

Modos de interação disciplinar como linha de escape no trabalho em Saúde da Família: uma análise cartográfica

I¹ Matheus Mendes Pereira, ² Mayara Karoline Silva Lacerda,

³ Cristina Andrade Sampaio, ⁴ Patricia Helena Costa Mendes I

Resumo: O presente estudo objetiva discutir o conhecimento e as práticas dos profissionais da Atenção Primária à Saúde sobre os modos de interação disciplinar. Trata-se de um estudo descritivo, de abordagem qualitativa, com a proposta metodológica da Cartografia, em que foram realizados quatro grupos focais com a participação de 33 profissionais, dentre eles médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, de equipes de Saúde da Família (eSF). A partir de um mapeamento cartográfico, foi possível perceber que o contexto do trabalho das eSF pode ser representado pelo plano de forma, que é afetado pelo plano de forças, gerando inter-relações. A partir destas, emergem os modos de interação disciplinar como linha de escape, produzindo novos agenciamentos, caracterizados pelas perspectivas e proposições elencadas pelos profissionais. Por meio desse mapeamento, ficou evidente a importância dos modos de interação disciplinar na prática das eSF como resposta, principalmente, à micropolítica do trabalho vivo em saúde, com centralidade nas tecnologias leves.

► **Palavras-chave:** Atenção Primária à Saúde; Comunicação interdisciplinar; Cartografia.

¹ Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros -MG, Brasil (matheusmendesp@hotmail.com). ORCID: 0000-0002-9794-298X

² Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros -MG, Brasil (mkslacerda@hotmail.com). ORCID: 0000-0002-7188-227X

³ Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros -MG, Brasil (cristina.sampaio@unimontes.br). ORCID: 0000-0002-9067-4425

⁴ Universidade Estadual de Montes Claros. Montes Claros -MG, Brasil (patyhcmendes@yahoo.com.br). ORCID: 0000-0001-7150-8096

Recebido em: 06/09/2019

Aprovado em: 06/11/2019

Revisado em: 18/05/2021

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312021310209>

Introdução

A Atenção Primária à Saúde (APS) constitui o nível de assistência que representa a porta de entrada dos usuários na rede de serviços, sendo pautada pelos princípios de acessibilidade, longitudinalidade, integralidade, coordenação, orientação familiar e comunitária. É o nível do sistema de saúde que acolhe as necessidades e demandas dos indivíduos, fornece atenção direcionada à pessoa, além de coordenar e integrar as ações fornecidas por outros pontos da rede (STARFIELD, 2002).

Para cumprir as funções de resolutividade, responsabilização e organização, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), posteriormente denominado Estratégia Saúde da Família (ESF), para orientar a reestruturação da APS no Brasil e, atualmente, esta se consolidou como a principal proposta de organização desse nível de assistência. Uma das principais características da ESF é a constituição de equipes multiprofissionais, formadas por diferentes categorias, incluindo médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), podendo-se acrescentar o agente de combate às endemias (ACE), cirurgião-dentista e o auxiliar e/ou técnico em saúde bucal (BRASIL, 2017).

A constituição da equipe multiprofissional visa à superação da visão fragmentada da saúde anteriormente preconizada pelo modelo hegemônico, em que se observou ineficiência quanto ao alcance de melhores níveis de saúde, visto que nenhum profissional isoladamente é apto para atender todas as demandas da população, sendo necessário, então, conectar os trabalhadores da equipe multiprofissional, a fim de realizarem uma atuação conjunta. Tal atuação acarreta em benefícios para os profissionais, no sentido do enriquecimento do saber e para os pacientes, no sentido de uma assistência integral, que possibilite a resolução da complexidade dos problemas em saúde (MENDES, 2012; BORGES; SAMPAIO; GURGE, 2012).

No intuito de responder a esta complexidade, surge a necessidade de se trabalhar os modos de interação disciplinar: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade nas práticas dos serviços de saúde no âmbito da APS. A multidisciplinaridade baseia-se na definição de objetivos comuns compartilhados por todos os membros da equipe, não havendo sintetização das funções e sim o agrupamento de métodos e disciplinas isoladas. Quando essa interação é realizada de maneira a favorecer a cooperação entre os profissionais, alcança-se a interdisciplinaridade, que conduz os profissionais à modificação do seu conhecimento

inicial, com atuação conjunta e enriquecimento dos saberes, culminando no alcance de um objetivo comum. Nesse contexto, há troca de saberes que ultrapassam os limites de cada área. A partir disso, surge a transdisciplinaridade, que se caracteriza pelo desaparecimento das fronteiras que separam os conhecimentos específicos de cada profissão, possibilitado pela forte interação entre as disciplinas, produzindo-se uma macrodisciplina, a qual engloba a atuação conjunta e a agregação de conhecimentos com enfoque mais amplo (DOMINGUES, 2005; POMBO, 2005; SOMMERMAN, 2006; DIAS *et al.*, 2015).

O trabalho em equipe pressupõe o desafio de os profissionais saírem de sua zona de conforto e de atuarem apenas nos limites do conhecimento de sua classe profissional. Há a necessidade de interagir com os outros profissionais percorrendo entre os modos de interação disciplinar, cujas experiências possuem como característica principal a aproximação de diversas disciplinas com o objetivo de solucionar problemas específicos (ROQUETE *et al.*, 2012).

A falta de informações dos profissionais faz com que haja confusão e erro quanto aos conceitos de multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade (ROQUETE *et al.*, 2012). A orientação predominante na formação em nível de graduação ainda é limitada e não privilegia a formação crítica do estudante, inserindo-o tardiamente na prática, com pouco ou nenhum contato com diferentes categorias profissionais. Os modos de interação raramente são explorados pelas instituições formadoras, o que se reproduz nas equipes de saúde, resultando na ação isolada de cada profissional e na sobreposição das ações de cuidado e sua fragmentação (SOUSA; BOGO; BASTOS, 2013; AASE; HANSEN; AASE, 2014).

Considerando a complexidade das demandas da APS, a necessidade de trabalho integrado da equipe e o déficit na formação dos profissionais, percebe-se a importância de se analisar o conhecimento dos equipes atuantes na APS quanto aos modos de interação disciplinar: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, no tocante às características conceituais que distinguem esses termos, bem como identificar e descrever as experiências destes quanto à prática de relações interprofissionais. Assim, este estudo tem como objetivo discutir o conhecimento e as práticas dos profissionais da APS sobre os modos de interação disciplinar.

Caminho Metodológico

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de abordagem qualitativa, com a proposta metodológica da Cartografia. O método cartográfico possibilita compreender os fenômenos nos contextos em que ocorrem, valorizando a relação do pesquisador com o fenômeno em estudo, permitindo o acompanhamento de processos e não somente a representação de objetos (DELEUZE; GUATTARI, 1995; PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015). Assim, a realidade é concebida como um mapa móvel em que, por meio do olho vibrátil, o pesquisador percebe a produção no campo da saúde a partir de suas intensidades e afetamentos (MERHY, 2014). A pesquisa cartográfica considera a intervenção como característica fundamental não separando o pesquisar do intervir, tratando-os como atuações concomitantes, sendo necessário intervir para conhecer o processo, não dissociando o papel do pesquisador na intervenção do contexto (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015).

Nessa lógica, a utilização desse método objetivou mapear a percepção e as práticas dos profissionais da APS sobre os modos de interação disciplinar, investigando a representação desse fenômeno dentro do contexto social em que os profissionais estão inseridos. Para interpretar as experiências cotidianas e o modo como foram vivenciadas em seus cenários de práticas, foi necessário dar ênfase à subjetividade e à singularização que, conforme a proposta da Cartografia, permitem maior compreensão sobre o fenômeno em estudo (MINAYO, 2010; GUATTARI; ROLNIK, 2013).

Os dados foram coletados no período de abril a outubro de 2018, em 14 equipes da ESF que foram indicadas pela gestão municipal, por serem equipes que atuavam há mais tempo no mesmo território e com composição mínima das três categorias de profissionais de nível superior: enfermeiros, cirurgiões dentistas e médicos. Trata-se, portanto, de uma amostra intencional.

Para a coleta de dados, foram realizados quatro grupos focais, cada um com seis a 12 participantes e com duração aproximada de uma hora, os quais foram agendados previamente mediante envio de carta-convite para a contribuição com a pesquisa. Nessa etapa, houve participação de 33 profissionais. Os grupos foram conduzidos a partir das seguintes questões norteadoras: “O que vocês sabem sobre os modos de interação disciplinar: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade? Quais são as suas experiências e perspectivas sobre esse tema?”.

Os grupos focais foram filmados e gravados. As falas foram transcritas para serem analisadas e interpretadas, conforme os preceitos da Cartografia (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015). Para manter o anonimato, os entrevistados receberam a codificação alfa-numérica sucessiva a partir do E1, significando a ordem em que se manifestaram durante a coleta de dados; associado ao número do grupo focal, G1 à G4, do qual o entrevistado participou.

Após as transcrições dos grupos, procedeu-se à análise de discurso. Através dessa análise, é possível identificar o interdiscurso, caracterizado como a memória pré-construída ou memória discursiva e o intradiscurso, definido como aquilo que é dito a partir das condições atuais (LIMA, 2003). Esse processo de análise ocorre por meio da transcrição imediata, leituras repetitivas, determinação de eixos temáticos e categorias e aprofundamento do conteúdo dentro das categorias especificadas (BOSI; MACEDO, 2014).

Para a interpretação dos dados, sob a ótica da Cartografia, foram aplicados os conceitos de plano de forma, plano e linhas de forças, agenciamentos, linhas de escape ou fuga e rizoma, a fim de construir um mapa dinâmico, não estático, com representação de um ambiente diversificado, destacando seu caráter subjetivo, originado dos frequentes afetamentos (DELEUZE; GUATTARI, 1995; SOARES *et al.*, 2018).

O plano de formas é a parte do processo cartografado que é formado pelas linhas duras e composto pelos aspectos instituídos e binários. Nesse sentido, o plano de forças associa-se à parte do processo que é composto por linhas flexíveis e maleáveis que afetam a forma e a modelam momentaneamente. Isso porque, esses afetamentos das linhas flexíveis sobre o plano de forma, chamados de agenciamentos, ocorrem de maneira dinâmica e se apresentam em constante mutação, a partir de novos agenciamentos sucessivos. Destes, podem emergir as linhas de fuga, na forma de consequências de agenciamentos e caracterizadas por processos ativos, podendo ser imprevisíveis, mas que culminam em mudanças (ESCÓSSIA; TEDESCO, 2012).

Os grupos focais foram realizados após consentimento da Secretaria Municipal de Saúde, pela assinatura do Termo de Consentimento da Instituição, e dos participantes, pela assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Trata-se de pesquisa proveniente de dissertação de mestrado, que foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob Parecer nº 2.255.069 e seguiu os pressupostos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e não apresenta conflitos de interesses.

Resultados e Discussão

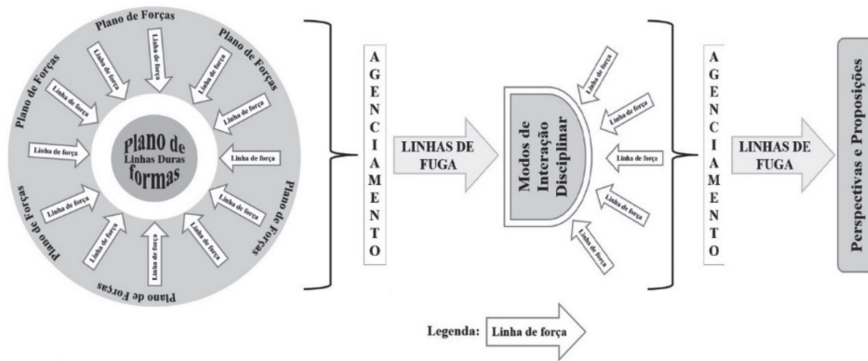
Quanto à caracterização dos 33 sujeitos da pesquisa, 10 eram médicos, 14 enfermeiros e nove cirurgiões-dentistas. Do total, 30 (90,9%) eram do sexo feminino e a idade variou de 25 a 63 anos, com faixa etária predominante de 30 a 39 anos (66,6%). O tempo de graduação variou de um a 35 anos, com 14 (42,4%) dos participantes apresentando nove ou mais anos de graduação. Quanto ao tempo de atuação dos profissionais na ESF, foi observada uma variação de sete meses a 17 anos, sendo que 18 (54,5%) atuavam há menos de cinco anos. Em relação à titulação dos sujeitos, oito (24,2%) possuíam apenas graduação, seis (18,2%) eram especialistas na modalidade *Lato sensu*, 17 (51,5%) possuíam especialização na modalidade Residência em Saúde da Família e dois (6,1%) apresentavam mestrado na área da saúde.

A análise e a compreensão da realidade observada, bem como o acompanhamento cartográfico dos processos de atuação das equipes, só foram possíveis através da inserção e vivência do pesquisador no cotidiano do processo de trabalho das equipes de Saúde da Família (eSF). Isso porque cartografar significa acompanhar processos inventivos e de produção de subjetividade, devido à inserção no cotidiano das equipes, que possibilita ao cartógrafo determinar o desenho da rede de forças em que o fenômeno em estudo está sendo afetado, contemplando as conexões, mobilidade e mutações permanentes, possibilitadas pela imersão do cartógrafo no campo coletivo de forças (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2015).

Permitida por essa aproximação e facilitada pela transcrição dos vídeos dos grupos focais, a investigação culminou na identificação de três categorias: “A insignificante confusão conceitual sobre os modos de interação disciplinar”; “As linhas de força e seus efeitos no plano de forma da APS” e “Perspectivas e proposições elaboradas pela influência da micropolítica possibilitadas pelo método cartográfico”.

Antes de aprofundarmos nas categoriais identificadas, torna-se necessário compreender a complexidade, os afetamentos, os agenciamentos, bem como a composição dos planos de forma e forças mapeados pela Cartografia no tocante ao processo de trabalho na eSF, e para isso, os abordaremos na lógica do aprofundamento progressivo, como espécie de *zoom*, a fim de propiciar a compreensão holística do objeto em estudo.

Figura 1. Visão geral do mapeamento produzido pela Cartografia quanto à representação dos modos de interação disciplinar ao processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família



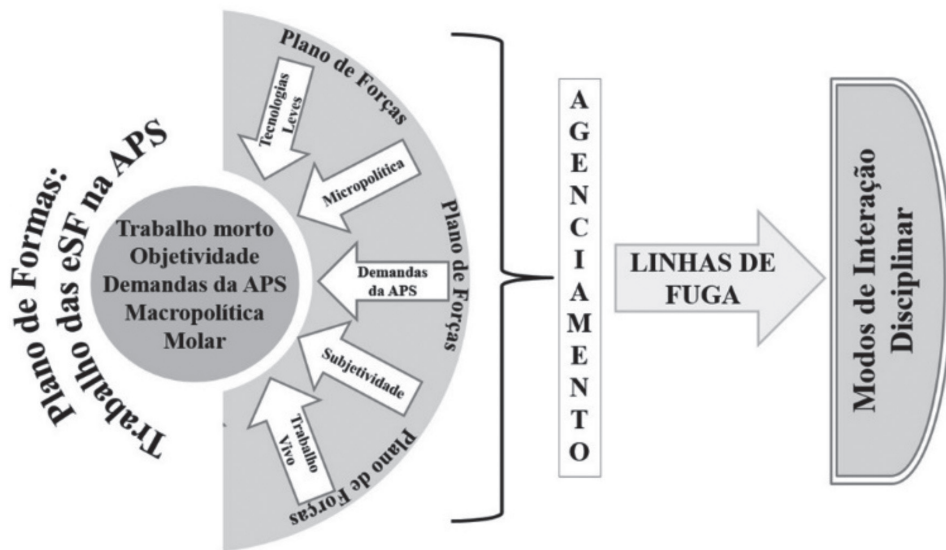
Fonte: Resultados do estudo.

Inicialmente, conforme representado na Figura 1, a partir de mapeamento mais abrangente do plano cartográfico, é possível perceber a existência do plano de forma ou de organização da eSF, referente ao modo como a realidade se apresenta. No que lhe concerne, o plano de formas é afetado pelo plano de forças, o que possibilita o afetamento da subjetividade (ROMAGNOLI, 2009). Essa inter-relação entre os planos caracteriza o agenciamento gerado, a partir do qual emergem os modos de interação disciplinar como linha de escape ou fuga. Por meio dos afetamentos da subjetividade causados pelas linhas flexíveis, há a criação de zonas de indeterminação que permitem novos agenciamentos, o que produz o surgimento de outras linhas de fuga, convergindo em processos que trazem o novo (ROMAGNOLI, 2009). Os modos de interação, por sua vez, são afetados por linhas de forças relacionadas a questões subjetivas e metodológicas deste estudo, que desencadeiam novo processo de agenciamento responsável, agora, pelo surgimento da linha de fuga consecutiva, formada pelas perspectivas e proposições identificadas pelos participantes da pesquisa.

Nessa ilustração, é possível identificar uma característica essencial da Cartografia: os processos são considerados sempre como incompletos, pautados numa lógica rizomática, em que caules centrais geram entroncamentos, os quais recebem influências e afetamentos que os realocam para posições centrais e deles surgem novos entroncamentos. Essa lógica abordada por Deleuze e Guattari (1995) evidencia continuidade, ciclicidade e dinamicidade dos processos acompanhados pela Cartografia.

O plano de formas representa o processo de trabalho das eSF, sendo composto por linhas duras: trabalho morto, objetividade, demandas da APS e macropolítica. Já o plano de forças é formado pelas tecnologias leves, a micropolítica, as demandas da APS, subjetividade e o trabalho vivo em saúde. Nessa descrição, destaca-se o efeito duplo das demandas da APS, que se constituem como linha dura, compondo o plano das formas, por se caracterizarem pela complexidade esperada e instituída das necessidades que chegam à APS. Concomitantemente, essas demandas também se apresentam como linhas de força, compondo o plano de forças, já que afetam a forma, justamente devido à flexibilidade e às características específicas da realidade local. Nesse caso, não são instituídas nem binárias, mas sim fluidas e multifacetadas (Figura 2).

Figura 2. Destaque do plano cartográfico evidenciando o plano de formas sendo afetado pelo plano de forças. Dessa relação, surgem agenciamentos que emergem os modos de interação disciplinar como linhas de escape na atuação dos profissionais da Estratégia Saúde da Família



Fonte: Resultados do estudo.

A realidade cartografada evidenciou a coemergência entre objetividade e subjetividade; instituído e intuitivo; macropolítica e micropolítica. As imposições, normatizações, diretrizes e protocolos que determinam o funcionamento do processo

de trabalho das eSF estão relacionados ao instituído e ao objetivo, ou seja, àquilo que compõe a macropolítica. Esta, por sua vez, é afetada pelas práticas compreendidas no campo da micropolítica e da subjetividade local, campo este que, segundo Merhy (2002), caracteriza-se por atitudes reativas e subjetivas dos trabalhadores, pelas práticas de saúde desenvolvidas de acordo com o contexto social, pelas ações da comunidade e pelas relações estabelecidas.

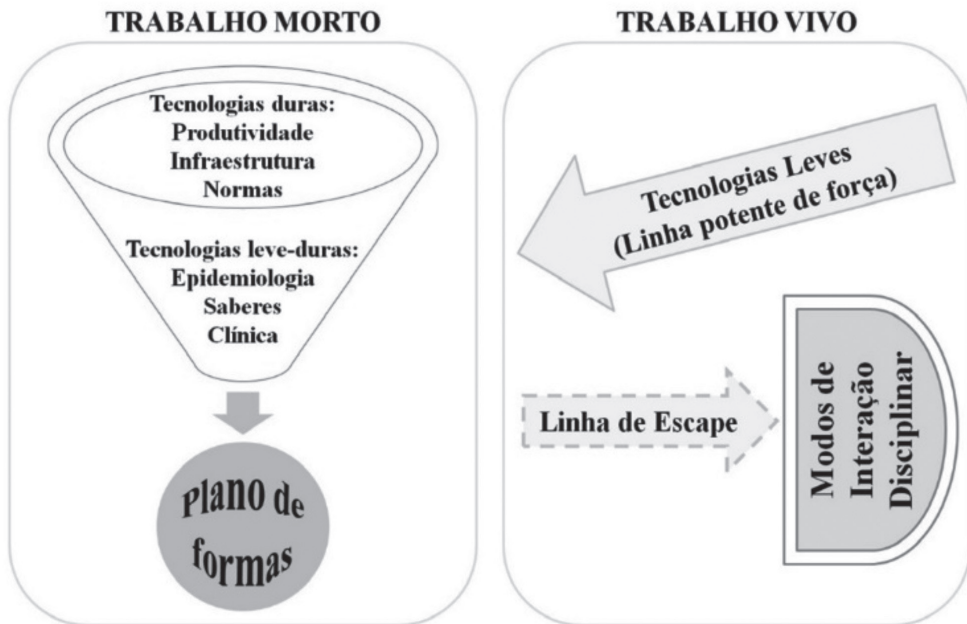
Ao ser analisado o agenciamento causado pela relação entre o instituído e o subjetivo da micropolítica, conceitos e resultados também observados por Soares *et al.* (2018), foi identificado o aparecimento dos modos de interação disciplinar na forma de linhas de escape geradas como ferramenta para o alcance da resolutividade necessária na APS. Por meio das características e atitudes dos profissionais, a interação disciplinar se consolida como saída advinda do agenciamento gerado a partir da relação entre as demandas instituídas e a micropolítica do processo de trabalho contendo o trabalho vivo e suas tecnologias (Figura 2).

A valorização das tecnologias leves e leve-duras está associada à obtenção de melhores resultados, pois estas possibilitam a valorização da micropolítica (MERHY, 2002), o que ratifica a realidade cartografada no presente estudo. Na micropolítica do processo de trabalho em saúde, este encontra-se aberto ao trabalho vivo, por meio da criatividade permanente do trabalhador que tem a possibilidade de levar a invenção de novos processos ou mesmo abri-los em outras direções não pensadas. Nessa micropolítica, as tecnologias leves, duras e leve-duras permitem uma reestruturação produtiva do setor saúde, com centralidade no território das tecnologias leves (MERHY, 2014).

Dessa forma, conforme representado na figura 3, foi possível também identificar a captura do trabalho vivo através dos determinantes do trabalho morto, no sentido em que o plano de formas se apresenta composto por tecnologias duras, como as normas, através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), as exigências de produtividades e a infraestrutura frequentemente precária; e por tecnologias leve-duras: os conhecimentos instituídos, como a clínica e a epidemiologia. Assim, através do afetamento desse plano, por linhas maleáveis ligadas às tecnologias leves, aos atributos que dependem apenas dos profissionais, como postura, atitudes, iniciativas, autonomização e gestão de processo de trabalho, surgem como linha de escape resolutiva e solucionadora as interações disciplinares, as quais se aproximam pela interação entre os profissionais e com contribuição de

diversas disciplinas, com objetivo comum de solucionar problemas específicos e complexos dos pacientes (ROQUETE *et al.*, 2012).

Figura 3. Plano de formas caracterizado pelo trabalho morto, no qual incide o plano de forças representado pelo trabalho vivo, gerando os modos de interação disciplinar como linha de escape



Fonte: Resultados do estudo.

Merhy (2014) aponta que atualmente o trabalho em saúde é majoritariamente um trabalho institucionalizado, pautado em um trabalho coletivo advindo de diversos profissionais de saúde ou não. Contudo, a assistência, por diversas vezes, é fragmentada devido à atuação parcelada e compartimentada, sendo necessário repensar o modelo assistencial hegemônico, com intuito de quebrar a fragmentação excessiva da assistência, colocando as necessidades do cliente como foco da atuação dos profissionais. Essa nova realidade do modelo assistencial corrobora com a importância da atuação pautada nos modos de interação disciplinar (ROQUETE *et al.*, 2012).

Após a apresentação do plano cartográfico, seguimos com a discussão das categorias emergidas no processo de análise de discurso.

Categoria 1 - A insignificante confusão conceitual dos modos de interação disciplinar

Durante a realização dos grupos focais, foi possível identificar dificuldade por parte dos profissionais em conceituar os termos representativos dos modos de interação disciplinar, em especial a transdisciplinaridade.

G2E3: “Na verdade, eu fiquei um pouco na dúvida quanto a esses conceitos. Será que a interdisciplinaridade estaria mais para o lado da transdisciplinaridade ou mais para o lado da multidisciplinaridade? Será se [...] é realmente um compartilhamento das habilidades pelos mesmos profissionais?”

G2E9: “A transdisciplinaridade é mais difícil de definir, parece muito a interdisciplinaridade, mas tem um diferencial, tem a ver com o limite da atuação dos profissionais”.

Dias *et al.* (2015) afirmam que a transdisciplinaridade elimina as barreiras que separam os conhecimentos específicos de cada profissão, pois se apresenta como uma interação que transcende a troca de saberes, produzindo a chamada macrodisciplina, representada pelo saber construído a partir das trocas de experiências e contribuições de todos os profissionais.

Apesar de haver discussão na literatura acerca dos modos de interação disciplinar e sua importância na prática dos profissionais, nota-se que o embasamento teórico ainda é falho e que, por vezes, há confusão dos termos e de seus conceitos, que frequentemente são utilizados como sinônimo de trabalho em equipe, o que mostra a necessidade de discussão mais aprofundada sobre o tema (ROQUETE *et al.*, 2012).

Essa confusão na conceituação encontra-se ligada à falta de discussões e aprofundamentos teóricos prévios sobre o assunto, seja na formação acadêmica ou no aperfeiçoamento profissional.

G2E9: “Eu já vi muitos profissionais e já trabalhei com vários que não tinham esse conhecimento da faculdade. Não tinham esses conhecimentos, mas tinham questões pessoais que facilitavam isso. Eles não sabiam conceituar, está vendo? Eles não sabiam conceituar porque não tinham isto na formação acadêmica...”

O hábito atual de especializações dentro das áreas de atuação, muitas vezes engajado nas universidades, faz com que os profissionais cada vez mais se fechem em seu conhecimento, tornando as abordagens individualizadas (DIAS *et al.*, 2015). Os profissionais de saúde tendem a trabalhar de maneira independente e isolada das demais profissões, ao passo que seguem seu trajeto profissional embasado na

sua metodologia de formação e atuação (PEDUZZI *et al.*, 2013). Nesse sentido, as mudanças na formação dos profissionais de saúde têm ganhado relevância nas discussões dos projetos pedagógicos dos cursos, com destaque para a necessidade de orientar a formação desses profissionais para atender as necessidades do SUS (PARE *et al.*, 2012).

Importante destacar o contexto da ESF, as demandas e realidades das eSF, como linhas que afetam a forma e impulsionam os profissionais na prática dos modos de interação disciplinar, mesmo com déficit no conhecimento teórico sobre o tema. Esse afetamento evidencia a importância da prática interativa entre os membros das eSF, mesmo quando esta não acompanha o aporte teórico, o que conferiu à categoria a situação da “insignificância” da confusão conceitual, a qual existe, contudo, não impede a aplicação dos modos de interação disciplinar pelas equipes.

G2E9: “No nosso trabalho a gente acaba usando este conceito na prática, mas a gente nem sabe ou percebe. É na verdade um saber fazendo [...]. De certa forma, o contexto do PSF exige uma postura profissional que induz a isso, e se não tiver, não vai dar conta de trabalhar no PSF.”

G2E5: “Eu creio, creio não, isto é fato. Na verdade é que estes conceitos estão totalmente inseridos no saúde da família. [...] A gente talvez não para ali pra conceituar, mas a gente tá fazendo isso o tempo inteiro...”

Em estudo realizado para a avaliação do conhecimento de profissionais de nível superior lotados em unidades básicas de saúde sobre essa temática, foi observado que a organização dos serviços, apesar de estes serem compostos por equipes multiprofissionais, era fragmentada. O estudo apontou que 93,7% dos profissionais se referiram a existência da atuação interdisciplinar, mas apresentavam conhecimento insuficiente, sendo os conceitos indefinidos ou confusos entre os trabalhadores. Foi concluído que, mesmo com as dificuldades na distinção dos conceitos, os profissionais reconhecem a importância da atuação coletiva e a integração dos saberes (COSTA, 2007). Essa dificuldade conceitual está também apresentada por Behrendt *et al.* (2019), em estudo na Alemanha.

Compreendendo a importância desses conceitos, mas principalmente de suas aplicações práticas, os profissionais associaram os modos de interação como abordagem intrínseca na APS, no âmbito da Saúde da Família, atitude que diferencia os profissionais, justamente pela abordagem resolutiva, integral e integrada possibilitada pelos modos de interação disciplinar. Da mesma forma, em estudo

realizado por Ma e Saw (2018), a importância da interação disciplinar foi associada à obtenção da integralidade da assistência e do cuidado.

G2E5: “[...] a gente vai se tornando um profissional diferenciado; a gente não tem noção do conhecimento que a gente adquire [...]. A multidisciplinaridade sozinha não é nada. Se cada um só atuar no seu consultório, vira ‘postão.’”

Durante as discussões em grupo, além de conceituarem os modos de interação, os profissionais elencaram exemplos e experiências vivenciadas acerca da temática abordada. A partir disso, foi possível identificar que as práticas das eSF permeiam os modos de interação pela multidisciplinaridade, como o atendimento de um mesmo paciente por vários profissionais de forma isolada e a interdisciplinaridade, como as discussões de caso, acolhimento, atendimentos compartilhados, interconsultas, construções de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), matriciamento, visitas domiciliares compartilhadas; não havendo relatos que apontem experiências pautadas na transdisciplinaridade.

G1E1: “A multidisciplinaridade são vários profissionais trabalhando ali separadamente, [...] mas eles não têm uma discussão. Por exemplo, a gente pega um paciente ali, mas cada um faz o seu atendimento, sem fazer uma discussão conjunta. Quando ele é interdisciplinar, a gente faz um atendimento, ou em conjunto ou senta e discute [...]. Agora a transdisciplinaridade que eu não entendo muito bem (risos).”

Dentre essas vivências, a confusão teórica dos termos refletiu nos apontamentos realizados por eles, principalmente no tocante à transdisciplinaridade, cujas ações experimentadas pelas eSF foram pautadas em abordagens ligadas à intersectorialidade, ou seja, a interação com setores externos à saúde, como setores religiosos, de educação, assistência social, segurança e comércio.

G3E5: “Trans vai além [...], é a gente procurar outros apoios que não sejam apenas da área da saúde, mas que estão envolvidos também, né?”

Iribarry (2003) e Roquete *et al.* (2012) definem a transdisciplinaridade de uma maneira diferente: surge como ferramenta de trabalho e se apresenta como desafio no atual cenário dos serviços de saúde, caracterizada pela eliminação dos limites de cada profissão tamanha a integração entre os trabalhadores, o que culmina em grande agregação de conhecimentos e práticas e surgimento de uma macrodisciplina que engloba todas as outras envolvidas na situação.

Quando abordada a questão da importância da atuação das eSF pautadas nos modos de interação, os profissionais destacaram os efeitos positivos, de resolutividade

no que tange à assistência integrada ao paciente e de engrandecimento profissional no sentido de agregação de conhecimentos e práticas aos membros envolvidos.

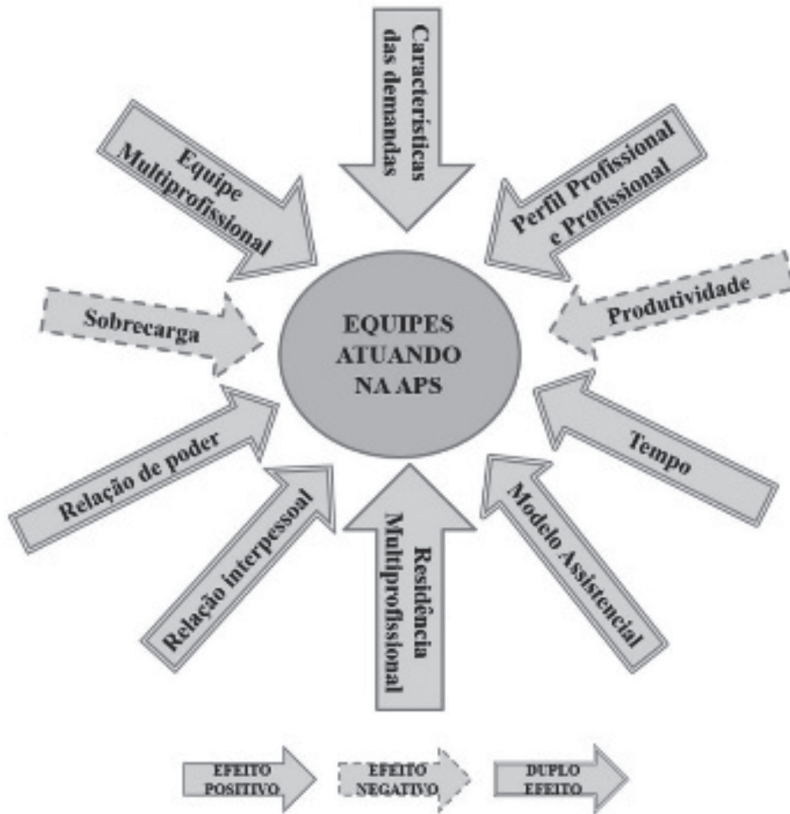
G3E6: “Nossa, eu acho que isso é tudo! Porque quanto maior o conhecimento que você tem de como deve ser a atuação sua e dos outros profissionais que estão perto de você, melhor vai ser a resolutividade; melhor vai ser para o usuário que procura aquele serviço.”

Um estudo realizado no Canadá com equipes da APS evidenciou a satisfação dos profissionais em atuar conjuntamente, dividindo as responsabilidades e reduzindo o peso da carga de trabalho. O referido estudo discorreu ainda sobre os benefícios da atuação colaborativa entre a equipe, para os pacientes, que recebem cuidados mais holísticos, com maior coordenação e continuidade, com menor tempo de espera e ainda conhecem os diferentes profissionais da equipe, gerando e fortalecendo o vínculo com eles (MACNAUGHTON; CHREIM; BOURGEAULT, 2013).

Categoria 2 - As linhas de força e seus efeitos no plano de forma da APS

Durante as discussões nos grupos focais, vários fatores foram elencados como facilitadores e dificultadores no processo de interação entre os membros das eSF. No plano cartográfico, esses fatores podem se somar às linhas de força já apresentadas, às quais afetam o plano de forma e, por serem flexíveis e maleáveis, possuem efeitos positivos, negativos e duplos. Nesse contexto, é possível recorrer ao conceito de *virtual*, de Deleuze e Guattari (1995), aplicado pelas linhas de efeito duplo, referindo-se ao potencial de entidades e sujeitos assumirem muitas identidades a depender das linhas que os afetam. Essa imanência considera que, apesar de estarem no mesmo plano, os efeitos gerados pelas linhas de força serão distintos, conforme os afetamentos gerados, no caso, conforme os efeitos positivos, negativos e duplos (Figura 4).

Figura 4. Linhas de força de efeito positivo, negativo e duplos que afetam o plano de formas



Fonte: Resultados do estudo.

Como linhas de efeito positivo, temos as características das demandas, uma vez que, conforme discutido anteriormente, a realidade e a complexidade das demandas que chegam à APS interferem positivamente no plano de forma, no sentido de impulsionar o escape dos modos de interação como linhas de fuga; bem como o fato de a eSF ser ou ter sido polo de residência em saúde da família, especialmente a multiprofissional, o que estimula a postura profissional engajada no trabalho em equipe.

G3E4: Acho que uma coisa que facilitou demais é aqui ter sido polo de residência, [...] já é rotina na residência trabalhar a questão da interdisciplinaridade”

Como linhas de efeito negativo, destaca-se a exigência de produtividade, que ocorre de maneira duplicada: por demanda da comunidade, que exige cada vez mais

visitas, consultas e procedimentos e não compreendem a necessidade e importância do momento de discussão entre os profissionais e por demanda da gestão, que estabelece metas ligadas à produção, número de atendimentos e procedimentos, mas não incluem nessas metas a necessidade de interação da equipe.

G3E4: “Tem duas questões, eu acho que a pressão que a gente tem, que é cobrado por produtividade e tem a pressão da comunidade que quer atendimento, que quer seu problema resolvido, mas pra resolver o problema, muitas vezes não entendem que é necessário esse momento aqui de sentar, discutir, reunir, né? A população quer resposta para o problema dela, como isso vai acontecer, não importa.”

Outra linha de efeito negativo é a sobrecarga dos trabalhadores, caracterizada pelo excesso de demandas clínicas, pela necessidade de assistência a todos os ciclos de vida e também administrativas e burocráticas, como o processo de gestão da unidade de saúde e alimentação dos sistemas de informação que demandam tempo e prazos de cumprimento. Houve destaque para a sobrecarga dos enfermeiros e exercem função assistencial e gerencial, o que dificulta, mas não impossibilita, a interação profissional. Essa sobrecarga das eSF foi identificada também em estudo realizado por Soares *et al.* (2018) que associaram às imposições dos gestores, que limitavam as ações mais significativas e de melhor qualidade no âmbito da APS.

G1E6: “Então, a sobrecarga nossa hoje é que dificulta um pouco a gente colocar isso em prática. Vontade sim, mas a demanda dificulta.”

As linhas de forças de efeito duplo são descritas na Tabela 1. Estas caracterizam-se por gerar tanto efeitos positivos quanto negativos. Dentre as linhas de efeito duplo, destacam-se o relacionamento interpessoal: podendo variar entre um satisfatório ou insatisfatório relacionamento com a equipe, sendo as brigas citadas como efeito negativo; perfil pessoal e profissional: tendo o respeito, a boa comunicação, a postura e abertura como efeito positivo, e a timidez, formação tradicional, receio em mostrar as fragilidades, insegurança, falta de comunicação e de abertura como efeito negativo.

G3E4: “Eu acho que um profissional que não tem a habilidade de se relacionar, ele tem um grande fator dificultador [...] É uma questão pessoal.”

A qualidade da comunicação e a colaboração entre os diferentes profissionais envolvidos no cuidado são essenciais para a resolubilidade dos serviços e a efetividade da atenção à saúde (ZWAREBSTEIN; GOLDMAN; REEVES, 2009).

Tabela 1. Linhas de força e seus efeitos no plano de formas

Linha de força	Efeito positivo	Efeito negativo
Relacionamento Interpessoal	Bom relacionamento com a equipe	Relacionamento ineficaz com a equipe Brigas, intrigas, falta de acesso
Perfil Pessoal e Profissional	Respeito Comunicação Abertura Solicitude e Postura	Insegurança Falta de abertura Timidez Formação tradicional Receio em mostrar fragilidade
Equipe Multiprofissional	Apoio Postura dos ACS ¹ Longitudinalidade	Postura ruim dos ACS Alta rotatividade dos membros da equipe
Relações de poder	Horizontalidade	Verticalidade e hierarquização
Tempo	Organização do tempo para interações	Falta de tempo por sobrecarga de trabalho
Modelo de Assistência	Saúde da Família	Posto de Saúde e presença de especialistas

¹Agente Comunitário de Saúde

Fonte: Resultados do estudo.

Em modelos de atenção baseados no trabalho em equipe em que a atuação envolve vários profissionais, algumas barreiras são apontadas, destacando-se: a dificuldade em coordenar os papéis dos profissionais a fim de criar um conjunto coeso de serviços e, muitas vezes, a falta de confiança e respeito entre os membros da equipe (MACNAUGHTON; CHREIM; BOURGÉAULT, 2013; BÉLANGER; RODRIGUEZ, 2008).

Quanto à linha de força equipe multiprofissional, a postura do ACS assume um papel de destaque e, quando focada em facilitar, o elo dos usuários com outros profissionais da equipe desencadeia importante efeito positivo. Bem como a longitudinalidade, caracterizada pelo vínculo existente entre os profissionais de uma mesma equipe e destes com a comunidade. Por efeito negativo relacionado à equipe multiprofissional, tem-se a alta rotatividade dos profissionais e a postura inadequada dos ACS, visto que são formadores de opinião. No tocante às relações de poder, estas, quando são empregadas de maneira horizontal, acarretam em efeitos positivos, e de maneira vertical e hierarquizada acarretam em efeitos negativos. O tempo também possui efeito duplo, uma vez que pode ser empregado para a interação entre

os membros, mas a falta de tempo acarreta negativamente na dificuldade de atuação pautada nos modos de interação.

G2E5: “A troca de membros da equipe e a falta de longitudinalidade atrapalham muito.”

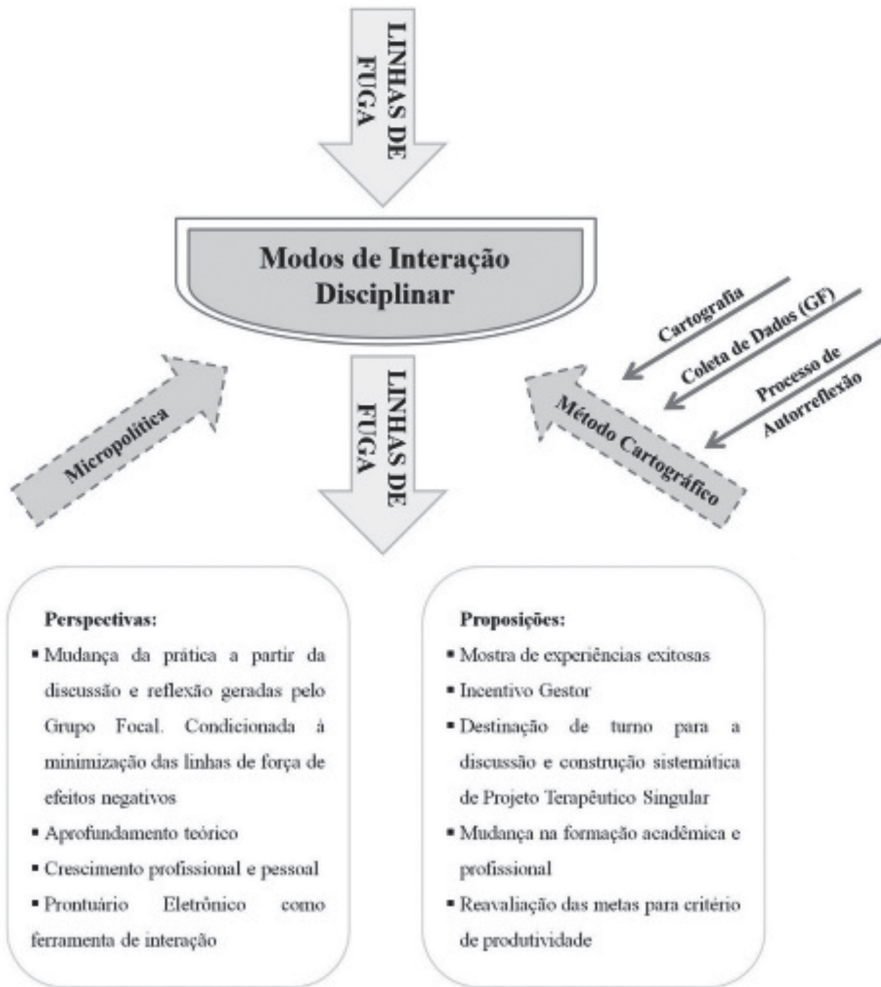
Em estudo qualitativo realizado no Canadá com duas equipes multiprofissionais da APS, pôde-se constatar alguns fatores apontados pelos participantes como elementos que interferem na atuação interdisciplinar, como: fatores estruturais relacionados ao espaço físico, carga de trabalho, rotatividade dos membros, hierarquia e composição da equipe; fatores interpessoais voltados à educação, confiança, liderança e relevância do conhecimento profissional e alguns atributos individuais (MACNAUGHTON; CHREIM; BOURGEAULT, 2013).

Por fim, o modelo de assistência pautado na lógica da ESF acarreta positivamente na interação das equipes. No entanto, quando não há interação entre os profissionais e cada um trabalha de maneira isolada como nos centros de saúde, e na presença de especialistas que confundem a população acerca das funções e autonomia de cada membro, os feitos tendem a ser negativos.

Categoria 3 – Perspectivas e proposições elaboradas pela influência da micropolítica possibilitadas pelo método cartográfico

Como visto na primeira representação cartográfica, os modos de interação disciplinar surgem como linha de escape do plano de forças sobre o plano de formas. A partir disso, essa linha de fuga é realocada para uma posição central e recebe influência de novas linhas de força, nesse caso a micropolítica representada pelas ações e condutas dos profissionais. Diante do agenciamento causado pelas linhas de forças: micropolítica e método cartográfico, surgem, nesse rizoma, duas novas linhas de escape: as perspectivas e as proposições. Perspectivas são apontamentos elencados pelos participantes para a mudança da realidade, a partir das condições e das ações locais dos próprios profissionais, enquanto as proposições apresentam-se como sugestões levantadas para a aplicação extrínseca às eSF (Figura 5).

Figura 5. Perspectivas e proposições como linhas de fuga produzidas pela micropolítica e pelo método cartográfico sobre a prática dos modos de interação disciplinar na Estratégia Saúde da Família



Fonte: Resultados do estudo

Essa linha de fuga, gerada também pela Cartografia, encontra-se de acordo com a intervenção intrínseca ao método utilizado, visto que a realidade rizomática acompanhada não está estática e, por isso, encontra-se sujeita a mutações e intervenções. A Cartografia é pautada na lógica da inversão metodológica, na inseparabilidade entre pesquisador e participantes de pesquisa, devido à imersão do

cartógrafo no cenário de estudo e na indissociabilidade entre pesquisa e intervenção, considerando-as como ações simultâneas, sendo necessário intervir para conhecer (PASSOS; KASTRUP; ESCÓSSIA, 2012). São esses atributos que caracterizam a linha de força do método cartográfico, que compreende também os afetamentos causados pela coleta de dados, na forma das discussões dos grupos focais, que desencadearam um processo de autorreflexão da realidade vivenciada, dos conceitos e temática discutidos e das práticas apontadas.

O cartógrafo atua diretamente sobre a matéria a ser cartografada. Na força dos encontros gerados, nas dobras produzidas à medida em que habita e percorre os territórios, é que sua pesquisa ganha corpo. Não há assepsia, distanciamento, separação do objeto de pesquisa e pesquisador. O cartógrafo não deseja manter-se neutro e distante. Não coleta dados, os produz. Não julga, coloca em questão as forças que pedem julgamento. Exige como condição primordial estar implicado no próprio movimento de pesquisa (COSTA, 2014; SAMUDIO *et al.*, 2017).

Dentre as perspectivas emergidas do processo encontram-se: mudança da prática a partir da discussão gerada pelo grupo focal e condicionada à minimização das linhas de força de efeitos negativos; aprofundamento teórico para auxiliar a prática; alteração do comportamento com o crescimento profissional, pessoal e teórico; uso do Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC) como forma de interação entre os profissionais.

G1E3: “Eu acho que apesar dos pesares, vamos ter melhorias nesse sentido, [...] acho que temos que estar abertos a essas mudanças e readequar.”

Quanto às proposições, foram citadas: promoção por parte da gestão de mostra de experiências exitosas, como um encontro entre as eSF para a troca de ideias que podem ser replicadas para auxiliar outras equipes; incentivo gestor às equipes que atuam em lógica mais integrada; destinação de turno de trabalho para a discussão e construção de Projeto Terapêutico Singular (PTS) pelas eSF locais; reformulação das metas de produção das equipes considerando a necessidade de tempo específico para a discussão do trabalho interdisciplinar e, mudança na formação acadêmica e profissional dos trabalhadores da eSF, a fim de estarem mais preparados para a atuação pautada nos modos de interação disciplinar.

G1E4: “Eu acho que uma coisa importante que devia ter é a troca de experiências. [...] Então, eu penso que a gestão municipal deveria promover mais encontros entre os profissionais e que haja incentivo.”

Choi e Pak (2006) apontam que, dentre os fatores que contribuem para o sucesso da atuação das práticas disciplinares, estão os incentivos, sendo que o principal deve ser a possibilidade e desejo de responder às demandas; mas também o apoio institucional, com incentivos e recompensas; além dos momentos de trocas de experiências, através da comunicação entre os membros com feedback, elogios e críticas construtivas.

Considerações Finais

O presente estudo evidenciou a atuação das eSF no âmbito da APS que assumem caráter rizomático devido à variedade de afetamentos que as moldam continuamente. O artigo mapeou a realidade das eSF na ótica dos modos de interação disciplinar, que emergem como linhas de escape resultantes dos agenciamentos promovidos pelos afetamentos das linhas de forças. Através desse mapeamento, ficou evidente a importância dos modos de interação disciplinar na prática das eSF como resposta, principalmente, à micropolítica do trabalho vivo em saúde, com centralidade nas tecnologias leves.

Foi identificado ainda que, apesar da confusão, pelos profissionais, em conceituar os termos multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade, a atuação das equipes é pautada nesses atributos, excetuando-se a transdisciplinaridade que foi referida pelos sujeitos como intersetorialidade. Salienta-se, então, a necessidade de habilitar os profissionais quanto à compreensão teórica da proposta de interação disciplinar, sensibilizando-os, no âmbito profissional e de formação acadêmica, sobre a relevância dessas práticas no trabalho em saúde, a fim de alcançar melhores resultados sanitários em nível individual e coletivo.

Destaca-se, por fim, a importância do grupo focal como método de coleta de dados, devido à sua potencialidade em promover discussões coletivas, facilitando a reflexão sobre a temática em estudo, elemento indispensável para permitir mudanças e conduzir novos processos. Ressalta-se também a coerência quanto à utilização da Cartografia como referencial de investigação, uma vez que esta possibilitou a identificação, através das percepções dos profissionais, de novas perspectivas e proposições. Em suma, os profissionais corroboraram com a ideia de que a interação disciplinar é de suma importância para se alcançar uma maior resolutividade nos serviços básicos de saúde e destacaram como importantes estratégias para sua consolidação, a criação de uma mostra de experiências exitosas a exemplo de momento de troca entre os profissionais,

e também a adequação das metas de produtividade que permitiriam momentos de trabalho interdisciplinar, além de outros incentivos por parte da gestão.

Referências

- AASE, I.; HANSEN, B. S.; AASE, K. Norwegian nursing and medical students perception of interprofessional teamwork: a qualitative study. *BMC Medical Education*, v. 14, n. 1, p. 170, 2014.
- BEHRENDT, C. A.; KÖLBEL, T.; SCHWANEBERG, T.; DIENER, H.; HOHNHOLD, R.; DEBUS, E. S.; RIEß, H. C. Multidisciplinary team decision is rare and decreasing in percutaneous vascular interventions despite positive impact on in-hospital outcomes. *Vasa*, v. 48, n. 3, p. 262-269, 2019.
- BÉLANGER, E.; RODRIGUEZ, C.: More than the sum of its parts? A qualitative research synthesis on multi-disciplinary primary care teams. *J Interprof Care*, v. 22, n. 6, p. 587-597, 2008.
- BORGES, M. J. L.; SAMPAIO, A. S.; GURGEL, I. G. D. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 17, n. 1, p.147-156, 2012.
- BOSI, M. L. M.; MACEDO, M. A. Anotações sobre a análise crítica de discurso em pesquisas qualitativas no campo da saúde. *Revista Brasileira Saúde Materna e Infantil*, v. 14, n. 4, p. 423-432, 2014.
- BRASIL. Ministério da Justiça. *Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012*. Estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2012.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria n. 2.436, de 21 de setembro de 2017*. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 2017.
- CHOI, B. C. K.; PAK, A. W. P.; Multidisciplinarity, interdisciplinarity and transdisciplinarity in health research, services, education and policy: 1. Definitions, objectives, and evidence of effectiveness. *Clinical and Investigative Medicine*, v. 29, n. 6, p. 351-364, 2006.
- COSTA, L. B. D. Cartografia: uma outra forma de pesquisar. *Revista Digital do LAV*, v. 7, n. 2, p. 66-77, 2014.
- COSTA, R. P. Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental*, v. 5, n. 8, p. 107-124, 2007.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. 34. ed. Rio de Janeiro: Coleção TRANS, 1995.

- DIAS, J. N.; LIMA, N. R. B; ARRUDA, N. C. L.; PINTO, J. B. A.; SILVA, M. P. C. F.; DIAS, V. N.; LIMA, I. P. C. INTER E TRANSDISCIPLINARIDADE NAS CIÊNCIAS: Considerações disciplinares no campo da saúde coletiva. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde*, v. 13, n. 2, p. 438-449, 2015.
- DOMINGUES, I. Em busca do método. In: DOMINGUES, I. (Org.). *Conhecimento e transdisciplinaridade II: aspectos metodológicos*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2005.
- ESCÓSSIA, L.; TEDESCO, S. O coletivo de forças como plano de experiência cartográfica. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 92-108.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Micropolítica: cartografias do desejo*. 12. ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2013.
- IRIBARRY, I. S. Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho em equipe. *Psicologia Reflexão e Crítica*, v. 16, n. 3, p. 483-490, 2003.
- LIMA, M. E. A. T. Análise do discurso e/ou análise de conteúdo. *Psicologia em Revista*, v. 9, n. 13, p. 76-88, 2003.
- MA, K. P. K.; SAW, A. A Qualitative Study on Primary Care Integration into an Asian Immigrant-specific Behavioural Health Setting in the United States. *International Journal of Integrated Care*, v. 18, n. 3, p. 1-11, 2018
- MACNAUGHTON, K.; CHREIM, S.; BOURGEAULT, I. L. Role construction and boundaries in interprofessional primary health care teams: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, v. 13, p. 486, 2013.
- MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 4. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.
- MERHY, E. E.; ONOCKO, R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 11. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- PARE, L.; MAZIADÉ, J.; PELLETIER, F.; HOULE, N.; ILOKO-FUNDI, M. Training in interprofessional collaboration: pedagogic innovation in family medicine units. *Canadian Family Physician*, v. 58, n. 4, p. 203-209, 2012.
- PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2015.

- PEDUZZI, M.; NORMAN, I. J.; GERMANI, A. C. C. G.; SILVA, J. A. M.; SOUZA, G. C. Interprofessional education: training for healthcare professionals for teamwork focusing on users. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 47, n. 4, p. 977-983, 2013.
- POMBO, O. Epistemologia da interdisciplinaridade. In: PIMENTA, C. (Coord) Interdisciplinaridade, humanismo, universidade. Porto: Campo das Letras, 2005.
- ROMAGNOLI, R. C. A cartografia e a relação pesquisa e vida. *Psicologia & Sociedade*, v. 21, n. 2, p. 166-173, 2009.
- ROQUETE, F. F.; AMORIM, M. M. A.; BARBOSA, S. P.; SOUZA, D. C. M.; CARVALHO, D. V. Multidisciplinaridade, Interdisciplinaridade e Transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. *Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro*, v. 2, n. 3, p. 463-474, 2012.
- SAMUDIO, J. L. P.; MARTINS, A. C. F. D. D.; BRANT, L. C.; SAMPAIO, C.A. Cartografia do cuidado em saúde mental no encontro entre agente comunitário de saúde e usuário. *Physis*, v. 27, n. 2, p. 277-295, 2017.
- SOARES, I. C.; CUNHA, E. A. F.; VIERA JUNIOR, P. R.; VIEIRA, M. A.; LEITE, M. T. S.; SAMPAIO, C. A. Pela Mão de Sísifo: a sobrecarga do trabalho em equipes de saúde da família. *Temas em Saúde*, v. 18, n. 2, p. 2447-2131, 2018.
- SOMMERMAN, A. *Inter ou transdisciplinaridade: da fragmentação disciplinar ao novo diálogo entre os saberes*. São Paulo: Paulus, 2006.
- SOUSA, I. F.; BOGO, D.; BASTOS, P. R. H. O. Formação interdisciplinar para atuação no sistema único de saúde: síntese de artigos publicados no Brasil. *Revista Saúde.com UFMT*, v. 9, n. 2, p. 49-59, 2013.
- STARFIELD, B. *Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.
- ZWAREBSTEIN, M.; GOLDMAN, J.; REEVES, S. Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.*, v. 3, n. 3, p. 72, 2009.

Abstract

Modes of disciplinary interaction as a line of escape in Family Health practice: a cartographic analysis

The present study aims to discuss the knowledge and practices of Primary Health Care professionals about the modes of disciplinary interaction. This is a descriptive study, with a qualitative approach with the methodological proposal of cartography, in which four focus groups were carried out with the participation of 33 professionals, among them doctors, nurses and dental surgeons, of Family Health teams (eSF). From a cartographic mapping, it was possible to perceive that the work context of the eSF can be represented by the plane of form, which is affected by the plane of forces and generate interrelationships. From these, the modes of disciplinary interaction emerge as a line of escape, producing new assemblages, characterized by the perspectives and propositions listed by the professionals. Through this mapping, the importance of the modes of disciplinary interaction in the eSF practice was evident, mainly as a response to the micropolitics of health living-work, with a focus on light technologies.

► **Keywords:** Primary Health Care; Interdisciplinary communication; Cartography.

