



A CARTOGRAFIA E O ENSINO EM ODONTOLOGIA

Eliane Teixeira Leite Flores¹; Diogo Onofre Gomes de Souza².

1. Doutoranda do PPG Educação em Ciências e Saúde: Química da Vida UFRGS, bolsista CAPES. E-mail: elianetl@terra.com.br.
2. Orientador do PPG/UFRGS “Educação em Ciências e Saúde: Química da Vida”. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre/RS. Brasil.

RECEBIDO EM: 04/05/2012 – APROVADO EM: 15/06/2012 – PUBLICADO EM: 30/06/2012

RESUMO

A aplicação das políticas públicas, no cotidiano, constitui o principal enfrentamento das instituições de ensino superior para superar a contradição histórica entre o número de cursos profissionais e as práticas hegemônicas, que ignoram os cuidados de saúde bucal da maioria e as especificidades das diferenças minoritárias e culturais dos brasileiros. Abordagens cognitivas mais complexas são necessárias para trabalhar no contexto da tríplice crise da Odontologia: a inserção pública, a relação com outras disciplinas e o ensino. A dimensão de política pública do ensino em saúde redireciona a construção do conhecimento, a partir da realidade e da maior participação do estudante no processo ensino-aprendizagem, para o seu envolvimento com a transformação da relação do ensino acadêmico com a sociedade. O momento é de experimentar outras formas de pesquisar e de trazer outros conhecimentos para dentro da universidade pública. A aproximação da universidade com a sociedade leva a intervir na formação, que parte do princípio de que fazer pesquisa é um processo de subjetividade inseparável dos processos de mudanças. A cartografia como referência para a intervenção na formação está apresentada nesta revisão bibliográfica em forma de pistas, para a produção de conhecimento sobre o processo ensino-aprendizagem, na conexão entre as políticas de subjetividade com a saúde coletiva.

PALAVRAS-CHAVE: ensino em odontologia – aprendizagem - cartografia - subjetivação.

CARTOGRAPHY AND DENTISTRY EDUCATION

ABSTRACT

The attention to public policies in everyday life is the main challenge for higher education institutions, in order to overcome the historical contradiction between the number of professional courses and the hegemonic practices that ignore the oral healthcare provided to most people due to the specificities in the cultural and minority differences among Brazilians. More complex cognitive approaches to teaching/learning are required to address the crisis in dentistry: the public input, the relationship with other disciplines and the teaching. Considering healthcare education as a public policy dimension redirects knowledge construction as based in the reality and a deeper student's participation in the teaching/learning process and

for his involvement with transformations in the relation between the academy and the society. This is the time for trying other research types and for bringing other kinds of knowledge to public higher education. Formation as an intervention is based on the principle that researching is a subjective process inseparable from the processes of changing. In order to generate knowledge in dentistry, this cartography review of literature, as reference of intervention is presented in the form of clues, to the teaching-learning process in the relation between subjective policies in public healthcare.

KEYWORDS: dentistry education – learning - cartography - subjective production

INTRODUÇÃO

O ENSINO EM ODONTOLOGIA

A aplicação das políticas públicas, no cotidiano, constitui o principal enfrentamento das instituições de ensino superior para superar a contradição histórica entre o número de cursos profissionais e as práticas hegemônicas, que ignoram os cuidados em saúde bucal da maioria e as especificidades das diferenças minoritárias e culturais dos brasileiros (PIRES FILHO, 2004; MOYSÈS et al., 2006; KRIEGER, CARVALHO, HADDAD, 2006; MORITA et al., 2007; MORITA & HADDAD, 2008; HADDAD et al., 2010; ZILBOVICIUS et al., 2011).

Apesar dos esforços da clínica odontológica integrada, o território desmembrado da medicina bucal aponta para a crise tríplice da Odontologia: inserção pública, relação com outras disciplinas e ensino (BOTAZZO, 2006). Além das ações coletivas, a assistência individual é um direito social e, entre as barreiras a serem superadas, reconhece-se que as múltiplas dimensões do conhecimento e o distanciamento da Odontologia das demais profissões de saúde, como reforçam NARVAI & FRAZÃO (2008).

A Odontologia de mercado foi considerada ineficaz, ineficiente, descoordenada, de baixa cobertura, de alta complexidade, com má distribuição territorial, com enfoque curativo, de caráter mercantilista, monopolista e de inadequação no preparo dos recursos humanos, pelos participantes da 7ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1980). Já a 8ª Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986a) foi um momento de discussões e de pactuação política de tal ordem, que as suas principais deliberações foram acolhidas e promulgadas na Constituição da República de 1988 (PIRES FILHO, 2004).

A situação de precariedade, analisada pelos participantes da 1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 1986b) e enfatizada pelas conferências que a seguiram, reflete a inadequação do preparo dos recursos humanos entre os fatores apontados pelos participantes como corresponsáveis para a concretude dessa realidade. A 3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal (BRASIL, 2005), nesse sentido, preconiza para o ensino superior odontológico a redefinição do modelo de formação, na perspectiva da humanização na atenção à saúde bucal com ênfase na promoção de saúde, no trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar. Portanto, enfrentar o desafio de mudar as práticas hegemônicas do século XX, que resultaram em um quadro severo de edentulismo, de iniquidade e de dificuldade de acesso à população aos cuidados de saúde bucal é, também, tarefa da docência na formação acadêmica.

A desarticulação acumulada na implementação de políticas sociais, que envolvem os setores da saúde e do ensino, é objeto de debates de intervenções

governamentais relativos à formação e qualificação profissional. A formação profissional em saúde mais próxima de uma assistência à saúde efetiva, equânime e de qualidade, é resultado de uma construção histórica de conhecimento, a partir de investimento e de protagonismo na sociedade brasileira, em tempos de inexistência do Sistema Único de Saúde (SUS). Os movimentos sociais, os usuários, os trabalhadores, os gestores, os professores e os pesquisadores, que se mobilizaram para a construção de um sistema mais democrático e participativo, foram determinantes para as iniciativas governamentais de implementação de políticas ministeriais da Saúde e da Educação (BRASIL, 2001). Essas políticas vêm indicando as diretrizes de formação e os fundamentos de renovação, de reconhecimento e de expansão dos cursos superiores na área da saúde. Conforme CECCIM & FEUERWERKER (2002), essa dimensão de política pública, que a formação de profissionais de saúde vem assumindo, redireciona a construção do conhecimento, a partir da realidade e da participação ativa do estudante no processo ensino-aprendizagem, para o seu envolvimento com a transformação da relação do ensino acadêmico com a sociedade.

Entre as orientações das Diretrizes Curriculares Nacionais (BRASIL, 2002), do Sistema Único de Saúde (SUS) e do processo de reorientação profissional da formação em saúde Pró-Saúde (BRASIL, 2005) estão evidenciados o trabalho de equipe em saúde bucal (CD - Cirurgião dentista; TSB - Técnico em Saúde Bucal; ASB - Assistente em Saúde Bucal) e a constituição das equipes multidisciplinares. Pela análise de MORITA & HADDAD (2008), as ações necessárias para a participação e a transformação do CD estão prescritas, tanto pela construção de vínculos entre os diversos profissionais na criação coletiva, como pelas iniciativas para a atuação em rede na ação cotidiana. No entanto, a aderência e a apropriação dessas orientações são práticas ainda insuficientes entre os projetos das Instituições de Ensino em Odontologia.

A inserção da Equipe de Saúde Bucal no, então, Programa de Saúde da Família (BRASIL, 2001b) e o Brasil Sorridente (BRASIL, 2004a) são políticas que têm, como principais linhas de ação, a reorganização da Atenção Básica em Saúde Bucal (BRASIL, 2004b) pela ampliação e a qualificação da Atenção Especializada (por meio, principalmente, da implantação de Centros de Especialidades Odontológicas e Laboratórios Regionais de Próteses Dentárias) e a viabilização e expansão da adição de flúor nas estações de tratamento de águas de abastecimento público. Essas políticas possibilitam que os serviços públicos constituam um significativo mercado de trabalho para os profissionais de Odontologia. Entretanto, esses fatos não têm sido suficientes para produzir impacto sobre o ensino de graduação em Odontologia (MORITA *et al.*, 2007). Apesar disso, essas políticas podem ser corresponsabilizadas pelos registros de um quadro nacional de melhores condições de saúde bucal, como sugerem os resultados da recente investigação do Levantamento Epidemiológico (BRASIL, 2010), quando comparados com os resultados do levantamento nacional que o precede (BRASIL, 2004c).

A limitação dos recursos humanos, principal determinante da baixa qualidade dos cuidados prestados pela rede SUS, é de ordem qualitativa e não quantitativa, enfatiza ALMEIDA FILHO (2011), quando aponta que a força de trabalho em saúde, no Brasil, compreende 1,5 milhão de profissionais registrados em conselhos profissionais. A rede do SUS é o principal empregador do país: 52% dos enfermeiros, 44% dos médicos, 27% dos dentistas, 11% dos farmacêuticos e 10% dos psicólogos são funcionários públicos. A força de trabalho, para atendimento no SUS, não corresponde ao perfil dos profissionais que operam o sistema. O autor

acrescenta, ainda, que o setor privado promove uma ideologia individualista, em que o serviço público é considerado apenas como um emprego mal remunerado, mas que oferece estabilidade, assumindo uma posição secundária com relação à iniciativa privada, ou aos empregos em empresas de saúde com fins lucrativos, supostamente mais gratificantes.

OS COLETIVOS E AS PRÁTICAS EM SAÚDE

A área de saúde coletiva é, hoje, uma das mais potentes na produção científica nacional, pela investigação implicada com a redução das profundas desigualdades sociais em saúde e a garantia do direito universal (FLEURY & CARVALHEIRO, 2008). Por sua vez, a produção científica odontológica brasileira apresenta um avanço notável; no entanto, o impacto de todo esse conhecimento na melhoria das condições de saúde, na avaliação dos serviços, das políticas de saúde e das políticas de educação superior, ainda é considerado limitado, apesar de todos esses esforços, como também afirma HADDAD (2007).

SCHRAIBER *et al.*, (2000) analisam as relações entre os diferentes coletivos da saúde e a sua formação, como conjunto de pacientes, clientela, usuários, professores, alunos e trabalhadores. Esses coletivos estão agrupados em torno de algumas características comuns e se transformam em consumidores institucionalizados, desse ou daquele serviço, além dos condicionantes que conformam esses coletivos, como o poder de compra. Com a especialização, a cada paciente corresponde um conjunto de atos de trabalho coletivo de equipe médica, de equipe de saúde bucal ou multiprofissional.

Os autores concluem que a organização contemporânea da assistência impede que as relações interpessoais se mantenham permanentes. Essa transitoriedade se estabelece pelo contato entre cada profissional e cada usuário em uma relação entre indivíduos, no momento mais clínico da prática, pela necessidade de composição das ações especializadas, ou pelos rodízios das equipes de trabalho. A rotina do trabalho agrava essa instabilidade, pela necessidade de aumento da produtividade de cada trabalhador e do serviço como um todo. Essas características empresariais vêm enfraquecer ainda mais a natureza pessoal da relação clínica, diante da fragmentação da assistência, que termina por coletivizar o paciente individual. A impessoalidade passa a caracterizar a produção de cuidados, assim como o extremo mecanicismo de suas ações. O sofrimento tomado como ofício e a aprendizagem de tecnologias devem evitar o imobilismo ou o pânico diante da dor. Há um espaço para atuar entre um adequado distanciamento e uma total desumanização (SCHRAIBER *et al.*, 2000).

A técnica, na prática de saúde, envolve julgamentos complexos e riscos nas decisões; e o conhecimento pessoal do doente facilita a presença de aspectos de sensibilidade humanos para a sua execução. Cada profissional necessita conhecer as práticas efetivas dos demais trabalhos desenvolvidos nesse ambiente de diferentes saberes. O produto desse conhecimento será a conformação de uma ética solidária no trabalho coletivo, para promover a integração das ações que será, no máximo, suficiente e incompleta. A natureza interdependente e complementar dos trabalhos articulados em um trabalho coletivo pressupõe o questionamento de técnicas e saberes institucionalizados. É importante a criação de espaços de reflexão, entre os participantes de uma equipe, e o acolhimento das manifestações dos usuários nesse processo, para que possam contribuir com essa mesma equipe profissional de que se valem (SCHRAIBER *et al.*, 2000).

SAÚDE BUCAL COLETIVA

Embasado em seu estudo arqueológico sobre as práticas odontológicas, BOTAZZO (2000) vem defendendo a desconstrução do objeto Odontologia não somente como clínica, mas como prática social. A saúde bucal coletiva convive e disputa conhecimentos e práticas com outros saberes não específicos à Odontologia. Esses saberes advindos das ciências humanas e sociais, que qualificam a Odontologia de social ou de coletiva, no entanto, não foram suficientes para amenizar o conteúdo odontológico ainda predominantemente tecnicista.

BOTAZZO (2006) propõe pensar a boca com as suas diferentes fisiologias, pelo entendimento de que está inserida em um corpo que não é apenas um conjunto de órgãos. O corpo, que é a forma de dar materialidade à existência, é produção sócio-histórica dos sujeitos no mundo. Está atravessado e é constituído, também, por fluxos e forças que se produzem e o produzem consciente e inconscientemente em um território, que é o meio material simbólico de inserção sociocultural dos indivíduos. Para trabalhar em Odontologia, é fundamental compreender o importante significado e o profundo impacto de lidar com a capacidade bucal, entendida como a impossibilidade, transitória ou permanente, de exercer uma ou mais funções de mastigação, deglutição ou fonação, o comprometimento estético e, também, as relações sociais e afetivas inter-relacionadas.

SOUZA (2004), ao se referir à boca como território, busca o conceito de *bucalidade* de BOTAZZO (2006), que remete à noção de *facialidade*, como um território igualmente importante na construção e desconstrução de identidades, pois é nele que se exprime a primeira forma de expressão física de cada um, diante do outro. O modo pelo qual as alterações bucais atingem a face altera a imagem de cada um sobre si mesmo, que repercute, com isso, na vida e nas relações das pessoas. Tais desafios teórico-conceituais precisam ser enfrentados para alcançar a integralidade e a humanização das práticas de saúde bucal, analisa a autora. Isso exige, também, postura política, ética e estética. Política, porque o engendram forças e interesses diversos; ética, porque trata da vida; estética, em consideração ao criativo e a sensibilidade que são próprias do ato humano.

A presente contextualização segue com o estudo de AQUINO *et al.*, (2005), que avaliam a prática do diálogo entre o paciente e o profissional de Odontologia em formação. Concluem os autores que a conversa é pouco valorizada, restringindo-se, principalmente, à captura dos dados de anamnese. A prática é pouco desenvolvida e, quando realizada, está fortemente apoiada em práticas de transmissão de conhecimento, sem espaço para as práticas dialógicas. Em uma relação profissional/paciente/professor/aluno vertical, autoritária e impessoal, não há espaço para uma educação em saúde problematizadora. Por outro lado, uma relação que privilegia o respeito, a escuta e a responsabilização, facilita essa concepção transformadora da realidade. Além desta comunicação restringida pela prática tradicional da Odontologia o cuidado, preconizado pelas políticas de Humanização (BRASIL, 2004 d), pode vir a ser ampliado e concretizado em equipes multiprofissionais, como sustenta TEIXEIRA (2006), ao estudar o trabalho em equipe e a saúde bucal integrada.

Uma verdadeira revolução está acontecendo de forma acelerada, na perspectiva da engenharia genética e do fazer odontológico, pelos avanços das especialidades de vanguarda do conhecimento científico e tecnológico. O êxito na prevenção da cárie dentária, alcançado no século XX, estimula a ênfase nas práticas que evitam ou reduzem o impacto dos principais problemas bucais que afetam as populações. Apesar disso, a extração dentária continua sendo uma das práticas

mutilatórias mais comuns e ainda muito presente, tanto nas clínicas públicas como nas privadas. Para construir a possibilidade de um futuro melhor alguns desafios precisam ser enfrentados pelos que se ocupam da saúde bucal das populações. A promoção de saúde, compreendida como o processo social de produção de condições gerais de vida e de trabalho favoráveis para uma vida mais saudável, deve incluir a boca na sua integralidade biológica e social (NARVAI & FRAZÃO, 2008).

A transformação dos serviços de saúde e dos cuidados odontológicos é uma tarefa política que requer o suporte de múltiplas disciplinas científicas, de várias formas de conhecimento, de engajamento, de pactuação e do inequívoco posicionamento numa sociedade de grande desigualdade e de diferenças minoritárias. Para produzir mudanças, o avanço da saúde bucal coletiva, como um direito social no Brasil, implica em ir além das ações que, tradicionalmente, colocam-se aos praticantes da Odontologia. Desenvolver ações que extrapolam o campo da biologia humana e os limites da clínica odontológica requer ações sociais e protagonismo político, o que instiga a ir “além dos limites do céu da boca”, apontam NARVAI & FRAZÃO (2008, p.139).

O ENCONTRO ENTRE DISCIPLINAS

ALMEIDA FILHO (1997; 2005) ao discutir a interdisciplinaridade, ou a formação interprofissional, reflete que a troca efetiva e a colaboração entre disciplinas e profissões seriam possíveis somente pela ação de agentes concretos, para fortalecer práticas mais ou menos integradas. Pelo uso permanente de recursos cognitivos, afetivos e psicomotores entre estudantes e profissionais que transitam em diferentes áreas é que podem ocorrer as diferentes intensidades de interação e colaboração entre disciplinas e profissões. Para que isso ocorra, tem-se que considerar, antes de tudo, o tema da democratização das relações interpessoais e da democracia em instituições de ensino e de saúde, baseado na diversidade de cenários e contextos, para humanizar a política e o sistema de saúde, conforme análise de CAMPOS (2005).

As crises e utopias, em relação à qualidade do ensino de Odontologia, costumam ser mais abordadas na dimensão pedagógica e mais encobertas na dimensão política, concluiu a pesquisa de SECCO & PEREIRA (2004). Embora pouco explicitada, é a crise vivida nesta dimensão que parece problematizar efetivamente a qualidade da formação na área. O cirurgião-dentista é uma categoria profissional pouco politizada, tanto pela formação dos alunos, quanto pela formação dos formadores. O desafio a ser enfrentado passa pela superação da dicotomia formação geral *versus* formação específica, mediante uma nova racionalidade, capaz de incorporar a diversidade, as contradições e as tensões que constroem o cotidiano nas instituições de ensino superior. MOYSÉS *et al.*, (2006) entendem que democratizar as relações se constitui como essencial para o aprendizado participativo e cooperativo do cirurgião-dentista. A universidade deve contribuir para a consolidação da cidadania democrática e sua atuação pressupõe o fomento à inovação e a transdisciplinaridade, através da defesa e difusão de valores humanistas, como defendem os autores.

FERREIRA *et al.*, (2009) apontam que a retórica de parceria no trabalho, integração, trabalho em equipe, flexibilização, horizontalização, autonomia e compartilhamento de poder admitem maior liberdade, apenas para os que trabalham melhor e inventem novos modos de resolver os problemas em saúde. Esse processo

pode levar à reprodução e manutenção do instituído de uma prática realizada de forma automática e prescritiva, segundo diretrizes, conceitos, teorias e desejos que orientam o fazer, pelas redes de micropoderes presentes na micropolítica do seu cotidiano. Ser sujeito das próprias ações é poder trabalhar os fluxos semióticos ao quebrar significações, abrir a linguagem para outros desejos e forjar outras realidades e, assim, ganhar materialidade na micropolítica do trabalho desenvolvido. Entretanto, o trabalho do sujeito ativo na realidade do cotidiano e produtor instituinte de novos processos de mudanças pode, ao mesmo tempo, ser o sustento e a reprodução de certas situações constituídas e de protagonismo da conservação de práticas há muito instituídas.

As ações de prevenção e promoção, que a Reforma Sanitária brasileira priorizou, deixou a clínica em plano secundário, explica FRANCO (2009); a reestruturação produtiva na saúde centrada na Vigilância à Saúde diz respeito a uma mudança nos processos de trabalho sem a necessária alteração do núcleo tecnológico do cuidado nas práticas do cotidiano. Acrescenta o autor que continuam com a ênfase excessiva na produtividade e na produção centrada no ato prescritivo. O autor discute a transição tecnológica e a inclusão social na saúde para entendimento do processo produtivo do cuidado. Para mudar o cenário do uso hegemônico das tecnologias duras (máquinas e instrumentos estruturados) é preciso produzir uma inversão, reposicionando as tecnologias leves (tecnologias de relação) para o centro do processo produtivo – conceitos formulados por MERHY (2002).

As práticas de formação no campo da saúde encontram-se, frequentemente, permeadas pelo viés da interdisciplinaridade que acabam por abandonar os movimentos que podem engendrar outros modos de ser trabalhador nesse âmbito. O que se vê como efeito, seja da multidisciplinaridade, seja da interdisciplinaridade é a manutenção das fronteiras disciplinares, dos objetos e, especialmente, dos sujeitos desses saberes. Para dar aos processos de formação outras direções é preciso ir além e aquém de uma disciplina considerada como unidade isolada. A dimensão precisa ser outra, ou seja, focar o processo por tudo que o atravessa e vai compondo durante a formação (BENEVIDES & PASSOS, 2000).

A CIÊNCIA E A SOCIEDADE

SANTOS (2004) recorda que o conhecimento científico, produzido nas universidades e nas instituições detentoras de *ethos* universitário foi, ao longo do século XX, um conhecimento predominantemente disciplinar, cuja autonomia impôs um processo de produção relativamente descontextualizado, em relação às premências do cotidiano das sociedades. A organização universitária e o *ethos* universitário foram moldados por esse modelo de conhecimento, em que a universidade produzia conhecimento e a sociedade poderia aplicá-lo ou não. As alterações que aconteceram, nas últimas décadas, desestabilizaram este modelo de conhecimento e apontaram para a emergência de outro modelo, em que um conhecimento transdisciplinar obriga a um diálogo ou confronto com outros tipos de conhecimento. A direção anterior unilateral foi atingida enormemente pela maior interatividade produzida com a revolução das tecnologias de informação e de comunicação.

À medida que a ciência se insere mais na sociedade, mais esta se insere na ciência. A pressão hipermercantilista do conhecimento, pelas empresas concebidas como consumidoras de utilização e mesmo co-produtoras do conhecimento científico, visa reduzir a responsabilidade social da universidade para produzir

conhecimento economicamente comercializável. Por outro lado, uma pressão publicista, social e difusa amplia o espaço público, atravessado por confrontos mais heterogêneos e, por responsabilização social, muito mais exigente. Segundo o cientista social, SANTOS (2004), a instabilidade causada pelo impacto dessas pressões, em contraposição, criam impasses onde se torna evidente que as exigências por maiores mudanças formam par com as resistências à mudança.

Em vários países estão sendo realizadas experiências de ensino interprofissional na graduação em saúde, desde o início da formação, como as apresentadas nos trabalhos de COOPER *et al.*, (2005). Também os pesquisadores SILVA *et al.* (2011) citam e discutem as mudanças consistentes encontradas entre os profissionais com esse tipo de formação. Os autores abordam, ainda, como as questões ético-políticas podem auxiliar na articulação dos recursos de saúde e desenvolver a consciência nos atos/escolhas praticados ao serem discutidos criticamente em equipe. As mudanças e suas implicações dependem das relações entre a organização do trabalho em saúde, pelas especificidades educacionais envolvidas, da complexidade das instituições de ensino e de saúde, da diversidade dos atores, das distintas culturas desafiadas e dos tensionamentos frente às relações de poder instituído, concluem MELLO *et al.*, (2010).

Na avaliação de TOLEDO (2006), a busca pela progressiva autonomia profissional e intelectual do aluno enfrenta as demandas emergentes do mercado de trabalho e o desenvolvimento de uma maior participação social. As exigências sociais e as políticas da universidade determinam um trabalho de superação e de significativas mudanças de atuação do professor em Odontologia. O encontro com a alteridade, com o outro em sua diferença, com a história de vida dos sujeitos, potencializa o trabalho de ensino/aprendizagem entre professor e aluno.

É oportuno, para construção da democracia e pela incompletude das propostas políticas, partir dos conflitos e trabalhar a pluralidade em articulação com ações coletivas, recomenda e enfatiza SANTOS (2007). O momento é de experimentar outras formas de pesquisar e de trazer outros conhecimentos para dentro da universidade pública. Seguindo as reflexões do autor, na realidade, pode-se contar com os instrumentos hegemônicos de convivência política e social - a legalidade, a democracia e os direitos humanos - na aspiração e no agenciamento de uma sociedade mais justa. As lutas dos movimentos e as organizações sociais e políticas comprometidas e que apostam, não apenas na emancipação política, mas, sobretudo, na emancipação humana e social, trazem como mensagem clara que, para renovar as teorias críticas e reinventar a emancipação social, não basta um conhecimento novo: “o que necessitamos é de um novo modo de produção de conhecimento. Não necessitamos de alternativas, necessitamos é de um pensamento alternativo às alternativas” (SANTOS, 2007, p.20).

A importância das diferentes minorias, por estarem colocando os problemas mais cruciais no que diz respeito ao futuro das sociedades, particularmente o problema da crise mundial, levam em consideração a problemática da subjetividade inconsciente no campo social, afirma GUATTARI, em 1982, por ocasião de estada no Brasil (GUATTARI & ROLNIK, 2005). Um diálogo entre as minorias poderia ter um alcance muito maior do que um simples acordo entre grupos oprimidos. Esse diálogo poderia desembocar numa atitude muito positiva e muito mais intensiva. Há mutações que foram trazidas pelos movimentos de minorias que não precisam de um estado maior central para serem discutidas e difundidas, pois se transmitem através de outros modos de comunicação. O pensador pergunta: “Como se operam as modificações de um modo de pensamento, de uma aptidão, para apreender o

mundo circundante em plena mutação? Como mudar as representações do mundo exterior, ele mesmo em processo de mudança?” (GUATTARI, 2006).

O autor afirma que não se pode conceber uma recomposição coletiva do social, que respeite as diferenças culturais, sem a promoção de uma nova arte de viver em sociedade correlacionada a uma ressingularização da subjetividade e a uma nova forma de conceber uma democracia política e econômica (GUATTARI & ROLNIK, 2005). O conjunto das possibilidades de práticas específicas de mudança de modo de vida constitui o potencial criador para qualquer transformação social, sem utopias e idealismos. Busca, também, tentar apreender a subjetividade, em sua dimensão de criatividade processual, para explorar a potência molecular das transmissões de sensibilidades e de experimentação, e não somente as programáticas e de ideias, para não continuar a reprodução da sociedade anterior.

O CUIDADO MICRO e MACROPOLÍTICO

BENEVIDES (2005) afirma que são três os princípios indicados para a construção de políticas públicas em saúde: o da inseparabilidade, o da autonomia, o da corresponsabilidade e da transversalidade. Mesmo que sejam distintos, é impossível separar a clínica da política, o individual do social, o singular do coletivo; os modos de cuidar dos modos de gerir; a macro e a micropolítica. “[...] É entre os saberes que a invenção acontece, é no limite de seus poderes que os saberes têm o que contribuir para um outro mundo possível, para uma outra saúde possível” (BENEVIDES, 2005, p.21-25).

As separações do individual e do social, da clínica da política, do cuidado com a saúde das pessoas, do cuidado com a saúde das populações e a clínica da saúde coletiva lançam a despolíticação como análise das questões subjetivas. A produção de certa política: aquela que coloca, de um lado, a macropolítica e, de outro, a micropolítica. O Sistema Único de Saúde como dever do Estado e direito dos cidadãos, como conquista garantida pela lei e pela Constituição, de um lado e de outro, os processos de produção de subjetividade. A urgência de enfrentar as tensões da vida humana, nas situações em que sua dinâmica se encontra obstruída, exige atividades essenciais para a saúde da sociedade, alerta ROLNIK (2010).

O desafio é manter um duplo ativismo político, macro e micro, recomendam PASCHEI *et al.*, (2011), entendendo que o SUS se faz pelos acordos molares e movimentos moleculares - conceitos usados por GUATTARI (2006) - que evidenciam a indissociabilidade entre produção de saúde, produção de subjetividade e produção de mundo, considerando-se que os planos macro e micropolíticos se codeterminam e se influenciam mutuamente. Como explica ROLNIK (2010), as tensões e conflitos do real visível e dizível estão no domínio que delimitam os sujeitos, os objetos e a relação entre eles e suas representações, isto é, no plano da macropolítica. As tensões entre o plano da micropolítica e aquilo que já se enuncia na realidade sensível, invisível e indizível estão no domínio dos fluxos, intensidades e devires. A alteridade, que vem se operando no contemporâneo, implica uma abertura que depende da capacidade das pessoas suportarem o fato de que não funcionam isoladamente, mas que, para além de uma individualidade e uma identidade na qual se reconhecem, também, se encontram em um permanente processo de subjetivação.

Segundo DELEUZE (2008) a ideia de dobras e desdobras que FOUCAULT (1984) descobre nos seus últimos livros, como sendo a operação própria a uma arte de viver, é o processo de subjetivação. A subjetivação é a produção dos modos de

existência ou estilos de vida. GUATTARI (2006) fala de um descentramento da questão do sujeito para a da subjetividade. O sujeito, tradicionalmente, foi concebido como essência última da individuação. Não há sujeito, mas uma produção de subjetividade. Considerar a subjetividade sob o ângulo de sua produção não implica voltar aos sistemas tradicionais de determinação de superestrutura ideológica. Os fatores subjetivos sempre ocuparam um lugar importante, ao longo da história. É todo um estilo de vida, toda uma concepção das relações sociais, uma ética coletiva que está em questão.

As transformações tecnológicas obrigam os seres humanos a considerarem a tendência de homogeneização universalizante e reducionista da subjetividade; essas mesmas tecnologias reforçam o que é a heterogêneo e, ao mesmo tempo, o que é singular. A produção maquínica da subjetividade, para falar do trabalho com o computador, por exemplo, pode se dar, tanto para o melhor, quanto para o pior; tudo depende de como será sua articulação com os agenciamentos coletivos de enunciação. A enunciação coletiva não deve ser entendida somente no sentido de um agrupamento social, pois implica a entrada de diversas coleções de objetos técnicos, de fluxos materiais e energéticos, de entidades incorporais, matemática e estéticas, conforme a compreensão de GUATTARI & ROLNIK (2005) ao se referirem às teorias linguísticas de enunciação, que centram a produção linguística apenas nos sujeitos individuados. O melhor é a criação, a invenção de novos mundos; o pior é a *mass media* embrutecedora. O que importa não é o confronto com uma nova matéria de expressão, mas a constituição de complexos de subjetivação; indivíduo-grupo-máquina e trocas múltiplas que oferecem à pessoa, possibilidades diversificadas de recompor a corporeidade existencial, de sair de seus impasses repetitivos e de poder se singularizar (GUATTARI, 2006).

A política é a forma de atividade humana que, ligada ao poder, coloca em relação sujeitos, articula-os segundo regras ou normas não necessariamente jurídicas e legais. A política se faz por arranjos locais, por microrrelações, indicando esta dimensão micropolítica das relações de poder. Uma forma de expressão do que se passa, do que acontece, sendo assim o conhecimento que exprime acerca das pessoas e do mundo não é apenas um problema teórico, mas um problema político (PASSOS & BENEVIDES, 2009).

A GRANDE SAÚDE

A grande área da saúde é integrada por profissionais, que por força de formação e habilitação profissional, devem estar aptos para a assistência individual, além de qualificados para a compreensão ampliada da promoção de saúde e para a prestação de práticas integradas de saúde coletiva. Como parte do esforço para mudança na formação profissional, que compreende a afirmação da vida de modo intrínseco aos atos de saúde, é necessário o desenvolvimento do trabalho em equipes multiprofissionais, da multidisciplinaridade e a exposição da equipe de saúde à alteridade com os usuários. A orientação de trabalho em equipe consta tanto das diretrizes para a formação dos profissionais em saúde, quanto das diretrizes para o exercício profissional no Sistema Único de Saúde. O trabalho em equipe é o acordo que possibilita, em um dado contexto e no cotidiano, que profissionais passem a atuar em uma perspectiva “entre-disciplinar” como fator de transformação e de mudança social. Essa perspectiva de produção de atos terapêuticos, que CECCIM (2006) formula, enfatiza o processo de equipe para a produção de saúde. A equipe permite situar os profissionais para o exercício de

escuta, de cuidado e a esperada cura, diante de pessoas reais, na aproximação da ciência com as humanidades.

A conexão da Saúde Coletiva com as Políticas de Subjetividade vem significar que se trata de um alargamento de horizontes e uma concentração de esforços em temas que atravessam, com grande intensidade, os debates sobre a produção das práticas em saúde, em consideração à importância das ações transformadoras e sempre necessárias nas políticas públicas da área. FONSECA (2009) enfatiza que a busca por uma “grande saúde” percorre o território transdisciplinar da Saúde Coletiva, ao entender que ela pode ser compreendida e vivida para além dos limites da bipolaridade doença/saúde. Essa busca acolhe um processo que, cada vez mais, desenvolve-se no território das relações interpessoais, onde direitos e deveres marcam os encontros entre indivíduo/indivíduo e indivíduo/coletivo. A saúde coletiva não é apenas o campo do saber que estuda as políticas públicas e a saúde das populações, é um território de intervenção em sujeitos singulares, pessoas que se relacionam entre si, com objetos, ambientes e consigo mesma (CARVALHO *et al.*, 2009).

MERHY *et. al.*, (2010) embasados no pensamento de DELEUZE (2006), relatam que para produzir diferença, é necessário repetir. É importante criar zonas de visibilidade às múltiplas estratégias para outras formas de olhar essas vidas, tanto a vida dos estudantes, dos professores, quanto às dos que merecem cuidados a partir das mútuas afetações. Pelas tecnologias leves podem-se desenvolver dispositivos para lidar com a diferença na produção da saúde e, não somente, pela manutenção de tecnologias que não desviam do ciclo restaurador vicioso das práticas e do ensino, que reproduzem o trabalho tradicional e de transmissão de conhecimento, isolado e fragmentado da Odontologia.

Um modo de produção do cuidado que opera por fluxos de intensidade, produz e é produzido, pelo menos, por dois tipos de vetores de realidade, segundo FRANCO & MERHY (2009): o primeiro diz respeito à produção de subjetividades presente nesse contexto, a semiotização dos fluxos com seus significados; o segundo, aos afetos entre os sujeitos, por produzirem o mundo do cuidado, produzem a si mesmos e se afetam mutuamente. Sob a influência da ação de uma nova subjetividade, já de outro modo, vai operar na dinâmica da formação da realidade, na dimensão mais viva dessa produção de trabalho. Pela linguagem, não apenas pelas falas, mas como todas as formas de expressão e manifestação da produção micropolítica, pela grande potência instituinte de formar redes.

A evidência de se estar comprometido com uma vontade de melhorar as condições de existência passa pela reivindicação do direito de cidadania assegurado para todos. O pensamento de ROLNIK (1994) ajuda por reconhecer que um cidadão, indivíduo portador de direitos e deveres que devem ser respeitados, constitui-se mais em um processo do que progresso. E que ativar o homem da ética, em sua vontade de cuidar da qualidade da existência individual e coletiva é, também, uma conquista de liberdade, e não se passa apenas em um plano de ideais. As possibilidades de intercessão-intervenção e criação são infinitas, como incentiva a pensar OLIVEIRA (2009). Nesse sentido a democratização institucional passa por uma dimensão de invenção, pelo ultrapassamento da reconhecimento (KASTRUP, 1999), que sinaliza como as práticas cartográficas podem trazer novas contribuições para o campo da Saúde Coletiva.

O encontro com o outro, ao invés de apenas reagir aos estranhamentos produzidos pela identificação imediata ao conhecido, força a desestabilização do próprio território, ao entrar em contato com a multiplicidade de variáveis que surgem

e poder mapea-las. O encontro que produz cuidado em saúde deve ser sustentado por uma aposta de que é possível produzir diferença, mesmo quando tudo parece igual. As propostas mais promissoras de construção de processos de democratização institucional têm sido aquelas nas quais os coletivos se servem das experiências e das referências como matéria a ser transformada e transmutada em ferramenta, para a construção de outros mapas, assinala OLIVEIRA (2009).

A PESQUISA COMO ESTRATÉGIA POLÍTICA

O desenvolvimento de pesquisas qualitativas, como estratégia para a construção coletiva de articulação entre as políticas públicas de saúde, e a produção de conhecimento, conforme as autoras HADDAD & MORITA (2006), dá relevância ao mecanismo de escuta entre estudantes, professores, profissionais e usuários do setor da saúde e do ensino em Odontologia.

A Política de Humanização do SUS (BRASIL, 2004 d) destaca que a inclusão e o processo de subjetivação estão articulados com os processos de formação, pois esta é inseparável dos processos de mudanças e porque formar é, também, intervir. Experimentar em ato as mudanças nas práticas de cuidado, na formação e na gestão em direção à afirmação do SUS como política inclusiva, equitativa, democrática, solidária e capaz de promover e qualificar a vida. A política vem, como política pública, trazer a efetivação dos princípios de universalidade, integralidade e equidade, ao enunciar as orientações e as diretrizes que são clínicas, políticas e éticas. Princípios que tomam sentido no acolhimento, na clínica ampliada, no projeto terapêutico singular, no trabalho em equipe, na democracia das relações, na valorização do trabalhador, na garantia dos direitos dos usuários e no fomento de redes.

A clínica singularizada, como incentiva a Humanização do SUS, tem em FONSECA & FARINA (2012) a explicitação do que acontece no encontro do momento clínico, em que a subjetividade não vem a se caracterizar por ser o produto de uma série causal, nem por se apresentar como o reconhecimento de uma forma identitária do adoecimento. Deslocar a clínica do sentido de debruçar-se sobre o leito (*klinikos*) para pensá-la como um incessante processo de desvio e mutação, de invenção (*clinamen*). Distinguir-se do protocolar e do insensível, para assim se construir um trabalho cartográfico, que superpõe os mapas como um plano de imanência. Intensificar a criação de mais vida e não apenas reproduzir modos copiados, sem a ação inventiva dos participantes no ensino /aprendizagem do que é ser um cuidador da saúde em devir.

A CARTOGRAFIA

Cartografar, como experimentação de ensino e aprendizagem, na perspectiva de potencializar a vida e de desconstruir a dicotomia do binômio saúde/doença, em seu sentido mais amplo, possibilita a construção de vínculos e responsabilidade mútua pela arte de escutar e de dialogar no processo de construção da saúde. A formação e o exercício profissional em Odontologia não são dois momentos sucessivos, ao contrário, devem sempre coexistir, restando a todo aquele que se encontra envolvido com esse debate, a tensão permanente entre a problematização e a ação na sua prática diária (FLORES, 2008). Cartografar para intensificar o espaço de democratização no ambiente universitário, pelo aumento do coeficiente de comunicação, não só entre disciplinas, na perspectiva de

agenciamento do cuidado em saúde e do devir coletivo do estudante em processo de formação em odontologia.

O método cartográfico convoca um exercício cognitivo peculiar do pesquisador e requer uma cognição muito mais capaz de inventar o mundo, do que de reconhecê-lo, afirma FONSECA (2008). A cartografia proposta por DELEUZE & GUATTARI (2005, vols. 1, 2, 3, 4, 5) se oferece como trilha para acessar aquilo que força a pensar e a transformar práticas e subjetividades, indo no encalço do acontecimento que dá, ao pesquisador, a possibilidade de acompanhamento daquilo que não se curva à representação. BENEVIDES (2007) complementa com o pensamento de que a cartografia requisita do pesquisador e de todos aqueles que trabalham com a produção de subjetividade, o contato com regiões de inquietude, a vontade de criação, a afirmação de diferenças, e o compromisso político de resistência às unificações e totalizações.

A prática cartográfica não está vinculada a um conjunto de regras a serem aplicadas, *a priori*, a um objeto, mas dá pistas e indícios que ajudam a refletir acerca das experiências e dos inúmeros movimentos de produção da realidade. A pesquisa-intervenção visa à interrogação das práticas naturalizadas que se materializam nos estabelecimentos de ensino, pela indissociabilidade entre conhecimento e a transformação da realidade e do pesquisador. O exercício do singularizar-se escapa das estratégias de serialização da subjetividade, para afirmar a criação processual. A cartografia diz sobre aquilo que está em vias de diferir, sobre o que habita o ser humano para poder pensar sobre si mesmo, para dissipar a identidade em proveito do outro que é, afirmam DELEUZE & GUATTARI (2005).

As pistas do método da cartografia, organizadas por PASSOS *et al.*, (2009) não correspondem a uma ordem hierárquica e estão remetidas umas às outras, como segue.

1ª pista metodológica: a perspectiva cartográfica, como método de pesquisa/intervenção, busca circunscrever um plano coletivo de sentidos, sistemas de signos que não desenham uma identidade e incentivam a singularidade, segundo HECKERT & PASSOS (2009). Os autores explicam que a intervenção é um ato de toda pesquisa, pela inseparabilidade, entre conhecer e fazer, entre pesquisar e intervir. Pensar em formação, como fazem PASSOS & BENEVIDES (2009), é pensar nas estratégias que podem engendrar outra forma-humana, ou seja, a construção de práticas sociais que instituem um lugar onde o professor, aluno, profissional de saúde, pesquisador, e/ou especialista, encontrem-se para a escuta e a fala, a escrita e narrativa, e que possam dar visibilidade e enunciação ao desenvolvimento do trabalho coletivo, no encontro com a alteridade.

Fazer pesquisa é um processo de produção de subjetividades, que não se dissociam dos processos de intervenção, já que os processos de formação interferem nos sujeitos, com potência de desestabilizar modos instituídos de existência. A formação, nesse sentido, deixa de ser um espaço tranquilo de transmissão de conhecimento, para se apresentar como território existencial de disputa de sentido, de embate de forças, entre as formas estabelecidas e as forças de mudanças, de agenciamento coletivo, do saber e do poder implicados com a saúde e a sociedade. Os modos de fazer pesquisa, legitimados e reconhecidos no campo das ciências humanas, acabam por retificar procedimentos que falam “de”, falam “sobre”, mas não falam “com” os sujeitos. Os autores apostam em princípios ético-políticos, comprometidos com a produção da autonomia e exercício de liberdade, pela análise das relações de saber e poder que recortam os processos de formação prescritivos, modeladores, voltados à mudança de comportamento e

tomando os sujeitos como padrão, homogêneos. Os autores perguntam sobre como ativar processos de formação no campo da pesquisa, que produzam perguntadores e não apenas seguidores. A formação como intervenção assinala a experimentação e se afirma como dispositivo de abertura a outras sensibilidades.

2ª pista metodológica: a atenção seleciona e é movida pelo interesse que concorre para a ação eficaz. Através das pontas do processo em curso requer concentração do material desconexo e fragmentado dos discursos e das cenas detectadas e apreendidas. A atenção não busca algo definido, mas torna-se aberta ao encontro. A atenção tateia sem que produza compreensão ou ação imediata, explora cuidadosamente o que lhe afeta. A atenção se desdobra na qualidade de acolhimento no encontro. Tomar o mundo como fornecendo informações prontas para serem apreendidas é uma política realista; tomá-lo como uma invenção engendrada em conjunto com o agente do conhecimento é outro tipo de política, chamada de construtivista.

A entrada do aprendiz de cartógrafo no campo da pesquisa coloca imediatamente a questão de onde pousar a sua atenção. Conforme KASTRUP (2009) é no trabalho operado pela atenção que é possível identificar mais incisamente a produção de dados de uma pesquisa e a dimensão construtivista do conhecimento. É necessário prestar atenção a tudo com uma atenção aberta para o texto que tem coerência e o que está em desordem, recomenda a autora. Pode-se situar o macrocontexto como a dinâmica de transformação do problema geral da pesquisa e os microcontextos como a autodefinição de microproblemas ao longo do percurso.

KASTRUP (2009) afirma, ainda, que coletivizar a experiência do cartógrafo é compor, pela produção, a circulação de dados e a leitura do material escrito entre os participantes, para a produção coletiva de conhecimento e posterior publicação dos resultados. A percepção então se amplia na aplicação do conceito de rede, como redes relacionais de convivência, que podem ser tanto presenciais quanto a distância, que permitem olhar o conhecimento como composição mais do que domínio.

3ª pista metodológica: conhecer a realidade é acompanhar seu processo de constituição, que não pode se realizar sem uma imersão no plano da experiência. Visa acompanhar um processo e não representar um objeto, por se tratar de investigar um processo de produção. A cartografia surge como proposta que tem como desafio desenvolver práticas de acompanhamento de processos inventivos e de produção de subjetividade. O caráter inventivo coloca a ciência em constante movimento de transformação, criando novos problemas e exigindo práticas originais de investigação. Quando se tem início uma pesquisa, cujo objetivo é a investigação de processos de produção de subjetividade, há, na maioria das vezes, um processo em curso. O cartógrafo encontra-se sempre em situação paradoxal de começar pelo meio, porque o momento presente carrega uma história anterior e uma espessura processual. O objeto-processo requer uma pesquisa igualmente processual que está presente em todos os momentos, na coleta, na análise, na discussão dos dados e na escrita dos textos, procurando apontar para a criação coletiva desta construção (BARROS & KASTRUP, 2009).

Segundo as autoras acima, que referenciam CAIAFA (2000), uma característica da etnografia é o fato de o pesquisador se incluir de uma forma problemática na pesquisa, que envolve além de um nível de convivência, a relação que se estabelece com os participantes. A situação de pesquisa costuma oferecer atrito que, por si, impulsiona o pensamento e traz novidade. Entender não é explicar

nem revelar, é estar junto e participar daquilo que acontece em uma comunidade aberta ao plano dos afetos. Os diários de campo ou caderno de anotações são práticas preciosas para a cartografia, assim como, a apresentação de diálogos literais em que a experiência singular com os outros não se separa da escritura. As aberturas de um trabalho de pesquisa abrem linhas de continuidade, que podem ser seguidas pelo próprio pesquisador ou por outros que sejam afetados pelos problemas levantados. Assim, o cartógrafo detecta, no trabalho de campo, no estudo e na escrita, variáveis em conexão que criam uma prática coletiva, conforme explicam BARROS & KASTRUP (2009).

4ª pista metodológica: analisar é abrir as formas de realidade na direção de uma abertura do coeficiente comunicacional dos sujeitos e dos grupos pela transversalidade (GUATTARI, 2006). Pela operação de transversalização, vai se fazendo o acompanhamento dos movimentos das subjetividades e dos territórios. Operar na transversalidade é considerar esse plano em que a realidade toda se comunica pela dinâmica coletiva de um grupo sujeito de modo multidimensional. A rede dá consistência ao espaço intermediário pela conexão que se desdobra na análise da dinâmica comunicacional nas instituições. A cartografia é um método transversal porque funciona na desestabilização dos eixos cartesianos (vertical e horizontal) onde as formas se apresentam categorizadas. A captação dos movimentos constituintes das formas e não do produto já constituído consiste a operação da transversalização. A cartografia é o acompanhamento do traçado desse plano ou das linhas que o compõem.

Os dispositivos desempenham funções importantes na cartografia. Trabalhar com dispositivos implica num processo de acompanhamento de seus efeitos, não bastando apenas fazê-lo funcionar. O dispositivo é sempre uma série de práticas e de funcionamentos que produzem efeitos, conforme KASTRUP & BENEVIDES (2009). Os movimentos, como funções do dispositivo, na prática cartográfica, são tecidos na rede de linhas de visibilidade, de enunciação, de força e de subjetivação. O dito e o não dito são elementos do dispositivo, que é a rede que se pode estabelecer entre esses elementos (FOUCAULT, 1979). É um conjunto heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas, medidas administrativas. O dispositivo tensiona, movimenta, desloca para outro lugar, provoca agenciamentos, é feito de conexões e produz outras. Trata-se de extrair as variações que não cessam de passar.

5ª pista metodológica: o coletivo de forças, como plano de experiência cartográfica, refere-se ao plano de forças ou plano de imanência. É possível apreender o coletivo longe da visão dicotômica sobre coletivo e indivíduo. É do encontro, do contágio recíproco operado entre as diferenças, constituinte do plano do coletivo de forças, que as novas formas ganham realidade, conforme ESCÓSSIA & TEDESCO (2009). O coletivo transindividual é entendido como espaço-tempo entre o individual e o social. Um plano de criação das formas individuais e sociais, onde e quando habita a origem de toda mudança. Uma pesquisa cartográfica ao intensificar a comunicação possibilita relações entre relações, atrações e contágios que ativam esse plano coletivo de forças.

A realidade ética está estruturada em rede, em que há uma ressonância dos atos, uns em relação aos outros, no sistema em que se formam, conforme SIMONDON (2007). O ato ético possui um poder de amplificação, de propagação e ressonância que o inscreve na rede de outros atos. A ética do cartógrafo é uma ética transdutiva e transversal que se traduz na capacidade de transferência amplificadora

e intensiva. Numa perspectiva pragmática do conhecer, acessar o plano das forças é já habitá-lo e o cartógrafo pode participar e intervir nas mudanças e nas derivações transformadoras, segundo as orientações de ESCÓSSIA & TEDESCO (2009).

6ª pista metodológica: o método cartográfico indica um procedimento de análise, a partir do qual a realidade a ser estudada aparece em sua composição de linhas. A análise, pelo acompanhamento dessas linhas, permite acessar um plano de composição da realidade. Esse procedimento exige mais do que uma atitude descritiva e neutra do pesquisador, já que este modo de fazer só se realiza pela dissolução do ponto de vista do observador. Não significa abandonar a observação, mas permite ao pesquisador abrir-se aos diversos pontos de vista que habitam uma mesma experiência de realidade. Significa a adoção de um olhar onde não há separação entre objetivo e subjetivo, mas a contemplação do sujeito e do mundo. Conhecer não é tão somente representar o objeto ou processar informações acerca de um mundo supostamente já constituído, mas pressupõe implicar-se com o mundo, comprometer-se com a sua produção. É pelo compartilhamento de um território existencial que sujeito e objeto da pesquisa se relacionam e se codeterminam. O território é antes de tudo um lugar de passagem, um espaço aberto e sempre em transformação, resumem ALVAREZ & PASSOS (2009).

7ª pista metodológica: a implicação do aprendiz cartógrafo deve posicioná-lo sempre ao lado da experiência, que deve cultivar uma posição de estar com a experiência. Tanto a pesquisa ela mesma, quanto o campo pesquisado estão sempre num processo incessante de coprodução e coemergência. A pesquisa sempre pressupõe a habitação de um território que exige um processo de aprendizado do próprio cartógrafo, aprendizado no duplo sentido do processo e de transformação qualitativa. O aprendiz cartógrafo inicia o seu processo de habitação do território com uma receptividade afetiva. A atitude do cartógrafo é pôr-se ao lado – como pista metodológica –, esse é o *ethos* da pesquisa. A lateralidade ou a prática da roda faz circular a experiência, incluindo a todos e a tudo em um mesmo plano, embora com diferenças, traçando um comum que é a comunicação.

Aberto à experiência de encontro com o objeto da pesquisa, o aprendiz cartógrafo é ativo, na medida em que se lança em uma prática que vai ganhando consistência com o tempo, marcando o propósito de seguir cultivando algo existencial, no qual o pesquisador e o pesquisado se encontram (KASTRUP, 2007). O pesquisador vai sendo provocado e contagiado pelas experiências. Pesquisar é uma forma de cuidado quando se entende que a prática de investigação não pode ser determinada só pelo interesse do pesquisador, devendo considerar o protagonismo do objeto. A investigação é o cuidado ou o cultivo de um território, que introduz o pesquisador numa rotina singular em que não se separa teoria e prática, espaços de reflexão e de ação.

Conhecer, agir e habitar um território não são experiências distantes uma das outras, como orientam ALVAREZ & PASSOS (2009). A análise de implicação deixa claro que todo pesquisador está sujeito ao afetamento do seu objeto de estudo, assim como, ele afeta o campo ao qual está interagindo na pesquisa.

8ª pista metodológica: os dados produzidos, a partir de diferentes técnicas (entrevistas, questionários, grupos focais, observação participante), indicam maneiras de narrar, seja dos participantes ou sujeitos da pesquisa, seja do pesquisador por ele mesmo, que apresentam os dados e sua análise, e suas conclusões, segundo certa posição narrativa. A escolha desta posição narrativa (*ethos* da pesquisa/*ethos* da clínica) não pode ser encarada como desarticulada das políticas que estão em jogo: políticas de saúde, políticas de pesquisa, políticas de

subjetividade e políticas cognitivas. Toda produção de conhecimento se dá a partir de uma tomada de posição que implica em postura política. Na pesquisa em saúde o objeto exige um procedimento que possa incluir sua dimensão subjetiva, já que toda a prática de saúde se faz no encontro de sujeitos, pelo que se expressa nesse encontro (PASSOS & BENEVIDES, 2009).

Partir sempre de um caso para analisar e agir sobre os coeficientes de transversalidade dos casos é uma das indicações metodológicas sugeridas. Por um lado, os autores falam de um procedimento narrativo de redundância e uma análise estrutural do discurso. Por outro lado, outra série se estabelece entre um método intensivista, um procedimento narrativo de desmontagem e uma análise expressiva dos discursos. O método implica em uma aposta ético-política, em um modo de dizer que expresse processos de si e do mundo. Traçar a transversal no que diz respeito aos modos de dizer, tomar a palavra em sua força de criação de outros sentidos, é afirmar o protagonismo de quem fala e a função performativa e autopoietica das práticas narrativas, afirmam PASSOS & BENEVIDES (2009).

Uma educação transversal e rizomática, como enfatiza GALLO (2003), ao conectar o conceito de rizoma com a educação, convoca o acesso transversal do saber, que significa o rompimento com a compartimentalização, pela multiplicidade das áreas do conhecimento e de não impedimento do trânsito entre elas. No seguimento estão relacionados alguns conceitos, para maior entendimento da cartografia como pesquisa da diferença, como prática de encontros e de diálogos entre ensino e trabalho em saúde.

A Afecção: refere-se ao modo pelo qual o encontro produz afetação com determinado pensamento, com determinada ideia, com determinado corpo. Para enfrentar os desafios que se apresentam ao pensamento, tratar de investir no mundo das afecções e no mundo material, como explica SAIDÓN (2008). Tanto o inconsciente, quanto o processo de criação, funcionam pelo encontro entre corpos, pelo exercício da potência, por múltiplos processos. Um afecto descreve a passagem de um grau de realidade a outro grau, maior ou menor, e é o estado de um corpo quando ele sofre a ação de outro corpo, no plano das ideias e dos sentidos. Um afecto diz mais de como se encontra um corpo do que sobre a causa desse estado. Afetos/sentimentos é uma afecção do corpo pelas quais a potência de agir é aumentada ou diminuída, favorecida ou impedida (DELEUZE, 2002).

Quando o próprio corpo sofre uma afecção é um conhecimento indireto que o corpo proporciona, pelas alegrias e tristezas percebidas que precedem o conhecimento das ideias. A invenção de novas formas é sempre resultado da tensão entre as formas antigas e as afecções que ocorrem no plano molecular dos agenciamentos. As afecções ganham consistência e sentido enquanto reverberam nos planos das formas, passando a configurar novas formas históricas que não podem ser previstas, mas devem ser examinadas caso a caso.

O Agenciamento: o desejo, como produção da realidade social tem energia de invenção, força propulsora da ação produtiva na ciência e no trabalho, para DELEUZE & GUATTARI (2005). O desejo é agenciamento, isto é, está sempre em atividade em toda dimensão da vida. No agenciamento múltiplos agentes entram em ação. Eles podem ser de natureza humana ou incorporal. O desejo é agenciamento e está sempre em atividade, em conexão entre diferentes campos de saber e de poder. O método cartográfico requer dispositivos que provocam agenciamentos, que comportam componentes de fluxos heterogêneos: biológicos, sociais, linguísticos, técnicos e políticos. Os pensadores afirmam que o agenciamento possui duas faces, além do agenciamento coletivo de enunciação, como forma de expressão no plano

da dizibilidade; o agenciamento maquínico de corpos opera no plano da visibilidade das ações. O caráter coletivo do agenciamento técnico é social, não existe independentemente de seu acoplamento com usuários, saberes, instituições e outros instrumentos, pois uma máquina técnica é apenas uma peça no agenciamento coletivo. Há dois tipos de realidade, distinguem os autores: um nível molar das formas visíveis e um nível molecular ou virtual, no qual ocorrem interferências e afetação recíproca, isto é, agenciamentos.

Uma definição real do agenciamento coletivo coloca a questão sobre o que consistem os atos imanentes à linguagem, atos que estão em redundância com os enunciados, ou criam palavras de ordem. Os atos se definem pelo conjunto de transformações incorpóreas em curso, em uma dada sociedade. DELEUZE & GUATTARI (2005, vol. 2) exemplificam com a ideia do envelhecimento, que é uma transformação corpórea, já a aposentadoria e a maturidade são incorpóreas. “Você não é mais uma criança” é um enunciado incorpóreo, mesmo que se refira a corpos em qualquer sociedade. Um agenciamento coletivo irá determinar, como consequência, os processos relativos de subjetivação, as atribuições de individualidade e suas distribuições que se movem no discurso indireto livre. O agenciamento coletivo de enunciação não tem outros enunciados, a não ser aqueles de um discurso sempre indireto. Não é a distinção dos sujeitos que explica o discurso indireto; é o agenciamento, tal como surge livremente nos discursos, que explica todas as vozes presentes em uma voz, afirmam DELEUZE & GUATTARI (2005, vol.2).

A Aprendizagem: a aprendizagem envolve contato direto e corporal com a matéria afirma KASTRUP (2008). O domínio cognitivo não é um domínio de representações, mas um domínio experiencial que emerge das interações e acoplamentos do organismo. A unidade do vivo não é uma identidade fixa ou uma totalidade definitiva, já que mantém aberta, pela força potencial, a vida como um processo permanente. É vivo o que preserva sua capacidade de autonomia e de criação dos próprios componentes. A teoria da autopoiese de MATURANA & VARELA (1995) rompe com o sentido habitual da noção de interação, fazendo da cognição a atividade de engendramento de si e do mundo. Ao considerarem os organismos vivos como sistemas cognitivos, não aceitam a noção de representação de uma realidade que existe independentemente dos sujeitos em seus encontros coletivos. Autopoiese é usada pelos autores como sistemas que produzem continuamente a si mesmos. Conceito que expressa a potência de um corpo em produzir vida em si mesmo.

LOPES & DIEHL (2012) explicam que a transmissão de informação como a troca de unidades entre corpos só pode ser concebida por um observador situado fora do sistema. Conceber o intervir como um movimento cognitivo de quebra no fluxo cognitivo, na cadeia de padrões de pensamento habituais e pré-concepções, abre possibilidades diferentes de conceber a aprendizagem. Para GUATTARI (2006) a noção de autopoiese é fecunda, pela compreensão da autocriação contínua que os pesquisadores propõem, mas limitá-la ao domínio do vivo é insuficiente. O autor propõe abrir seus limites para pensar a subjetividade autopoietica, em consideração aos vetores heterogêneos, fatores tecnológicos, políticos, sociais e cognitivos.

A aprendizagem exige destreza no trato com o devir, aprender é, antes de tudo, ser capaz de problematizar, ser sensível às variações materiais que têm lugar na cognição presente. Repetir não é criar automatismos e condutas mecânicas, a repetição que está envolvida requer “desaprendizagens”; aprender é experimentar e é fugir ao controle da representação. As formas de subjetividade existentes são

problematizadas porque se revelam precárias, mas nem sempre é fácil dar corpo a tais perturbações. A questão formulada por KASTRUP (2008) de como aprender a viver e, ao mesmo tempo, de como evitar a problematização ociosa é um impasse que se encontra no conceito de atuação - a consistência corporal do conhecimento é indissociável da invenção de um mundo, complementa a autora. Conceber o conhecimento como invenção tem consequências diretas, no entendimento da autora. Toda pesquisa produz efeitos de transformação, que se dá em quatro níveis: no território investigado, nos membros da equipe, na colocação do problema da pesquisa e na própria área de investigação (KASTRUP, 2012).

O Devir: é entendido como dimensão do ser, ou a capacidade de se defasar em relação a ele mesmo. O devir é potência de mudar e experimentar de forma diferente. O devir como diferença e afirmação do ser só é pensável no tempo como imanente à multiplicidade. Devir não é imitar, nem identificar-se, nem regredir ou progredir. O conceito de devir aponta para um movimento de saída do plano das formas constituídas, entendidas como formas de conhecimento já existentes, em direção a um plano de forças, movimentos, velocidades, afectos ou intensidades, explica KASTRUP (2008).

Devir tem a ver com aliança, contágio e propagação. É um devir minoritário que apela a todo um trabalho de potência, uma micropolítica ativa. Para pensar a cognição, como invenção, KASTRUP (2007) recorre a vários filósofos, cientistas, pesquisadores de diversas áreas. A invenção de problemas coloca a cognição em devir, sendo o primeiro passo para a invenção de si e do mundo. A produção de formas cognitivas não possui fundamento ou direção prévia, mas tem sua formação desencadeada por uma perturbação, pelo que ele porta de diferença. Tudo pode ser perturbador, inquietante e surpreendente. O devir, por si só, não é produtivo, ele apenas abre o processo de invenção, e se completa, se o devir causar ressonância força a abandonar o já conhecido. É na prática com a matéria que se produz concretamente novas formas de conhecer e pensar. Todo devir é um bloco de coexistência, um devir está sempre no meio de linhas de forças, de poder, de enunciação e de subjetivações (DELEUZE & GUATTARI, 2005).

A Desterritorialização: se refere às criações. Não há um ato que não seja trans-histórico, que não retroceda ou se liberte. O território pode se desterritorializar, isto é, abrir-se, engajar-se em linha de fuga e até sair de seu curso. São como linhas abstratas mutantes, porque se livraram da incumbência de representar o mundo; elas agenciam um novo tipo de realidade que a história só pode recuperar ou recolocar nos sistemas pontuais. O território é compreendido como sinônimo de apropriação, de subjetivação fechada sobre si mesma, é um conjunto dos projetos e das representações nos quais vai desembocar, pragmaticamente, toda uma série de comportamentos, de investimentos, nos tempos e espaços sociais, culturais, estéticos e cognitivos, assim como explicam GUATTARI & ROLNIK (2005).

A espécie humana está mergulhada num imenso movimento de desterritorialização, no sentido de que seus territórios originais se desfazem sem interrupção, com a divisão social de trabalho, com os sistemas maquínicos que a levam a atravessar, cada vez mais rapidamente, as estratificações materiais e mentais. O encontro de fluxos heterogêneos não resulta numa representação, mas na invenção de si e de mundo, sempre em transformação, pelas desterritorializações e picos de criação.

O Discurso Indireto Livre: a linguagem, como discurso indireto livre, deixa de ter contornos distintivos nítidos nos seus enunciados. Deleuze amplia os limites da polifonia surgida com BAKHTIN (1992) e DUCROT (1987), a ponto de

reestruturar o sentido formulado por esses autores. O caráter coletivo da linguagem isenta a figura-sujeito como seu ponto de partida. Não existe enunciação individual, nem mesmo sujeito de enunciação. O discurso direto é um fragmento que nasce do desdobramento do agenciamento coletivo. O discurso direto repete, exatamente, a fala de um personagem, ao passo que o discurso indireto constitui-se num híbrido desses dois procedimentos. Comporta a perspectiva do personagem e a do narrador, marcando as divergências que os marcam, os diferentes pontos de vista que coexistem, sem unificação, num só enunciado. Revela o caráter plural das enunciações, resultante da convivência não harmoniosa de falas que discordam. DELEUZE, explica TEDESCO (2008), sublinha a natureza impessoal da linguagem ao caracterizá-la como discurso indireto. Sem autoria específica, o ato da fala atravessa um número incontável de discursos numa superposição de várias vozes. São vozes, presentes numa só voz, como várias línguas em uma língua. A autora esclarece que se todo enunciado remete a outro, tem-se um bloco de discursos de modo articulado, que impossibilita o estabelecimento do sujeito como origem da fala.

O Rizoma: é um conceito criado por DELEUZE & GUATTARI (2005, vol. 1) nos anos 60, e foi tomado de empréstimo à botânica por ser composto de linhas, como os sistemas de caules subterrâneos de plantas duradouras e flexíveis, que dão brotos e raízes adventícias. É aberto e se conecta em todas as direções. O rizoma rompe com a hierarquização, para atravessar o saber entre seus inúmeros devires, pela abordagem do próprio conhecimento que passa a ser uma funcionalidade, que faz distinção e discernimento sobre limites, constantes, variáveis e as próprias funções que formam os termos da proposição científica.

O rizoma leva à multiplicidade e é regido por seis princípios básicos: o princípio de conexão (qualquer ponto pode estar conectado a qualquer outro); princípio de heterogeneidade (qualquer conexão é possível); o princípio de multiplicidade (não pode ser reduzido à unidade); princípio de ruptura assignificante (não pressupõe hierarquia, é estratificado, sujeito às linhas de fuga); o princípio da cartografia, que possui entradas múltiplas, lógica do devir, da exploração, da descoberta de novas facetas; o princípio da decalcomania, como surgimento de novas possibilidades, de novos territórios. A transversalidade rizomática aponta para o reconhecimento e atenção às diferenças e à diferenciação. O acesso transversal significa o fim da compartimentalização, reconhecendo a multiplicidade das áreas do conhecimento; trata-se de possibilitar o trânsito por entre elas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta revisão vem afirmar a pertinência da diversificação da pesquisa, para que os encontros, na medida em que se produzem nos espaços de formação, venham a amplificar as possibilidades de diálogo entre disciplinas. O aumento do coeficiente de comunicação, pela escuta e fala entre estudantes e professores, entre a comunidade acadêmica, a sociedade e os serviços de saúde, no encontro direto com o usuário/paciente/cliente nas clínicas, potencializa forças e vozes que ao se entrecruzarem no território multidisciplinar da saúde bucal, vêm integrar conhecimento, agregar e problematizar as práticas e saberes no cotidiano.

O ato de pesquisar em si nasce de questionamentos e de problemas para colocá-los na perspectiva de mudança. Cartografar para transversalizar e coletivizar no campo metodológico da pesquisa-intervenção, fomenta a ação pelo agenciamento do bem comum e impessoal no ensino/aprendizagem da grande saúde. Para isso todo um esforço cognitivo é convocado pela experimentação da

produção de subjetividade, na busca de maior consistência do cuidar em saúde. A cartografia, ao conectar as áreas do saber humanístico e social, favorece a invenção e a atualização da teoria/prática, para articular a grande saúde e a democratização das instituições.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. Health in Brazil gift of Lancet. **TheLancet.com** Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilporcom4.pdf>>. Acesso em: 19 maio 2011.

_____. Transdisciplinaridade e o Paradigma Pós-Disciplinar na Saúde. **Saúde e Sociedade** v.14, n.3, p.30-50, set-dez 2005.

_____. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. **Ciênc. Saúde Col.** v. II. n.1-2, p.5-20. Rio de Janeiro, 1997.

ALVAREZ, J.;PASSOS, E. Cartografar é habitar um território existencial. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCOSSIA,L. **Pistas do método da cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto alegre: Sulina, 2009.

AMADOR, F.; FONSECA. T. M. G. Da intuição como método filosófico à cartografia como método de pesquisa: considerações sobre o exercício cognitivo do cartógrafo. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**. v. 61. n. 1. Rio de Janeiro, 2009.

AQUINO B, R, MOURÃO J, SENNA M.A.A, MOCARZEL J, H.;BARCELOS R, MORAIS A.P. O diálogo paciente/profissional na odontologia. **Braz Oral Res**, Proceedings of the 22nd Annual SBPqO Meeting; 2005 v. 19; São Paulo.

BAKHTIN, M. **Marxismo e Filosofia da Linguagem**. São Paulo: Hucitec, 1992.

BARROS, L. P.; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. **Pistas do Método da Cartografia**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Projeto SB Brasil 2010**. Secretaria de Vigilância à Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica Coordenação Nacional de Saúde Bucal, Levantamento de saúde bucal Brasil Sorridente Brasília, DF Setembro de 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Pró-Saúde**. Portaria Interministerial do M. Saúde e M. Educação, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **3ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Brasília: **Política Brasil Sorridente**, Brasília, 2004 a.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal**. Reorganização da Atenção à Saúde Bucal. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. Brasília, 2004 b.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**. Política Nacional de Humanização: Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília, 2004 c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Nacional de Saúde Bucal. **Projeto SB Brasil 2003**: Condições de Saúde Bucal da população brasileira 2002-2003: Resultados Principais. Brasília, 2004 d.

_____. Ministério da Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Odontologia**. Diário Oficial da União, Brasília, 4 de Março de 2002. Seção 1, P. 10, Brasília, 2002.

_____. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES 1300/2001 de 06 de novembro de 2001. **Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação em Farmácia e Odontologia**. Diário Oficial, Brasília, DF, 2001 a.

_____. Ministério da Saúde. Área Técnica de Saúde Bucal. **Programa de Saúde da Família**- implantação ESB. Brasília, DF, 2001 b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1986 a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **1ª Conferência Nacional de Saúde Bucal**. Brasília, 1986 b.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **7ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília, 1980.

BENEVIDES, R. A Psicologia e o Sistema Único de Saúde: Quais Interfaces? **Psicologia & Sociedade**. n. 17 (2), p. 21-25. mai/ago. [s.n.], 2005.

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. Clínica e transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 16, n. 1, p. 1-23, jan-abr. 2000.

BOTAZZO, C. Sobre a Bucalidade: Notas para a pesquisa e contribuição ao debate. **Ciên. Saúde Col**. v. 11, n.1, p. 7-17. [s.n.], 2006.

_____. **Da Arte Dentária**. São Paulo: Hucitec, 2000.

CAIAFA, J. **Nosso Século XXI**. Notas sobre Arte, Técnica e Poderes. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2000.

CARVALHO, S. R.; FERGATO, S.; BARROS, M. E. Conexões Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade. Apresentação In: CARVALHO, S. R.; FERGATO, S.;

BARROS, M. E. (org) **Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade**, São Paulo: Hucitec, 2009.

CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-Disciplinar na Produção dos Atos Terapêuticos. In: CECCIM, R. B. **Cuidado: As fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2006.

CECCIM, R. B.; FEUERWERKER, L. Mudança na Graduação das Profissões de Saúde sob o eixo da Integralidade. **Cadernos de Saúde Pública**. v. 20. n.5, p.1400-1410. Rio de Janeiro, 2002.

COOPER, H.; SPENCER-DAWE, E.; MCLEAN, E. Beginning the process of teamwork: design, implementation and evaluation of an inter-professional education intervention for first year undergraduate students. **Journal of Interprofessional Care**. v. 19. n.5, p. 492-508. London/UK, 2005.

DELEUZE, G. **Conversações**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2008.

_____. **Diferença e Repetição**. São Paulo: Graal, 2006.

_____. **Espinosa, filosofia prática**. São Paulo: Escuta, 2002.

DELEUZE, G.; GUATTARI, F. **Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia**. Vols.. 1,2,3,4,5. São Paulo: Editora 34, 2005.

DUCROT, O. **O Dizer e o Dito**. São Paulo: Pontes, 1987.

ESCÓSSIA, L. TEDESCO, S. O coletivo de Forças como plano de experiência cartográfica In: PASSOS, E. ; KASTRUP, V.; ESCOSSIA, L. **Pistas do Método da Cartografia: pesquisa intervenção e produção de subjetividade**. Porto alegre: Sulina, 2009.

FERREIRA, V. S. C.; ANDRADE, C. S. ; FRANCO, T. B. Cartografia do trabalho do enfermeiro na ESF de Itabuna, Bahia. In: FRANCO, T. B. ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. **A Produção Subjetiva do Cuidado**. Cartografias da Estratégia Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2009.

FLORES, E. M. T. L. **A cartografia como possibilidade para uma grande saúde na Odontologia contemporânea**. Porto Alegre: UFRGS, 2008. Monografia (Especialização em Análise Institucional). Psicologia Social, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2008.

FONSECA, T. M. G.; FARINA, J. Clinicar. In: FONSECA, T. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. **Pesquisar na diferença: Um abecedário**. Porto Alegre: SULINA, 2012.

FONSECA, T. M. G. Prefácio e apresentação In: CARVALHO, S. R.; BARROS, M. E.; FERIGATO, S. **Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2009.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade: O cuidado de si**. 10. ed. v. II. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FRANCO, T. B. Transição Tecnológica e Inclusão Social na Saúde. In: FRANCO, T. B.; FERREIRA, V. S. **A Produção Subjetiva do Cuidado**. Cartografias da Estratégia Saúde da Família. São Paulo: Hucitec, 2009.

FRANCO, T. B.; FERREIRA, V. S., ANDRADE, C. S. **A produção Subjetiva do Cuidado**. São Paulo: Hucitec, 2009.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E.; ANDRADE, C. S.; FERREIRA, V. S. C. A produção subjetiva da Estratégia Saúde da Família In: FRANCO, T. B.; FERREIRA, V. S., ANDRADE, C. S. **A Produção Subjetiva do Cuidado**. São Paulo: Hucitec, 2009.

_____. A Produção subjetiva da ESF. In: FRANCO, T. B.; FERREIRA, V. S., ANDRADE, C. S. **A Produção Subjetiva do Cuidado**. São Paulo: Hucitec, 2009.

GALLO, S. **Deleuze e a Educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

FLEURY, S.; CARVALHEIRO, J. R. Uma obra tão necessária. Prefácio. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, L. V. C.; NORONHA, J. C.; CARVALHO, A. I. (org). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: FioCruz, 2008.

GUATTARI, F. **Caosmose: Um novo paradigma estético**. 1. ed. 4ª reimpressão. São Paulo: Editora 34, 2006.

GUATTARI, F. ROLNIK, S. **Micropolítica, Cartografias do Desejo**. Petrópolis: Vozes, 2005.

HADDAD, A. E.; MORITA, M. C. ; PIERANTONI, C. R.; BRENELLI, S. L.; PASSARELLA, T; CAMPOS, F. E. Formação de profissionais de saúde no Brasil: uma análise no período de 1991 a 2008. **Rev. Saúde Pública**. v. 44, n. 3. São Paulo, Jun, 2010.

_____. Pesquisa Odontológica no Brasil e sua Articulação com as Políticas Públicas de Saúde. In: 24ª Reunião Anual da Sociedade Brasileira de Pesquisa Odontológica, **Relatório Final**. Atibaia: SBPQO, 2007.

HADDAD, A. E.; MORITA, M. C. O. Ensino da Odontologia e as Políticas de Saúde e de Educação. In: CARVALHO, A. C. P; KRIGER, L. (Eds.). **Educação Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

HECKERT, A. L. C.; PASSOS, E. Pesquisa-Intervenção como método, a formação como intervenção. In: CARVALHO, S. R.; BARROS, M. E.; FERIGATO, S. **Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2009.

KASTRUP, V.; BENEVIDES, R. B. B. Movimentos funções do dispositivo na prática da cartografia. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.). **Pistas do Método Cartográfico**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

KASTRUP, V. O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo In: PASSOS E, KASTRUP, V. ESCÓSSIA, L. (org) **Pistas do Método da Cartografia**, Porto Alegre: Sulina, 2009.

_____. Livros e leitura: algumas questões acerca da aprendizagem em oficinas literárias. In: KASTRUP, V.; TEDESCO, S.; PASSOS, E. **Políticas da Cognição**. Porto Alegre: Sulina, 2008.

_____. **A Invenção de Si e do Mundo** - Uma produção do Tempo e do coletivo no Estudo da cognição. Belo Horizonte: Autêntica, 2007.

_____. Autopoiese e subjetividade: Sobre o uso da noção de autopoiese por G. Deleuze e F. Guattari. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**, v.7. n.1. [s.n.], 1995.

KASTRUP, V. Inventar. In: FONSECA, T. G.; NASCIMENTO, M. L.; MARASCHIN, C. **Pesquisar na Diferença: um abecedário**. Porto Alegre: SULINA, 2012.

MATURANA, H. R.; VARELA, F. J. **A árvore do Conhecimento**: as bases biológicas da compreensão humana. Campinas, SP. Editorial Psy II, 1995.

MELLO, A. L. S. F.; MOYSÉS, S. T.; MOYSÉS, S. J. The Health-Promoting University and Changes in Professional Training. **Interface - Comunic., Saude, Educ.**, v.14, n. 34, jul./set. [s.n.], 2010.

MEHRY, E. E. **Saúde**: A Cartografia do Trabalho Vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERHY, E.; FEUERWERKER, L. M.; CERQUEIRA, P. Da repetição à diferença: construindo sentidos com o outro no mundo do cuidado. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. (org.) **Semiótica, Afecção & Cuidado em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

MORITA, M. C.; HADDAD, A. E. A concepção pedagógica e as Diretrizes Curriculares Nacionais In: MOYSÉS, S. T.; KRIEGER, L.; MOYSÉS, S. J. Interfaces da área da educação e da saúde na perspectiva da formação e do trabalho das equipes de saúde da Família apud **Saúde Bucal das Famílias: Trabalhando com evidências**. São Paulo: Artes Médicas, 2008.

MORITA, M. C.; KRIEGER, L.; CARVALHO, A. P.; HADDAD, A. E. **Implantação das Diretrizes Curriculares Nacionais em Odontologia**. Maringá: Dental Press, 2007.

MOYSÉS, S. T.; KRIEGER, L.; MOYSÉS, S. J. Humanização como conceito experiência para a odontologia In: CARVALHO, A. C. P.; KRIEGER, L. **Educação Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

NARVAI, P. C.; FRAZÃO, P. **Saúde Bucal no Brasil**. Muito além do céu da boca. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008.

OLIVEIRA, G. N. Breve percurso para a produção de uma cartografia: devir, intervir, durar, cuidar, narrar, agenciar ou devir cartógrafo e algumas interfaces com a saúde coletiva In: CARVALHO, S. R.; BARROS, M. E.; FERIGATO, S. **Conexões: Saúde Coletiva e Políticas de Subjetividade**. São Paulo: Hucitec, 2009.

PASCHEI, D. F.; PASSOS, E. HENNINGTON, E. A. Cinco anos da Política Nacional de Humanização, trajetória de uma política pública. **Ciênc. Saúde Col.**, 16 (11): 4541-4548, 2011.

PASSOS, E. A Relação entre Cognição e Artifício no Contemporâneo: Os Limites do Humano. In: KASTRUP, V.; TEDESCO, V.; PASSOS, E. **Políticas da Cognição**. Porto Alegre: Sulina, 2008.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. A construção do plano da clínica e o conceito de transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v.16. [s.n.], 2000.

PASSOS, E.; BENEVIDES, R. A cartografia como pesquisa-intervenção. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.). **Pistas do Método Cartográfico**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, E.; EIRADO, A. cartografia como dissolução do ponto de vista do observador (2009). In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.). **Pistas do Método Cartográfico**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (org.). **Pistas do método cartográfico**. Porto Alegre: Sulina, 2009.

PIRES FILHO, F. M. **Políticas de Saúde Bucal: Pingos e Respingos, Registros para uma contribuição Crítica**. Porto Alegre: Speedigital, 2004.

ROLNIK, S. Desentranhando futuros. In: FRANCO, T. B.; RAMOS, V. C. (org.). **Semiótica, Afecção & Cuidado em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 2010.

_____. Cidadania e alteridade: o psicólogo, homem da ética e reinvenção da democracia. In: SPINK, J. P. (org) **A Cidadania em Construção**. Uma reflexão transdisciplinar, São Paulo: Cortez, 1994.

SAIDÓN, O. **Devires da Clínica**. Políticas do Desejo. São Paulo: Hucitec, 2008.

SANTOS, B. S. Para uma Democracia de Alta Intensidade. In: _____. **Renovar a Teoria Crítica e Reinventar a Emancipação Social**. São Paulo: Boitempo, 2007.

_____. **A Universidade no Século XXI**. Para uma reforma democrática e emancipatória da Universidade Rio de Janeiro: Cortez, 2004.

SCHARAIBER, L.; NEMES, M. I. B.; MENDES-GONÇALVES, R. B. Necessidades de Saúde e Atenção Primária In: Saúde do Adulto: Programas e Ações na Unidade Básica. **Saúde em Debate**. Série Didática. São Paulo: Hucitec, 2000.

SILVA, R. H.A.; SCAPIN, L. T.; BATISTA, N. A. Avaliação da formação interprofissional no ensino superior em saúde: Aspectos de colaboração e do trabalho em equipe. **Avaliação: Revista da Avaliação da Educação Superior**. v. 16. n.1, Campinas, 2011.

SIMONDON, G. **EL Individuo y su Génesis Físico-Biológica**. Traducción: Ernesto Hernandez B. Cali: [s.n.], 2007.

SOUZA, E. C. F. O adoecer bucal: trilhas para um conceito ampliado. In: FERREIRA, M. A. F.; RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. (orgs). **Saúde Bucal Coletiva: conhecer para atuar**. Natal: UFRGN, 2004.

TEDESCO, S. Mapeando o Domínio de Estudos da Psicologia da Linguagem: por uma abordagem pragmática das palavras. In: In: KASTRUP, V.; TEDESCO, V.; PASSOS, E. **Políticas da Cognição**. Porto Alegre: Sulina, 2008.

TEIXEIRA, M. B. A Dimensão Cuidadora do Trabalho de Equipe em Saúde e sua contribuição para a Odontologia. **Ciênc. Saúde Col**. V. 11, n.1, p. 45-51, 2006.

TOLEDO, O. A Docência nos Cursos de Odontologia. In: CARVALHO, A. C. P.; KRIEGER, L. **Educação Odontológica**. São Paulo: Artes Médicas, 2006.

ZILBOVICIUS, C.; ARAUJO, M. E.; BOTAZZO, C.; FRIAS, A. C.; JUNQUEIRA, S. R.; JUNQUEIRA, C. R. **Paradigm Shift in Predoctoral Dental Curricula in Brazil: Education**. v. 75. n. 4. [s.n.], April. 2011.