de produzir ação no mundo se faz na invenção de novos modos de viver e de intervir nas relações que nos impedem de vivenciar o estranho, o novo. Cartografar esses movimentos na experiência de pesquisa aponta para o rigor com que encaramos o campo. Ligar a pesquisa, o fazer da política pública que ela analisa e a aprendizagem que decorre desse processo na sua dimensão ética-estética-política. Esse é um

¹⁷ As afecções são modulações das realidades existentes, isto é, os modos são afecções da substância e eles próprios se modulam, se afetam, pelo efeito do encontro de uns com os outros. Essa propriedade de afecção é concebida como movimentos de fluxos existenciais que aumentam ou diminuem a potência da vida dos sujeitos, produzindo os afetos (affectus), de acordo com as intencionalidades e com as intensidades decorrentes desse mesmo encontro. A intenção de Spinoza (2010), na terceira parte da *Ética*, é estudar a dedução genética dos afetos, uma verdadeira ciência dos afetos. Aqui, busco em Spinoza esteio para uma discussão que assume o propósito de “acompanhar os movimentos afectivos da existência construindo cartas de intensidade, ou cartografias existenciais que registram menos os estados do que os fluxos, menos as formas do que as forças, menos as propriedades de si do que os devires para fora de si” (PASSOS E BENEVIDES, 2006).

desafio que faz sentido. Mas, como realizá-lo no cenário da ciência contemporânea, que outorga legitimidade para o fazer acadêmico?

São fragmentos de pesquisas, são as experimentações da pesquisadora, os mapeamentos da implicação que, “ao invés de viés de pesquisa, possam tornar-se, no tensionamento com a teoria, uma ferramenta para o revezamento teoria e prática” (FERLA, 2007, p.19).

Toda e qualquer pergunta de pesquisa indica, em maior ou menor grau, o lugar de onde fala o pesquisador. Lugar teórico, epistemológico, ético, instituído e instituinte de possibilidades de olhar, de compreender, de (re)conhecer e de ser (re)conhecido, o que demarca a inexorável condição social do próprio pesquisador e do que investiga. (ZANELLA; SAIS, 2008)

Pois todo sujeito que se vê na tarefa de produzir conhecimento científico é, em sentido amplo, um sujeito implicado (MERHY, 2004). A pesquisa como implicação com o seu objeto de pesquisa. Há uma superfície de contato aqui que é negada na pesquisa feita na estreita observância da ciência régia e é tornada visível pelo pesquisador implicado. Se há superfície de contato, há possibilidade de contato. Um plano de contato que objetualiza e nega (como trabalho morto, trabalho alienado) e um plano de contato que potencializa (como trabalho vivo). Uma pesquisa que se submete à teoria e à técnica, submete também o contexto da análise aos valores e normas vigentes. Na vigência atual, o Acontecimento-Ana Luiza é viés, é artefato. A pesquisa precisa potencializar o acontecimento, para tomar-se pelo compromisso político de produzir emergências do que atenua a vida e atenua também a autonomia¹⁸ do pesquisador. A pesquisa pode ser aprendizagem do pesquisador.

A pesquisa como *aprendizagem em ato*

Deixados os Dragões da Independência. Estamos agora em Porto Alegre, é uma segunda-feira cinza e fria: mais codificações de matérias da mídia nos esperam. Nosso grupo de análise de mídia, parte da pesquisa maior da Rede Observatório do Programa Mais Médicos, está completo sempre nas segundas. Somos um grupo grande, cotidianamente orientado por mim

¹⁸ Analisando a relação entre as políticas de cuidado e de formação profissional, Ferla (2007) pontua que o discurso da corporação médica, objeto de sua análise, define a autonomia profissional como subordinação do profissional e dos saberes que mobiliza para exercer sua clínica de acordo com as melhores evidências do conhecimento. Ou seja, se torna assujeitado pelo discurso da ciência vigente e pelos valores que a sustentam. Na pesquisa, o domínio da técnica assujeita o pesquisador e produz nele cegueira em relação ao seu objeto de pesquisa. Nessa dissertação, há uma ideia de pesquisa como trabalho vivo, como produção de si, como aprendizagem (MERHY, 2002).

e pela Professora Amanda, vários alunos de graduação, em sua maioria da Saúde Coletiva e da Enfermagem, mas contamos também com representantes da Estatística e da Sociologia. Estamos apertados entre os computadores. Trabalhando no projeto há meses, sob uma rubrica de códigos para análise de mídia. É mais um dia de trabalhar sobre o software, codificar a infinidade de matérias, notícias e reportagens. Em Saúde Coletiva, não imaginamos a possibilidade de investigar um serviço, uma rede, seus arranjos e as práticas ali inscritas sem envolver os atores locais nesse processo, fazendo com que a oportunidade da pesquisa seja um momento para reflexão autoanalítica (MERHY, 2004). No cotidiano de uma pesquisa com códigos e dados, como possibilitar aos estudantes em formação a oportunidade de serem eles também produtores do saber que o movimento de se debruçar analiticamente sobre os processos enseja?

Foi naquela segunda-feira que decidimos abandonar nossa rubrica de análise. Vínhamos trabalhando sobre ela havia meses e, cada vez mais, percebíamos que aqueles códigos não faziam sentido para nós, mas, ao mesmo tempo, nos sentíamos presos a eles. Já havíamos mapeado a partir daquela rubrica as intervenções sobre o Programa Mais Médicos dos candidatos a cargos eletivos no processo eleitoral de 2014, buscando identificar os interesses, as imagens e as crenças em convergência e disputa no processo. Ainda assim aquela árvore de códigos nos limitava, no processo de codificação percebemos que a rubrica formulada de antemão não dava conta da realidade que encontrávamos ao ler as reportagens.

"O objetivo deste grupo deixa de ser codificar com base em uma rubrica e passa a ser desenvolver uma metodologia inovadora de análise de mídia". O dia cinza e tedioso ganhou cores de desafio. A ideia era boa, mobilizava e motivava o grupo, mas, ao mesmo tempo, controversa: gera frustração pensar nos materiais que já temos codificados sob a rubrica antiga, o que fazer com eles? De onde começamos para produzir uma metodologia nova de análise? Ainda não sabemos responder, mas prevalece a afirmação de que aquela pesquisa precisa produzir conhecimento em quem dedica horas lendo matérias de jornal antigas. Dizem Carvalho e Ceccim (2006) que o conhecimento diz respeito ao conjunto de saberes e práticas, à construção da experiência cognitiva e afetiva diante dos objetos de conhecimento e permanece ao longo do tempo como apropriação singular. A informação, por sua vez, se compõe por dados, acumulações, erudição por conteúdos e não reinventa as realidades, as absorve como dadas. É fundamental que as experiências de pesquisa dentro da universidade realizem a organização e a compreensão da informação, mas implementem uma educação

formativa. Seu principal objetivo é a construção do conhecimento, e não a reprodução do que já se sabe ou ainda da memorização de conhecimentos destituídos de significado, o que ocorre quando é baixa a compreensão dos objetos de conhecimento.

Estamos elaborando nossa nova estratégia de categorização dos dados. Já não nos interessava o que cada personagem aparecia falando no jornal, mas a imagem geral passada pela reportagem. Um dos bolsistas mais antigos no projeto está trabalhando com uma das meninas recém ingressantes. Ela encontrou um impasse ao ler uma das reportagens que fazem parte da nossa amostra, não sabe se a codifica como "Neutra-Informativa" ou como "Desfavorável", pois não há nenhuma menção direta ao Programa Mais Médicos ser ruim. Ele intervém questionando-a:

- Com qual a sensação que tu ficas sobre o Programa depois de ler?

- De que ele viola os direitos humanos e trabalhistas dos cubanos.

- Então é 'desfavorável', porque toda matéria tem pretensão de neutralidade, mas a gente está tentando justamente mostrar que não é neutro, que o jornalismo praticado aqui pretende construir imaginários sobre o Programa.

A pesquisa começa a ganhar alguns contornos preciosos, onde a sensibilidade dos pesquisadores se aguça não apenas pelo conteúdo do que é dito, mas pelo enunciado que está por trás dele. Rapidamente a conversa entre os dois toma conta da sala, e o cartaz com o enquadramento de cada imagem é ampliado. O cartaz rosa pálido sobre enquadramentos "desfavoráveis" ganha um novo item: Imaginário de Violação dos Direitos Trabalhistas, Trabalho Escravo. O grupo evidencia não só a necessidade de composições interdisciplinares para estranhar as práticas de pesquisa e o pensamento, como para provocar os modos de organização da formação desses pesquisadores e da própria universidade, tão assentada ainda na forma disciplinar com que atravessou os últimos séculos. Há uma complexidade muito maior das questões que desafiam o pesquisador no cotidiano do que a lógica disciplinar consegue compreender. A formação, ainda centrada no convívio entre pares de cada profissão e formatada em disciplinas e campos disciplinares, não prepara para a pesquisa e para o trabalho.

A pesquisa é um espaço de formação em ato, em que o pesquisador atua como gestor da produção de conhecimentos em saúde coletiva. A aprendizagem da pesquisa como

dispositivo para produzir capacidades profissionais fortalece a autonomia do sujeito no exercício do trabalho. A autonomia do processo de pesquisa transcende os códigos para classificar uma reportagem e converte-se em capacidade de criar o trabalho, de dobrar a rotina de aplicação automática da técnica. A pesquisa atua na formação dos estudantes como inteligência para o cotidiano. Não é por outro motivo que, no caso da Rede-Observatório do Programa Mais Médicos, se faz a escolha de formar redes de instituições de ensino e colocá-las em contato com os serviços, implicar a formação e os serviços com o desenvolvimento do trabalho e do conhecimento. A diversidade é dispositivo de validação da descoberta e da aprendizagem. Atua como uma força de sobrecarga, de desgaste da superfície do que se reproduz de forma acrítica. Os serviços e a pesquisa passam a se compreender como escolas, no sentido de que a formação e a produção de conhecimentos lhes diz respeito, e as instituições de ensino implicam-se com o mundo do trabalho de forma constitutiva da formação e inventam novos arranjos organizativos para responder aos novos tempos. Uma aliança mais forte gera encontros mais potentes e produz-se novidade.

A oportunidade de fazer conexão entre teoria e prática, de construir estratégias de atuação, contribui para a aprendizagem e autonomia. A pesquisa deve ser tomada como oportunidade de integrar os conhecimentos desenvolvidos no seu interior e fortalecer a incorporação do trabalho coletivo de diferentes atores sociais, estudantes, professores, profissionais da saúde, usuários e gestores dos serviços públicos em saúde. Esta integração traz possibilidades e desafios para todos os envolvidos e fortalece a construção do conhecimento – e, no caso da Saúde Coletiva, de sanitaristas.

Os caminhos e modos de fazer pesquisa que se compreendem enquanto processo reverberam e ecoam em várias direções, produzindo efeitos e diferentes regimes de verdades que não necessariamente produzem certezas, mas novas perguntas e reflexões sobre o próprio objeto. Ou seja, não só produzem novas visibilidades e dizibilidades como também engendram processos inusitados de subjetivação, com a criação de outros sentidos no próprio processo instituinte da pesquisa (CERQUEIRA et al, 2014).

A essa altura, a reflexão sobre o fazer-aprendendo na pesquisa nos faz encontrar com a educação permanente em saúde, ou seja, a aprendizagem que se faz no cotidiano do trabalho, a partir das questões que pertencem ao fazer cotidiano. (CECCIM; FERLA, 2008). O fazer pesquisa pode gerar conhecimento significativo e desenvolver capacidades profissionais

diversas daquelas “entre pares”, disciplinares e fragmentárias da formação tradicional. Aqui, fazer pesquisa é negociar pontos de vista e deslocar-se o tempo todo; fazer pesquisa é aprendizagem de si e do mundo; é processo permanente de autoanálise.

As cenas-narrativas descritas nesse capítulo falam de uma descoberta da pesquisa em Saúde Coletiva, do processo sensível de produzir-se pesquisadora no campo. Para seguir na produção aqui ensaiada, foi preciso submeter-se a um novo contexto: revisitar dias de imersão no campo. Essa é a temática do próximo capítulo.

EMBRENHAR-SE NO TEMPO-ESPAÇO AMAZÔNICO COMO PRODUÇÃO DE CONHECIMENTO E ABERTURA À APRENDIZAGEM¹⁹

Embrenhar, v. t. Meter, esconder (nas *brenhas*, no mato); p. meter-se, internar-se (nos matos, nas *brenhas*)²⁰.

Nos embrenhamos, na Amazônia, na pesquisa. O dicionário Aurélio¹ atenta que o verbete *brenha* significa tanto floresta, quanto “situação confusa”. O cotidiano de pesquisa não é mais que uma *metodologia do embrenhar-se*: haver-se com o não previsto, seja na floresta ou nas paredes da universidade o pesquisar nos desafia a dobrar o pensamento, a lançar-nos ao novo. Senão, apenas mais do mesmo!

O território rural e ribeirinho se configura num conceito múltiplo e amplo, que ultrapassa os limites geográficos e abrange os modos de vida e suas territorialidades, inclusive para produzir sua saúde. Entende-se rural como envolvimento das diferentes realidades da população amazônica, que vive em comunidades e em consonância com a floresta, independente da sua localização, dentro ou longe da cidade. E a pesquisa tem que entender-se e ajustar-se a esses outros modos de levar a vida, meter-se em campo, *embrenhar-se*.

Plano de trabalho:

Primeiro dia: a) Manhã: reunião com a equipe e revisão do plano de trabalho de campo, revisão do material e dos roteiros de entrevista. Confirmação dos agendamentos. b) Tarde: deslocamento aéreo Manaus/Tefé e Tefé/São Gabriel da Cachoeira. Chegada no destino. c) Noite: Deslocamento ao hotel. Jantar. Descanso.

Segundo dia: a) Manhã: contato e entrevista com gestor municipal. b) Tarde: deslocamento

¹⁹ Uma versão deste capítulo está publicada na Revista Saúde em Redes: Ferla, Alcindo Antônio; Trepte, Renata Flores; Schweickardt, Júlio Cesar; Lima, Rodrigo Tobias de Sousa; Martino, Ardigò. Os (des)encontros da pesquisa no tempo-espaço amazônico: um ensaio sobre produção de conhecimento como abertura à aprendizagem. In: Revista Saúde em Redes, Porto Alegre, v. 2, n. 4, p. 241-261. 2016. No artigo original outras vozes embrenhadas compõem a escrita, no coletivo outros relatos compõem um mosaico narrativo, aqui, a pesquisadora recortou para as reverberações da experiência no seu corpo.

²⁰ Ferreira ABH. Pequeno Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa. 11 ed. totalmente rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira S. A., 1964.

até a USF 1. Entrevistas. Deslocamento até a USF 2. Entrevistas. c) Noite: Avaliação do desempenho no trabalho de campo. Ajustes na técnica das entrevistas. Avaliação e planejamento das atividades subsequentes. Jantar. Descanso.

Terceiro dia: a) Manhã: deslocamento até aldeia indígena. b) Tarde: Encontro com equipe de saúde indígena. Entrevistas. Deslocamento. c) Noite: Avaliação do desempenho no trabalho de campo. Avaliação e planejamento das atividades subsequentes. Jantar. Descanso.

Quarto dia: a) Manhã: Divisão da equipe. Deslocamento até as Unidades 3 e 4. b) Tarde: Deslocamento ao hotel. c) Noite: Avaliação do desempenho no trabalho de campo. Jantar. Descanso.

Quinto dia: Retorno a Manaus. Deslocamento.

Executando o plano:

O início do plano de trabalho do primeiro dia foi conforme o previsto. Por volta de 11 horas da manhã, após revisão do script desenhado para o trabalho de campo, nos deslocamos ao aeroporto para a viagem até São Gabriel da Cachoeira, com conexão em Tefé. A equipe é composta por seis pesquisadores e estava agitada. Em mim, um humor ingênuo procura disfarçar um quê de ansiedade. Procedimentos junto à companhia aérea foram realizados e ingressamos na sala de embarque. Chamada para o embarque no horário. O avião é um modelo turboélice. Sorrisos nervosos constatando que o plano do trabalho de campo estava fluindo: assopra a responsabilidade para manter tudo no roteiro programado. Primeira baixa: um celular ficou esquecido, mas no cômputo geral, não fará falta. Ficou apenas o celular que sempre é esquecido! A viagem segue. O Comandante informa que as condições meteorológicas estão favoráveis e que há apenas algumas formações com precipitação próximas ao aeroporto de destino.

Melhor descansar um pouco. Em seguida o serviço de bordo. Pela janela, eis que a floresta está branca: nuvens cobrem a visão de tudo, exceto uns retalhos de azul e verde aqui e acolá. Para parte da equipe, paisagem usual; para mim e para os demais visitantes, são imagens impensáveis. Procedimentos para o pouso, informa o comandante, com o alerta de que há chuva forte na cabeceira da pista. Aproximação e arremetida: sem condições de visibilidade mínima da pista. Eita, tensão!! Procedimentos de espera e, nos círculos que a aeronave faz

enquanto aguardamos as condições melhorarem, aqui e ali pedaços de floresta, rios, igarapés e muito verde. E nenhuma evidência de ocupação humana! Uma nuvem densa adiante, a água, fechando como cortina, do alto até o solo, mostra que estamos na época das chuvas.

Nova tentativa de pousar, quando o nível de combustível chega no limite da viabilidade de espera, e, dessa vez, com êxito. O pouso levanta aplausos aliviados na cabine de passageiros. A tensão, afinal, não era exclusiva por ser novata em floresta. O avião retorna pela pista de pouso até a entrada do terminal. Árvores de lado a lado e um pequeno prédio ostenta a identificação do aeroporto. Primeira etapa concluída. Faltava agora o avião que nos levaria para a segunda etapa: Tefé - São Gabriel da Cachoeira. Mas, e o avião da segunda etapa, teria conseguido pousar? Nenhuma aeronave de porte equivalente está disponível. Imediatamente ao desembarque, inicia o embarque dos passageiros com destino a Manaus, que é feito com a aeronave que nos trouxe até aqui. Despachados os passageiros para Manaus, poucos restam no aeroporto, os viajantes que rumavam a São Gabriel. Recebemos a confirmação de que não havia outra aeronave. As condições climáticas impediram a aeronave que seguiria o voo de sair do aeroporto de origem. Resultado: escala não programada em Tefé. Escala também para a pesquisa e um novo plano de aprendizagem para os pesquisadores, informados que não havia solução prevista naquele momento. Era preciso aguardar um tempo que não é cronológico, o tempo da oportunidade, que não está no âmbito da previsibilidade de quem aguarda. Nunca foi tão fácil compreender a dupla dimensão do tempo para os gregos: Chronos e Kairós nos oferecendo aprendizagem significativa (FERLA, 2007). Agitação foi predominante, afinal *“temos planos de trabalho, há um cronograma a cumprir!”*, mas de nada adianta a agitação, o melhor é conectar-se com a cidade e as circunstâncias que ela oferece.

A reunião-conversa para as impressões e tentativas de reorganizar o cronograma se dão na orla de Tefé, em frente ao lago do mesmo nome da cidade, em que circulavam lanchas, barcos e rabetas. Sentamos em volta da mesa de um dos bares e discutimos as estratégias de pesquisa, enquanto uma imensa revoada de andorinhas se aninhava nas mangueiras no cair do dia. Já não chovia mais. O coordenador do Departamento da Atenção Básica do estado, que também ficou preso em Tefé por conta do voo cancelado, nos conta do cotidiano no programa no estado: a coleta de dados começa antes da "chegada em campo", em conversa informal. Os ajustes singulares do programa à realidade local não estão disponíveis nos sistemas de informação, só os encontros que vão dando vida aos dados oficiais. A Análise Institucional (LOURAU, 1993) aponta a necessidade de não isolar o ato de pesquisar e o momento em que a

construção do conhecimento acontece.

discutir a inseparabilidade entre conhecer e fazer, entre pesquisar e intervir: toda pesquisa é intervenção. Mas, se assim afirmamos, precisamos ainda dar outro passo, pois a intervenção sempre se realiza por um mergulho na experiência que agencia sujeito e objeto, teoria e prática, num mesmo plano de produção ou de coemergência – o que podemos designar como plano da experiência. A cartografia como método de pesquisa é o traçado desse plano da experiência, acompanhando os efeitos (sobre o objeto, o pesquisador e a produção do conhecimento) do próprio percurso da investigação. Considerando que objeto, sujeito e conhecimento são efeitos coemergentes do processo de pesquisar, não se pode orientar a pesquisa pelo que se suporia saber de antemão acerca da realidade. (PASSOS; BARROS, 2015a, p.16)

As andorinhas já fizeram seu espetáculo para encontrar o galho onde passariam a noite, o vento começa, então, a soprar com violência. Já é noite e aqui a natureza mostra sua força o tempo todo.

O dia seguinte oferece a oportunidade esperada: um novo voo é realizado pela companhia aérea e eis que, finalmente, e com mais de 24 horas de atraso, se chega a São Gabriel da Cachoeira. Município menor, mais distante, com um aeroporto menor e, igualmente, cercado de rios e floresta por todos os lados. Estamos no extremo noroeste do Brasil, no leito do Rio Negro, fronteira do país: ao norte estão Colômbia e Venezuela. É o município com maior população indígena do país, cerca de 85 a 90% dos habitantes, de 23 etnias diferentes. Pode-se dizer que os não-indígenas da região correspondem aos militares alocados na região estratégica para a defesa nacional. Além da presença dos Batalhões na cidade, o exército ainda tem sete batalhões de fronteira, localizados mais ao interior e junto às comunidades indígenas.

No mesmo voo que nos trouxe a São Gabriel, encontramos outro médico que atuava como supervisor do Mais Médicos em área indígena. Mais registros no caderno de campo, com dados preciosos da realidade das aldeias, pelo informante inesperado. O inusitado, nesse caso, ajuda a minimizar os prejuízos causados pelo encurtamento da estada em São Gabriel: entre os vários ajustes no cronograma, as 24h em Tefé nos impediriam de realizar a ida à campo na aldeia que planejamos. Tomamos dois táxis para a cidade, seis quilômetros do aeroporto até lá e uma constatação que nos acompanhou nos dias seguintes: os serviços, por aqui, têm uma informalidade grande e coisas práticas, como uma nota fiscal ou um recibo para comprovar a realização de um serviço, não têm emissão regular. Outro inusitado: antes de chegar à cidade, tivemos que esperar pelos carros que atravessavam uma ponte improvisada pelo exército,

porque a original fora levada pela chuva torrencial dos dias anteriores. São os primeiros sinais da cidade e logo identificamos a forte presença do exército, justificado pela questão da fronteira e a necessidade de assegurar a soberania nacional. O local é tão estratégico para a ordem militar que tem a presença de um general. O exército aqui tem um plano de transversalidade na vida da cidade, em quase todas as áreas. Inclusive na saúde, na medida em que militares administram o hospital estadual e, até o início do Programa Mais Médicos, quase toda a atenção básica do município e algo da atenção ambulatorial especializada estavam a cargo de oficiais do exército, em atividade complementar à carga horária de trabalho militar. Diante da escassez de médicos interessados em atuar no hospital do município, sob gestão militar, a estratégia adotada para tentar garantir cobertura ao atendimento foi mobilizar, por períodos de 15 dias, médicos militares de diferentes localidades do país.

Nesse momento da viagem, diferentes situações corriqueiras no território amazônico, mas escassas em outros contextos, tomam o olhar e o corpo dos pesquisadores. O Programa Mais Médicos, a realidade da circulação de profissionais, as interfaces entre as políticas públicas e órgãos de diferentes setores, as estratégias para as fronteiras; a pesquisa começa a invadir os pesquisadores, com depoimentos inesperados já durante a viagem. Decididamente, uma pesquisa que prescindir de condições ideais e controle de variáveis se sustenta pela aposta de seus pesquisadores e suas implicações. Pesquisa não implicada é como descobrir o já sabido; pesquisa implicada é aprendizagem, estranhamento, transformação do conhecimento... De acordo com Merhy, neste tipo de situação o sujeito está “tão implicado com a situação, que ao interrogar o sentido das situações em foco, interroga a si mesmo e a sua própria significação enquanto sujeito de todo este processo” (MERHY, 2004, p.8). O conhecimento, nesse caso, surge do estranhamento do percebido com as ideias prévias e com os conhecimentos anteriores. Aprendizagem é relação de alteridade com o externo, é falseamento recíproco entre o já sabido/introjetado e o percebido. A pesquisa não apenas acumula registros e informações, mas também muda o modo de olhar e entender os registros.

A chegada em São Gabriel, os procedimentos de hospedagem e os primeiros contatos com os interlocutores locais dão mostras de que a pesquisa será intensa. Nada se parece exatamente com qualquer experiência prévia. A pesquisa me faz vibrar, é uma grande diversidade de sensações e vivências. As atividades previstas precisam ser avaliadas e reprogramadas muito frequentemente diante das circunstâncias que fogem do controle. O que se pesquisa aqui é o que ainda não se sabe, ainda que haja um belo roteiro de pesquisa.

Na Amazônia o tempo não segue a mesma lógica do relógio; os retalhos de tempo são medidos por horas e dias de viagem, por curvas e praias do rio, por furos²¹, igarapés e paranás²², pelas cheias e secas, pelo tipo de acesso (avião, barco ou carro), pela potência do motor (rabeta²³, 15, 40, 80, 150²⁴) e por tantas outras noções que dobram o tempo cronológico. A medida do tempo está na relação com o espaço, com o percorrer as distâncias entre dois pontos. Parece ser algo abstrato, mas é algo concreto; acontece cotidianamente e organiza a vida das pessoas que vivem nesses territórios. O tempo da oportunidade, de partir ou de chegar, de atravessar um percurso, de encontrar pessoas e coisas, de identificar uma árvore marcante ou um animal selvagem; essa parece ser a noção predominante de tempo. Não há sustentação no tempo cronológico do relógio. A descoberta faz com que um dos pesquisadores retire do pulso o relógio e ele passa a repousar na mochila da viagem, uma vez que esse instrumento cria uma expectativa que não se realiza plenamente no território. A nova dimensão para o tempo começa a fazer sentido e inclui a capacidade de esperar e observar.

Assim que concluídos os procedimentos de alojamento: agora é que a pesquisa "vai começar", ao menos é o que diz o cronograma.

Na Secretaria Municipal de Saúde, uma conversa com o Secretário. O calor escaldante parece já nem ser percebido, talvez só para nós os pesquisadores gaúchos mesmo. O secretário é funcionário do Distrito de Saúde Especial Indígena (DSEI), mas está cedido para a gestão, sendo a segunda vez que atua como secretário. A conversa não coube no roteiro previamente planejado, pois o que há de peculiar no município não tinha como ser previsto no questionário semi-estruturado. A vontade de compartilhar a experiência e de contar de si e do seu trabalho tornou o roteiro prévio em tecnologia obsoleta: as respostas, com frequência, foram surgindo antes mesmo das perguntas e abrangeram aspectos que não imaginávamos existir no

²¹ Segundo Nogueira (2014), em entrevista com os comandantes de barcos: "Os furos são canais de rios menores, só aparecem na cheia, atravessam as ilhas, entram nos continentes, ligam um paraná a outro".

²² Paraná constitui-se de um braço do rio com saída pela montante ou jusante no mesmo rio, constituído geralmente por uma ilha encostada a uma das margens continentais da bacia. Também há paranás rasgados entre as ilhas (NOGUEIRA, 2014).

²³ A rabeta é um motor de 4 ou 5 hp que tem como característica um eixo de ferro longo. É a embarcação mais comum nas comunidades ribeirinhas por ter um custo baixo.

²⁴ As designações da potência do motor referem-se aos cavalos de potência (horse-power - HP), à força que o motor pode produzir para realizar o trabalho, no caso dos barcos, para o deslocamento. Ou seja, a potência do motor também designa a velocidade possível e a expectativa de tempo de deslocamento que, como se vê, pode variar bastante. Pequenos barcos de uso pessoal e familiar costumam ter potências menores e menor capacidade de carga, com menor velocidade. Nesse caso tempo e espaço também nos ajudam a entender as desigualdades sociais no território.

momento da estruturação do roteiro. Muitas informações sobre os componentes do sistema municipal de saúde, particularmente as dissociações em relação à saúde da população urbana e à saúde indígena, nos situou em relação aos desafios da gestão municipal. Trabalho na gestão é também trabalho militante, não por exatamente cumprir a lei, mas por acreditar que o que está previsto na lei é uma oferta boa para melhorar a saúde da população. Trabalho também engajado na mudança do contexto sanitário local. A fala do secretário é contagiante e quebra uma primeira sensação, de que se trata de um sistema de saúde caracterizado pela falta e pela distância em relação àquele que está no corpo e na retina da maioria dos pesquisadores: sistema de saúde urbano em grandes centros. Grita a sensação de que é preciso ajustar os ouvidos para compreender o que está por vir. Não se produz conhecimento com um movimento tautológico de buscar o já sabido e concluir que não há nada quando o que se vê não é familiar; necessário desenvolver uma sensibilidade para interagir com forte alteridade no que há para pesquisar. Há aqui um Brasil singular e, portanto, um sistema de saúde que precisa estar singularizado. É preciso ver ausências, mas também presenças singulares. Aos pesquisadores, desafia desenvolver a capacidade de ver o que não está colado na retina viciada e no pensamento.

O almoço é tambaqui, feijão fradinho e farinha de Uarini. Os sabores da amazônia também me tomam por inteiro. No período da tarde, visitamos a UBS da Praia, que tem esse nome porque está localizada na rua que separa a cidade do rio. O escuro Rio Negro, que desce pelas corredeiras e contrasta com as areias brancas praias. Nada de cachoeiras! Soube-se que o ruído das corredeiras, mimetizando quedas de água, deu o nome ao município. Fomos apresentados aos trabalhadores da UBS e esperamos para a entrevista com a médica cubana, uma de sete profissionais do Programa Mais Médicos no município. Ela estava em atendimento, o último do dia antes das visitas domiciliares, precisamos esperar. Conversamos admirados com o fato de a consulta durar em torno de 40 minutos, nos nossos "já sabidos" o usual é não passar dos 15 minutos. Depois perguntamos à médica qual era o tempo médio das consultas e nos respondeu que não conseguia seguir o que foi recomendado na formação inicial no Brasil, que era entre 10 a 12 minutos. Disse que ficou preocupada porque jamais conseguiria fazer num tempo tão curto. E está mais tranquila porque não precisa fazer; atende às pessoas com um tempo que se sintetiza no encontro e não está aprisionado em qualquer protocolo. Tem conseguido administrar bem a agenda, segundo nos informou e foi confirmado pelos colegas. Mas a espera não nos deixou "esquentar banco", tivemos oportunidade de

diversas conversas na Unidade com os demais profissionais, além de uma volta para conhecer a estrutura. A arquitetura volta todas as portas para fora o pátio faz parte da estrutura. Sair das construções assépticas e voltadas para dentro. A natureza impera e faz relação com a cidade.

Primeira entrevista. Sou tomada de arrepio, ainda que impere o calor amazônico. Depoimentos, relatos, questões mobilizadoras do pensamento, histórias da vida e o impacto da entrada no Programa. Ao saber do seu destino no Brasil, ainda em Cuba, consultou o Google e encontrou várias fotos da praia: areias brancas e água espumosa. Conta que ao chegar, constatou que aquela água espumosa era negra. Toda praia em Cuba tem água cristalina, por certo aquela água escura era inadequada para o consumo e para o banho! Com a convivência com a população e residindo há poucos metros da praça que se continua no rio, desmistificou o imaginário construído sobre a água escura e, hoje, frequenta regularmente as águas do Rio Negro. Também já constatou que a vida em um território localizado no meio da floresta não é cercada de feras selvagens e perigos. Dos medos de onças, flechas e cobras que trazia ao chegar, sobra apenas o respeito pelas criaturas que aprendeu com os usuários que existirem por aí. Um monstro que come tudo, a mãe d'água, o espírito da menina que se enforcou, que agora fecha a rede das pessoas. Nos conta que segue a doutrina cristã, que acredita só no "deus bom", mas, garante: há os mistérios, os avatares das florestas que fazem as pessoas desaparecerem na mata. É impressionante como o relato conta da disponibilidade em contaminar-se pelo conhecimento local, de descobrir, de aprendizagens, de vontade de aprender com o outro. Um efeito de intercâmbio que parece não estar programado no escopo oficial do Programa, mas que produz fluxos de trocas culturais, sanitárias e pessoais em grande quantidade. E constrói laços para uma clínica singular àquela população.

A pesquisa segue, mais entrevistas, e as informações continuam transbordando dos roteiros e atravessando as formas prévias de pesquisar. Na sala de espera, uma senhora ouviu a mistura de sotaques e ficou curiosa para conhecer a equipe de pesquisa. Soubemos que havia chegado de madrugada à UBS. Rapidamente os pesquisadores recordam que haviam registrado na conversa com os trabalhadores da unidade a implantação do acolhimento na unidade, o que não soa compatível com o relato de madrugadas em frente à UBS. "Por que chegou tão cedo?" é o questionamento que sai automaticamente de um dos pesquisadores. Antigamente, disse a senhora, só se conseguia ficha para atendimento chegando de madrugada e, como precisa fazer um deslocamento mediado por barcos e caminhadas, a ida até o posto de saúde iniciava-

se ainda durante a noite. E agora? Agora não precisa mais, que a doutora e a equipe atendem imediatamente quando abre a unidade, atendem os que chegam mais tarde também, até depois do almoço. "E por que chegar de madrugada aqui?" Conta-nos que passou a vida toda chegando cedo ou tendo que retornar sem atendimento; não se importa de seguir nessa rotina, e completa: "Se um dia voltarem os tempos difíceis, já estou velha demais para conseguir me adaptar à dificuldade". Depoimento que emociona por falar de um vínculo, uma defesa, mas também, descrença no serviço de saúde, o que não estava entre as hipóteses iniciais dos pesquisadores.

Findam-se as entrevistas da tarde. O céu da Amazônia começa a ganhar tons de laranja e vermelho, o sol vai se pondo e fazendo brilhar as águas das corredeiras. Caminhamos na orla. Algumas canoas ancoradas na praia e, ao lado, mãe e filha tomando banho no rio. Barcos e pescadores saindo das margens para inspecionar as redes. Estamos sentados no bar de um cubano, que na verdade era brasileiro, mas tinha vivido na Colômbia e servia comida peruana, ou seja, estávamos no local certo quando se trata de fronteira. Enquanto ele nos conta da diversidade de fluxos na tríplice fronteira, seja para o trabalho, para o comércio, para a educação ou para a saúde, vimos a médica cubana que há pouco entrevistamos: ela está caminhando, vindo da direção da unidade de saúde, traz consigo uma bolsa grande, não nos viu dentro do bar. Mais adiante ela segue em direção à praia, aos barcos, retira o vestido florido e, de biquíni, mergulha nas águas escuras do Rio Negro. O seu receio se foi, carregado pelas águas. De volta a conversar com o cubano-brasileiro-colombiano-peruano, percebemos que a fronteira é ponto de passagem, movimento, e não de separação entre os territórios. Na zona de fronteira, a nacionalidade é informação com pouca capacidade de explicar diferenças culturais, idiomáticas; a fronteira é área de hibridismos. Encontros sucessivos, com roteiros que se repetem: informações sobre quem é e o que faz e logo se produz intimidade para falar de si, do contexto, das preocupações e opiniões sobre o Programa Mais Médicos. "Melhorou muito o atendimento!", "Os cubanos são muito bons" Opiniões que descrevem e constituem o Programa.

No dia seguinte, fomos à UBS do Centro, onde dois médicos cubanos compõem as duas equipes de Saúde da Família. A entrevista foi coletiva dessa vez, a equipe de pesquisa e os dois médicos juntos. Foi uma conversa-entrevista muito interessante, com uma diversidade de informações que surpreendeu pela clareza e pela profundidade da análise que fazem do contexto. Questionados sobre os momentos mais difíceis enfrentados desde a chegada ao

Brasil, ambos informam que havia sido assistir ao óbito de crianças por causas evitáveis, como a desnutrição. A pergunta, planejada de antemão pelos pesquisadores já sabia o que gostaria de ouvir como resposta: muitos dos médicos que atuam no Amazonas, hoje, foram submetidos, em sua chegada ao País, a uma recepção violenta por profissionais brasileiros e entidades médicas em alguns aeroportos. Mas, em todas as entrevistas, essa cena sequer foi citada. Ver crianças desnutridas, diante de uma tão farta riqueza natural, parecia um paradoxo inaceitável para os profissionais da saúde. O que fazer diante de uma cena como essa?, questiona um dos pesquisadores. A resposta: não pergunto o que compõe a dieta, que é evidente não está adequada nem à criança e nem à mãe, responde a médica; pergunto o que há em casa para completar a dieta, segue a médica, e penso como posso aumentar o aporte calórico e nutricional da refeição para toda a família, finaliza. Não sem, imediatamente, falar dos seus filhos, pequenos, que estão em Cuba, com olhos molhados, como os dos pesquisadores. Foi inevitável a comparação com o seu país e o seu sistema de formação e de serviço de saúde. Também de ver como aprendemos a hierarquizar e naturalizar a vida que, dependendo de qual segmento da sociedade é atingido, sensibiliza mais os indicadores de morbi-mortalidade do que quem cuida ou gere o sistema de saúde. Mas foi também uma amostra de uma clínica que tem capacidade de nomadizar-se e de uma aprendizagem que se faz mestiça com o contexto (FERLA, 2007). Como não lembrar da militância por uma clínica da integralidade? O debate sobre a dimensão micropolítica do cuidado e as naturezas tecnológicas que são disponibilizadas no trabalho de cuidar, com Merhy (2015) quase que textualmente: a alma dos serviços de saúde é o cuidado e, para tal, uma combinação singular de tecnologias geridas com base na tecnologia relacional. O tímpano e a retina dos pesquisadores precisam estar encharcados de sensibilidade para conectarem-se com o que está se passando no entorno.

No período da tarde, o grupo se dividiu, entre mais entrevistas e a participação na reunião do Conselho Municipal de Saúde, cuja pauta era a apresentação das metas do município em relação ao planejamento regional, conduzido pela Secretaria de Estado da Saúde. Na reunião, o Conselho é presidido por um líder indígena, que trabalhou como Agente Comunitário de Saúde por muito tempo. Ele conduziu a reunião como se dirige uma Assembleia ou Conferência, dando tempo para cada intervenção e fazendo sínteses de encaminhamento. É curioso ver como um espaço de luta e representatividade pode ser tomado pela burocracia. Fizemos uma pequena exposição da pesquisa e a proposta de uma metodologia mais

compartilhada sobre o Programa Mais Médicos. Ao final, houve uma discussão sobre a presença das instituições de ensino no Conselho, pois pouco se faziam presentes e não tinham uma participação direta na política de saúde. No entanto, alguns se posicionaram no sentido de manter as instituições porque essas têm lugar importante na formação dos profissionais que atuam na saúde, inclusive respondem com o componente da formação dos trabalhadores do SUS. Esse ponto foi provocado por estudantes do curso de bacharelado em Saúde Coletiva da Universidade Estadual do Amazonas - UEA, que se apresentaram para ajudar nas análises do Conselho e teve boa acolhida na deliberação do Conselho.

A outra parte da equipe foi visitar duas UBS que tinham nas suas equipes médicos do Programa Mais Médicos, também cubanos, como todos integrantes do Programa na região, marcando que nenhum profissional brasileiro ou formado no país se interessou por atuar em São Gabriel da Cachoeira. Pelos relatos dos colegas que estiveram nas novas entrevistas: mais material riquíssimo e que aponta a saturação da amostra, com repetições relevantes. Repete o conteúdo da fala, mas não repete a ênfase, a abrangência e a intensidade do que é relatado. Aqui chamou a atenção a dificuldade de conexão à internet e, portanto, a quase impossibilidade de cumprir com as atividades da formação em EAD que os médicos estão vinculados e que são coordenadas por universidades em diversas localidades no Brasil. Aos pesquisadores, um problema se antecipa, que é o risco de interrupção do vínculo dos médicos ao Programa diante do não aproveitamento das atividades de formação. Também a constatação de que o Brasil urbano, branco e universitário desconhece os *brasis* que compõem o país, e isso impacta na proposição de políticas públicas. Depois se confirmou que vários médicos no Estado foram desvinculados do Programa por não cumprirem com a programação do curso, ou seja, foram desligados por falta de comunicação numa região em que a conexão é um problema para todos os tipos de serviços e para a vida social em si.

No terceiro e último dia em São Gabriel, uma agenda intensa de visita e entrevistas. No primeiro momento, conversamos com a coordenadora da Atenção Básica, que estava no município por ser esposa de militar e tinha a formação em enfermagem. Portanto, com data para sair do município, seguindo a regra de permanência de dois anos dos militares na região. Assim é com parte dos profissionais do sistema municipal de saúde: a fixação é tênue e a movimentação de parte importante da equipe se dá nos ciclos da atuação nas Forças Armadas. Como não recuperar o debate sobre a importância de descentralizar a formação para o interior do país, gerando mais estímulo à fixação dos profissionais? Em seguida, visitamos o hospital

militar e fomos conduzidos pelo coronel e sua equipe, com um assessor de comunicação que não deixou de registrar em muitas fotografias o roteiro da visita. A estrutura do hospital é remanescente das unidades pré-moldadas que foram importadas da Inglaterra no final da década de 1960. A unidade, apesar de antiga, estava em bom estado de conservação, em relação às outras que ainda restam no Estado, segundo informação de um dos pesquisadores que tinha estudos na área da história da saúde. O hospital tem um mamógrafo, um tomógrafo, um laboratório de exames que, por um tempo, fazia a cobertura de toda rede municipal, inclusive da saúde indígena. Com orgulho, a equipe mostra os recursos tecnológicos disponíveis e a diversidade de profissionais em diferentes áreas, inclusive na manutenção de um laboratório de saúde pública. O equipamento público de saúde, aqui, parece pintado de verde, o que dá uma dupla informação: a importância do exército na manutenção dos equipamentos de saúde e a constatação de um imaginário de que a oferta de ações de saúde é benesse.

Por fim, visitamos uma Casa de Saúde Indígena (CASAI), que é um serviço de referência para a população indígena que vive em aldeias e que necessita de procedimentos em serviços localizados na área urbana ou outras cidades. O local é uma casa de espera, de concentração e distribuição de demandas e de encontro de pessoas que procuram atendimento nas políticas públicas. Sua forma de organização se assemelha a uma pequena cidade, com pavimentos especializados (consultórios, farmácia, cozinha) e pavimentos de habitação divididos por etnia. O local está lotado, com algo em torno de 100 índios. Preocupação de separar as etnias para evitar problemas e também para respeitar as diferenças linguísticas. A CASAI, como um microcosmo, representa muito bem o universo da região do Alto Rio Negro. A população indígena é diversa em termos de cultura, língua e modos de organizar a vida e a saúde e leva suas características nos territórios por onde passa. Além das necessidades de saúde e das dificuldades de fluxo, os profissionais e índios falam de travas por preconceito, por desconhecimento da cultura, por ofertas que não dialogam com suas concepções de saúde, de desassistência e de um cenário mais promissor com a chegada dos profissionais do Programa Mais Médicos. Os relatos da realidade vivida naquele local e das histórias que os usuários contam chegam ao ouvido de parte da equipe de pesquisa inicialmente como algo próximo à ficção e, aos poucos, vão produzindo alteridade e compondo pensamentos. Para que o sistema de saúde brasileiro seja único, ele tem que ser diverso.

À tarde, programação de retorno à Manaus: tomamos carona com o avião do Estado, de 9

lugares, uma vez que o avião contava com os lugares vazios disponíveis e que nossa reunião com os representantes da Secretaria de Saúde do Estado, em Manaus, fora antecipada para horário incompatível com o voo regular. O piloto nos alertou que teríamos 3 horas e meia de voo e que a aeronave não possuía sanitário e o serviço de bordo se resumia a uma caixa refrigerada com água, biscoitos e chocolate. A área de embarque estava vazia, pois só tinha o nosso voo para sair naquele dia. Apenas um usuário e sua acompanhante estavam conosco no avião. Para fazer o transporte de pacientes, é necessário arrendar os aviões regionais, o que se constitui num custo desproporcional aos recursos do município para a saúde, ou aguardar na fila do transporte sanitário do Estado, que na época era constituído por dois aviões e um hidroavião com uma equipe médica que fazem a remoção de pacientes graves nos 61 municípios do interior. O deslocamento por barco, muito demorado, normalmente torna inviável o atendimento ágil de demandas por saúde. Seguem histórias contadas pelo piloto, falando das características do território amazônico e sobre a permanente descoberta que significa transitar por aí. O avião voou sobre o rio Negro e a floresta, verde exuberante para todos os lados, curvas sinuosas dos rios como cobras que espreitam as margens e beijam pequenas praias. De repente, nuvens nos engolem. Assim, brincamos que a floresta dali de cima era branca. O piloto, experiente em voos naquele território, torna as formas da floresta em histórias de aventura: pouso na água, perseguição a barcos de contrabando, salvamentos espetaculares. O tempo, nesse caso, passa mais rápido do que o relógio. Minha excitação com o voo misturava-se ao medo de outros pesquisadores. O manuseio da ansiedade dos passageiros feito pelo piloto, experiente, tornou-se registro de memória.

A cidade de São Gabriel da Cachoeira se constitui numa grande babel, pois é um território de encontro e a sede do poder e da gestão das políticas públicas e das políticas indígenas de parte importante da população que vive no Amazonas. O território é altamente complexo, e essa complexidade precisa estar presente nas respostas das políticas públicas. Como exemplo: o sistema de casamento no tronco Tukano (maioria no Rio Negro) é do tipo patrilinear e exogâmico linguístico. O casamento sempre deve ser realizado entre etnias diferentes, e a mulher deve deixar a casa dos pais para viver com o marido. Isso significa dizer que numa mesma localidade as mulheres sejam de diversas etnias e os homens de uma mesma etnia. Esse sistema mantém sempre em aberto a possibilidade de alianças e acordos políticos para o equilíbrio das forças. Assim, as funções de liderança e coordenação tanto tradicionais (Tuxaua, Pajé) como novas (líder comunitário, presidente da associação, Agente Comunitário Indígena,

chefe do posto) representam locais de poder que estão diretamente relacionados aos contextos sócio-linguísticos.

A saúde no município está dividida em três partes: gestão municipal que é responsável pelas UBS da sede; saúde indígena de responsabilidade federal e realiza a gestão do DSEI e da CASA; hospital militar que é uma instituição federal em convênio com o Estado. Portanto, temos a gestão municipal, estadual e federal no mesmo município. Isso exige um diálogo entre esses entes, tanto no que se refere às informações como na negociação da própria atenção à população.

De toda forma, há um consenso de que o Programa Mais Médicos ofereceu um marco de desenvolvimento do sistema de saúde: a grande expansão de cobertura assistencial, com o provimento de profissionais antes muito escassos; uma maior integração com aspectos singulares dos modos de vida das populações, em parte devida a uma clínica com mais escuta aos aspectos envolvidos com a produção de saúde e que são particulares nos territórios; o fortalecimento da função de gestão do sistema de saúde, com maior presença e integração da esfera estadual e federal. Diversos problemas continuam existindo e, provavelmente, o principal deles é a não garantia de fixação dos profissionais de saúde, pois nem mesmo o Programa Mais Médicos está garantido, o que gera uma dupla consequência: a interrupção de uma iniciativa que se mostrou capaz de enfrentar a problemática da desassistência ou do enorme esforço local para viabilizar atendimento e a redução na oferta assistencial, que já está incorporada no cotidiano como função do sistema de saúde e, provavelmente, como direito das pessoas. Definitivamente, analisar os efeitos do Programa Mais Médicos nesse local exige mais do que o conhecimento da estatística, da epidemiologia e das políticas de saúde.

Foi preciso que nos embrenhássemos para essa etapa da pesquisa. Mais do que o resultado em si, que há de ser sistematizado após transcrições dos materiais e composição teórico e que vai compondo a produção científica, interessa aqui uma reflexão sobre o fazer da pesquisa. Aqui a vontade era de refletir sobre o processo de pesquisa propriamente dito. Sobre o embrenhamento na pesquisa em si. Sobre a capacidade do “campo empírico” em produzir as necessárias dobras do pensamento do pesquisador e da porosidade dos recursos metodológicos utilizados na pesquisa de se abrir às singularidades do empírico.

Ao mesmo tempo que se faz uma boa “revisão da literatura” ou um excelente retrato do “estado da arte” da temática em estudo, é preciso constituir dúvidas sobre a capacidade da

teoria de dialogar com a prática. É preciso questionar se, em última análise, o conhecimento produzido tem capacidade de compor uma “caixa de ferramentas”. Esse termo é tomado por empréstimo de um diálogo entre Deleuze e Foucault (1989) em que os autores debatem as relações de transversalidade entre teoria e prática: “desde que uma teoria penetra em determinado ponto, ela se choca com a impossibilidade de ter a menor consequência prática sem que se produza uma explosão” (DELEUZE; FOUCAULT, 1989, p.71). A questão que se deve fazer à teoria é se ela serve, se funciona, se explode a ponto de se deixar atravessar pelos desafios que o cotidiano coloca ao trabalho intelectual. Para Deleuze, “Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico que deixa então de ser teórico, é que ela não vale nada ou que o momento ainda não chegou” (DELEUZE; FOUCAULT, 1989). O momento da exposição ao campo empírico é uma ótima oportunidade de fazer funcionar a teoria, de questionar o quanto ela serve para aquele contexto.

Nessa perspectiva, o embrenhamento no território marcado pela floresta tropical foi revelador de novidades ao pensamento e de novas perspectivas para analisar as práticas de cuidado, bem como apontam para o próprio modo de fazer pesquisa. A diversidade local, somada à sensibilidade na escuta dos profissionais que se agregaram ao Programa Mais Médicos parece revelar uma dimensão impensada na política oficial: o desenvolvimento do trabalho no cotidiano da atenção básica. Diferentes teorias e práticas chocam-se e geram o desenvolvimento da capacidade de gerir e cuidar. A pesquisa se reinventa no ato de pesquisar, entre o plano de trabalho, os desafios e os imprevistos. Só há pesquisa se o pesquisador se reinventa e aos seus métodos de coletar e interpretar os dados e, portanto, a pesquisa é em si educação permanente.

CONCLUSÃO: APONTAMENTOS DE UM CONHECIMENTO MENOR

Não por acaso as análises deste trabalho remetem a relatos de viagem. O viajante tem pelo menos dois ondas, um dentro e um fora, um perto e um longe. O viajante é um aqui forasteiro. (PEREIRA, 2017, p.120)

Foi tentando tornar visível o desperdício da experiência que caracteriza a ciência vigente (SANTOS, 2002) que esta dissertação narrou sobre a impossibilidade de reduzir o fazer pesquisa a uma totalização abstrata dos fatos em busca da Verdade. Os ensaios dão ao texto, ao mesmo tempo, uma abordagem metodológica, relativa à experiência do narrador que analisa e descreve, e formulam um convite ao diálogo, uma vez que a narrativa não é exterior ou superior aos fenômenos que ela aborda, diferentemente dos modelos metodológicos totalizadores característicos do pensamento acadêmico vigente e, também, uma abordagem empírica, de quem percorreu diferentes campos, percebendo continuidades e descontinuidades do processo de fazer pesquisa. O Programa Mais Médicos, aqui, é ao mesmo tempo, campo empírico de pesquisa e dispositivo para a aprendizagem sobre a pesquisa, tornando-se parte da temática da narrativa. O percurso pelo Mestrado em Saúde Coletiva aparece aqui como escrita de pesquisa e aprendizagem de pesquisa no campo de conhecimentos.

A base empírica da pesquisa constituiu-se por quatro cenas-narrativas: no interior da produção de indicadores de avaliação; a apresentação dos primeiros resultados em uma dimensão macropolítica; um dia usual de análises junto aos pesquisadores de graduação; e, a imersão de cinco dias na Amazônia para realização de entrevistas. A experiência, dobrada pela estratégia narrativa, permite concluir sobre efeitos do Programa Mais Médicos, para além do que os indicadores são capazes de mostrar, e sobre o próprio fazer pesquisa em saúde, enquanto prática formativa. A primeira cena, por dentro dos indicadores, torna visível que mesmo nas análises de dados duros da epidemiologia, os arranjos em rede abrem espaço para as tecnologias leves e para uma produção de conhecimentos mais viva, com base na interação de diversidades. A segunda cena, com o Acontecimento-Ana Luíza, vem discutir os efeitos do Programa Mais Médicos que escapam dos indicadores e que mobilizam o pesquisador, dando espaço e evidenciando a discussão do pesquisador implicado. A terceira cena, que poderia passar como rotineira das análises da repercussão midiática do Programa, destaca o fazer

pesquisa enquanto prática formativa no cotidiano, produzindo aprendizagem através da reflexão da experiência, Educação Permanente. Ou seja, a reflexão sobre o cotidiano da pesquisa funciona como dispositivo de produção de conhecimentos significativos para os sujeitos que colocam o seu fazer em análise, não apenas para estudantes iniciantes, uma vez que o seu não saber revela naturalizações e o limite da análise estruturada nos roteiros prévios. A última narrativa, sobre cinco dias de embrenhamento na Amazônia para realização de entrevistas, visibiliza aspectos das três narrativas anteriores, fazendo pensar sobre os efeitos do Programa Mais Médicos no cotidiano dos serviços da atenção básica, nas práticas de cuidados e na gestão da clínica; sobre a reinvenção da ordem das tecnologias relacionais, no ato de pesquisar, entre o plano de trabalho, os desafios e os imprevistos.

Tomada pelas margens da pesquisa, a narrativa, antes de tudo, aponta para a força que a própria noção possui, em seus dois principais componentes: a escrita e a vida. A narrativa enquanto recolhimento de fragmentos e criação (e não somente como representação de um real já dado por um passado vivido) se coloca diante de uma prática em pesquisa que tensiona toda estratégia ou metodologia positivista, que separa pesquisador-objeto-experiência. Experimentei, no cotidiano da pesquisa, diferentes estratégias para a avaliação do Programa, como também o desenvolvimento, em ato, de capacidades para a pesquisa. Não foi a aplicação linear de um método. A oposição aqui não é predominantemente uma relação de exclusão, mas de domínio do “sujeito-pesquisador” e do objeto da sua pesquisa pelo conhecimento prévio e pela técnica, tornando o processo, de certa forma, uma tautologia do já sabido. A questão subjacente ao percurso narrativo da dissertação procurou ver um espaço de protagonismo e criação entre ambos; daí refletir sobre a pesquisa como aprendizagem. Tornar-me pesquisadora em Saúde Coletiva não poderia ser apenas a absorção de conceitos, teorias e métodos, mas um experimentar-me nessa condição. Inevitável retornar aqui, a algumas referências que se tornaram necessárias para dar passagem à escrita final.

Cardoso Jr (2005) provoca o pensamento a respeito da *ciência menor* ao indicar que seu objeto é o *acontecimento*. “De fato, o que importa para o conhecimento, segundo o acontecimento, não é somente a realidade espaço-temporal (atualidade da matéria), mas igualmente a sua virtualidade, isto é, um estado intensivo” (CARDOSO JR., 2005, p.114). Reporto-me às cenas-narrativas desta dissertação que funcionam como acontecimentos, que desvelam faces menores da pesquisa. Da potência de produção de redes e de autonomia, que dobra as *inconsistências* do campo a partir da diversidade de experiências, através de movimento

inventivos, não prescritos ou reproduzidos. A aprendizagem como transformação é condição de autonomia, pensada como capacidade de produzir-se pesquisador e de produzir novas conexões. Trata-se de fazer pesquisa produzindo e intercambiando saberes sobre a temática, desenvolvendo a metodologia em paralelo a sua *aplicação* em contextos concretos, no caso, os efeitos do Programa Mais Médicos no cotidiano dos serviços, nas comunidades e seu impacto social. Pesquisa, portanto, com o *gosto* de Educação Permanente em Saúde. Ou seja, de uma educação que produz capacidades profissionais a partir de problemas concretos no mundo do trabalho ou no cotidiano da pesquisa.

A pesquisa percebe-se como uma tecnologia que prevê inflexões a partir da realidade local. Há aqui uma produção de sentido distinta do que se faz usualmente para a “formação”, com base na produção epistemológica que embasa a educação permanente, tanto quando considerada como política do SUS, como também modo de produção do ensino-aprendizagem. A educação, nesse caso, é permanente também na pesquisa, por estar associada intimamente ao cotidiano. Supõe que se desenvolve conhecimento significativo quando os pesquisadores colocam em análise o fazer pesquisa (e se colocam em análise) e selecionam questões que podem ser abordadas com as diferentes ferramentas que podem dispor (conhecimentos prévios, expertises, saberes locais, recursos físicos e tecnológicos disponíveis etc.), fazendo pactos e ajustando os processos desenvolvidos. Uma associação (educação, pesquisa e cotidiano) que não é de mera aplicação do conhecimento disponível sobre o tema, mas de uma *transversalidade*, como propuseram Foucault e Deleuze (FOUCAULT, 2004). Em síntese, parte do pressuposto de que a pesquisa em saúde é envolta em dimensões complexas, com diferentes fatores produzindo diferentes efeitos, e que, portanto, não se reduz à perspectiva do conhecimento já disponível. Não se trata apenas, na maior parte das vezes, e em particular quando se refere ao Programa Mais Médicos, de absorver conhecimentos e traduzi-los em dados, relatórios e avaliações. Trata-se de, o tempo todo, produzir deslocamentos com base na análise e pactuação de iniciativas locais, inclusive com o conhecimento prévio, que opera aqui como uma ferramenta para produzir tensões com a prática de pesquisa e o cotidiano do trabalho e, ao fazê-lo, transformar-se em novos conhecimentos e teorias. São essas tensões entre o instituído do fazer pesquisa e as brechas do cotidiano que a narrativa tenta tornar visível.

Aqui, as narrativas não buscam o sentido lógico, uma razoabilidade de resultados de pesquisa, mas buscam investir no cruzamento e entrelaçamento dos planos de afecções e disciplinas,

tomando como critério as suas diferenças e especificidades, assim como (e principalmente), suas sombras e zonas de indistinção. Com inspiração em Deleuze e Guattari, pode-se dizer que esta dissertação buscou percorrer os conhecimentos *menores* da pesquisa. Para Deleuze e Guattari (2014), o *menor* de algo se estabelece na sua relação como diferença e pluralidade frente ao que se considera como padrão e norma, propondo uma *dobra* na natureza do que é fixado e que se apresenta como identidade, no caso os conhecimentos despendidos pela ciência régia. Nesse sentido, a maioria é condição de existência de uma dada minoridade²⁵. Não é centralmente uma crítica à ciência régia o que se pretende aqui, visível também no campo da Saúde Coletiva, mas a afirmação de outras perspectivas para a pesquisa. As pesquisas que geraram essa aprendizagem têm a potência de demonstrar efeitos visíveis, quantificáveis e descritíveis, do Programa. Mas geraram também aprendizagem pelas dobras: essa é uma afirmação que se quer registrar aqui pela narrativa.

Em um dos diálogos com Claire Parnet, Deleuze (1998) discorre sobre a escrita conjugar-se em fluxo aos devires-minoritários do mundo. Nesse aspecto, há determinadas literaturas que se apresentam como agenciamento, pluralizando linhas de fuga que promovem a criação desses devires, produzindo multiplicidades e efeitos, movimentando-se no seu devir. Segundo o autor, as “três características da literatura menor são a desterritorialização da língua, a ligação do indivíduo no imediato-político, o agenciamento coletivo de enunciação” (DELEUZE; PARNET, 1998). O campo da literatura nos permite a transversalidade, uma vez que se trata de uma análise sobre a vigência de certo modo de fazer nesse campo. Segue o autor: “É o mesmo que dizer que “menor” não qualifica mais certas literaturas, mas as condições revolucionárias de toda literatura no seio daquela que se chama grande (ou estabelecida)” (DELEUZE; GUATTARI, 2014, p.39).

Flanando por estas três características, as narrativas que compõem esta dissertação buscam

²⁵ “A noção de *minoría*, com suas remissões musicais, literárias, linguísticas, mas também jurídicas, políticas, é bastante complexa. *Minoría* e *maioría* não se opõem apenas de uma maneira quantitativa. *Maioría* implica uma constante, de expressão ou de conteúdo, como um metro padrão em relação ao qual ela é avaliada. Suponhamos que a constante ou metro seja homem-branco-masculino-adulto-habitante das cidades-falante de uma língua padrão-europeu-heterossexual qualquer (o Ulisses de Joyce ou de Ezra Pound). É evidente que ‘o homem’ tem a *maioría*, mesmo se é menos numeroso que os mosquitos, as crianças, as mulheres, os negros, os camponeses, os homossexuais... etc. É porque ele aparece duas vezes, uma vez na constante, uma vez na variável de onde se extrai a constante. A *maioría* supõe um estado de poder e de dominação, e não o contrário. Supõe o metro padrão e não o contrário.” (DELEUZE; GUATTARI, 2011, p. 55).

apontar o desvio do majoritário na ciência, descolar a produção de conhecimento de uma subordinação ao cartesiano. Os conhecimentos que dobram o padrão, desrespeitam o critério de medida estabelecido e interiorizado como natural. Assim, “desterritorializar” tem a ver com provocar o pensamento e voltar-se aos movimentos micropolíticos da pesquisa. Não foi apenas uma clínica biomédica que se identificou no cotidiano da pesquisa sobre os efeitos do Programa; senão um tensionamento dessa com o cotidiano das localidades e das pessoas, dando-lhe movimento (FERLA, 2007). Esse efeito se tornou visível porque existiu sensibilidade da pesquisa e porque passou a ser procurado, depois da etapa de atravessar o corpo dos pesquisadores. Clínica e pesquisa requerem *movimentos*.

Como apontam as narrativas, há uma *indicação* importante de transposição da compreensão de tecnologia-leve do espaço da clínica para a pesquisa. A dimensão relacional, que precisa estar presente na gestão clínica, se apresenta no cotidiano da pesquisa. Minayo já destacava que “nada substitui, no entanto, a criatividade do pesquisador” (MINAYO, 1994, p.16); há um dimensão artística necessária no cotidiano da clínica e da pesquisa, que trata de um plano relacional entre o pesquisador e a pesquisa, como entre o profissional e o usuário na clínica. Quando percebemos os indicadores forjados a partir da Epidemiologia, correlatos às tecnologias duras e leve-duras do fazer em pesquisa, percebemos que a produção do conhecimento capaz de fortalecer a diversidade e potencializar o caráter inclusivo das políticas públicas, quando se trata de avaliá-las, só se dá quanto acionamos uma dimensão relacional para agenciar os saberes. Reporto-me aqui ao Acontecimento-Ana Lúiza, no caso de produção de inclusão e equidade na formação profissional. Ana Lúiza é um acontecimento menor na pesquisa e no Programa, capaz de tornar visível um plano de efeitos que não encontraria expressão na métrica tradicional da avaliação.

O Programa Mais Médicos recai na aposta da biomedicina (GOMES, 2016), bem como as pesquisas da Rede-Observatório do Programa Mais Médicos, quando ocupa o lugar dos serviços. Ainda que desencadeiem movimentos que são capturados pela perspectiva biomédica e, ao mesmo tempo, buscam produzir escapes. Como parte da política de saúde e das instituições médicas²⁶, o Programa Mais Médicos é, também, atravessado pelo biopoder, visando um controle dos corpos. Neste nível mais geral, então, o conceito de ‘biopoder’ serve para trazer à tona um campo composto por tentativas mais ou menos racionalizadas de

²⁶ Instituições médicas é categoria teórica produzida por Madel Luz (1982) para referir-se à predominância do discurso biomédico nas políticas de saúde.

intervir sobre as características vitais da existência humana. As características vitais dos seres humanos, seres que nascem, crescem, habitam um corpo, e por fim adoecem e morrem. E as características vitais das coletividades ou populações compostas de tais seres vivos. E, enquanto Foucault é de algum modo impreciso em seu uso dos termos no campo do biopoder, podemos usar o termo 'biopolítica' para abarcar todas as estratégias específicas e contestações sobre as problematizações da vitalidade humana coletiva, morbidade e mortalidade, sobre as formas de conhecimento, regimes de autoridade e práticas de intervenção que são desejáveis, legítimas e eficazes (RABINOW; ROSE, 2006). O biopoder e a ciência vigente, abraçados, estão constantemente engenhando e reinventando formas de captura.

Não é fácil pensar um poder que está nas infraestruturas, nos meios que as fazem funcionar, que as controlam e que as erguem. Como contestar uma ordem que não se formula, que se constrói passo a passo e sem palavra. Uma ordem que se incorporou nos próprios objetos da vida cotidiana. Uma ordem cuja constituição política é a sua constituição material. Uma ordem que se revela menos nas palavras do presidente do que no silêncio do seu funcionamento ótimo. No tempo em que o poder se manifestava por editais, leis e regulamentos, ele deixava lugar à crítica. Mas um muro não se critica: destrói-se ou grafita-se. (COMITÊ INVISÍVEL, p. 70)

O "poder tomou de assalto a vida" (PELBART, 2015), isto é, o poder penetrou em todas as esferas da existência e as mobilizou e as pôs para trabalhar em proveito próprio. Desde os genes, o corpo, a afetividade, o psiquismo até a inteligência, a imaginação, a criatividade, tudo isso foi violado e invadido, mobilizado e colonizado, quando não diretamente expropriado pelos poderes. Mas o que seria a resistência, senão algo que está em cena com o poder vigente? Então, neste trabalho não se sugere a possibilidade de completa superação das tendências descritas, o que significaria cair na mesma armadilha metodológica criticada e estabelecer um novo maior. Se quer afirmar que também se pode produzir conhecimentos com pesquisa científica numa perspectiva *menor*! Este trabalho busca visibilizar as cores presentes no cotidiano cinza da ciência vigente, grafitar e abrir brecha neste muro, encontrar suas linhas de fuga. A dissertação revira o biopoder a partir de dentro, desde o interior da ciência e das políticas públicas de gestão da vida, afirmando que a pesquisa pode e deve ser também outra coisa mais intensiva do que extensiva, mais narrativa do que planilha, mais afetiva do que informativa. Tendo inspirações cartográficas e uma radical política de

narratividade como estratégia²⁷ de produção do conhecimento, percorreu-se os deslocamentos, registrou-se os vestígios de encontros, dando passagem às intensidades que buscam meios de expressão. As cartografias são “resultados parciais, lances de uma viagem em terras estrangeiras. É essa a potência que o cartógrafo quer alcançar, de sentir-se estrangeiro dentro da própria morada, ele que de porto em porto se vê em um tempo outro, que empurra, traveste, ora rasga e ora costura o mesmo e o faz diferir” (REGIS; FONSECA, 2012, p. 273). Esta cartógrafa-narradora, que se construiu na produção da dissertação, quer aproximar-se da metáfora do flâneur, trabalhada por Walter Benjamin (1986): este personagem urbano que sai de casa por sair, e assim, nesse trânsito sem destino traçado, atenta para a cidade e vê além da uniformidade aparente. Como o flâneur, o cartógrafo desenvolve uma capacidade de estranhamento que o desenraizará tanto da percepção do habitualmente reconhecível, como do utilitarismo herdado da sociedade capitalista moderna no que se refere à produção científica. Transpondo um movimento que nasce no urbano do Século XX para a floresta tropical e para as paredes das salas de pesquisa, o fazer metodológico nessa perspectiva quer registrar os movimentos, encontros e desencontros, e não a observação de objetos em suspensão (REGIS; FONSECA, 2012).

O rigor desta teoria está na coexistência do extensivo (extrato, território) e o intensivo. Em seu trabalho conjunto, Merhy e Feuerwerker (2011) ponderam que a cartografia participa e desencadeia um processo de desterritorialização, uma construção espacial subjetiva no campo da ciência para inaugurar uma nova forma de produzir o conhecimento, um modo que envolve a criação, a arte, a implicação do pesquisador/autor/cartógrafo/narrador. Sobre o fazer cartográfico, Latour (2012) descreveu como uma espécie de "guia de viagem", na qual o pesquisador deve colocar-se "a deriva", bem como os ensaios desta dissertação se perceberam "forasteiros" (PEREIRA, 2017) em suas narrativas, rastreando os dentro e os foras da própria pesquisa, dando espaço para onde se faz dobra e as intensidades tomam a cena. O que se busca não são as relações da causalidade ou os estatutos de Verdade, mas as afetações por

²⁷ Edgar Morin (1996) define a opção pelas estratégias de pensamento em detrimento dos programas de pensamento: "Um programa é uma sequência de atos decididos a priori e que devem começar e funcionar um após o outro, sem variar. Certamente, um programa funciona muito bem quando as condições circundantes não se modificam e, sobretudo, quando não são perturbadas. A estratégia é um cenário de ação que se pode modificar em função das informações, dos acontecimentos, dos imprevistos que sobrevenham no curso da ação. Dito de outro modo: a estratégia é a arte de trabalhar com a incerteza. A estratégia de pensamento é a arte de pensar com a incerteza. A estratégia de ação é a arte de atuar na incerteza"(p.284).

força de um fora. Esse 'fora' pode ser um afeto, um regime de signos, uma força que leve o pensamento a se tornar ativo, a envolver-se com a criação de conceitos que saltam como acontecimento, que possuem vibração intensiva. O conhecimento não é só o que é formulado a partir da reflexão, do exercício do pensamento e formulações teóricas nos textos e artigos acadêmicos; o conhecimento produz-se na experiência.

fazer uma experiência com algo significa que algo nos acontece, nos alcança; que se apodera de nós, que nos tomba e nos transforma. Quando falamos em "fazer" uma experiência, isso não significa precisamente que nós a façamos acontecer, "fazer" significa aqui: sofrer, padecer, tomar o que nos alcança receptivamente, aceitar, à medida que nos submetemos a algo. Fazer uma experiência quer dizer, portanto, deixar-nos abordar em nós próprios pelo que nos interpela, entrando e submetendo-nos a isso. Podemos ser assim transformados por tais experiências, de um dia para o outro ou no transcurso do tempo. (HEIDEGGER apud BONDIA, 2002, p:2)

A experiência é a expressão de formas de produção de conhecimento que não operam na cisão paradigmática sujeito-objeto das chamadas ciências régias, ao contrário, operam na perspectiva da constituição do sujeito pesquisador no mundo, in-mundo com o objeto (CERQUEIRA et al, 2014).

Interessado nos restos, nos trapos, nos acenos da pesquisa, o pesquisador-narrador aproxima-se do historiador benjaminiano e aponta para um possível desenvolvimento posterior do trabalho, evidenciando o caráter transdisciplinar da estratégia narrativa do ensaio, que extrapola o campo da Saúde. É quando a Filosofia, a Literatura, a Saúde, a Psicologia e a Educação importam, mais pela potência de afecção gerada pelos seus cruzamentos, do que pelo estudo ou análise dos seus campos específicos. Segundo Deleuze (2002, p.226), é de grande interesse pedagógico jogar no interior de cada disciplina as ressonâncias entre estes níveis e domínios de exterioridade. Luz (2009) já nos aponta que o campo da Saúde Coletiva faz nascer tensões entre os diferentes núcleos de saber, disciplinas, e da prática nos serviços de saúde. Eu, em processo de constituir-me pesquisadora em Saúde Coletiva, fui deparando-me com essas tensões, catando diferentes trapos que teceram minha experiência, sendo forasteira e percebendo a capacidade que os contextos locais têm de agenciamento inventivo, que dobram a pesquisa, produzindo, também ali, conhecimento. É a narrativa da aprendizagem e a aprendizagem da pesquisa que ofereço como "resultado" do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva.

REFERÊNCIAS

- ABREU FILHO, Ovídio. Mil platôs. Capitalismo e esquizofrenia. **Mana**, Rio de Janeiro , v. 4, n. 2, p. 143-146, Oct. 1998 .
- ADORNO, T. O ensaio como forma (p. 15-45). In: ADORNO, T. **Notas de Literatura I**. Tradução de Jorge de Almeida. São Paulo: Editora 34, 2003.
- ALMEIDA FILHO, N.; PAIM, J.S. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. **Cadernos Médicos Sociales**, n. 75:5-30, 1996.
- ANDRADE, O. MANIFESTO ANTROPÓFAGO. In: **Piratininga** Ano 374 da Deglutição do Bispo Sardinha. Revista de Antropofagia, Ano 1, No. 1, maio de 1928.
- BENJAMIN, W. Sobre o conceito da História. In: Benjamin W. **Obras escolhidas I. Magia e técnica, arte e política**. 7ª Edição. São Paulo: Brasiliense; 1994. p. 222-234.
- BEY, H. **TAZ: zona autônoma temporária**. São Paulo: Conrad, 2001.
- BOTSARIS, A. **Sem anestesia: o desabafo de um médico**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.
- BRASIL. Lei nº 12.871, de 22 de outubro de 2013. Institui o Programa Mais Médicos, altera as Leis n. 8.745, de 9 de dezembro de 1993, e n. 6.932, de 7 de julho de 1981, e dá outras providências. Diário Oficial da União. 23 Out 2013
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 1.654, 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). Brasília, 2011.
- CAMPOS, G.W.S. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 219-230, 2000 .
- CANGUILHEM, G. **Escritos sobre a Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- CARDOSO JR, H. R. Acontecimento e História: Pensamento de Deleuze e problemas epistemológicos das ciências humanas. In: **SCIELO. Trans/Form/Ação**. São Paulo, 2005. pp, 105-116.
- CARVALHO, A. I. Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis — Saúde e Cidadania na Pós-modernidade. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 1, n. 1, p. 104-121, 1996 .
- CARVALHO, M.S; SOUSA, M. F. Como o Brasil tem enfrentado o tema provimento de médicos?. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 17, n. 47, p. 913-926, Dec. 2013.
- CARVALHO, Y.M.; CECCIM, R. B. Formação e Educação em Saúde: aprendizados com a Saúde Coletiva. In: **Tratado de Saúde Coletiva**. Campos, GWS; Minayo, MCS; Akerman, M; Drumond Júnior, M; Carvalho, YM. (orgs). Editora Hucitec/Fiocruz; 2006.
- CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. **Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 443-456, 2008 .

CERQUEIRA, MP et al. Uma pesquisa e seus encontros: a fabricação de intercessores e o conhecimento como produção In: Cerqueira Gomes MP, Merhy EE, organizadores. **Pesquisadores IN-MUNDO: um estudo da produção do acesso e barreira em saúde mental**. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014. p.155-70.

COMITÊ INVISÍVEL. **Aos nossos amigos: crise e insurreição**. São Paulo: n-1 edições, 2016.

DELEUZE, G. Em quê a filosofia pode servir a matemáticos, ou mesmo a músicos... **Educação & Realidade**, jul./dez. de 2002, v. 27, n. 2, p. 225-226.

DELEUZE, G. **Lógica do sentido**, São Paulo, Perspectiva, 2000.

DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Kafka: por uma literatura menor**. Tradução Cíntia Vieira da Silva. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2014.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F.. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia 2 - Volume 1**. Tradução Aur[elio Guerra Neto e Celia Pinto Costa. São Paulo: Editora 34, 2000.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia 2 - Volume 2**. Tradução Ana Lúcia de Oliveira e Lúcia Cláudia Leão. São Paulo: Editora 34, 2011.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F.. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia 2 - Volume 5**. Tradução Peter Pál Pelbart e Janice Caiafa. São Paulo: Editora 34, 2012.

DELEUZE, G.; PARNET, C. **Diálogos**. Tradução Eloisa Araújo Ribeiro. São Paulo: Escuta, 1998.

DONNANGELO, M. C. F. **Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo, Hucitec, 2011.

FERLA, A. A. **Clínica em movimento: cartografia do cuidado em saúde**. Caxias do Sul,RS: Educus, 2007.

FERLA, A. A. **CLÍNICA NÔMADE E PEDAGOGIA MÉDICA MESTIÇA: cartografia de idéias oficiais e populares em busca de inovações à formação e à clínica médicas**. 2002. Tese (Doutorado em Educação) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

FERLA, A. A.; OLIVEIRA, P. T. R.; LEMOS, F. C. S. Medicina e hospital. **Fractal: Revista de Psicologia**, v. 23, p. 487-500, 2011.

FERLA, A.; CECCIM, R.; DAL'ALBA, R. Informação, educação e trabalho em saúde: para além de evidências, inteligência coletiva. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 2, supl., ago. 2012.

FERREIRA, A. B. H. **Pequeno Dicionário Brasileiro de Língua Portuguesa**. 11 ed. totalmente rev. e ampl. Rio de Janeiro: Editora Civilização Brasileira S. A., 1964

FEUERWERKER, L. C. M.; MERHY, E. E. Como temos armado e efetivado nossos estudos, que fundamentalmente investigam políticas e práticas sociais de gestão e de saúde? In MATTOS, R. A.; BAPTISTA, T. W. F. **Caminhos para análise das políticas de saúde**, 2011. p. 290-305.

FOUCAULT, M; DELEUZE, G. Os intelectuais e o poder: conversa entre Michel Foucault e Gilles Deleuze. In: FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 8ª Edição. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

FOUCAULT, M. **Em defesa da Sociedade. Curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. **História da Loucura**. São Paulo: Perspectivas, 2009.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. 20. Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade 1: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **Nascimento da Biopolítica. Curso no Collège de France (1978-1979)**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

FOUCAULT, M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1980.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Organização e tradução de Roberto Machado. 20. Ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2004.

GOMES, L. B. **A atual configuração política dos médicos brasileiros: uma análise da atuação das entidades médicas nacionais e do movimento médico que operou por fora delas**. 2016. 300f. Tese (Doutorado em Clínica Médica) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2016.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. (1986) **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis: Vozes, 2013.

BONDIA, J. L. Notas sobre a experiência e o saber de experiência. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, Apr. 2002.

LATOUR, B. **Reagregando o social**. Salvador, EDUFBA, 2012.

LATOUR, B; WOOLGAR, S. **A vida de laboratório: a produção dos fatos científicos**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 1997.

LOURAU, R. **Análise Institucional e Práticas de Pesquisa**. Rio de Janeiro: NAPE/UERJ. 1993.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil. Instituição e estratégia de hegemonia (1979)**. Porto Alegre: Rede UNIDA, 2013.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do Século XX. **PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 13-43, 1997.

LUZ, M. T. **Medicina e ordem política brasileira: políticas e instituições de saúde (1850-1930)**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1982.

LUZ, M. T. **Natural racional social: razão médica e racionalidade científica moderna**. São Paulo; HUCITEC, 2004.

LUZ, M. T. Complexidade do campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade, e transdisciplinaridade de saberes e práticas - análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. **Saude soc.**, São Paulo , v. 18, n. 2, p. 304-311, June 2009 .

LUZ. M. T. **Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna.** Rio de Janeiro: Campus, 1988.

MENICUCCI, T. M. G.. Gestão de políticas públicas: estratégias para construção de uma agenda. In: **9º CONGRESO NACIONAL DE RECREACION**, 2006, Bogotá. 9º CONGRESO NACIONAL DE RECREACION - memorias, 2006.

MENICUCCI, T. M. G.. Políticas de Esporte e Lazer: O estado da Arte e um Objeto em Construção. In: ISAYAMA, Hélder Ferreira; LINHALES, Meily Assbú. (Org.). **Avaliação de Política e Políticas de Avaliação: Questões para o Esporte e Lazer.** 1ed.Belo Horizonte: UFMG, 2008, v. 1, p. 179-202.

MERHY, E. E. **Capitalismo e a Saúde Pública.** 1. ed. porto alegre: Editora da Rede Unida, 2014.

MERHY, E.E. O conhecer militante do sujeito implicado: o desafio de reconhecê-lo como saber válido. In: Túlio Batista Franco; Marco Aurélio de Anselmo Peres. (Org.). Acolher Chapecó. **Uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho.** 1 ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2004, v. 1, p. 21-45.

MERHY, E.E. **Saúde: Cartografia do Trabalho vivo.** São Paulo: Hucitec, 2002.

MINAYO, M. C. Ciência, Técnica e Arte: o desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, Suely Ferreira; CRUZ NETO, Otávio; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília (orgs). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994.

MORAWSKA-VIANNA, A.C. Em busca de narrativas densas: questões acerca de realidades narrativas, subjetividade e agência social. **Cadernos de Campo (São Paulo, 1991)**, São Paulo, v. 16, n. 16, p. 153-168, mar. 2007.

MORIN, E. Epistemologia da Complexidade. In: SCHNITMAN, D. F. (Ed.). **Novos paradigmas, cultura e subjetividade.** Porto Alegre: Artmed, 1996. p. 274-289

NICOLI, M. A. et al. Não é só um problema de “satisfação dos usuários”: considerações sobre a participação dos usuários na avaliação da atenção básica. **Saúde em Redes.** 2016; 2(1): 23-42.

NIETZSCHE, Friedrich. **O Nascimento da Tragédia.** Tradução Jaco Guinsburg. Companhia de Bolso, 2007.

NOGUEIRA, A.R.B. **Percepção e representação gráfica: a “geograficidade” nos mapas mentais dos comandantes de embarcações no Amazonas.** Manaus: Edua, 2014.

NOGUEIRA, M. I. A reconstrução da formação médica nos novos cenários de prática: inovações no estilo de pensamento biomédico. **Physis**, Rio de Janeiro , v. 24, n. 3, p. 909-930, Sept. 2014.

NOGUEIRA, M. I. Racionalidades Médicas e formação em saúde: um caminho para a integralidade. In: **Por uma sociedade cuidadora.** PINHEIRO, R.; SILVA JR, A. G. S. (org.) Rio de Janeiro: CEPESC:

IMS/UERJ, 2010.

OLIVEIRA, F. P. de et al. Mais Médicos: um programa brasileiro em uma perspectiva internacional. **Interface (Botucatu)**, Botucatu , v. 19, n. 54, p. 623-634, Sept. 2015 .

ONOCKO-CAMPOS, R. T. et al . Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 18, n. 10, p. 2847-2857, Oct. 2013.

ONOCKO CAMPOS, R. T; FURTADO, J. P. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo , v. 42, n. 6, p. 1090-1096, Dec. 2008 .

PASSOS, E.; BARROS, R.B. A cartografia como método de pesquisa-intervenção . . In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015a.

PASSOS, E.; BARROS, R.B.. Por uma política da narratividade. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Orgs.). **Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2015b.

PASSOS, E.; BENEVIDES, B. Passagens da clínica. Em Auterives Maciel, Daniel Kupermann e Silvia Tedesco (org) **Polifonias: Clínica, Política e Criação**. Rio de Janeiro: Conreacapa, 2006, pp. 89-100

PAULON, S. A Desinstitucionalização como Transvalorização. Apontamentos para uma terapêutica do nihilismo. In: PAULON, S. **Athenea Digital**, num 10: 121-136; 2006.

PELBART, Peter Pal. **Da clausura do fora ao fora da clausura**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

PELBART, Peter Pal. Políticas da vida, produção do comum e a vida em jogo... **Saude soc.**, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 19-26, June 2015 .

PELBART, Peter Pal. Resenha/Aba do livro. In: DELEUZE, G; GUATTARI, F. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia. Volume 4**. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1997.

PEREIRA, D.R. **Espacialidades imersivas em realidade virtual: tecnologia, linguagem, controle**. 2017. Dissertação (Mestrado em Comunicação e Informação) - Faculdade de Biblioteconomia e Comunicação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2017.

PINTO, H.A.; SOUSA, A.N; FERLA, A.A. O Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica: várias faces de uma política inovadora. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 38, número especial, out./2014.

RABINOW, P.; ROSE, N. O conceito de biopoder hoje. **Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais**, João Pessoa, n. 24, p. 27-57, abr. 2006.

REGIS, V. M.; FONSECA, T. M. G. Cartografia: estratégias de produção do conhecimento. **Fractal, Rev. Psicol.**, Niterói, v. 24, n. 2, p. 271-286, maio/ago. 2012.

RODRIGUES, H. B. C. Intercessores e Narrativas: Por uma Dessujeição Metodológica em Pesquisa Social. **Pesquisas e Práticas Psicossociais** 6(2), São João del-Rei, agosto/dezembro 2011.

ROLNIK, S. Pensamento, corpo e devir: Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. **Cadernos da Subjetividade**, v.1, n.2, p. 241-251. Núcleo de Estudos e Pesquisas da Subjetividade, Programa de Estudos Pós Graduated de Psicologia Clínica, PUC/SP. São Paulo, set/fev 1993.

ROMAGNOLI, R.C. **A invenção como resistência: por uma clínica menor**. Vivencia (Natal), n.32, p.97-107, 2007

SANTOS, B.S. Para uma sociologia das ausências e uma sociologia das emergências. Em: SANTOS, B.S. (org.). **Conhecimento prudente para uma vida decente: “Um discurso sobre as ciências”** revisitado. 2002. Pág. 777 – 821.

SOUSA, E. L. A. **Uma invenção da utopia**. São Paulo: Lumme Editor, 2007.

SPINOZA, Baruch. **Ética**. Trad. Tomaz Tadeu. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2010.

ZANELLA, A. V; SAIS, A. P. Reflexões sobre o pesquisar em psicologia como processo de criação ético, estético e político. **Aná. Psicológica**, Lisboa, v. 26, n. 4, p. 679-687, out. 2008.