

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E SOCIEDADE NA
AMAZÔNIA

WIRLLEY QUARESMA DA CUNHA

A FRAGMENTAÇÃO NA SAÚDE: um estudo teórico-reflexivo sob a ótica
da teoria da complexidade

BELÉM-PARÁ

2017

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE, AMBIENTE E SOCIEDADE NA
AMAZÔNIA

WIRLLEY QUARESMA DA CUNHA

A FRAGMENTAÇÃO NA SAÚDE: um estudo teórico-reflexivo sob a ótica
da teoria da complexidade

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia da Universidade Federal do Pará como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva

BELÉM-PARÁ

2017

Ficha catalográfica elaborada pelo autor

C972f CUNHA, Wirley Quaresma da
A fragmentação na saúde: um estudo teórico-reflexivo sob a ótica da Teoria da Complexidade / Wirley Quaresma da Cunha; Orientador: Marcos Valério Santos da Silva. -- Belém, 2017.
100 p.

Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, 2017.

1. Saúde Coletiva. 2. SUS. 3. Teoria da Complexidade. I. Silva, Marcos Valério Santos da, orient. II. Título.

WIRLLEY QUARESMA DA CUNHA

A FRAGMENTAÇÃO NA SAÚDE: um estudo teórico-reflexivo sob a ótica da teoria da complexidade

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde, Ambiente e Sociedade na Amazônia da Universidade Federal do Pará como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva

Banca Examinadora

Prof. Dr. Marcos Valério Santos da Silva
(Orientador)

Prof. Dra. Irland Barroncas Maténs
Universidade Federal do Pará (UFPA)

Prof. Dra. Ilma Pastana Ferreira
Universidade do Estado do Pará (UEPA)

Prof. Dr. Ernani Pinheiro Chaves
Universidade Federal do Pará (UFPA)

BELÉM-PA
2017

AGRADECIMENTOS

Aos meus pais Joana Rosa e Carlos Augusto, pelo incentivo e suporte basilar para o desenvolvimento dos meus estudos,

Ao meu irmão Willer Quaresma, a quem muito eu devo pelos aprendizados obtidos até aqui,

A Ingrid Santos pelo incentivo incomensurável e pelas leituras e sugestões dadas ao manuscrito,

Ao Prof. Marcos Valério, por apoiar o desenvolvimento desta temática em todos os momentos e, pela generosa compreensão em relação às adversidades enfrentadas durante o percurso,

Aos meus amigos que direta ou indiretamente contribuíram para a feitura deste, emanando energias positivas.

CUNHA, Wirley Quaresma da. **A Fragmentação na Saúde**: um estudo teórico-reflexivo sob a ótica da Teoria da Complexidade. 100 f. il. 2017. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, 2017.

RESUMO

Em face dos desafios do SUS apontados pela literatura acadêmica que impossibilitam a consolidação do ideário da reforma sanitária, chamou-nos atenção a recorrente referência à *fragmentação* na saúde nos artigos que versam sobre o contexto assistencial. O uso do termo remete à constatação de que há desagregação e isolamento no âmbito do sistema de saúde, o que a nosso ver é um grande contrassenso, na medida em que o SUS surge em contraposição ao modelo fragmentado de saúde. Desta forma, buscamos neste estudo aprofundar a reflexão sobre esta problemática a fim de entender como e em qual dimensão do sistema de saúde brasileiro o problema vem sendo identificado. Para tanto, foi realizada inicialmente revisão bibliográfica do tipo narrativa a partir do levantamento de artigos que abordam a fragmentação na saúde, nas principais bases de dados da área (MEDLINE, LILACS e SciELO). A partir da leitura e interpretação dos textos foi possível perceber que, apesar da variedade de expressões empregadas para relatar o problema, havia convergências entre aquilo que os autores se referiam, emergindo três categorias interpretativas: *processo de trabalho*, *linha de cuidado* e *rede assistencial*. Verificamos que o problema atravessa por todos os níveis assistenciais e está associado à presença ainda marcante de características do modelo biomédico. Diante disto, revisitamos as bases teóricas da Reforma Sanitária a fim de compreender as possíveis razões para o insucesso na superação deste modelo. Situamos a discussão em um nível epistemológico utilizando como suporte a Teoria da Complexidade, por acreditarmos que apesar das transformações ocorridas no campo da saúde, não houve uma mudança paradigmática que contemplasse a complexidade inerente ao objeto da saúde.

PALAVRAS-CHAVE: fragmentação na saúde, paradigma biomédico, sistema de saúde, processo de trabalho, linha de cuidado, rede assistencial, Teoria da Complexidade.

CUNHA, Wirley Quaresma da. **The fragmentation in health**: a study theoretical-reflexive from the perspective of Theory of Complexity. 100 f. il. 2017. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Pará, 2017.

ABSTRACT

In face of SUS challenges mentioned by the academic literature, which make impossible the consolidation of ideals of Sanitary Reform, calls our attention the recurrent author's reference of the fragmentation in health in articles about the health care context. The use of the term refers to the fact that there is disintegration and isolation within the health system, which in our point of view is a big contradiction, to the extent that the SUS emerged as opposed to fragmented model of health. Thus, in this study we seek to deepen the reflection on this issue toward understand how and which in Brazilian health system dimension the problem has been identified. To this end, initially we conduct review of the narrative type from the survey of articles that mention the fragmentation in health in the major databases (MEDLINE, LILACS and SciELO). From the reading and interpretation of texts was possible to perceive that, despite the diversity of expressions employed to report the problem, there are similarities between what is referred to by the authors, emerging three interpretive categories: work process, care line and assistance network. We note that the problem crosses for all levels and is associated with the presence of still features of the biomedical model. In front of this, we revisit the theoretical bases of the health reform to understand the possible reasons for the failure in overcoming of this model. We situate the discussion in an epistemological level using as support for Theory of Complexity believe that despite the changes in the field of health, have not been a paradigm shift which embraced the complexity inherent in the health object.

KEY-WORDS: fragmentation in health, biomedical paradigm, health system, work process, care line, assistance network, Theory of Complexity.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB – Atenção Básica

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MRS – Movimento de Reforma Sanitária

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TSC – Teoria dos Sistemas Complexos

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1	ASPECTOS INTRODUTÓRIOS	9
1.1	Objetivos	12
1.1.1	Geral	12
1.1.2	Específicos.....	12
2	METODOLOGIA	13
3	AS DIMENSÕES DA FRAGMENTAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE	16
3.1	Processo de trabalho	24
3.1.1	Acolhimento	26
3.1.2	Vínculo	29
3.1.3	Trabalho em equipe	32
3.2	Linha de cuidado	37
3.3	Rede assistencial	42
3.3.1	Articulação entre os serviços.....	44
3.3.2	Organização baseada em procedimentos.....	46
3.3.3	Comunicação deficiente	47
3.3.4	Longitudinalidade.....	48
3.4	Síntese da fragmentação na saúde	50
4	AS BASES TEÓRICAS DA REFORMA SANITÁRIA	53
4.1	Paradigma biomédico	55
4.2	O social na saúde	59
4.3	Limitações do enfoque da determinação social	62
5	O PARADIGMA DA COMPLEXIDADE	65
5.1	A complexidade na saúde	73
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84

1 ASPECTOS INTRODUTÓRIOS

O Sistema Único de Saúde (SUS) sem dúvida é considerado uma das maiores conquistas no campo da saúde, tendo o caráter pioneiro de atribuir ao Estado o dever de assistir a população em sua totalidade, considerando as diferenças regionais, o indivíduo em sua singularidade e em seu contexto sociocultural, como pressupõem seus eixos doutrinários de *universalidade*, *integralidade* e *equidade*. Além disto, introduz-se na saúde os dispositivos de controle e participação social, aspectos considerados inovadores em relação às reformas sanitárias de outros países (CAMPOS, 2007).

No entanto, apesar da estruturação inovadora, senão revolucionária, do sistema de saúde brasileiro, ainda persistem problemas de diferentes ordens, seja no âmbito do financiamento, da gestão, das práticas, da formação ou controle social. Isto pode ser compreendido se considerarmos que há diferença entre aquilo que foi concebido e idealizado durante a Reforma Sanitária, a forma como foi proposto um projeto de um sistema de saúde e o processo pelo qual ele foi implementado (PAIM, 2008), pois como movimento de reforma social, foi constituído por diferentes seguimentos sociais e grupos de interesses, e esteve sujeito aos fatores conjunturais à época.

A Reforma Sanitária diz respeito a um processo de transformações sociais profundas e, por isso, não pode ser entendida apenas como um movimento que culminou com a institucionalização do SUS (FLEURY, 2009). Assim sendo, os inúmeros desafios enfrentados atualmente exigem dos intelectuais da saúde coletiva a árdua tarefa de refletirem em busca de se aventar caminhos com vistas à consolidação do ideário da reforma sanitária, considerada por muitos intelectuais do campo como um processo ainda inacabado (PAIM, 2008).

Diversos autores encarregados desta tarefa vêm apontando a grande dificuldade de se superar características ainda marcantes do modelo biomédico, sobretudo na Atenção Básica, lócus da mudança da lógica assistencial. Em relação a isto, vem nos chamando atenção a recorrência com que o termo *fragmentação* tem sido utilizado nos textos referentes ao sistema de saúde, principalmente por que parece haver, à primeira vista, uma multiplicidade de formas de fragmentação mencionadas pela literatura acadêmica, inclusive em um mesmo texto é possível encontrar a expressão sendo referida em distintas ocasiões.

Segundo o dicionário Aurélio, a palavra *fragmentação* é uma variação do verbo *fragmentar*, que significa o ato de quebrar algo em pedaços pequenos ou reduzir a fragmentos (FERREIRA, 2001). Evidentemente, devido à natureza do campo da saúde, não poderíamos

deduzir que os autores estivessem tratando de objetos materiais, e sim que eles fizessem uso do termo com outra conotação, para se referir ao plano das ações e serviços assistenciais do SUS. O sentido empregado à palavra, portanto, não remete à ação de transformar algo em fragmentos, mas à constatação de que há desagregação e isolamento no âmbito do sistema de saúde, ou seja, uma característica que se observa no seu cotidiano.

Desta forma, diante da recorrente menção ao termo “fragmentação” e o seu correlato “fragmentado(a)” nos artigos da área de Saúde Coletiva resolvemos refletir mais detidamente sobre o problema nesta pesquisa de mestrado, considerando que este é um dos importantes desafios da saúde que necessitam ainda ser melhor explorados. Entretanto, devido à variedade de formas mencionadas na literatura, nos questionamos sobre quais aspectos especificamente encontram-se fragmentados no contexto do sistema de saúde e quais os motivos apontados pelos pesquisadores da área que levam à ocorrência de tal fato.

O interesse em desenvolver a pesquisa se justifica pelo fato emblemático de que o novo modelo assistencial surge exatamente com o objetivo de superar o modelo fragmentado de saúde de viés biomédico (MENDES, 2011). Desta maneira, ao notarmos a frequente referência à fragmentação nos textos sobre o SUS interpretamos como um grande contrassenso. Tal circunstância nos levou a buscar bases teóricas para compreender a continuidade do problema mesmo com todas as transformações ocorridas.

A constatação na literatura acadêmica do campo da Saúde Coletiva de que há fragmentação na assistência à saúde incide fundamentalmente em um dos princípios elementares do SUS, o da integralidade, o “[...] conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços” (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). Costa (2004) defende a importância de se superar a fragmentação na atenção com vistas a uma atenção integral, afirma ainda que a integralidade surge como crítica à demasiada valorização das especialidades na formação médica, que se baseia do fracionamento do organismo biológico e na desconsideração dos aspectos sociais e psicológicos.

A insuficiência na atenção ao indivíduo de forma integral põe em xeque a essência constituinte do Movimento Sanitário Brasileiro (MRS), enquanto proposição de um novo modelo assistencial em contraposição ao modelo biomédico e hospitalocêntrico. O SUS se estrutura a partir de uma concepção de saúde ampliada, por se considerar as limitações do enfoque biologicista para a compreensão do fenômeno do adoecimento, sua lógica difere enormemente da lógica do modelo biomédico, pois desloca o foco da doença para o indivíduo em seu contexto, não é por acaso que a Atenção Básica possui enorme importância nesse modelo.

De acordo com os objetivos pretendidos nesta pesquisa adotamos como aporte metodológico principal a pesquisa bibliográfica, em duas direções. Primeiramente tomamos como ponto de partida uma revisão bibliográfica do tipo narrativa feita em três bases de dados (MEDLINE, LILACS e SciELO), ocasião na qual foram analisados 56 artigos, os quais mencionavam a ocorrência da fragmentação na saúde. Através desta revisão procuramos compreender como os autores estão abordando o problema e quais os aspectos relacionados à fragmentação.

No segundo momento, procuramos revisitar as bases teóricas da Reforma Sanitária a fim de compreender as possíveis razões para a manutenção de características latentes do modelo biomédico. Feito isto, situamos a reflexão em um nível epistemológico utilizando como suporte a Teoria da Complexidade acreditando que apesar das transformações ocorridas no campo da saúde, não houve a incorporação de um novo paradigma que contemplasse a complexidade inerente ao objeto da saúde.

Por conseguinte, este trabalho estrutura-se da seguinte forma: está dividido em três capítulos, *no primeiro capítulo* apresentaremos os resultados obtidos a partir da revisão narrativa realizada, apontando através da interpretação dos textos que aspectos do sistema de saúde os autores se referem ao tratarem sobre o problema. Por conta disto, este capítulo está dividido em três partes, de acordo com cada categoria interpretativa que resultou da revisão, as quais coincidem com as dimensões do sistema de saúde em que são relatadas a fragmentação: *processo de trabalho, linha de cuidado e rede assistencial*.

No *segundo capítulo*, partindo do pressuposto de que a fragmentação é resquício do modelo biologicista, resgatamos o histórico da reforma sanitária brasileira, a fim de entender em que pressupostos teóricos o Movimento de Reforma Sanitária (MRS) se orientou na mudança de concepção de saúde, para tentar compreender as dificuldades em superar características ainda marcantes do modelo biomédico. Neste momento, foi fundamental para embasar a discussão a revisão de alguns dos principais autores da Saúde Coletiva que discorrem sobre o processo da reforma sanitária e propõem caminhos para a superação destes desafios.

No *terceiro capítulo*, acreditando que o problema pode ser compreendido também em um nível epistemológico, iremos refletir com o auxílio de alguns autores da Teoria da Complexidade, na tentativa de perceber em que medida ela pode lançar luz no campo da saúde coletiva, sendo aquela candidata a paradigma substituto ao modelo mecanicista. Partimos do entendimento de que as alternativas que levam em conta aspectos organizacionais ou metodológicos isoladamente não são suficientes para abarcar o problema adequadamente.

Atualmente a Teoria da Complexidade se constitui como um importante campo de saber, propondo-se como novo paradigma científico, em alternativa ao modelo reducionista e simplificador da ciência moderna. Já existem alguns autores empenhados em refletir no campo da saúde a partir da perspectiva da complexidade, em trabalhos como Almeida Filho (1997a, 1997b, 2005), Luz (2009), Pereira Júnior e Pereira (2010), Puttini *et al.* (2010), no entanto, além de ainda serem bastante reduzidos, poucos têm como enfoque a fragmentação na atenção.

Uma discussão como esta de caráter teórico se restringe não somente ao ambiente acadêmico, considerando que este é responsável pela formação dos profissionais da saúde, portanto as elaborações construídas neste âmbito ressoam na gestão, assistência e práticas de cuidado. Acreditamos também que, a exemplo das transformações ocorridas anteriormente no modelo de saúde, o debate na academia se faz emergente para mudanças nas práticas no campo da saúde (PAIM, 2008).

1.1. Objetivos

1.1.1. Geral

- Refletir sobre o problema da fragmentação na saúde.

1.1.2. Específicos

- Conhecer como a literatura acadêmica da Saúde Coletiva aborda o tema da fragmentação na saúde;
- Compreender as bases teóricas da Reforma Sanitária brasileira;
- Refletir sobre a mudança paradigmática no campo da saúde com base na Teoria da Complexidade.

2 METODOLOGIA

Optamos por realizar um estudo de caráter teórico-reflexivo para o desenvolvimento deste trabalho. Adota-se este método de pesquisa quando o intuito é aprofundar a discussão sobre temas e questões pertinentes na literatura, principalmente quando o pesquisador julga necessário maior clarificação ou pretende recolocar uma problemática considerando aspectos até então despercebidos. Por este motivo, nossa intenção neste trabalho não foi responder a uma pergunta específica, nem confirmar ou formular hipóteses a posteriori, isto foge ao escopo desta pesquisa.

No entanto, começamos a perceber que a fragmentação na saúde não é um tema amplamente discutido na literatura da Saúde Coletiva, não há um debate consolidado acerca do tema para que pudéssemos confrontar perspectivas e procurar elucidar a questão. Além disto, não podemos dizer que a fragmentação na saúde é considerada um conceito na área, pois não há uniformidade na utilização da expressão, ao invés disto percebemos que ela é empregada em referência a um fato-problema, por isso surgiu a necessidade de realizarmos uma pesquisa mais abrangente para entendermos as formas como o problema é tratado pelos pesquisadores do campo.

A metodologia adotada nesta etapa do trabalho foi a revisão bibliográfica do tipo narrativa, a escolha por este tipo de revisão justifica-se pelo interesse de compreender e problematizar as formas de fragmentação relatadas pelos pesquisadores no âmbito da saúde. Sendo assim, não buscamos neste trabalho responder a uma pergunta específica, e sim nos aproximarmos de uma temática comumente referida na literatura, todavia que carece de uma melhor compreensão, caracterizando assim o viés exploratório da pesquisa.

A revisão narrativa é apropriada para a fundamentação teórica de trabalhos acadêmicos (artigos, trabalhos de conclusão de curso, dissertações e teses), pois tem-se como base os resultados de outras pesquisas realizadas pelos pesquisadores da área, contudo há uma grande diferença entre esta e a do tipo sistemática. A revisão sistemática possui como particularidade o fato de ser direcionada a responder uma pergunta específica, segue critérios sistemáticos para a busca e análise dos dados e apresenta uma síntese de resultados de natureza quantitativa (ROTHER, 2007).

A revisão narrativa, por outro lado, possui como principal característica uma maior liberdade para a discussão e aprofundamento de um determinado tema, são pesquisas voltadas para a natureza qualitativa dos resultados e, não há um compromisso em estabelecer

parâmetros metodológicos rigorosos (ROTHER, 2007). Apesar disto, nesta pesquisa preferimos informar os mecanismos de busca utilizados e adotar critérios para a seleção dos artigos, para dar mais credibilidade à revisão sobre um tema pouco explorado na área da saúde, e abarcar um número significativo de trabalhos.

Desta forma, a pesquisa bibliográfica foi realizada a partir do levantamento de artigos nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), utilizando para tanto as palavras-chave *fragmentação* e *saúde*, optou-se apenas por estas palavras por que as demais combinações realizadas restringiam demais a busca e ainda pelo fato de as palavras não se configurarem como Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), também não delimitamos um período específico para as publicações. Adotamos como critérios de seleção: o texto integral estar disponível *online*, ser escrito em língua portuguesa e ter como eixo temático o sistema de saúde brasileiro.

O levantamento foi realizado em setembro de 2016, sendo que ao todo foram recuperados 249 artigos, somando os resultados das três bases de dados, sem excluir aqueles comuns a mais de uma base. Em seguida, foi realizada a leitura dos títulos e resumos de todos os textos, especialmente para verificarmos a temática principal abordada. Nesta etapa, excluimos os trabalhos cujo foco estava exclusivamente nos serviços de saúde privado, na formação dos profissionais de saúde, na educação em saúde, em políticas ou programas oficiais e sistemas de saúde estrangeiros, ficamos assim com uma amostra final de 56 trabalhos.

Em seguida, foi feita a leitura integral e análise de todos os textos selecionados. A fragmentação na saúde evidentemente não era o tema central da maioria dos estudos, exigindo desta forma um esforço particular de interpretação para compreendermos a que dimensão do sistema especificamente os autores faziam referência ao empregar o termo. A sistematização dos dados foi feita em planilha eletrônica elaborada pelo autor com os itens: título do artigo, nome do(s) autor(es), tema central do trabalho, forma de fragmentação expressa no texto e categoria interpretativa.

Durante a apresentação e discussão dos resultados obtidos na revisão utilizamos também textos auxiliares – que não fizeram parte da nossa amostra – de autores considerados referência no campo da Saúde Coletiva e, que discorriam também sobre aos aspectos apontados pelos autores revisados ao se referirem à fragmentação. Isto para subsidiar a reflexão sobre os temas suscitados, quando consideramos a fundamentação teórica nos textos

analisados insuficiente, ou quando sentimos a necessidade de inserir novos elementos e perspectivas diferentes na discussão.

A partir das considerações obtidas na revisão realizada procuramos refletir sobre o processo de concepção do Sistema Único de saúde, a fim de compreender as bases conceituais que orientaram o Movimento Sanitário Brasileiro. Para contextualizar o processo de concepção do sistema de saúde e compreendermos as dificuldades de se superar características do modelo biomédico foi necessário realizarmos uma revisão teórica dos autores que têm como tema principal a reforma do sistema de saúde, seja em teses, dissertações, artigos e livros.

A próxima etapa consistiu em investigar acerca da evolução ao longo da história do campo da saúde, compreendendo como as mudanças significativas ocorridas no nível teórico e epistemológico culminaram na perspectiva fragmentada problematizada aqui. Para tanto, tomamos como objeto de investigação a vasta bibliografia disponível (livros, artigos, dissertações, teses). Neste momento, discutimos também os pressupostos do conhecimento científico erigido na modernidade no qual se assenta o paradigma da saúde baseado na fragmentação.

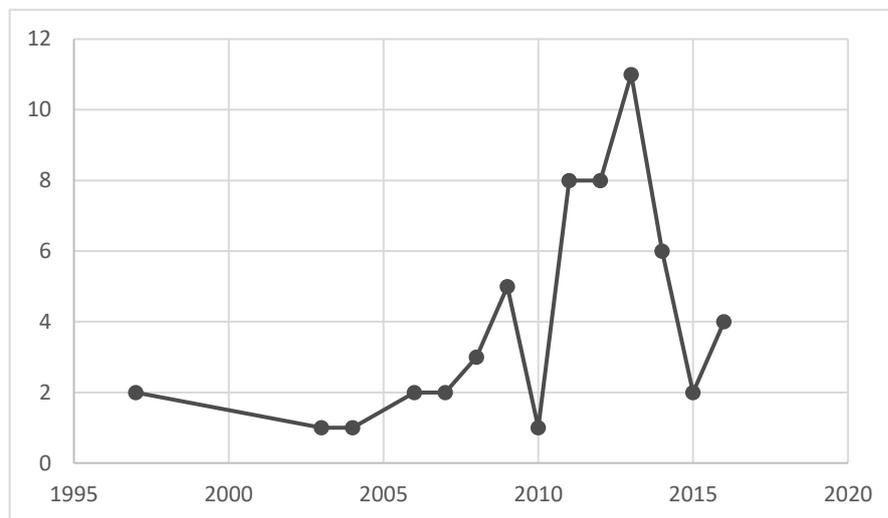
Por fim, refletimos sobre a fragmentação da saúde nos servindo do arcabouço teórico da Teoria da Complexidade. Entretanto, considerando o número ainda muito reduzido de trabalhos que buscaram se utilizar do paradigma da complexidade para pensar a fragmentação e o estatuto epistemológico da saúde, nossa pretensão não foi realizar apenas uma revisão bibliográfica. O levantamento e revisão bibliográfica dos trabalhos relevantes nessa perspectiva, tais como dissertações, teses e artigos, sem dúvida foram fundamentais para dialogarem com essa pesquisa.

Desta maneira, a revisão teórica das obras dos principais autores da Teoria dos Sistemas Complexos (TSC) foi crucial para situarmos a problemática em torno do *status* epistemológico das ciências da saúde e traçarmos uma linha de reflexão e análise teórica para avaliar em que medida aquela, enquanto candidata a paradigma científico substituto frente ao famigerado modelo racionalista de ciência, pode lançar luz ao campo da saúde e contribuir para uma compreensão ampliada do ser biológico e do processo saúde-doença.

3 AS DIMENSÕES DA FRAGMENTAÇÃO NO SISTEMA DE SAÚDE

Considerando os critérios de seleção estabelecidos previamente para a pesquisa, foram selecionados ao todo 56 artigos que compuseram a amostra para esta revisão, os trabalhos encontrados foram publicados no intervalo entre os anos 1997 e 2016, sendo que a maioria destes se concentrou no período de 2011 a 2013 (48,5% dos trabalhos) (Gráfico 1). As publicações estão distribuídas em 29 revistas científicas brasileiras, destas as que possuem o maior número são: *Ciência & Saúde Coletiva*, *Cadernos de Saúde Pública* e *Saúde e Sociedade* com 11, 06 e 04 trabalhos respectivamente.

Gráfico 1: Quantidade de artigos por ano de publicação (1997-2016).



Fonte: Elaborado pelo autor.

Deparamo-nos com uma amostra bem diversificada de trabalhos que diferem bastante quanto à natureza e os objetos de estudos, para se ter uma noção disto, certas pesquisas se detiveram particularmente a estabelecimentos de saúde, como hospitais públicos, UBS's e ESF's, enquanto outras deram uma ênfase maior à atenção na rede assistencial e nas redes de atenção específicas (RAS), encontramos também alguns estudos que se voltaram para a gestão em saúde e ainda outros que tomaram como base de análise os princípios doutrinários do SUS (Quadro 1).

Os percursos metodológicos adotados também foram variados, o que não foi considerado um critério para a seleção dos trabalhos. A menção à fragmentação no sistema de

saúde é decorrente tanto de resultados obtidos através de pesquisas de campo utilizando-se de diferentes métodos (entrevistas com profissionais, usuários e gestores, pesquisa participante, grupo focal), quanto através de revisões teóricas e da literatura, porém todos os trabalhos possuem em comum o fato de serem pesquisas de natureza qualitativa.

Desse modo, a referência à fragmentação não pode ser ignorada, pois acreditamos que esta não ocorre de forma casual, mas como resultado das apreensões e análises feitas por autores que na condição de pesquisadores gozam de credibilidade e, portanto, merecem ser levadas em consideração. Desta forma, encaramos a menção à fragmentação no âmbito do sistema de saúde como uma constatação de um fato-problema considerado relevante para a consecução do ideário da reforma sanitária e que precisa ser mais bem explorado.

No entanto, como já foi dito, a fragmentação na saúde não era o foco central da maioria dos trabalhos analisados, que traziam poucas linhas para tratar sobre o tema, assim sendo podemos dizer que percebemos nos textos mais uma referência ao fato do que uma discussão pormenorizada acerca dele. Por isto, apesar da recorrência do termo, não fica tão evidente que fragmentação é esta observada pelos autores no âmbito da saúde, o que requereu um esforço demasiado para a compreensão deste fato mencionado, nosso interesse principal neste trabalho.

Quadro 1 – Quadro dos artigos selecionados para a revisão.

Autor(es)	Título	Periódico	Tema principal
SILVA, T.F.; ROMANO, V.F.	Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro	Saúde em Debate (2015)	Acolhimento em UBS
PEREIRA, M.O.; SÁ, M.C.; MIRANDA, L.	Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos	Cadernos de Saúde Pública (2014)	Itinerário no CAPSi no Rio
FERRO, L. F.; SILVA, E. C.; ZIMMERMANN, A. B.; CASTANHARO, R. C. T.; OLIVEIRA, F. R. L.	Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios	O Mundo da Saúde (2014)	ESF e NASF de Curitiba
NORA, C.R.D.; JUNGES, J.R.	Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática	Revista de Saúde Pública (2013)	Revisão sobre humanização
XAVIER, R.B; BONAN, C.; MARTINS, A.C.; SILVA K.S.	Riscos reprodutivos e cuidados integrais de gestantes com síndromes hipertensivas: estudo transversal	Online Brazilian Journal of Nursing (2013)	Maternidade de alto risco
PRATA, L.L.; ROSALINI, M.H.P.; OGATA, M.N.	Família e cuidado sob os olhares de uma equipe de saúde da família de São Carlos, SP	Revista de APS (2013)	Conceito de família em uma ESF
SANTANA, F.R. <i>et al.</i>	Ações de saúde na estratégia saúde da família no município goiano na	Revista Eletrônica de	ESF goiano

	perspectiva da integralidade	Enfermagem (2013)	
ANDRADE, J.M.O.; LEITE, M.T.; MENDES, D.G.; CARVALHO, A.P.V.; RODRIGUES, C.A.Q.	Atenção multiprofissional ao portador de sofrimento mental na perspectiva da equipe de saúde da família	Revista de pesquisa: cuidado é fundamental (2013)	Saúde mental na ESF
NÓBREGA, R.G. <i>et al.</i>	Organização do serviço de controle da tuberculose em distrito sanitário especial indígena Potiguara	Revista Latino-Americana de Enfermagem (2013)	Saúde indígena
GESSNER, R.; PIOSIADLO, L.C.M.; FONSECA, R.M.G.S.; LAROCCA, L.M.	O manejo dos resíduos dos serviços de saúde: um problema a ser enfrentado	Cogitare Enfermagem (2013)	Manejo de resíduos
REIS, F.; GOMES, M.L.; AOKI, M.	Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: reflexões sobre as populações atendidas	Cadernos de Terapia Ocupacional (2012)	Terapia ocupacional na APS
SENA, L.A.; CAVALCANTI, R.P.; PEREIRA, I.L.; LEITE S.R.R.	Intersetorialidade e ESF: limites e possibilidades no território de uma unidade integrada de saúde da família	Revista Brasileira de Ciências da Saúde (2012)	ESF
SÁ, E.T.; PEREIRA, M.J.B.; FORTUNA, C.M.; MATUMOTO, S.; MISHIMA, S.M.	O processo de trabalho na recepção de uma unidade básica de saúde: ótica do trabalhador	Revista Gaúcha de Enfermagem (2009)	Recepção de usuários em UBS
ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R.A.N.	A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil	Psicologia em Revista (2008)	Rede de Saúde mental
LAVADO, M.M.; SILVA, T.A.V.; SOARES, C.L.S.; BITDINGER, C.; BENITO, G.A.V.	Avaliação do processo de trabalho médico no programa saúde da família: uma ferramenta para educação permanente	ACM: arquivos catarinenses de medicina (2007)	Trabalho médico no PSF
MARINHO, C.C.C. <i>et al.</i>	O olhar de uma equipe multiprofissional sobre as linhas de cuidado: (vi)vido o tecer dos fios	Revista Baiana de Saúde Pública (2011)	Linha de cuidado em equipe multiprofissional
DUBOW, C. <i>et al.</i>	Linha de cuidado como dispositivo para a integralidade da atenção a usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço	Saúde em Debate (2014)	Fluxo de usuário
LEITE, R.F.B.; VELOSO, T.M.G.	Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF	Psicologia: Ciência e Profissão (2008)	ESF
RIBEIRO, H.M.C.B. <i>et al.</i>	Representações sociais de profissionais de núcleos de apoio à saúde da família sobre interdisciplinaridade	Trabalho, Educação e Saúde (2015)	Interdisciplinaridade no NASF
LIMA, S.A.V.; ALBUQUERQUE, P.C.; WENCESLAU, L.D.	Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco	Trabalho, Educação e Saúde (2014)	Educação Permanente em Saúde
CARVALHO, M.C. <i>et al.</i>	Valores e práticas de trabalho que caracterizam a cultura organizacional de um hospital público	Texto & Contexto Enfermagem (2013)	Cultura organizacional de um hospital

XIMENES NETO, F.R.G.X.; CUNHA, I.C.K.O.	Integralidade na assistência à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino: um estudo de caso	Texto & Contexto Enfermagem (2006)	Integralidade na assistência
ANDRADE, M.C.; CASTANHEIRA, E.R.L.	Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo	Saúde e Sociedade (2011)	Programa articuladores da atenção básica
CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S.	Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde	Saúde e Sociedade (2011)	Apoio matricial na AP
LAVRAS, C.	Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil	Saúde e Sociedade (2011)	Atenção primária e redes de atenção
ROCHA, S.M.M.; LIMA, R.A.G.; SCOCHI, C.G.S.	Assistência integral à saúde da criança no Brasil: implicações para o ensino e a prática da enfermagem pediátrica	Saúde e Sociedade (1997)	Atenção integral à criança
CABRAL, F.B.; HIRT, L.M.; VAN DER SAND, I.C.P.	Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado	Revista da Escola de Enfermagem da USP (2013)	Pré-natal no RS
TRONCHIN, D.M.R. <i>et al.</i>	Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares	Revista da Escola de Enfermagem da USP (2009)	Educação permanente em saúde
LETTIERE, A.; NAKANO, A.M.S.; RODRIGUES, D.T.	Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde	Revista da Escola de Enfermagem da USP (2008)	Violência contra mulher
KLOSSOSWSKI, D.G.; GODOI, V.C.; XAVIER, C.R.; FUJINAGA, C.I.	Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública	Revista CEFAC (2016)	Atenção ao recém-nascido prematuro
MARZANO, M.L.R.; SOUSA, C.A.C.	Um relato de experiência de quem vivencia a reforma psiquiátrica no Brasil	Revista Brasileira de Enfermagem (2003)	Saúde mental
FLOSS, M. <i>et al.</i>	A humanização através do programa Recrutadas da Alegria da FURG: um relato de experiência	Revista Brasileira de Educação Médica (2013)	Programa de <i>clown</i>
FERREIRA, R.C.; CHIRELLI, M.Q.; PEREIRA, A.G.	Abordagem psicológica na atenção básica em saúde: da fragmentação à integralidade	Revista Brasileira de Educação Médica (2011)	Abordagem psicológica na ESF
ARECO, N.M. <i>et al.</i>	Caracterização dos serviços que atendem adolescentes: interfaces entre saúde mental e drogadição	Psicologia & Sociedade (2011)	Serviços de atenção à drogadição
ROVER, M.R.M.; VARGAS-PELÁEZ, C.M.; FARIAS, M.R.; LEITE, S.N.	Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica	Physis: Revista de Saúde Coletiva (2016)	CEAF

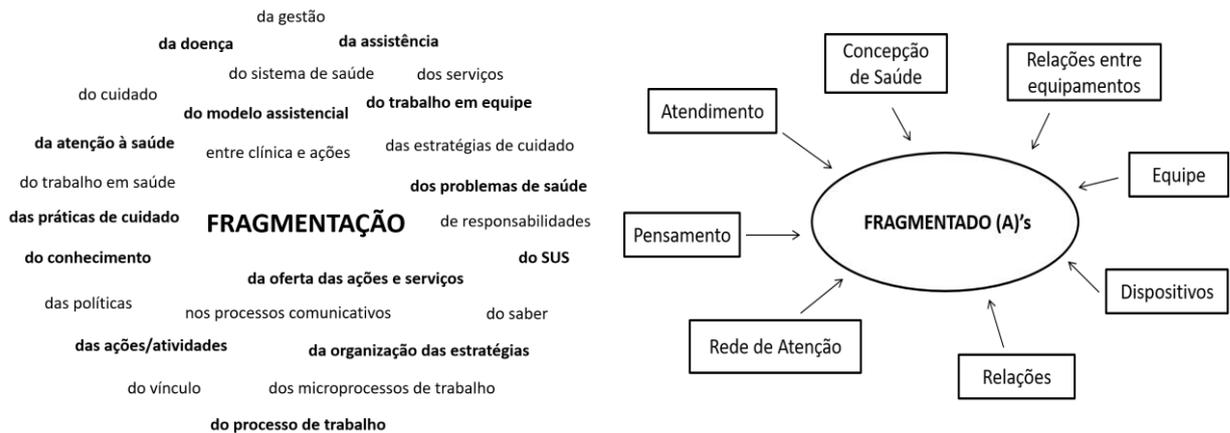
COSTA, N.R.	Comunidade epistêmica e a formação da reforma sanitária no Brasil	Physis: Revista de Saúde Coletiva (2014)	Reforma Sanitária
SHIMIZU, H.E.	Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil	Physis: Revista de Saúde Coletiva (2013)	Redes de Atenção à Saúde
STAHLSCHMIDT, A.P.M.	Integralidade, construção e socialização de conhecimentos no contexto da educação permanente e atuação de profissionais da área da saúde	Interface (Botucatu) (2012)	Educação permanente
BEATO, M.S.F.; VAN STRALEN, C.J.; PASSOS, I.C.F.	Uma análise discursiva sobre os sentidos da promoção da saúde incorporados à Estratégia Saúde da Família	Interface (Botucatu) (2011)	Promoção da saúde em ESF
RODRIGUES, P.H.A.	Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica	História, Ciências, Saúde-Manguinhos (2014)	Histórico do SUS
GUANAES-LORENZI, C.; PINHEIRO, R.L.	A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família	Ciência & Saúde Coletiva (2016)	Valorização dos ACS
ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A.	Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise	Ciência & Saúde Coletiva (2012)	Acesso
ARAUJO, C.E.L.; PONTES, R.J.S.	Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE)	Ciência & Saúde Coletiva (2012)	O sujeito na gestão
BARRETO, A.J.R. <i>et al.</i>	Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose	Ciência & Saúde Coletiva (2012)	Gestão dos serviços (tuberculose)
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 (2012)	Trabalho em equipe HIV
SILVA, S.F.	Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil)	Ciência & Saúde Coletiva (2011)	Redes regionalizadas
MEDEIROS, C.R.G. <i>et al.</i>	A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família	Ciência & Saúde Coletiva (2010)	Rotatividade de enfermeiros em ESF
VASCONCELOS, E.N. <i>et al.</i>	A normatização do cuidar da criança menor de um ano: estudo dos significados atribuídos pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF)	Ciência & Saúde Coletiva (2009)	Cuidado à criança menor de 1 ano
BAZZO, L.M.F.; NORONHA, C.V.	A ótica dos usuários sobre a oferta do atendimento fonoaudiológico no Sistema Único de Saúde (SUS) em Salvador	Ciência & Saúde Coletiva (2009)	Acesso aos serviços de fonoaudiologia
PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F.	Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios	Ciência & Saúde Coletiva (2007)	Gestão do SUS

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A	Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA	Ciência & Saúde Coletiva (2006)	Saúde Bucal (PSF)
SANTOS, A.M.; GIOVANELLA, L.	Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil	Cadernos de Saúde Pública (2016)	Gestão do cuidado
DELFINI, P.S.S.; REIS, A.O.A.	Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil	Cadernos de Saúde Pública (2012)	Saúde mental infantojuvenil
KELLY-SANTOS, A.; MONTEIRO, S.; ROZEMBERG, B.	Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase segundo profissionais de saúde pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil	Cadernos de Saúde Pública (2009)	Materiais educativos em hanseníase
DIAS, M.A.B.; DESLANDES, S.F.	Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro	Cadernos de Saúde Pública (2004)	Percepções de riscos sobre cesarianas
CAMPOS, G.W.S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R.C.	Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS)	Cadernos de Saúde Pública (1997)	Especialização médica

Vale salientar que a temática em questão não se trata de um conceito comumente discutido na literatura da saúde coletiva, ou seja, a fragmentação raramente aparece como um objeto de análise em si, o que foi possível perceber durante a leitura dos textos. Inicialmente, as abordagens acerca do problema não pareciam convergir – inclusive dentro de um mesmo texto –, isto se justifica pela quantidade de expressões diferentes utilizadas para se referir a ele, ao todo foram 34 (Figura 1), excetuando-se aquelas semelhantes, o que poderia nos levar a pressupor a existência de uma multiplicidade de “fragmentações”.

Por outro lado, a forma literal presente nos textos não foi suficiente para compreendermos a que aspecto do sistema de saúde especificamente os autores estavam se reportando, já que uma mesma expressão era empregada em diferentes contextos. Para exemplificarmos, a *fragmentação do cuidado*, expressão mais utilizada pelos autores, presente em 17 artigos, pode ser utilizada para se referir a qualquer âmbito do sistema de saúde, ou seja, ela por si só não expressa em que contexto se evidencia o fato-problema, assim como as demais expressões.

Figura 1 – Expressões utilizadas na literatura para se referir à fragmentação na saúde.

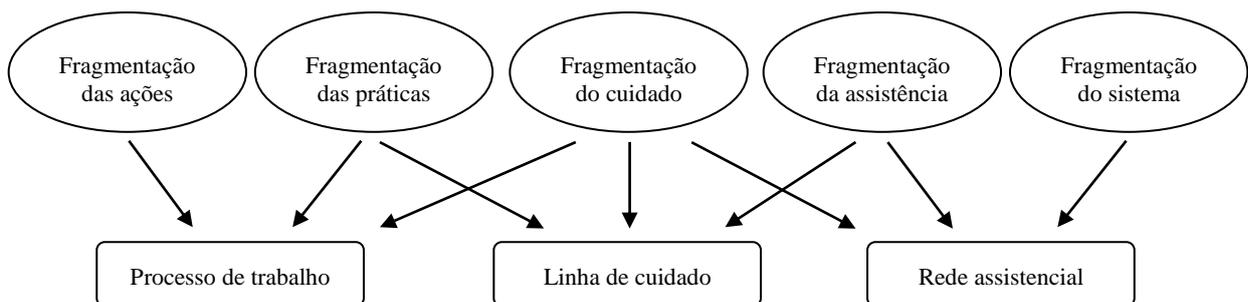


Fonte: Elaborada pelo autor.

Diante disto, a análise da ocorrência das expressões não foi suficiente para a identificação de que aspecto do sistema de saúde estaria fragmentado, exigindo a compreensão do sentido atribuído a elas ao longo do texto. Para este propósito, foi necessária uma leitura atenta para interpretarmos o contexto em que as expressões foram utilizadas, para isto levamos em consideração os motivos encontrados que levaram os autores a afirmarem a ocorrência da fragmentação, aqueles serviram como indícios para entendermos o âmbito em que se observou o problema.

Desta forma, a interpretação dos trabalhos nos forneceu elementos para estabelecermos categorias interpretativas que nortearão a discussão sobre o tema nesta pesquisa. Começamos a notar que, não obstante a aparente diversidade de formas observadas foi possível perceber pontos convergentes entre o que os autores estavam referindo no contexto do sistema de saúde. Nesse sentido, elencamos três categorias a partir dos textos estudados, a saber: *processo de trabalho*, *linha de cuidado* e *rede assistencial*.

Figura 2 – Exemplo de expressões empregadas associando-as às categorias interpretadas.



Fonte: Elaborada pelo autor.

As categorias são representativas, ou seja, elas dizem respeito às dimensões do sistema de saúde em que ocorre a fragmentação – de acordo com a nossa interpretação dos autores –, através destas foi possível abarcar todas as expressões empregadas (Figura 2). Destaca-se que em um mesmo texto foi possível perceber referência a mais de uma dimensão, ocasionalmente utilizando uma única expressão, o que não consideramos problemático, pois as categorias não são excludentes ou antagônicas, nem há fronteiras delimitadas entre elas.

Nossa intenção em realizar esta categorização foi a fim de auxiliar na compreensão da problemática da fragmentação na saúde, mostrando onde e como os autores estão visualizando o problema. Não podemos dizer que as dimensões do sistema de saúde se limitam a estas apresentadas neste trabalho, a categorização de certa forma é arbitrária, já que ela foi estabelecida a partir da análise e interpretação das referências à fragmentação, contudo como todo processo interpretativo há um caráter subjetivo do pesquisador.

Dada a natureza sistêmica do modelo de assistência à saúde, não há como considerá-lo dividido em partes estanques, que não se comunicam, isto não seria possível sem que houvesse a perda da sua identidade enquanto sistema. Desta forma, de um modo geral, a análise das partes separadamente, sem interligar com a totalidade, acaba limitando o conhecimento de um fenômeno, porém, a fim de auxiliar na compreensão do fato-problema da fragmentação apresentamos neste os resultados de forma separada para tornar mais claro os elementos apreendidos que levam à fragmentação em cada uma das dimensões, mas ciente que as três dimensões apresentadas estão interconectadas.

Outro aspecto que gostaríamos de pontuar é acerca da gestão como outra dimensão do sistema de saúde, alguns autores inclusive utilizam a expressão “fragmentação da gestão”, Lavras (2011), por exemplo, reconhece que a fragmentação se manifesta de diferentes formas no SUS, incluindo as instâncias gestoras e a articulação com a gerência dos serviços. No entanto, não consideramos a gestão como uma dimensão distinta das demais, porque a entendemos como transversal no sistema de saúde, está em todos os níveis do sistema, portanto não poderíamos considerá-la de forma distinta.

A fragmentação do SUS manifesta-se de diferentes formas, mas principalmente: como fragilidade na articulação entre as instâncias gestoras do sistema e/ou entre essas e a gerência dos serviços; como desarticulação entre os serviços de saúde e/ou entre esses e os de apoio diagnóstico e terapêutico; e, como desarticulação entre as práticas clínicas desenvolvidas por diferentes profissionais de um ou mais serviços, voltadas a um mesmo indivíduo ou grupo de indivíduos. (LAVRAS, 2011, p. 871)

Neste trabalho, optamos por apresentar os elementos apontados pelos autores ao tratarem sobre a fragmentação em forma de um discurso comum, haja vista que nem todos os textos apontam os mesmos elementos, mas tão pouco eles apresentam aspectos conflitantes, então de certa forma podemos dizer que são complementares, considerando que cada pesquisador está analisando o sistema de saúde a partir de um ângulo particular.

Do mesmo modo, não classificamos os artigos de acordo com as dimensões interpretadas, seja em forma de tabela ou algo semelhante, porque, como dissemos anteriormente, em um mesmo trabalho há referência a mais de uma dimensão, fato este que impossibilitaria tal apresentação. Assim, o leitor poderá perceber que alguns artigos serão mais recorrentes que outros durante a discussão, mas poucos são aqueles que fazem referência às três dimensões.

3.1. Processo de trabalho

A fragmentação na saúde é relatada de diferentes maneiras nos artigos que compuseram esta revisão, nesta seção iremos apresentar os elementos apontados pelos autores em referência à dimensão das práticas em saúde, que corresponde à categoria denominada aqui de *processo de trabalho*. Esta categoria engloba o modo de organização e execução das práticas de cuidado dos diversos profissionais de saúde em todos os níveis da assistência, incluindo articulação das práticas no trabalho das equipes multiprofissionais.

O conceito de processo de trabalho em saúde deriva da concepção marxista de trabalho. Na obra de Marx o conceito de trabalho ocupa um lugar central, e é compreendido como uma prática inerente ao ser humano de transformar a realidade para a produção de bens, ao mesmo tempo em que é transformado durante este processo (PEDUZZI, 1998). Para tanto, mobiliza meios ou instrumentos necessários para a consecução dos objetivos previamente estabelecidos, portanto é uma atividade que possui um caráter teleológico.

Do mesmo modo, o trabalho em saúde possui uma intencionalidade, como produção social ele está interligado com as condições históricas, culturais, valores e crenças dos atores, por isso é passível de transformações (MERHY, 2013). Nesse sentido, em um contexto de exacerbação da racionalidade técnico-científica, em que se situa o modelo biomédico, há o predomínio da utilização de instrumentos materiais como insumos tecnológicos e

medicamentos alopáticos, sendo o objeto do trabalho em saúde a doença e partes do corpo, haja vista que a finalidade maior é a cura.

Com a mudança da lógica assistencial operada com a Reforma Sanitária a cura de doenças deixa de ser o eixo estruturante do modelo, com isso a organização dos serviços de saúde se diferencia da prestação de serviços de ordem técnica e de caráter clínico e terapêutico. No entanto, a mudança no nível dos princípios orientadores não reflete automaticamente nas práticas de saúde, ao invés disso, a concretização do novo modelo assistencial perpassa pela mudança nas ações (FERREIRA, *et al.*, 2011), na relação profissional-usuário, a partir do momento em que os profissionais incorporam em suas ações estes princípios concebidos.

Como consequência da mudança de concepção de saúde processada a partir da reforma sanitária, o objeto do trabalho em saúde deixa de ser a doença e passa a ser a produção do cuidado, já que a finalidade não necessariamente é a cura, mas a saúde do usuário (REIS; GOMES; AOKI, 2012). Deste modo, diante da mudança da intencionalidade do trabalho em saúde os instrumentos para se alcançar este fim também serão distintos. Considerando a especificidade deste campo, de envolver pessoas ao invés de objeto, o usuário é visto como sujeito e participe no processo de produção da saúde.

Nesta linha, a adoção de uma concepção ampliada de saúde, que procura superar a visão biologicista, obrigou o repensar do processo de trabalho em saúde. Nesta perspectiva, o trabalho em saúde não se resume à técnica profissional, considerando que esta não é suficiente para responder adequadamente às necessidades em saúde. O fundamento da ação neste campo é a relação, portanto o usuário é visto como parte do processo, neste modelo se valoriza as tecnologias relacionais como instrumento de trabalho, tais como o acolhimento, vínculo, escuta e o diálogo (MERHY, 2013).

Um dos principais autores que discutem as tecnologias em saúde, citado em diversos artigos analisados, Emerson Merhy defende que o conhecimento técnico não pode ser ignorado, o autor entende que a saúde deve envolver tanto tecnologias leves ou tecnologias da relação (acolhimento, vínculo, escuta, o respeito e o diálogo), quanto as leve-duras (saberes técnicos, normas e protocolos, competências técnico-organizacionais) e duras (equipamentos/trabalho morto). Em síntese, os instrumentos utilizados no trabalho em saúde podem ser tanto materiais, como as instalações físicas, insumos tecnológicos e medicamentos, quanto os não materiais, que são os saberes e as competências do profissional.

No entanto, vários autores analisados apontam elementos problemáticos no que diz respeito às práticas em saúde, principalmente reforçam a dificuldade de colocar em prática o

que fora preconizado pelo Movimento de Reforma Sanitária, colocando em questão a real mudança de paradigma e a concretização dos princípios preconizados na Reforma. Estes aspectos mencionados serviram de base durante a argumentação dos autores para a constatação do problema da fragmentação, em outras palavras significa dizer que o processo de trabalho está fragmentado, mas quais seriam as implicações disto?

A fragmentação no processo de trabalho incide diretamente na qualidade da assistência, além disto, coloca evidentemente em questão o êxito da Reforma Sanitária, sobretudo no que concerne ao atendimento do princípio da integralidade. Os autores (STAHLSCHMIDT, 2012; SANTOS; ASSIS, 2006; SANTANA *et al.*, 2013) são enfáticos ao defenderem que a organização das práticas em saúde deveria ser orientada à luz da integralidade, mas diferentemente disto, observa-se nos trabalhos analisados que a fragmentação no processo de trabalho é encarada como um obstáculo para o cuidado integral, inclusive é usual a utilização da terminologia “fragmentação do cuidado”.

A integralidade como um dos princípios doutrinários do SUS deve servir como eixo para a reorganização do cuidado em saúde em todos os espaços organizacionais do sistema, tendo o usuário como o centro do serviço (RIBEIRO *et al.*, 2015; FERREIRA *et al.*, 2011). Nesse sentido, organizar as práticas em saúde de acordo com a integralidade coincide em adotar as tecnologias relacionais tratadas acima, já que através destas é possível dar conta de outras dimensões pouco levadas em consideração, como por exemplo o aspecto subjetivo,

O debate em torno da integralidade converge também para um modelo de saúde concebido a partir de tecnologias relacionais do tipo acolhimento, que pode ser apreendido como ações comunicacionais, atos de receber e ouvir a população que procura os serviços de saúde, dando respostas adequadas a cada demanda, em todo o percurso da busca (recepção, clínica, encaminhamento externo, retorno, remarcação e alta). (SANTOS; ASSIS, 2006, p. 54)

3.1.1. Acolhimento

Um dos elementos mencionados pelos autores relativos à fragmentação na dimensão do processo de trabalho, diz respeito à forma como o acolhimento vem sendo realizado no cotidiano da atenção em saúde. O acolhimento é considerado como o elemento inicial no processo de trabalho em saúde ou ainda como um instrumento de trabalho, sendo atribuição de todos os profissionais da saúde realizá-lo no encontro com o usuário.

A metassíntese identificou que o acolhimento é uma tecnologia leve fundamental dentro da prática dos serviços de saúde, a qual tem contribuído para a mudança do modelo assistencial, não mais centrado na doença, mas no sujeito. A maioria dos estudos indicou que o acolhimento pode ser realizado por todos os profissionais da equipe e em todas as situações do cotidiano dos serviços, em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro. (NORA; JUNGES, 2013, p. 1196)

O acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), sendo visto como uma postura ou atitude a ser adotada pelos profissionais da saúde, porém não há um lugar físico específico para acontecer (NORA; JUNGES, 2013), esta prática deve ocorrer tanto na demanda espontânea como nas atividades agendadas. O acolhimento é considerado fundamental para a organização do trabalho em saúde, principalmente para a mudança do modelo assistencial que tem o cuidado como central no processo de trabalho e não procedimentos técnicos.

A importância do acolhimento na organização do processo de trabalho se deve principalmente pela lógica que toma o cuidado como central na prática assistencial. Nesse sentido, as tecnologias das relações, como a escuta qualificada, o atendimento humanizado, são considerados fundamentais nessa nova ótica. O acolhimento é tido como determinante para a integralidade no cuidado, na medida em que se assume o compromisso com a resolução do problema demandado, através de uma escuta qualificada e respostas adequadas se potencializam os efeitos terapêuticos (FERREIRA; CHIRELLI; PEREIRA, 2011).

Se a capacidade resolutiva está diretamente relacionada ao acolhimento realizado e ao compromisso dos profissionais, ele pode ser pensado como um instrumento de trabalho que oportuniza a produção do cuidado (FRACOLLI *et al.*, 2003). (SILVA; ROMANO, 2015, p. 365)

No entanto, alguns estudos apontam fragilidades na prática do acolhimento, como a sua burocratização e sistematização, o que afeta a qualidade do cuidado e resolutividade dos casos (CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013; SILVA; ROMANO, 2015). Diferentemente do que é recomendado pela PNH, observa-se que o acolhimento ainda é pautado no modelo clínico de queixa-conduta na forma de triagem (NORA; JUNGES, 2013), funciona como seleção de casos e na ordenação de chegada, sem levar em conta outros aspectos para a priorização do cuidado (SÁ *et al.* 2009).

Em alguns estabelecimentos, esta prática se torna atribuição do Agente Comunitário de Saúde (ACS) (SILVA; ROMANO, 2015), único responsável por acolher o usuário na

unidade, nas visitas domiciliares, nos grupos e nas ações realizadas. Na unidade pesquisada no referido estudo ele é escalado diariamente no “posso ajudar”, uma espécie de balcão de informação, sendo responsável por dar informações de onde ficam os serviços e direcionar o indivíduo para o atendimento.

O que se percebe nos casos mencionados acima é a fragilidade do trabalho em equipe e a falta de comprometimento dos profissionais com a prática do acolhimento, sendo a função atribuída a profissionais específicos, quando que na verdade espera-se que ela seja uma conduta adotada por todos os profissionais e em todas as etapas do trabalho em saúde. Com isto, acaba-se enquadrando-a em protocolos organizacionais como ordenamento de fluxo ou demanda, burocratizando esta prática que não se encaixa em protocolos racionalizados e pré-estabelecidos:

Este novo modelo de acolher se difere da tradicional triagem, pois não se constitui como parte de um processo, mas como ação que deve ocorrer, quando necessário, e em todos os locais do serviço e por todos os profissionais. (ANDRADE *et al.*, 2013, p. 3554)

As formas de acolhimento observadas diferem enormemente da maneira como prevê a referida Política. Acolher o outro é reconhecer que cada indivíduo possui necessidades singulares que precisam ser consideradas no trabalho em saúde, é considerar o outro como sujeito que precisa ser ouvido. Para que isto ocorra é necessário haver uma escuta qualificada pelos trabalhadores para que as respostas dadas sejam adequadas às necessidades do usuário, garantindo que todos sejam atendidos através da avaliação de vulnerabilidade, gravidade e risco, ampliando assim a efetividade das ações (BRASIL, 2004).

Nota-se através dos trabalhos analisados que ainda há uma dificuldade muito grande do profissional de levar em consideração os aspectos sociais e subjetivos (dimensão espiritual, afetiva, psicológica) no trabalho em saúde, o que é facilmente perceptível nas formas de acolhimento relatadas. Desta feita, segundo os autores (SILVA; ROMANO, 2015; SANTANA *et al.*, 2013), o profissional geralmente está mais preocupado com as questões técnicas e objetivas, seguir protocolos estabelecidos e direcionar o usuário para o procedimento requisitado, assim o acolhimento é visto muito mais como parte de uma estrutura organizacional e não como parte do cuidado.

Nesse sentido, os profissionais de saúde muitas vezes não estão preparados para lidar com essas questões, haja vista o modelo médico hegemônico, pautado no diagnóstico e na terapêutica das doenças consagradas pela

ciência, no qual há pouco espaço para a escuta dos sujeitos, para o acolhimento e para o cuidado integral à saúde. (FERREIRA; CHIRELI; PEREIRA, 2011, p. 178)

De acordo com os relatos dos autores, observa-se que os estabelecimentos de saúde ainda organizam o atendimento orientado para a cura de doenças. A ênfase muito grande dada ainda aos aspectos técnicos do trabalho em saúde, como procedimentos clínicos e diagnósticos, além da desconsideração de outras dimensões no âmbito assistencial faz com que o trabalho em saúde se aproxime, segundo Sá *et al.* (2009), do trabalho em uma fábrica, diferenciando-se desta apenas por se tratar de prestação de serviços.

No trabalho em saúde pode-se não reconhecer outras dimensões como a dimensão social e subjetiva, desenvolvendo um processo de trabalho semelhante ao das fábricas, mas que se diferencia por se tratar de prestação de serviços. (SÁ *et al.*, 2009, p. 462)

Além das ações desempenhadas pelos profissionais não convergirem no sentido de um acolhimento adequado, ainda há outro fator limitador que é considerado um dos contributos para a fragmentação nas práticas em saúde, o espaço físico dos estabelecimentos também é apontado como um ambiente não acolhedor (VASCONCELOS *et al.*, 2009). Pouca atenção é dada à alocação dos espaços de atendimento, que muitas vezes são improvisados e com instalações físicas inadequadas, especialmente nas ESF's (RIBEIRO *et al.*, 2015; SANTANA *et al.*, 2013).

A distribuição da estrutura organizacional e as modalidades de utilização do espaço físico devem atender aos aspectos sociotécnicos dos serviços e às necessidades dos sujeitos. A inadequação das instalações físicas das unidades básicas estudadas contrapõe-se com o compromisso técnico-ético-político do PSF de prestar uma atenção humanizada e de qualidade. (VASCONCELOS *et al.*, 2009, p. 1228)

3.1.2. Vínculo

Outro aspecto apontado nos textos no que concerne à fragmentação na saúde diz respeito ao vínculo, assim como o acolhimento ele é considerado uma tecnologia da relação e também está presente na PNH. O vínculo é entendido como a relação construída entre o profissional e o usuário, incluindo sua família e a comunidade em que está inserido, busca-se

por meio deste dispositivo o estabelecimento de laços duradouros com usuário evitando assim a interrupção prematura do cuidado (BRASIL, 2004).

Como o acolhimento, o vínculo é outra tecnologia leve associada à humanização, frequentemente encontrada nas publicações, nas quais se observa que não existe criação de vínculo sem que os usuários sejam reconhecidos na condição de sujeitos. (NORA; JUNGES, 2013, p. 1197)

O vínculo é considerado uma importante estratégia no processo de trabalho e determinante para a qualidade na atenção, pois a relação que se constrói no encontro entre profissional e usuário potencializa a eficácia das ações (NORA; JUNGES, 2013), proporcionando uma melhor aproximação com indivíduo e conseqüentemente possibilitando a compreensão das suas necessidades e singularidades, isto requer confiança e compromisso mútuo, sem os quais fica impossibilitada a construção deste tipo de relação. Torna-se mais provável que “[...] construindo vínculo e laços de confiança, consiga uma maior capacidade tanto diagnóstica como terapêutica.” (PRATA; ROSALINI; OGATA, 2013, p. 252).

Nesse sentido, este dispositivo está intrinsecamente relacionado com a autonomia do usuário, visto que ele se torna partícipe de todas as etapas do processo que tem a sua saúde como finalidade maior (MARINHO *et al.*; 2011). Este tipo de instrumento não teria espaço em um modelo assistencial pautado na técnica e na centralidade dos profissionais de saúde nas tomadas de decisão, pois as necessidades do usuário não são consideradas relevantes para o trabalho clínico.

Vínculo e autonomia entrecruzam-se, constroem-se e agenciam-se, numa relação de nutrição placentária, que se processa a partir da sua presença nos interstícios das práticas sociais [...] (SANTOS; ASSIS, 2006, p. 59)

A intenção do instrumento de trabalho em questão é também equilibrar as disparidades na relação de poder que geralmente colocam de um lado o profissional de saúde como aquele que detém o saber e a técnica e, de outro o usuário que não possui gerência sobre o processo terapêutico e tem que se submeter às decisões daquele. Neste novo modelo assistencial o usuário é sujeito e participa ativamente da produção do cuidado, pois considera-se que os conhecimentos técnico-científicos não são suficientes para o sucesso do trabalho em saúde.

Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. (SCHIMITH; LIMA, 2004, p. 1488)

Não obstante, verifica-se a enorme dificuldade de se estabelecer o vínculo com os usuários no cotidiano da assistência, como apontam diversos estudos pesquisados (PRATA; ROSALINI; OGATA, 2013; SANTANA *et al.*, 2013; ANDRADE *et al.*, 2013). Relata-se que a maior barreira apontada para que o mecanismo seja construído é o fato de que o trabalho em saúde ocorre principalmente por meio de atos racionalizados e mecanizados (SÁ *et al.*, 2009), algo que não é compatível com o novo modelo assistencial proposto.

Nesse sentido, através de pesquisa desenvolvida sobre o atendimento no pré-natal foi possível tomar ciência da ausência de vínculo com as parturientes e o uso indiscriminado de tecnologias duras e intervenções desnecessárias (CABRAL; HIRT, VAN DER SAND, 2013). A mudança da equipe de referência durante o pré-natal foi um dos elementos observados que dificultam o estabelecimento de vínculo, o que compromete a qualidade da atenção, dada a importância do vínculo neste momento tão importante que é o parto e o nascimento.

A humanização da atenção ao parto e nascimento pressupõe uma dimensão político-relacional e implica o reconhecimento do usuário como sujeito pró-ativo na produção da sua própria saúde. Assim, uma relação terapêutica eficaz, nesse período, requer a produção de vínculo, a capacidade de escuta às demandas apresentadas pela mulher e sua família e, ainda, a identificação de necessidades de cuidado e corresponsabilização pela produção da saúde, para além de um simples atendimento. (CABRAL; HIRT, VAN DER SAND, 2013, p. 286)

Um dos obstáculos apontados que impede a construção de vínculo é a rotatividade dos profissionais de saúde, sobretudo de enfermeiros e médicos da Atenção Básica, fato bastante discutido na literatura (SILVA; ROMANO, 2015). Estudos mostram que a média de permanência de profissionais no cargo é baixíssima, com taxas de rotatividade alcançando 64,5% em um único ano em uma ESF (MEDEIROS *et al.*, 2010), principalmente os médicos que muitas vezes ingressam no cargo recém-formados e veem a Atenção Básica como uma oportunidade para ingressarem no mercado de trabalho e adquirir experiência.

Nesta perspectiva, Lavado *et al.* (2007) também notaram a dificuldade de se agregar tecnologias leves, dentre elas o vínculo e o acolhimento, no processo de trabalho médico no Programa Saúde da Família (PSF) em uma cidade de Santa Catarina. Nesta, observou-se que na relação médico-paciente ainda prevalece a ênfase na clínica e na prescrição de medicamentos. Ressalta-se que esta disparidade não ocorre apenas na relação médico-usuário, mas também com outros profissionais da saúde, porém historicamente a relação com aquele é mais problemática, o que levou os autores a realizarem a pesquisa.

Concernente a isto, Lima *et al.* (2014) realizaram revisão bibliográfica tendo também como enfoque a relação médico-paciente, a fim de perceber como são as representações dos profissionais de saúde no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. Os autores constataram que boa parte dos profissionais ainda tem uma conduta que eles denominam de sacerdotal, ou seja, o médico é visto como autoridade na relação com o usuário, aquele que detém o conhecimento, cabendo ao usuário acatar as suas recomendações.

Na mesma linha, os autores (LIMA *et al.*, 2014) apresentam ainda outra forma de relação profissional-usuário a ser evitada, é a que eles denominam de colegial, nesta relação não há hierarquia na relação, os dois intervêm da mesma maneira, porém os dois compartilham a falta de conhecimentos técnicos, o que o profissional de saúde não pode abrir mão em nenhum momento, desta forma o processo terapêutico perde sentido e direção.

Além desta forma, há outro tipo de relação comumente encontrada segundo os autores (LIMA *et al.*, 2014), que também não condizem com a realidade idealizada para a Estratégia, que é a da relação de engenheiro. Esta relação já inclui o paciente no contexto, mas este ainda deve seguir as orientações do profissional, de certa forma o profissional se distancia do usuário, adotando uma postura de profissional que está para prestar seu serviço e dar esclarecimentos, mas o usuário acata se quiser, este é o único responsável pela sua saúde.

Diante disto, os autores referidos acima defendem que a adoção do modelo contratualista na relação entre profissional e usuário seria a forma mais adequada no contexto da Estratégia de Saúde da Família, de modo que nesta relação se considera o usuário como participante do processo terapêutico, portanto deve haver corresponsabilização pela produção do cuidado, não sendo somente o médico responsável nem o usuário, mas ambos. Para isto, o usuário precisa ser considerado em sua subjetividade e ser capacitado para que assuma sua responsabilidade no processo.

3.1.3. Trabalho em equipe

A justificativa para a fragmentação na saúde segundo os autores analisados também deriva da forma como o trabalho nas equipes multiprofissionais vem sendo desenvolvido. Estas equipes são introduzidas no sistema de saúde também como uma estratégia para a superação da lógica biologicista, incluindo profissionais que até então tinham pouco espaço no âmbito assistencial. Desta maneira, seria possível ter diferentes profissionais que possuem

olhares distintos sobre o fenômeno da saúde atuando conjuntamente, o que enriqueceria o trabalho e seria fundamental para a qualidade da atenção prestada.

Nessa linha, pouco depois da implementação do SUS, em 1994, surge o Programa Saúde da Família, que posteriormente se tornou Estratégia (ESF), adquirindo a função de reorientar as práticas assistenciais no âmbito da Atenção Básica. As ESF's apresentam uma composição multiprofissional e estão mais bem distribuídas territorialmente, visando ampliar o acesso e oferecer uma atenção ao indivíduo de maneira integral, considerando-o em seu contexto social, familiar, biopsíquico e territorial.

Em 2008, como medida de fortalecimento da Atenção Básica, surge o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), formado por equipes multidisciplinares encarregadas de dar apoio às ações das Estratégias, com a inserção de novos profissionais de saúde que ainda não faziam parte da ESF, ampliando para 24 o número de profissionais de formações distintas que podem atuar no nível da Atenção Básica (BRASIL, 2014). Estes avanços são fruto do reconhecimento de que os campos disciplinares isoladamente possuem limitações para lidar com o fenômeno da saúde.

As equipes multiprofissionais, como a ESF e o NASF, foram introduzidas no sistema por se entender que a saúde precisa ser abordada em suas múltiplas dimensões, sem desconsiderar os aspectos psicológico, afetivo, social, espiritual, ambiental. O próprio Ministério da Saúde ressalta no *Cadernos de Atenção Básica – NASF* a necessidade de se superar o modelo fragmentado de saúde e para se alcançar uma atenção integral, sendo o NASF uma das estratégias por meio da atenção básica para este fim:

O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) configura-se como uma das estratégias para superar e auxiliar na conversão do modelo fragmentado e descontínuo para a atenção integral a partir da AB [Atenção Básica], auxiliando na articulação das linhas de cuidado e implementação dos projetos terapêuticos. (BRASIL, 2014, p. 91)

Como já foi dito anteriormente, o novo modelo de atenção surge a partir de uma concepção ampliada de saúde, pois acredita-se que para entender o processo de saúde-doença a visão restrita ao organismo biológico possuía limitações, partia-se do pressuposto de que há inúmeros fatores intervenientes neste processo e que precisam ser considerados. É nesse sentido que as equipes multiprofissionais e o trabalho em equipe ganham terreno na reorganização do modelo assistencial. O cuidado adequado deve levar em consideração as múltiplas dimensões envolvidas, que apenas um campo disciplinar não consegue abarcar.

[...] a fragmentação e a verticalização dos processos de trabalho esgarçam as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários; o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com as dimensões sociais e subjetivas presentes nas práticas de atenção, fica fragilizado. (BRASIL, 2004, p. 05)

A extrema especialização das inúmeras áreas do conhecimento inegavelmente proporcionou avanços na ciência, mas por outro lado trouxe inúmeros problemas, como a dificuldade de dialogar com profissionais de campos disciplinares diferentes (LEITE; VELOSO, 2008). No campo da saúde isso não é diferente, nesse contexto surge o debate sobre o trabalho em equipe, o qual pressupõe a integração dos profissionais de diferentes áreas no trabalho em saúde, o que sem dúvida ainda é um dos grandes desafios do sistema de saúde.

Nesse sentido, vários documentos oficiais (BRASIL, 2004; 2006; 2014) trazem em seu bojo a referência ao trabalho em equipe como componente indispensável nos serviços, principalmente da Atenção Básica, nível da assistência responsável pela reorientação do sistema. As potencialidades do trabalho em equipe são inquestionáveis, pela possibilidade de manter uma boa comunicação entre os profissionais, compartilhando informações a fim de dar uma melhor resposta ao usuário.

Não obstante, diversos autores que compuseram a revisão apontaram inúmeras dificuldades na forma como o trabalho nas equipes multiprofissionais vem ocorrendo. A principal dificuldade relatada é articulação necessária para que se reconheça como trabalho em equipe propriamente dito. Faz-se necessário, portanto, atentar para o aspecto qualitativo deste trabalho, pois a reunião de profissionais de diferentes áreas em equipes multiprofissionais por si só não garante que a integração na equipe ocorra (PEDUZZI, 1998).

Como decorrência disto, o cuidado ao usuário é completamente afetado, se o trabalho nas equipes não vem ocorrendo de forma articulada podemos dizer que o indivíduo continua sendo visto separadamente por diferentes recortes, e a possibilidade de um salto qualitativo com a integração entre diferentes profissionais acaba não sendo visualizado. Desta forma, assim como os outros aspectos mencionados na literatura no tocante à fragmentação na dimensão do processo de trabalho, a integralidade na atenção é comprometida, sendo o cuidado compartimentalizado (SANTANA *et al.*, 2013; CARVALHO *et al.*, 2013; ROCHA; LIMA; SCOCHI, 1997).

Nesta linha, alguns autores (CUNHA; CAMPOS, 2011) atestam que os serviços de saúde se organizam ainda em departamentos com base em especialidades clínicas e, a organização do trabalho obedece à lógica das profissões. Cada departamento se responsabiliza

por executar determinadas ações de acordo com as suas áreas de conhecimento, com isso os trabalhos não estão interconectados, ou seja, não se efetiva um trabalho realmente compartilhado. A nosso ver, esta realidade é reflexo da divisão técnica e social do trabalho, na qual cada profissional desempenha uma função no processo produtivo separadamente, mas no campo da saúde isto tem se mostrando extremamente contraproducente.

O corporativismo das profissões que orienta a organização do trabalho e dos serviços em saúde acarreta no fracionamento do cuidado (TRONCHIN *et al.*, 2009), na medida em que cada departamento com base nas especialidades (odontologia, farmácia, psicologia, serviço social) planeja e executa suas ações separadamente. Nesse sentido, a responsabilidade pelo usuário é repassada no momento em que o indivíduo é atendido por um profissional de outro departamento da unidade, ou seja, não há acompanhamento do cuidado, o atendimento funciona em etapas.

[...] em hospitais, ambulatorios e outros serviços de saúde tem predominado uma lógica que leva ao extremo a fragmentação do cuidado. Verifica-se na área da saúde que a construção de unidades de gestão obedece antes de tudo à lógica corporativa e das profissões. Esse fato é marcante em áreas voltadas para a assistência ao usuário, que se organizam em departamentos, diretorias ou coordenações recortadas segundo profissão ou especialidade médica. (CAMPOS; DOMINITTI, 2007, p. 403)

Outro elemento que dificulta o trabalho em equipe é o fato de o modelo ainda apresentar a característica de ser médico-centrado. A centralidade da figura do médico no âmbito assistencial é vista como um problema na articulação das equipes multiprofissionais, pois geralmente ele é considerado distinto dos demais profissionais que compõem a equipe, o que o exime da responsabilidade de participar das reuniões e processos formativos. Isto se justifica por dois motivos principalmente, por este profissional não considerar a importância desses momentos, também pela dificuldade deste profissional em reconhecer a possibilidade de que profissionais de outras áreas possam contribuir para o seu trabalho particularmente (FERRO *et al.*, 2014; MEDEIROS *et al.*, 2010).

As relações verticalizadas são outro empecilho ao trabalho em equipe (CARVALHO *et al.*, 2013; CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013 LEITE; VELOSO, 2008), isto significa dizer que os profissionais que ocupam cargos de gestão geralmente tomam as decisões unilateralmente, sem consultar os demais profissionais. Alguns profissionais que não possuem tanto prestígio social, como os ACS's e os técnicos de enfermagem, dificilmente são ouvidos no planejamento das ações (LEITE; VELOSO, 2008), sendo que geralmente são estes

profissionais que possuem mais contato com os usuários. Desta forma, as relações entre os profissionais se tornam meramente burocráticas e se resumem ao repasse de atribuições.

Consideramos que o grande desafio que se apresenta para as equipes é romper com esse paradigma tradicionalmente calcado no corporativismo, na estrutura verticalizada de poder e na fragmentação do conhecimento. (LEITE; VELOSO, 2008, p. 387)

Nesta direção, identifica-se a pouca articulação entre os trabalhadores de uma ESF e ações fragmentadas em pesquisa realizada em município goiano (SANTANA *et al.*, 2013). As atividades dos profissionais são divididas por funções bem específicas, quem planeja as ações e quem as executa, além destas ações não levarem em consideração as necessidades da população, orientando-se ainda por uma lógica curativista, com a realização de pequenos procedimentos e uma atenção mais específica aos doentes da área de atuação, o que, como apontam os autores, desvirtua-se do propósito da ESF de reorientar as práticas no âmbito da AB.

Na mesma linha, Santos e Assis (2006) apontam para a fragmentação no contexto da saúde bucal em Unidades de Saúde da Família de um município baiano. Nas unidades pesquisadas as ações são centradas em técnicas e especialidades, aos moldes do modelo médico-centrado. O indivíduo é tratado em partes e o atendimento limita-se a procedimentos específicos, o que para os autores é um obstáculo para uma atenção integral. Eles ressaltam que um modelo de trabalho pautado na integralidade ainda é algo a ser almejado, para isso é necessário superar o modelo hegemônico da fragmentação e, há um grande potencial para isso nas equipes interdisciplinares.

A chave para mudanças e reorientação das práticas no modelo de saúde, portanto, estaria nas equipes multidisciplinares, porém como relatam os estudos apontados anteriormente, as experiências vêm mostrando uma enorme dificuldade de articulação e colaboração nas práticas dos profissionais de saúde. As ações são pautadas majoritariamente nas especialidades, dessa forma o indivíduo ainda é visto em partes isoladas, como se fossem instâncias ou departamentos separados.

A possibilidade de reunir profissionais de diversas especialidades no trabalho em saúde é de inegável valor, porém a experiência de trabalho em equipes multiprofissionais vem mostrando que a mudança na estrutura do sistema não reflete automaticamente nas práticas assistenciais, esta forma de trabalho que se almeja precisa ser construída: “[...] o caráter

complementar dos trabalhos especializados não se desdobra, imediata e automaticamente, em articulação das ações.” (PEDUZZI, 1998, p. 229).

O trabalho em equipe, objeto da pesquisa de Peduzzi (1998), não se constitui da somatória de ações individualizadas, equipes que funcionam assim são denominadas pela autora de *tipo agregação*, primeira das duas tipologias estabelecidas neste estudo para as equipes de trabalho. O outro tipo, a que deve ser almejada, é a equipe de *tipo integração*, a qual se pressupõe a integração dos conhecimentos técnicos e a interação entre os profissionais. No entanto, depois de realizar pesquisa empírica em diversas unidades de saúde a autora constata a predominância das equipes do tipo agregação, apesar dos profissionais entrevistados em sua maioria projetarem como ideal o segundo tipo.

3.2. Linha de cuidado

A segunda dimensão do sistema de saúde em que é relatada a fragmentação é a *linha de cuidado*. Esta dimensão diz respeito ao cuidado do usuário compartilhado na rede assistencial, englobando as práticas de cuidado e a organização das ações e serviços da rede assistencial. Na literatura da Saúde Coletiva, a linha de cuidado é tida como a trajetória ou itinerário terapêutico que o usuário deve percorrer no sistema (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016), e também como uma estratégia para reorganizar a atenção (MARINHO, *et al.*, 2011), já que esse fluxo do usuário deve ser orientado a fim de que ele consiga obter os cuidados adequados às suas necessidades.

Os estudos que discorreram sobre esta dimensão foram escassos, apenas oito artigos da nossa amostra fizeram referência a elementos deste domínio ao abordarem a fragmentação. Consideramos neste trabalho que esta dimensão se diferencia da apresentada anteriormente porque diz respeito ao cuidado transpassado por mais de uma unidade da rede de atenção. Diferencia-se também da dimensão da rede assistencial por que não se restringe à organização e estruturação dos serviços. Desta forma, a linha de cuidado aqui é vista como um *continuum* que vai do processo de trabalho à organização dos serviços. Ao mesmo tempo compreende o campo das práticas e o campo da organização das ações e serviços, os quais estão interconectados.

As unidades isoladamente apresentam limitações, sejam elas técnicas, de recursos e de pessoal, para resolverem completamente todas as demandas que surgirem (HARTZ;

CONTANDRIOPOULOS, 2004), alguns casos extrapolam os seus alcances e, para suprir esta necessidade existe a linha de cuidado e a possibilidade do compartilhamento do cuidado com outros dispositivos do sistema. Nenhum serviço é autossuficiente, por isso dispõe da colaboração mútua de outros serviços, que podem ser de qualquer um dos níveis da atenção, por este motivo podemos dizer que eles são interdependentes e devem estar interligados.

O conceito de integralidade remete, portanto, obrigatoriamente, ao de integração de serviços por meio de redes assistenciais, reconhecendo a interdependência dos atores e organizações, em face da constatação de que nenhuma delas dispõe da totalidade dos recursos e competências necessários para a solução dos problemas de saúde de uma população em seus diversos ciclos de vida. (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. S331)

A linha de cuidado também é parte da mudança da lógica assistencial que considera que a atenção à saúde não se limita aos serviços clínicos (MARINHO, *et al.*, 2011). Como prova disto enfatizamos a incorporação de diversas instituições e setores que não estão diretamente relacionados à assistência na saúde nesta gama de serviços partícipes da produção do cuidado. O fato destes estabelecimentos não serem considerados como parte do campo da saúde não quer dizer que sejam menos importantes neste *continuum* do cuidado, que transcende inclusive as próprias fronteiras do sistema de saúde (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016).

Não obstante, o funcionamento adequado do cuidado em rede não é oriundo da somatória dos serviços isoladamente (MARINHO *et al.*, 2011; CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013; BORGES *et al.*, 2012). Deste modo, é necessário haver uma sincronia entre os serviços para a efetividade da atenção ofertada, implica dizer que deve haver um direcionamento comum, como o próprio termo “linha” parece indicar. A palavra não nos remete neste caso a algo que obedeça a uma lógica retilínea, mas que haja continuidade e confluência dos trabalhos prestados, isto se traduz naquilo que vem sendo chamado de um projeto terapêutico comum.

Seja sob a matriz da análise institucional, seja sob a da ação comunicativa, os projetos terapêuticos, embora possam partir do momento assistencial, não se reduzem a ele: a lógica interacional dos projetos terapêuticos considera todos os momentos e pontos da atenção à saúde, além das diferentes racionalidades presentes, com os sujeitos, recursos e dinâmicas peculiares a cada um deles, o que pode ser fecundo para a construção de linhas do cuidado compromissadas com a integralidade e o cuidado. (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016, p. 845)

Dessa forma, os serviços atuam em um mesmo sentido e de forma complementar, ademais nesta rede de cuidados nenhum dos componentes é tido como substituível, ou seja, em hipótese alguma a responsabilidade pelo usuário deve ser repassada (RIBEIRO *et al.*, 2015; BORGES *et al.*, 2012). Entretanto, os processos de trabalho desenvolvidos precisam estar vinculados à organização e articulação dos serviços para que haja um fluxo organizado, caso contrário, o resultado pode ser contrário ao esperado.

A integralidade é o pano de fundo do estabelecimento da linha de cuidado, pois visa a resolutividade na atenção ao usuário e assisti-lo considerando suas necessidades e singularidades. Além disto, a produção compartilhada do cuidado permite o acesso a todas as tecnologias e recursos disponíveis no sistema de saúde: “[...] a integralidade do cuidado só pode ser obtida em rede, pois a ‘linha de cuidado’ pensada de forma plena atravessa inúmeros serviços de saúde, cada qual operando distintas tecnologias.” (FEUERWERKER; CECILIO, 2007, p. 967).

No entanto, os pesquisadores analisados relataram que a fragmentação também ocorre na dimensão dos processos de trabalho compartilhados na rede, sobretudo pela grande dificuldade de se estabelecer integração e cooperação entre os cuidados prestados pelos pontos da atenção (CARVALHO *et al.*, 2013). Na maioria dos casos relatados a responsabilidade pelo usuário é repassada para outras unidades quando aquela pela qual o indivíduo acessou primeiramente o sistema não consegue dar respostas suficientes, não havendo conseqüentemente o compartilhamento de responsabilidades pelo usuário.

Em alguns casos o funcionamento adequado da linha de cuidado é imprescindível, sendo decisivo para a resolutividade e eficácia das ações. As pessoas em situação de drogadição, por exemplo, precisam ser assistidas a partir de um trabalho multiprofissional e intersetorial (ARECO *et al.*, 2011), pois os recursos disponíveis em uma unidade apenas não são suficientes para uma intervenção efetiva. Nestes casos o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) exerce um papel de protagonista no processo de cuidado, juntamente com outras unidades e instituições de assistência social. Mas na contramão disto, identificou-se, em estudo realizado sobre a atenção a jovens em drogadição no interior de São Paulo, a falta de articulação das ações, tal como a sobreposição de serviços (ARECO *et al.*, 2011).

Igualmente, as pessoas em sofrimento psíquico precisam de uma atenção composta por vários pontos da atenção conjuntamente, devido à complexidade característica que envolve este agravo. A história recente mostra que nestes casos apenas o tratamento clínico é incapaz de dar respostas efetivas, como marco disto temos a reforma psiquiátrica, momento a partir do qual passa-se a lidar com o adoecimento mental não como um fenômeno exclusivo da esfera

biológica, reafirmando a necessidade de um trabalho que abarque as múltiplas perspectivas do problema. Todavia, a realidade para este público não é diferente, sofrem com a peregrinação entre os serviços, com itinerários que prejudicam completamente a eficácia do cuidado (PEREIRA *et al.*, 2014).

Na mesma linha dos casos anteriores, os pacientes em condições crônicas também demandam um cuidado que seja compartilhado com mais de um serviço assistencial (SILVA, 2011). Hoje uma das principais cargas de doenças no Brasil e no mundo devido às mudanças ocorridas nos estilos vida, as doenças crônicas talvez sejam o melhor exemplo de que a assistência pautada em uma perspectiva de saúde fundamentada na esfera biológica é insuficiente para responder satisfatoriamente às necessidades da população. Contudo, Dubow *et al.* (2014) relatam o isolamento entre os serviços e o fluxo desordenado de usuários com neoplasia na cabeça e no pescoço, sem o devido acompanhamento estes se sentiam muitas vezes perdidos no sistema, somando-se a isto a demora do diagnóstico e início do tratamento.

A implementação de linhas de cuidado para as doenças mais prevalentes e de projetos terapêuticos que atendam necessidades mais singulares da população da área são indispensáveis para a qualificação do cuidado. As “linhas de cuidado” são estratégias habitualmente utilizadas para organizar a atenção de enfermidades crônicas, e são basicamente as normas que orientam os usuários sobre os caminhos preferenciais que devem percorrer e condutas a serem adotadas para terem suas necessidades adequadamente atendidas. (SILVA, 2011, p. 2757)

Marinho *et al.* (2011), em pesquisa com profissionais de saúde membros de uma equipe multiprofissional, perceberam em alguns discursos que há o reconhecimento da importância do bom funcionamento da linha de cuidado, mas a preocupação maior é a de garantir um fluxograma de serviços clínicos. Porém, a linha de cuidado não pode se restringir a protocolos e fluxos pré-estabelecidos, ela difere dos mecanismos de referência e contrarreferência, apesar de incluí-las, exatamente por permitir a flexibilização na pactuação de fluxo entre os diferentes serviços, reorganizando os processos de trabalho.

Tanto os fluxogramas quanto os protocolos de atenção à saúde têm sua função e importância, mas tornam-se obstáculos a essa atenção quando não são suficientemente claros ou permeáveis às diferentes lógicas que perpassam o processo de cuidado à saúde. (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016, p. 846)

A extrema burocratização no cuidado na rede pode ser sentida no controle do fluxo de usuários a partir de centrais de marcação de consulta, as quais seguem regras administrativas e

não permitem a possibilidade de alteração pelos serviços, como apontado em pesquisa realizada em municípios de uma região de saúde do Estado da Bahia (SANTOS; GIOVANELLA, 2016). Nesta região, as centrais mediavam a relação entre equipes de saúde da família e os serviços de outros níveis de complexidade que se resumia a preenchimento de impressos.

Na região de saúde, pontos de atenção secundária e sistema de apoio atuavam de forma fragmentada da atenção primária à saúde, com fluxos comunicacionais deficientes entre si ou mesmo com ausência informacional entre os profissionais e/ou serviços. (SANTOS; GIOVANELLA, 2016, p. 11)

Vale destacar que o cuidado compartilhado na rede não se detém às ações curativas, mesmo assim percebe-se que a doença ainda é central na organização dos processos de trabalho, com fluxos pré-determinados e orientados para serviços e procedimentos (consultas, exames e internação) envolvendo principalmente as instituições de saúde (SILVA; SANCHO; FIGUEIREDO, 2016). O indivíduo nesse processo é reconhecido por sua doença e não como sujeito singular (MARINHO *et al.*, 2011), a linha de cuidado enquanto ferramenta de mudança da lógica assistencial deve ter como eixo as necessidades de saúde dos usuários, por isso deve unificar ações preventivas, terapêuticas e de reabilitação:

Porque a Linha do Cuidado Integral incorpora a idéia da integralidade na assistência à saúde, o que significa unificar ações preventivas, curativas e de reabilitação; proporcionar o acesso a todos os recursos tecnológicos que o usuário necessita, desde visitas domiciliares realizadas pela Estratégia Saúde da Família e outros dispositivos como o Programa de Atenção Domiciliar, até os de alta complexidade hospitalar; e ainda requer uma opção de política de saúde e boas práticas dos profissionais. (FRANCO; FRANCO, 2010, p. 01)

As dificuldades para a efetivação do fluxo de cuidado adequado seriam resultantes principalmente da comunicação deficiente entre os serviços, seja pela ausência de tempo durante expediente para a realização de encontros e reunião para planejamento de ações conjuntas, como pela barreira geográfica que inviabiliza um canal de comunicação permanente (FERRO *et al.*, 2014; NORA; JUNGES, 2013; RIBEIRO *et al.*, 2015). Além disto, os trabalhadores afirmam que outro elemento é a necessidade de superação do paradigma biomédico no âmbito assistencial, já que a linha de cuidado não se coaduna com esta lógica:

A equipe multiprofissional considerou que a linha de cuidado configura-se em um importante dispositivo para a mudança do modelo biomédico, no entanto reconheceu a dificuldade na transformação desse modelo, pois considera que muitos profissionais são limitados à visão biológica. (MARINHO *et al.*, 2011, p. 627)

3.3. Rede assistencial

A *rede assistencial* foi a outra dimensão do sistema de saúde bastante referida pelos autores ao abordarem a fragmentação no contexto do SUS. Aquela abrange o arranjo organizacional dos serviços e ações de saúde, não apenas a forma como a rede foi arquitetada e estruturada, mas também a maneira como ela se materializa a partir das práticas dos atores que a operam, visto que estas duas perspectivas são indispensáveis para a compreensão da problemática apontada.

Sobre a natureza do objeto “rede”, uma dupla leitura torna-se indispensável: como estrutura organizacional, voltada para a produção de serviços, e como uma dinâmica de atores em permanente renegociação de seus papéis, favorecendo novas soluções para velhos problemas num contexto de mudanças e compromissos mútuos. (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. S334)

O modelo assistencial foi concebido para constituir-se na forma de sistema ou rede de serviços, visando a garantia do acesso e a resolubilidade das demandas em saúde. Deste modo, de acordo com os princípios do SUS, as ações e serviços de saúde devem ser organizados de forma hierárquica e regionalizada. Efetivamente, significa dizer que a atenção deve se estruturar em níveis de complexidade tecnológica crescentes (atenção básica, média e alta complexidade), com serviços dispostos em uma área geográfica delimitada e, possuindo uma população a ser atendida definida.

A rede confunde-se com a própria idéia de “sistema” ou de “estrutura” e expressa tanto o caráter de “fazer circular” quando o de “controlar” a partir da articulação dos diferentes serviços situados nos estratos do sistema. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008, p. 138)

A ideia de um *sistema* de saúde pressupõe uma boa articulação entre os seus componentes e os diferentes níveis de atenção, haja vista que um sistema propriamente dito não se caracteriza pela soma das suas partes constituintes, mas justamente pela

interdependência e interrelação existente entre os seus elementos. No entanto, a partir da interpretação dos textos analisados foi possível perceber que a integração da rede assistencial não vem se concretizando, o que coloca em questão a característica organizativa essencial do SUS.

O Sistema Único de Saúde (SUS) apresenta um grau de coordenação e, portanto, de integração no funcionamento da sua rede assistencial, aquém do que seria necessário para que se pudesse chamá-lo de “sistema de saúde”. (CUNHA; CAMPOS, 2011, p. 962)

A noção de organizar os serviços de saúde em forma de rede regionalizada e hierarquizada, coordenada pela Atenção Primária e com uma população adscrita não é recente, estas características já haviam sido postuladas no Relatório Dawson em 1920 (LAVRAS, 2011; SHIMIZU, 2013). O documento elaborado pelo Ministério de Saúde do Reino Unido orientou a elaboração do sistema de saúde da Inglaterra que, posteriormente influenciou a formulação de sistemas de saúde em vários países no mundo, inclusive no Brasil. Embora esteja presente no texto constitucional brasileiro, a organização do sistema de saúde em forma de rede ainda é almejada (SHIMIZU, 2013; CUNHA; CAMPOS, 2011).

As dificuldades concernentes à integração na rede assistencial têm consequências diretas na qualidade da atenção ofertada aos usuários. Os sistemas de saúde devem se organizar em consonância com as necessidades de saúde de uma população (MENDES, 2011), o SUS surge exatamente em decorrência das reivindicações da sociedade brasileira por um modelo assistencial capaz de dar respostas adequadas às demandas de saúde. Todavia, as condições de saúde no Brasil vêm se modificando e, este modelo vem se mostrando incapaz de reagir satisfatoriamente a este novo quadro (CUNHA; CAMPOS, 2011).

Os países em desenvolvimento vêm passando pela chamada transição demográfica, na qual há diminuição das taxas de natalidade e de mortalidade por causa da melhora das condições de vida, aumentando com isto a expectativa de vida da população (LAVRAS, 2011). Paralelamente a isto ocorre uma mudança no perfil epidemiológico, na qual as doenças infectocontagiosas deixam de ser as principais causas de óbitos com o controle e a prevenção – muito em razão dos avanços científico e tecnológico –, perdendo lugar para as doenças crônico-degenerativas, que possuem forte correlação com o envelhecimento e as mudanças nos estilos de vida (SILVA, 2011).

No entanto, o Brasil convive com uma demanda ainda não resolvida de doenças infectocontagiosas, uma proporção também significativa de casos provocados por causas

externas (violência e acidentes), acrescentando-se a isto, um aumento na prevalência de doenças crônicas (SHIMIZU, 2013), situação que Mendes (2011) denomina de tripla carga de doenças. Assim sendo, diversos autores acreditam que este quadro epidemiológico complexo requer um modelo assistencial integrado (DUBOW *et al.* 2014; CUNHA; CAMPOS, 2011, LAVRAS, 2011).

Notadamente há uma lacuna entre o modelo de saúde projetado no contexto da Reforma Sanitária e a forma como ele se concretiza – o chamado SUS real –, isto se deve a uma gama complexa de fatores que foge ao propósito deste trabalho. Nosso intento neste tópico foi reunir os principais aspectos apontados pelos autores quando se referem à fragmentação no contexto da rede assistencial, a fim de auxiliar na melhor compreensão deste problema frequentemente mencionado na literatura e que ainda carece de um maior aprofundamento.

3.3.1. Articulação entre os serviços

A falta de articulação entre os serviços de saúde sem dúvida é um dos principais aspectos presentes nos estudos analisados ao se referirem à fragmentação na rede assistencial. Os autores afirmam que os pontos de atenção à saúde estão dispostos de forma isolada (NÓBREGA *et al.*, 2013; ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008; ROVER *et al.* 2016; DELFINI; REIS, 2012) e, as ações e serviços são desenvolvidos de forma desarticulada (DUBOW *et al.*, 2014; NETO; CUNHA, 2016; LAVRAS, 2011; ROVER *et al.* 2016; DELFINI; REIS, 2012). Tais apontamentos evidenciam fragilidades da assistência que afetam sobremaneira a eficácia nas respostas às necessidades atuais, em que se destacam as condições crônicas.

Entre tantos desafios hoje presentes no SUS, deve-se considerar a superação da fragmentação da oferta de ações e serviços de saúde como prioridade, para que se possa responder adequadamente às necessidades de saúde dos brasileiros nesse momento. (LAVRAS, 2011, p. 871)

Uma das razões para a dificuldade de integrar os serviços e ações justifica-se, segundo alguns autores, pela lógica hierárquica que orienta a organização do sistema. Verifica-se que no atual modelo assistencial se destaca uma estruturação piramidal (DUBOW *et al.*, 2014, SILVA, 2011, MENDES, 2011) com graus de importância variados, que aumentam

proporcionalmente à complexidade tecnológica quanto mais se aproxima do topo. Assim, em virtude da valorização social dos serviços hospitalares e especializados, os serviços de menor densidade tecnológica – como os da Atenção Básica – são tidos como “mais simples”, o que prejudica o reconhecimento da necessidade de complementariedade na rede assistencial (CUNHA, CAMPOS, 2011).

Segundo Zambenedetti e Silva (2008), o princípio da hierarquização possibilita a organização racional da assistência, com o intuito de resolver com eficácia os problemas de saúde, através da oferta de serviços de diferentes níveis de complexidades, além de otimizar recursos e custos com a distribuição de insumos tecnológicos escalonada por níveis de atenção, mas por outro lado teria propiciado a fragmentação do sistema, a burocratização e a dificuldade de acesso.

É importante ressaltar que a racionalidade da hierarquia sistêmica não foi questionada durante a Reforma Sanitária, tanto pelos reformistas quanto pelos setores conservadores (BOTAZZO, 1999). Ao contrário, a hierarquização foi ratificada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, que culminou na elaboração do SUS com a Constituição Federal de 1988 e, posteriormente na sua implementação através da promulgação da Lei orgânica 8.080/90. Nas demais conferências o princípio também não havia sido criticado, nas vezes que o tema surgia era sempre como uma proposição (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

O modelo organizacional de um sistema ou instituição está intrinsecamente relacionado à função a qual visa desempenhar, ou seja, ao tipo de atividade a que se destina. O SUS foi criado tendo como cerne de sua atuação a *produção do cuidado*, portanto não se orienta pela lógica das instituições médicas privatistas de atender a demandas individuais por serviços sanitários, mas sim às necessidades dos usuários, o que pressupõe ações e serviços no âmbito individual e coletivo de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde. Porém, percebe-se certa discrepância entre os níveis assistenciais na responsabilização pela produção do cuidado, os quais parecem se guiar por duas lógicas assistenciais díspares (CAMPOS, 2007).

Nesse sentido, cada nível hierárquico desempenha uma função específica, sendo atribuída única e exclusivamente à Atenção Básica a responsabilização pelo “coletivo” (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008), enquanto os demais níveis cuidam da cura e da reabilitação. Em vista disto, a estratificação dos serviços de saúde é comparada à organização de um modelo de produção de cunho taylorista/fordista (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008), no qual a racionalização dos processos produtivos é determinante para a eficácia e maximização da performance:

O problema saúde-doença é reduzido a uma questão de organização racional do sistema de saúde, baseado na relação custo-benefício, sendo o sistema de saúde pensado a partir de formulações que poderiam ser aplicadas a qualquer outro sistema de produção de bens e materiais, com base em princípios fordistas/tayloristas. Metaforicamente, seria como pensar o usuário passando de um ponto a outro da rede assistencial da mesma maneira que um produto passa pela esteira de produção de uma fábrica. (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008, p. 139)

3.3.2. Organização baseada em procedimentos

Por conseguinte, observa-se que, a despeito do que fora preconizado na Reforma Sanitária, o modelo ainda é orientado no indivíduo biológico e na técnica, tendo como objeto de intervenção a doença e partes do corpo. Como resultado, tem-se uma assistência pautada em procedimentos, sejam eles diagnósticos, clínicos ou terapêuticos (MALTA; MERHY, 2010; SANTOS; GIOVANELLA, 2016; SILVA, 2011), fato este verificado inclusive na Atenção Básica, locus da mudança da lógica assistencial (SANTANA *et al.*, 2013). Diante disto, a consolidação de um sistema em que o usuário seja o ponto central ainda é um desafio (DUBOW *et al.*, 2014)

Existe uma racionalidade gerencial hegemônica (Campos, 2000), ou seja, um modo de organizar o trabalho e os processos de decisão nas organizações, que contribui para que os profissionais de saúde reduzam seu objeto de trabalho (e, portanto, sua responsabilidade clínica) a procedimentos, doenças ou partes do corpo (em vez de se responsabilizarem por pessoas de forma global). (CUNHA; CAMPOS, 2011, p. 963)

De fato, há um desalinhamento claro entre os objetivos do sistema de saúde e o modo como a rede assistencial vem se delineando, isto pode se justificar pelo fato de a concepção biomédica estar ainda enraizada nos profissionais de saúde assim como na população, que reclama por serviços clínicos (SENA *et al.*, 2012). Por outro lado, existe também um sistema de pagamento por procedimentos que corrobora uma atenção à saúde em que é incentivada a quantidade de intervenções ao invés da qualidade do cuidado:

Esse sistema de incentivos é perverso porque estimula os prestadores a oferecerem, não o cuidado necessário, mas o máximo de cuidado possível, ao tempo em que os desincentivam a ofertarem intervenções voltadas para a

promoção e a manutenção da saúde. Ou seja, fortalece um sistema de doença em detrimento de um sistema de saúde. (MENDES, 2011, p. 18-19)

Deste modo, deparamo-nos com um *sistema reativo*, pois reage apenas quando é exigido, quando o usuário a ele recorre em busca de serviços clínicos, portanto não é um sistema proativo, não age sem que haja demanda que lhe mova, ou seja, não vai ao encontro das necessidades do usuário. As ações de prevenção, promoção e proteção da saúde ainda são escassas e pouco valorizadas (SANTANA *et al.*, 2013; CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013; CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997), inclusive pela população que questiona quando o profissional está atuando fora da unidade, ou então, fica a cargo de alguns profissionais específicos, como é o caso dos ACS's que desenvolve suas funções junto à comunidade, porém esta não é uma tarefa exclusiva sua (BRASIL, 2006)

Outro desafio considerável é romper com características hegemônicas do modelo de saúde, centrado em procedimentos, e organizar a produção do cuidado a partir das necessidades dos usuários, instituindo um modelo usuário-centrado, conforme enfatizado por diversos autores. (SILVA, 2011, 2759)

3.3.3. Comunicação deficiente

Nesta lógica assistencial, os pontos de atenção atuam separadamente e a comunicação entre eles se mostra deficitária. A desarticulação comunicacional e o fluxo de informações incipiente na rede assistencial são aspectos observados em várias pesquisas (SANTOS; GIOVANELLA, 2016; NÓBREGA *et al.*, 2013; BAZZO; NORONHA, 2009) e, considerados obstáculos à continuidade da atenção. Em alguns casos, o compartilhamento de informações clínicas se restringia a guias de encaminhamento, laudos de exames ou então, o próprio usuário era a fonte de informação, situação que pode levar a erros, procedimentos desnecessários e reduzir a eficiência da atenção (ROVER *et al.*, 2016).

[os] mecanismos de compartilhamento de informações clínicas, fundamentais para a continuidade do cuidado, resumiam-se às guias de encaminhamento, aos laudos de exames e ao relato verbal do próprio usuário, após consulta com especialista. (SANTOS; GIOVANELLA, 2016, p. 4)

Desta forma, o cuidado na rede assistencial não vem ocorrendo de forma compartilhada, ao contrário disto, impera a prática do encaminhamento, na medida em que a responsabilidade pelo usuário é repassada quando o serviço acessado não possui os recursos técnicos necessários para lhe atender. O usuário se vê em condição semelhante à de um consumidor ao ingressar em um estabelecimento que não oferece o produto ou serviço de que necessita, tendo de ir a outros lugares até encontrar o que deseja. Assim, não se constrói vínculo e o usuário muitas vezes fica perdido no sistema:

Contudo, as entrevistas revelaram o fluxo desordenado de encaminhamentos entre profissionais, percebendo-se, em diversas circunstâncias, o usuário perdido no sistema, sem um acompanhamento da sua condição de saúde de maneira integral. (DUBOW *et al.*, 2014, p. 99)

A falta de continuidade na rede assistencial afeta consideravelmente na resolubilidade na atenção, principalmente em alguns casos os efeitos são mais expressivos, como por exemplo na saúde mental (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008; MARZANO; SOUSA, 2003; DELFINI; REIS, 2012). O usuário em sofrimento psíquico muitas vezes padece com os encaminhamentos durante as crises, passando por várias unidades em que o lugar e os profissionais lhe são estranhos, resulta em um cuidado composto por vários cuidados isolados, ou seja, não há complementaridade na rede assistencial.

3.3.4. Longitudinalidade

Da forma como está estruturado, o atual modelo de saúde se encontra voltado para a atenção às condições agudas e aos momentos de agudizações das condições crônicas, na medida em que a ênfase dada ainda é em ações curativas e reabilitadoras. O usuário acessa o serviço, geralmente por problemas de doença, recebe o tratamento, que possivelmente decorre na melhora clínica, deixando em seguida o sistema. Portanto, configura-se como um *sistema episódico*, já que a atenção é voltada para ocorrências pontuais, o que inviabiliza uma resposta adequada às condições crônicas (MENDES, 2011).

Considerando as características das condições crônicas, é necessário que haja *longitudinalidade* do cuidado para uma resposta adequada, isto é, um aporte de cuidados ao longo do tempo. Uma atenção episódica, longe de dar uma resposta efetiva às demandas do

atual quadro epidemiológico, consegue atuar de forma paliativa, os casos agudos oriundos de complicações de condições crônicas retornam recorrentemente ao sistema, nem sempre pela mesma porta acessada anteriormente, resultando no aumento de custos pelo consumo exacerbado de procedimentos clínicos e medicamentos.

Para atender a essas necessidades, os serviços precisam estabelecer vínculos mais estáveis e duradouros com os usuários e instituir mecanismos que assegurem longitudinalidade, através de linhas de cuidado que abranjam prevenção e promoção e orientem os usuários no seu caminhar nas redes de atenção à saúde. (SILVA, 2011, p. 2756)

Nesse sentido, como forma garantir a longitudinalidade do cuidado é atribuída à Atenção Básica a responsabilidade pela coordenação do cuidado na rede de atenção. A AB seria a responsável por ordenar a atenção, estabelecer vínculo com o usuário e acompanhá-lo durante seu percurso no sistema de saúde. Segundo o relato dos autores estudados, isto não vem ocorrendo, a coordenação se resume muitas vezes à função burocrática dos encaminhamentos, repassando a responsabilidade pelo usuário e impossibilitando a continuidade e a longitudinalidade do cuidado.

A coordenação é entendida como uma conexão harmoniosa de diferentes serviços, necessários para prover cuidado continuado das pessoas, articulados para resolver as necessidades dos usuários na sua integralidade. (SANTOS; GIOVANELLA, 2016, p. 02)

O SUS adota, nos documentos legais, a concepção de saúde como resultante das condições sociais e econômicas, o que implica desenvolver e planejar ações para intervir sobre os determinantes da saúde, porém concretamente isto ultrapassa os limites do sistema de saúde. Assim, as articulações necessárias entre os serviços de saúde não se restringem aos componentes internos do sistema, faz-se imperativo a integração com outros setores e instituições, a chamada *intersetorialidade*.

Dessa forma, reconhece-se as limitações da rede assistencial de saúde para atender à multifatorialidade da saúde, fundamentalmente as demandas impostas pelo atual quadro epidemiológico. Acredita-se, portanto, que as ações integradas com os demais órgãos se tornam mais efetivas, porém essa articulação vem se mostrando muito incipiente (ROVER *et al.*, 2016; PAIM; TEIXEIRA, 2007), o que se credita à cultura organizacional ainda hegemônica na saúde pautada na racionalidade médica.

A construção da intersectorialidade constitui um desafio, haja vista a fragmentação imposta pela lógica das administrações governamentais centralizadas, setorializadas e competitivas, bem como pela ausência de uma política estratégica de desenvolvimento social e, ainda, pelo predomínio da racionalidade médica nas arenas da saúde. (SENA *et al.*, 2012)

No outro polo da fragmentação está a integração, desta forma para superar a fragmentação na saúde é necessário a efetivação de um *sistema integrado*. Para isto, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) vêm sendo consideradas a principal estratégia para a consolidação de uma rede de serviços articulados, assegurando o acesso, a integralidade, a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, a fim de responder às situações de saúde atuais (MENDES, 2011). As RAS são definidas como “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010a, p. 04)

3.4. Síntese da fragmentação na saúde

Nosso objetivo maior com esta a revisão foi compreender as formas que a fragmentação vem sendo abordada na literatura acadêmica da Saúde Coletiva. Após exaustiva revisão dos artigos selecionados percebemos que, apesar da recorrência do termo “fragmentação” nos trabalhos, a temática na grande maioria deles aparece de forma secundária, até mesmo porque ela não é considerada em si central na literatura, o que exigiu um esforço interpretativo para identificarmos em que contexto do sistema da saúde os pesquisadores estavam relatando o problema e, quais motivos os levaram a tal constatação.

Em primeiro lugar, a dificuldade inicial, diante da variedade de expressões encontradas nos trabalhos, foi entender se os autores estavam se referindo a assuntos distintos ou se havia alguma semelhança entre as formas relatadas. Concluímos, a partir da interpretação dos artigos, que a fragmentação é abordada por todos os pesquisados como um fato-problema observado no âmbito assistencial, que possui diversas facetas e atravessa todos os níveis do sistema de saúde, indo das práticas de saúde à organização dos serviços. As convergências quanto ao âmbito referenciado possibilitaram a emergência das três dimensões: processo de trabalho, linha de cuidado e rede assistencial.

Destacamos que uma das maiores dificuldades durante a interpretação dos artigos foi o fato de a fragmentação ser tratada por alguns autores de forma trivial, quer dizer, como se ela

fosse uma qualidade inerente ao sistema de saúde e amplamente conhecida por todos, portanto sem que a questão seja problematizada, ao invés disso trata-se muitas vezes como um axioma da saúde.

Depois de realizada a sistematização dos dados obtidos na revisão foi possível perceber certa correlação entre alguns termos e a dimensão referida. Para citar alguns exemplos mais frequentes, a “fragmentação do cuidado” geralmente estava relacionada à dimensão das práticas em saúde, por outro lado as expressões “fragmentação da rede” e “fragmentação do sistema” quase sempre faziam alusão aos problemas enfrentados no âmbito da organização das ações e serviços, mas estas também foram utilizadas com outras conotações.

Em segundo lugar, procuramos compreender se havia uma razão comum que levasse à ocorrência da fragmentação, chegamos à conclusão de que em todas as dimensões do sistema de saúde a fragmentação está associada à dificuldade de superação do modelo biomédico. São inúmeras características marcantes deste modelo que ainda se fazem presente no cotidiano da assistência em saúde. Esta constatação serviu como ponto de partida neste trabalho para nos questionarmos sobre as razões do problema.

Nesse sentido, o problema da fragmentação é considerado de extrema relevância, pois está intrinsecamente relacionado com a qualidade da atenção, e conseqüentemente com o atendimento ao princípio da integralidade. Além disso, percebemos um enorme descompasso entre o que fora preconizado no contexto da Reforma Sanitária e o que se visualiza no chamado SUS real, evidenciando que os esforços feitos no sentido da reestruturação no âmbito assistencial e da superação do modelo de atenção fragmentado de viés biomédico não foram suficientes.

Evidentemente, não podemos também generalizar e supor a partir do material estudado que a realidade observada pelos pesquisadores seja uma constante no âmbito assistencial. Existem experiências que podem ir em direções opostas a estas observadas nos estudos, como nos mostra, por exemplo, a pesquisa realizada por Araújo e Rocha (2009) em Natal, em que se constatou a predominância de equipes do tipo integração nas unidades pesquisadas. No entanto, não podemos desconsiderar que a fragmentação na assistência seja um grande desafio a ser superado e que precisa ser melhor compreendido.

Por fim, gostaríamos de ressaltar que como todo processo interpretativo há um caráter subjetivo do autor nos resultados obtidos, desta maneira não temos como escapar desta realidade. Com isto, queremos dizer que outros pesquisadores podem realizar novas revisões da literatura sobre a temática da fragmentação e interpretar de forma diferente da nossa neste

trabalho, por exemplo, podem discordar das dimensões do sistema de saúde em que ocorrem a fragmentação, percebendo outras diferentes, o que não encaramos como algo problemático, pelo contrário, as divergências e contrariedades na construção do conhecimento são extremamente frutíferas.

4 AS BASES TEÓRICAS DA REFORMA SANITÁRIA

No Brasil, o Movimento de Reforma Sanitária (MRS) adquiriu um caráter político e intelectual, alinhando-se à agenda de reformas sociais no contexto do processo de redemocratização do país. Sobretudo a partir da década de 70, a insatisfação diante da política sanitária do regime militar possibilitou a mobilização de intelectuais, na sua maioria, ligados a universidades e institutos de pesquisas, lideranças sociais, movimentos de base e sindicatos, que passaram a reivindicar a saúde como um direito social (COSTA, 2014).

O crescimento econômico observado no “milagre brasileiro” não resultou na melhoria das condições de vida da população (OSMO; SCHRAIBER, 2015), ao invés disso gerou concentração de renda e aumento da desigualdade social, cujo reflexo pôde ser notado nas demandas recorrentes em saúde (PAIM *et al.*, 2011). Na contramão disto, a política adotada pelos militares privilegiava o aparato médico-hospitalar e equipamentos de alta tecnologia, o que não repercutia de forma significativa nos índices de saúde. Além do mais, a assistência à saúde não era um privilégio de toda a população, esta ficava restrita aos trabalhadores formais, contribuintes da previdência social (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

Política de Saúde, ainda que reduziu ao mínimo os gastos em saúde pública, privilegiando a assistência médico-hospitalar curativa e de alta sofisticação, ainda quando o quadro sanitário do país indique a enorme importância dos “velhos” problemas: esquistossomose, Chagas, malária, desnutrição, altos índices de mortalidade infantil, combinados com a emergência de novos padrões de mortalidade urbana (câncer, doenças cardiovasculares, acidentes, violências, etc.). Política de Saúde, enfim, que esquece as necessidades reais da população e se norteia exclusivamente pelos interesses da minoria constituída e confirmada pelos donos das empresas médicas e gestores da indústria da saúde em geral. (CEBES, 1979, p. 11)

Em suma, a política de saúde do regime militar se caracterizava pela baixa eficácia da assistência médica, elevados custos com equipamentos de alta densidade tecnológica, inserção de profissionais altamente especializados, e pela baixa cobertura populacional dos serviços, que não atendiam às reais necessidades da população (PAIM, 2008). Os serviços eram direcionados prioritariamente para o diagnóstico e tratamento de doenças, mobilizando insumos tecnológicos sofisticados para isto, mas não se conseguia responder às necessidades mais básicas da população, sobretudo a prevalência de doenças infecciosas e parasitárias.

Nesse sentido, passou-se a perceber que as reformas necessárias não deveriam se restringir apenas ao setor da saúde, mas precisavam estar atreladas a um conjunto de reformas

sociais mais profundas que culminavam na própria derrocada do governo ditatorial e no avanço da democracia (PAIM, 2008), sem os quais a consolidação do direito à saúde seria inviabilizada. Não é por acaso que o lema “Democracia é Saúde” marcou a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) ocorrida em 1986, ocasião em que os ideais da Reforma Sanitária foram reafirmados e onde foi amadurecida a proposta de um sistema de saúde público e universal.

Assim sendo, o MRS tinha como bandeira de luta a democratização da saúde e ao mesmo tempo defendia um amplo projeto de reforma social. Paim (2008) argumenta que a *proposta* de Reforma Sanitária é resultante das mobilizações capitaneadas pela sociedade civil em defesa da democracia, dos direitos sociais e de um novo modelo de saúde, que durante a 8ª CNS se transforma em um *projeto*, elegendo-se estratégias políticas para a sua implementação, e a partir de então se desdobrou em um *processo*, envolvendo a ampla participação popular e a ação política de diferentes sujeitos.

Neste contexto, destacam-se duas instituições em especial pelo seu pioneirismo e envolvimento no processo de transformações no campo da saúde, o Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), criado em 1976, fomentava a discussão sobre a democratização da saúde e contribuiu com a socialização de uma produção acadêmica crítica sobre o campo, criada três anos depois a Associação Brasileira de Programas de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) também teve importante participação na redefinição da formação de pessoal na área da saúde (PAIM, 2008). Ambas atrelavam produção teórica e engajamento político.

O resultado desta mobilização, que teve a expressiva participação popular e a figura do sanitarista Sérgio Arouca como uma de suas lideranças políticas, foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), concomitantemente à aprovação da Constituição Federal de 1988 (COSTA, 2014). A partir de então a saúde passa a ser garantida juridicamente como um direito de todos os cidadãos brasileiros, sendo atribuído ao Estado o dever de assegurar o acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, como expresso no Art. 196 da carta magna (BRASIL, 1988).

Não obstante, a Reforma Sanitária não pode ser entendida como um conjunto de mudanças ocorridas apenas no âmbito institucional e administrativo, cuja materialização geralmente se associa à democratização do acesso à saúde com a institucionalização do SUS (PAIM, 2008). Mas, configura-se como um processo de transformações mais amplas que extrapolam os limites de uma reforma setorial, perpassando pela própria concepção de saúde, uma vez que a organização dos serviços se apoia em uma determinada forma de se

compreender o processo saúde-doença, portanto a mudança da estrutura do sistema não poderia vir desvencilhada de uma crítica à concepção que lhe fundamenta:

[...] as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, aplicando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação no que diz respeito à proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que está convencendo chamar de Reforma Sanitária (BRASIL, 1987, p. 381)

Desta maneira, o MRS se contrapõe ao modelo de assistência à saúde de viés biomédico e hospitalocêntrico até então vigente, tendo em vista a sua incapacidade de responder de forma eficiente às necessidades demandadas pela população brasileira, o que para os intelectuais do movimento não se justificava apenas pela restrição de acesso aos serviços ou pela forma como estava estruturado, mas como reflexo da própria maneira de se compreender a saúde (CAMPOS; DOMITTI, 2007).

Portanto, percebeu-se a necessidade de uma reforma geral no campo da saúde, em que a reorganização da atenção deveria vir acompanhada da crítica e superação da concepção de processo saúde-doença até então hegemônica. Deste modo, para elucidar este ponto de inflexão iremos apresentar na sequência algumas das principais características do paradigma biomédico na saúde, resgatando as suas bases conceituais, para em seguida apresentarmos os fundamentos teóricos que orientaram o MRS.

4.1. Paradigma biomédico

O modelo biomédico encontra suas origens no modelo científico erigido na modernidade, alicerçando-se em uma forma objetiva e racionalizada de explicar o fenômeno da saúde. A medicina passou a andar lado a lado com o desenvolvimento da biologia, emprestando desta os conhecimentos provenientes da esfera biológica para orientar sua prática clínica (CZERESNIA, 2012). Esta mudança de perspectiva surge como ruptura à concepção de saúde mágico-religiosa que até então preponderava na prática médica (MARTINS, 1997).

O estabelecimento da ciência moderna é marcado justamente pela cisão com o pensamento predominantemente teocrático reinante no período medieval, através da crença de

que a razão, como única via apropriada para obtenção de conhecimento, levaria ao progresso da humanidade, conseqüentemente a matemática, a geometria e as ciências naturais são supervalorizadas (SOMMERMAN, 2006). Tal ruptura epistemológica traça a linha que demarcará o horizonte do conhecimento científico na idade moderna e nos séculos posteriores.

A modernidade inaugura uma forma peculiar de racionalização, através da qual o ser humano se distingue da natureza, tomando-a como objeto, seja ele de conhecimento ou fonte de recursos materiais. A ciência moderna se fundamenta, sobretudo, no método matemático devido à sua fiabilidade, os modernos acreditavam na possibilidade de encontrar a mesma regularidade dos cálculos matemáticos nos fenômenos do mundo, já que este era entendido como um sistema fechado e regido por padrões de funcionamento definidos e decifráveis. Desta forma, se antes a natureza era divinizada e suas leis ininteligíveis ao homem, a partir de então passa a ser vista por meio de cálculos, medidas e mensurações.

Sem dúvida, René Descartes (1596-1650) é considerado o principal expoente da modernidade, fundamentalmente por estabelecer a distinção basilar entre o sujeito epistêmico (*res cogitans*) e a realidade material (*res extensa*), objetivável e mensurável (SOMMERMAN, 2006). Isto abre pressuposto para o desenvolvimento da ciência moderna, pois assegura-se a possibilidade de o homem conhecer a natureza de forma objetiva, tomando a racionalidade como parâmetro de validade para o conhecimento.

O método cartesiano se utiliza da análise, o qual prevê iniciar uma investigação primeiramente pela divisão dos objetos mais complexos em partes mais simples para depois recompô-los, em outras palavras, para se conhecer o todo dever-se-ia começar pelo estudo das partes. O chamado paradigma disciplinar, portanto, nasce nesse contexto, parte de uma perspectiva epistemológica de que o conhecimento pode ser obtido em “partes” ou “frações” separadamente, com isto surgem as disciplinas e as distintas especialidades (ALMEIDA FILHO, 2005).

Mas, para conhecer e analisar, é necessário dividir. A realidade deve não somente existir fora e independentemente do observador, mas ela deve, também, ser decomponível e analisável em partes, o todo se recompondo depois pela soma de suas partes (PAUL, 2005, p. 76)

A hegemonia deste modelo científico pôde ser visualizada praticamente em todas as áreas do conhecimento e, com as ciências da saúde não poderia ser diferente. O corpo humano passou a ser objeto de estudo compreendido isoladamente, distinto da alma, assim, toda aura

sagrada que outrora o envolvia sucumbe à concepção de um conjunto de órgãos e tecidos (MARTINS, 1997). Nesse sentido, com o desenvolvimento da anatomia através da dissecação de cadáveres, abriu-se caminho para um mundo até então inexplorado, sendo possível à ciência adentrar nas entranhas do corpo humano e desvendar os seus mistérios.

A partir das pesquisas no ramo da microbiologia no século XIX descobriu-se os microrganismos e, sobre eles recaiu a responsabilização pelo adoecimento, o que ficou também conhecida como revolução pasteuriana. A visão estritamente *biologicista*, por meio da qual se entendia que as causas das doenças estavam circunscritas no corpo biológico, tornou-se predominante entre os médicos e cientistas. Esta concepção orientou políticas e intervenções no setor da saúde, como a política higienista ocorrida no Brasil, encabeçada pelo médico-sanitarista Oswaldo Cruz (MARTINS, 1997).

O corpo é considerado nessa lógica como possuidor de padrões de funcionamento definidos e regulares, portanto as causas do adoecimento poderiam ser encontradas no próprio organismo (CANGUILHEM, 2015). Nesta perspectiva, o adoecimento é entendido unicamente na esfera biológica e, a explicação das doenças se dá a partir de uma relação de causa e efeito, sendo atribuída a um patógeno (vírus, bactéria, protozoários) a responsabilidade pelo distúrbio no organismo. Por conseguinte, se o fator causador da doença (o agente etiológico) for controlado ou eliminado o organismo retornaria ao seu estado de funcionamento “normal”, obtendo-se a cura.

Nesse sentido, a racionalidade científica deste modelo segue a lógica da unicausalidade na compreensão da doença, na qual considera-se a existência de apenas uma causa determinante para o adoecimento, o que seria o chamado agente etiológico. Neste modelo explicativo a doença é concebida objetivamente, ou seja, é verificável, mas para tanto é preciso reduzir o fenômeno, isolando as variáveis intervenientes a fim de identificar aquela causadora da patologia.

Desta forma, parte-se do entendimento de que o corpo humano possui um padrão de funcionamento regular, caracterizado como o estado saudável, por outro lado, a doença é vista como uma disfunção orgânica ou um estado de anormalidade (CANGUILHEM, 2015). Na analogia do corpo humano com uma máquina poderíamos dizer que a doença é um defeito de alguma de suas peças que atrapalha o seu funcionamento adequado e, a tarefa do médico seria a de consertá-la e restaurar o estado de normalidade.

O ser humano passou a ser visto como um corpo máquina, análogo ao universo máquina postulado pelo cientificismo e pelo mecanicismo então

triumfantes. O universo passou a ser visto como fruto do mero acaso da interação das partículas e humano como fruto da simples “evolução natural”. (SOMMERMAN, 2006, p. 14)

Com base nisto, os serviços assistenciais de saúde são pautados no tratamento e na cura de doenças, cujo principal objeto de intervenção é o organismo biológico, característica que torna este modelo conhecido também como *curativista*. Neste processo a figura do médico recebe um papel de destaque, cuja eficácia é atestada a partir de um diagnóstico aliado ao uso de equipamentos tecnológicos e uma terapêutica geralmente medicamentosa. Conseqüentemente, há uma interdependência entre o desenvolvimento da indústria farmacêutica e do avanço tecnológico da área médico-hospitalar na produção do trabalho médico.

É nesta ótica que o Relatório Flexner (1910), visto como um marco para a consolidação do modelo curativista, apontava a necessidade de reformulação do ensino médico nos Estados Unidos visando à adequação dos cursos de medicina a padrões rígidos, com enfoque no saber especializado e na técnica, o que ressoou em vários países do mundo. Este documento ressalta a necessidade de as faculdades de medicina se apoiarem em bases científicas sólidas, principalmente nos conhecimentos das chamadas ciências fundamentais (bioquímica, microbiologia, fisiologia, fisiopatologia, entre outras), também a importância da utilização de equipamentos de alta tecnologia para o diagnóstico e tratamento de doenças, e o vasto conhecimento sobre a prescrição de medicamentos.

O modelo flexneriano, como ficou conhecido, tem como características: o mecanicismo, o biologicismo, o individualismo, a especialização, a tecnificação do ato médico e o curativismo. O mecanicismo, introduzindo a analogia do corpo humano com a máquina; o biologicismo, pressupondo o reconhecimento apenas da natureza biológica das doenças e das suas causas e conseqüências; o individualismo manifestando-se, de um lado, pela instituição do objeto individual da saúde e, de outro, pela alienação dos indivíduos excluindo, de sua vida, os aspectos sociais; especialização, que substitui a globalidade do sujeito pela propriedade do conhecimento de suas dimensões específicas, resultando: a tecnificação do ato médico, como nova forma de mediação entre homens, os profissionais e a doença; o curativismo, em que toda ênfase está nos aspectos curativos por prestigiar o diagnóstico e a terapêutica em detrimento da prevenção. (BALESTRIN; BARROS, 2009, p. 25-26)

Desta forma, neste modelo a saúde é definida em uma acepção negativa, sendo o conceito de saúde entendido como sinônimo de ausência de doença, o que significa dizer que ela é entendida a partir de uma relação de polaridade em oposição à doença, ou ainda, de

maneira dicotômica (ou se está doente ou se está sadio). Nesta lógica, o indivíduo saudável é visto como aquele que não possui nenhuma doença, caracterizando-se assim como uma visão restrita ao funcionamento orgânico do indivíduo, que desconsidera outros aspectos interatuantes.

4.2. O social na saúde

No entanto, a concepção de saúde biomédica começa a ser contestada no final da década de 60 com o surgimento do movimento crítico no Brasil e na América Latina denominado de Saúde Coletiva, campo de conhecimentos e práticas disposto a superar a insuficiência do modelo médico clássico, a partir da proposição de um novo modelo explicativo para a saúde marcado pela forte influência das Ciências Sociais (IANNI, 2011), desta forma a dimensão social começa a ser considerada fundamental para a explicação das causas das doenças.

[...] nesse momento, observou-se no Brasil e no restante da América Latina uma produção teórica importante, que reconhecia os vínculos das práticas de saúde com a totalidade social. Nesse sentido, as contribuições das ciências sociais ao estudo da saúde foram fundamentais para alcançar o grau atual de sistematização dos conhecimentos no campo. (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 211)

Segundo Nunes (1994) a Saúde Coletiva tem suas raízes em duas abordagens da saúde. A primeira delas é preventivista, que surge a partir de 1950 como crítica à medicina altamente especializada nos Estados Unidos, cuja prática demandava elevados custos. Com isto, propõem-se mudanças no ensino médico das faculdades americanas inserindo a noção de prevenção, pretendia-se assim provocar transformações na saúde pública, em que o médico seria o principal responsável através de sua prática individual. Esta perspectiva de cunho liberal se alinha com a defesa da expansão da Atenção Primária por órgãos internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), como forma de reduzir custos com os serviços de saúde através de ações preventivas.

O modelo preventivista chega na América Latina na segunda metade da década de 1950 com seminários patrocinados pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) com propostas de inclusão de novas disciplinas na formação médica como a epidemiologia,

ciências da conduta (sociologia, antropologia e psicologia), administração de serviços de saúde e bioestatística (NUNES, 1994). Desta forma, através da ampliação da formação médica procurava-se superar o ensino biologizante, orientado para práticas individuais e para a área hospitalar.

A Saúde Coletiva recebe influência também da Medicina Social, através desta os fatores sociais e econômicos começam a ser levados em consideração no campo da saúde, sobretudo a partir das transformações nas condições de vida com o advento da industrialização no século XIX na Europa. Tais mudanças ocorridas no modelo de produção afetaram significativamente as condições de saúde dos indivíduos acarretando no aumento de morbidades, sobretudo em decorrência das extensas jornadas de trabalho impostas, à insalubridade dos locais fabris e aos movimentos repetitivos, somando-se aos problemas provocados pela urbanização, como o lixo, saneamento e condições de moradia:

O contato com as novas condições de vida decorrentes do processo de industrialização, como a condição dos trabalhadores e a realidade social em que viviam, fez emergir novas ideias no campo da saúde em suas relações com a sociedade. Desse cenário, germinou a ideia de Medicina Social. (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 210)

O crescimento da economia dos países industrializados estava intrinsecamente relacionado com a força de trabalho, por isso as mortes e os problemas de saúde da população prejudicavam diretamente a capacidade de geração de riquezas, é nesse cenário que nasce a Medicina Social (FOUCAULT, 2001). A necessidade de assegurar a força produtiva levou ao desenvolvimento de estratégias pelo Estado para intervir através de medidas institucionais na saúde das populações, desta maneira a saúde passou a ser tratada como um problema também econômico.

A Saúde Coletiva no Brasil surge como movimento de ruptura a estas duas abordagens no interior dos próprios departamentos de medicina preventiva e social nas universidades e centros de pesquisa. Segundo Osmo e Schraiber (2015) as críticas se sustentaram principalmente nas seguintes convicções: a condição de classe social determina muito mais a doença do que os fatores biológicos; a crença de que o crescimento econômico traria melhoria nas condições de saúde não foi concretizada; a atenção médico-hospitalar se mostrou ineficaz; e a organização dos serviços não pode atender exclusivamente a considerações técnicas e científicas, mas sim políticas e econômicas.

Em relação aos fundamentos teóricos vinculados à proposta da reforma sanitária, Paim (2008) aponta que as concepções de saúde utilizadas foram elaboradas pelo seu braço acadêmico, ou seja, pelos departamentos de medicina preventiva e social e as escolas de saúde pública ou equivalentes. (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 2012)

Os intelectuais deste campo começaram a considerar a saúde e a doença também como reflexo das condições econômicas e sociais, tendo como fundamento teórico o materialismo histórico, representado pela noção de determinação social das doenças (PAIM, 2008). Assim, aspectos como o trabalho, salário, habitação, transporte e nutrição, meio ambiente passaram a ser considerados determinantes no adoecimento, principalmente se tratando de um país marcado pelas desigualdades e mazelas sociais históricas.

Desta forma, a compreensão do fenômeno do adoecimento se distancia da perspectiva limitada ao organismo biológico, na medida em que outros condicionantes passaram a ser considerados centrais no processo de adoecimento, na medida em que se fortalece a convicção de as desigualdades sociais e econômicas serem as principais causas das grandes demandas em saúde da população brasileira (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Ganhou força a compreensão dos fenômenos da saúde e da doença como determinados social e historicamente, sendo o materialismo histórico um importante fundamento epistemológico. (OSMO E SCHRAIBER, 2015, p. 213)

Se no modelo biomédico a compreensão da doença se dá pela lógica da unicausalidade, notamos que neste novo paradigma a multifatorialidade é considerada inerente ao processo saúde-doença (IANNI, 2011). Neste sentido, entende-se que são diversos os fatores que incidem sobre grupos específicos e indivíduos determinando as suas condições de saúde. Os condicionantes podem se situar em um nível macro, como as condições políticas e econômicas, assim como em um patamar mais específico como os estilos de vida e a carga genética, mas nenhum deles atuam isoladamente.

Esta forma de compreender a saúde como resultante da estrutura social foi assimilada no arcabouço legal no Brasil (PAIM, 2008), assim o Estado assume o compromisso de organizar os serviços e ações levando em conta os condicionantes e determinantes da saúde (trabalho, salário, alimentação, habitação, transporte, meio ambiente, entre outros.). Nesta perspectiva, há um deslocamento no foco do indivíduo para o coletivo, entendendo-se que a saúde é produzida ativamente em sociedade, com isso as ações assistenciais não podem se voltar para o indivíduo exclusivamente.

A incorporação à base jurídico-legal do SUS de uma concepção ampliada de saúde, que incluiu os condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos, e uma visão abrangente e integrada das ações e serviços de saúde, busca superar a visão dominante de focar a saúde pela doença, sobretudo nas dimensões biológica e individual. Sem negar o peso e a importância das doenças na configuração de sistemas de saúde e na consequente oferta de ações, o entendimento ampliado sobre a produção da saúde apresenta uma série de novos desafios ao sistema de saúde brasileiro, exigindo-lhes novas concepções e modos de operação. (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 532)

Em vista disto, o SUS se orienta a partir desta concepção de saúde ampliada, rejeitando a concepção negativa (ausência de doença), por esta razão a organização dos serviços da saúde não se limitou ao aparato médico-hospitalar, já que o sistema não é concebido unicamente para o tratamento e a cura de doenças. Como boa parte das doenças têm suas causas conhecidas e evitáveis, cabe ao sistema de saúde também a função de atuar na prevenção, promoção, proteção e educação em saúde, portanto a Atenção Básica adquire um papel fundamental neste modelo.

4.3. Limitações do enfoque da determinação social

A fundamentação teórica no conceito de determinação social da saúde permitiu à Saúde Coletiva a crítica ao biologicismo e ao modelo de saúde centrado no indivíduo e na doença. Ampliou-se, com isto, a compreensão sobre a saúde, deslocando o foco do organismo biológico para o indivíduo em seu contexto, pois passa-se a considerar que a saúde não pode ser apreendida sem a compreensão de que o biológico e o social estão imbricados. No entanto, esta concepção ainda apresenta algumas limitações, sobretudo pela centralidade nos condicionantes sociais.

Trata-se de uma formulação que encontra bases na sociologia clássica ou nos clássicos da modernidade. Uma ciência social voltada para o social, e que no afã de garantir a sua identidade relegou as coisas da natureza para as ciências naturais, ocupando-se apenas das questões sociais [...]. Não houve, portanto, a preocupação com o natural. Procurou-se explicar os fenômenos sociais recorrendo-se exclusivamente à sociedade e partindo-se do pressuposto de que as causas deveriam ser buscadas principalmente nas relações e fenômenos sociais. (IANNI, 2011, p. 34)

Nesse sentido, a relação problemática antiga que existe entre a dimensão biológica e a social não foi superada, ao contrário a separação foi mantida com a sobreposição dos aspectos sociais sobre os de ordem biológica na compreensão do processo saúde-doença (IANNI, 2011). Apesar de se pretender através desta concepção uma compreensão da totalidade do fenômeno da saúde, entendemos que a matriz teórica que lhe orienta não possibilita uma visão integrada, até mesmo porque a pretensão do conhecimento da totalidade não parece muito razoável.

Foi nesse *constructu* que a Saúde Coletiva encontrou suas bases teóricas e epistemológicas para a elaboração crítica ao biologicismo (Mendes Gonçalves, 1990): a determinação social. Não é de surpreender, portanto, que ela seja caudatária dessa construção sócio-histórica (Luz, 1995), em que há uma presumida ‘separação’ do biológico e do social nas ciências, assentada na negação da natureza, por um lado, e na afirmação da sociedade, por outro. (IANNI, 2011, p. 34-35)

A Saúde Coletiva não é considerada uma disciplina científica, mas um campo científico que aglutina diferentes disciplinas em torno de um objeto que não é muito bem definido, ainda é nebuloso, situa-se entre o biológico e o social, o individual e o coletivo, (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). Este campo reúne diferentes disciplinas, cada qual com objetos de estudo e recortes da realidade delimitados, o que torna extremamente dificultosa a integração em torno de um campo de estudo e intervenção sobre o objeto saúde.

Por outro lado, a Saúde Coletiva é considerada como um campo de produção de conhecimentos e intervenção prática, ou seja, ao mesmo tempo alia a produção de conhecimento à intervenção prática. No entanto, os pressupostos teóricos em que aquela se assenta são pouco operativos para orientar as práticas em saúde. Na ausência de um arcabouço teórico para orientar as intervenções em saúde, acaba-se pegando emprestado os conhecimentos e técnicas do paradigma biomédico, pois este ao contrário é inerentemente pragmático.

A racionalidade científica que orienta o modelo biomédico caracteriza-se por ser instrumental, o que reflete na forma de intervenção em saúde já conhecida por nós: “O modelo científico da biomedicina, apesar das graves contradições que gera, apresenta a força de ser operativo, instrumental, utilitário (CZERESNIA, 2012, p. 66)”. Por outro lado, a abordagem da produção social da saúde se mostra pouco operativa, não consegue escapar da característica própria das Ciências Sociais de compreensão da realidade, neste caso particular do fenômeno da saúde.

Não obstante a existência de várias críticas indicando a insuficiência do modelo biomédico na saúde, ainda não se conseguiu superar as principais características deste modelo, como a centralidade na figura do médico, ações de caráter curativista e o fracionamento do cuidado como pudemos ver no capítulo anterior. É nesse aspecto que nos lançamos ao desafio de refletir neste estudo sobre a fragmentação da saúde por um viés teórico, por acreditar que os pressupostos teóricos e epistemológicos que fundamentam o campo da Saúde Coletiva apresentam limitações para orientar a organização dos serviços e práticas em saúde.

5 O PARADIGMA DA COMPLEXIDADE

A Teoria dos Sistemas Complexos (TSC) é oriunda de debates teóricos e metodológicos acerca das limitações do modelo clássico de ciência construído na modernidade (SCHRAMM, 2010). A teoria da complexidade surge, portanto, a partir dos esforços de cientistas de várias áreas do conhecimento no sentido de proporem um novo paradigma para a ciência. Diversos autores, dentre eles Prigogine, Stengers, Maturana, Morin, vêm sendo reconhecidos por se lançarem ao desafio de desenvolverem trabalhos pioneiros nesta perspectiva em diferentes frentes: física, ecologia, filosofia da informação, entre outras.

O paradigma da complexidade aparece como crítica à ciência clássica e curiosamente é desenvolvido no próprio interior das chamadas ciências duras, que historicamente são vistas como as maiores representantes deste modelo científico. A partir das descobertas ocorridas ao longo do século XX, a racionalidade científica começou a dar mostras de sua incapacidade de abarcar a complexidade do real. A física quântica, o princípio da incerteza, a teoria do caos e a termodinâmica vieram balançar o terreno científico colocando em xeque a pretensa objetividade e regularidade que se acreditava haver nos fenômenos naturais.

Ora, a complexidade chegou a nós, nas ciências, pelo mesmo caminho que a tinha expulsado. O próprio desenvolvimento da ciência física, que se consagrava a revelar a Ordem impecável do mundo, seu determinismo absoluto e perpétuo, sua obediência a uma Lei única e sua constituição de uma forma original simples (o átomo) desembocou finalmente na complexidade do real. (MORIN, 2015, p.14)

A teoria da complexidade, que tem Edgar Morin como um dos seus principais nomes, foi constituída reunindo elementos de três teorias principalmente: teoria dos sistemas (Ludwig von Bertalanffy), cibernética (von Foerster e von Neuman), e teoria da informação (Wiener e Shannon e Weaver). Dessa forma, a incorporação de princípios destas teorias perpassa pela crítica e reinterpretação de alguns destes, assim constitui uma nova forma de inteligibilidade do real, é por isso Morin prefere a utilização da expressão *pensamento complexo*.

A palavra complexo vem do latim *complexus*, que deriva da palavra *com* (junto) e do verbo *plectere* (tecer, entrelaçar), significando aquilo que está entrelaçado, ou, que foi tecido junto (SCHRAMM, 2010). No sentido empregado nesta concepção, os elementos que compõem esse complexo ou emaranhado interligado seriam os “[...] acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem nosso mundo fenomênico”

(MORIN, 2015, p. 13). Com isto, a tentativa de conhecer elementos constitutivos do todo separadamente é vista sempre como limitada, justamente por se desconsiderar que eles se encontram interligados, e toda tentativa de parcelar o conhecimento é incompleta.

A complexidade nos fenômenos naturais sempre foi um desafio para o conhecimento, a ciência clássica procurou afastar o incerto do conhecimento e se esforçou em conseguir encontrar a ordem na desordem, esta sempre sendo vista como fruto da ignorância (MORIN, 2015). Este modelo científico, segundo Morin, mutilou o conhecimento e provocou a ignorância e cegueira na humanidade, para ele além de desfigurar o real o pensamento mutilador leva a ações mutilantes, em que se pese o uso desenfreado da razão no desenvolvimento tecnológico.

Se as posições reducionistas contribuíram muito para o desenvolvimento tecnológico, cooperaram também para a fragmentação crescente da realidade e das disciplinas e para a redução do sentido da vida humana (SOMMERMAN, 2006, p 19)

Por conseguinte, os cientistas acreditavam que por detrás da complexidade aparente da natureza poderiam encontrar a simplicidade no mundo microcômico. Segundo Morin (2015), este foi um dos principais equívocos deste modelo, pois o autor considera que não existe o simples, mas sim a simplificação criada pelo cientista. A simplificação é operada por se acreditar que a realidade pode ser conhecida em parcelas – característica herdada do cartesianismo –, com isso, separa-se os fenômenos físicos, biológicos, psicológicos e culturais, considerando-os como esferas distintas.

Assim, a ciência procede à *análise* dos todos complexos, à separação em partes. Começa por retirar o objeto de estudo dos contextos em que ele se encontra. Por exemplo, o biólogo leva a planta que recolheu em uma montanha para ser estudada em um laboratório, o psicólogo leva o indivíduo para ser observado, estudado, atendido, fora de seu contexto relacional. Então a ciência procede à *atomização*, em busca, como diz Morin (1990), do ladrilho elementar com o qual está construído o universo. (VASCONCELLOS, 2013, 74)

Nesse sentido, Queiroz (2003) nos dá um bom exemplo de como a tentativa de simplificação da realidade é extremamente improfícua para o conhecimento. O autor relata que algumas tentativas em Campinas (SP) de levar plantas medicinais conhecidas pela população ao laboratório para se extrair os seus princípios ativos se confirmaram fracassadas. Não foi possível obter os mesmos efeitos terapêuticos em comparação à forma como as

plantas eram utilizadas por benzedadeiras, o que propiciou a incorporação dos saberes destas no âmbito da assistência à saúde na cidade.

Além deste aspecto, a ciência tradicional também se caracterizou pela tentativa de unificar aquilo que é múltiplo, reduzindo o fenômeno estudado. A redução da complexidade é realizada a fim de tornar o sistema inteligível, por isso esta lógica científica também é conhecida como paradigma reducionista. Um bom exemplo disto, é a redução do organismo biológico dos seres vivos ao funcionamento físico-químico, como ocorre no modelo explicativo da saúde de caráter biologicista (VASCONCELLOS, 2013).

A disjunção no conhecimento é outra característica a ser superada de acordo com a teoria da complexidade, disjuntar nesta perspectiva significa separar aquilo que é junto e inseparável. Como exemplo disto, podemos destacar a separação estabelecida entre pesquisador e objeto no âmbito científico, devido à aspiração à objetividade no conhecimento, além desta ocorre também a separação entre a parte e o todo, o simples e complexo, uno e múltiplo (MORIN, 2016).

Por conseguinte, o modelo científico cartesiano apresenta várias limitações, principalmente por considerar fragmentos da realidade e não abarcar a complexidade dos fenômenos ao reduzi-los. Diante disto, o novo paradigma proposto para a ciência busca a unidade do conhecimento com a religação dos saberes e a superação do conhecimento reducionista, simplificador e disjuntor, admitindo a incerteza como inerente ao conhecimento e a inseparabilidade entre ordem e desordem. Morin (2016) acredita que só a partir da perspectiva do pensamento complexo é possível contemplar a complexidade irreduzível do real.

Não obstante, há um mal-entendido bastante comum de se compreender que a teoria da complexidade almeja abarcar um conhecimento da totalidade, sendo por isto interpretada por muitos como uma teoria holística. Morin é enfático ao afirmar que conhecer a totalidade é uma pretensão infundada, não podemos visar o conhecimento do todo sem correr o risco de cair em um esvaziamento teórico, o holismo seria, portanto, uma “[...] visão projetada para um objeto teórico inexistente ” (LEFF, 2011, p. 182). O holismo também não escapa de incorrer na redução, porém de outra ordem, do todo pela parte:

A teoria dos sistemas reagiu ao reducionismo, não e pelo “holismo” ou ideia de “todo”. Ao acreditar, porém que fosse possível ultrapassar o reducionismo, o “holismo” de fato operou uma redução no todo: daí decorre não apenas sua cegueira sobre as partes enquanto partes, mas sua miopia sobre a organização enquanto organização, sua ignorância da complexidade que existe na unidade global (MORIN, 2016, p. 156)

A teoria da complexidade tem como conceito-chave a noção de sistema herdado da Teoria Geral dos Sistemas de Bertalanffy surgida na década de 1950, a qual utilizava uma abordagem sistêmica no estudo de organismos vivos biológicos, posteriormente esta perspectiva se estende para diversas áreas do conhecimento como forma de “[...] descrever, analisar, abstrair e idealizar os contextos físico, biológico, mental, formal e social” (PEREIRA JÚNIOR; CRUZ; ANDRADE, 2012, p. 117). Na TSC, adota-se o conceito de sistemas complexos, os quais são constituídos por elementos interconectados e interdependentes, juntamente com outros sistemas compõem o tecido complexo da realidade. Os sistemas complexos podem ser organismos biológicos, grupos sociais, redes neurais, entre outros.

Nesta teoria, os sistemas complexos são abertos, o que significa dizer que não podem ser considerados de forma isolada, pois todo sistema está situado em um ambiente e possui relação com seu entorno, mantendo fluxo de informação. Os sistemas também são dinâmicos, pois se organizam a partir da interação entre os seus elementos e na diferenciação com outros sistemas, portanto não são finalistas, ou seja, não há uma finalidade determinada previamente para o seu funcionamento. Assim sendo, toda tentativa de entendê-los de forma mecânica ou causal é limitada.

Nesse sentido, a organização de um sistema não é definida a partir da soma das características individuais de seus elementos, por isso Morin afirma que o todo é maior que a soma das suas partes constituintes. Esta abordagem envolve, portanto, uma teoria da organização, mas se distancia do organicismo que considera uma totalidade harmoniosa. As partes, diferentemente da abordagem simplificadora, só podem ser compreendidas na relação com as demais partes do todo, haja vista que a organização dos sistemas não é considerada como uma entidade fixa.

Nos sistemas dinâmicos, a organização emerge a partir das inter-relações e interações entre os seus componentes, por isto Morin sustenta a necessidade de uma teoria complexa da organização. Neste pensamento, há um afastamento da pretensão predominante no campo científico de encontrar as regularidades do mundo, pois considera-se que a ordem não possui natureza própria, ela tem sua gênese a partir da desordem, há, portanto, inseparabilidade entre ordem, desordem e organização. A ciência ignorou a realidade caótica e procurou ver apenas a aparente imutabilidade nas leis naturais, busca-se agora reconsiderá-la.

Nessa linha, a ordem e os arranjos estruturais dos sistemas não são preestabelecidos, mas emergem da interação entre os elementos, derivam de processos descentralizados, ou seja, que não obedecem a um centro de controle (PEREIRA JÚNIOR; CRUZ; ANDRADE,

2012). Assim, a emergência é outra característica dos sistemas complexos, ela diz respeito ao surgimento de propriedades novas no sistema, isto é, que não estavam contidas nas propriedades iniciais dos seus elementos, portanto é uma ocorrência imprevista que foge às leis tradicionais de determinação e à lógica formal.

A organização dos sistemas, portanto, é constituída como produto das interações que os componentes do sistema mantêm entre si, o próprio sistema cria sua ordem e sua organização, disto deriva o conceito de auto-organização (DEBRUN, 1996). Contudo, esta ordem pode ser colocada em xeque pela instabilidade interna do sistema, assim como, em decorrência de perturbações do entorno, podendo levar ao seu colapso se não conseguiu desenvolver a capacidade de se adaptar às variações. Portanto, nesta perspectiva as mudanças que ocorrem nos sistemas não são atribuídas unicamente a fatores externos, como em uma relação de causa e efeito.

Nos sistemas complexos os eventos não ocorrem de forma linear, diferentemente da causalidade linear predominante no conhecimento científico eles não obedecem a uma relação de causa-efeito, ou seja, os acontecimentos não podem ser preditos apenas pelos estímulos ou *inputs* no sistema. O paradigma da complexidade admite descontinuidades, paradoxos, contradições, ruídos, com isso o sistema não necessariamente vai reagir aos estímulos sempre da mesma forma (ALMEIDA FILHO, 2006).

Neste sentido, se aplicarmos este raciocínio para os organismos biológicos ou grupos populacionais, implica dizer que as variáveis intervenientes ou os chamados fatores de risco não são considerados determinantes no adoecimento, pois não há uma dependência causal direta. Se considerarmos aqueles como sistemas dinâmicos, pressupõe-se que eles não podem ser tratados da mesma forma que um sistema mecânico, cuja reação equivale aos estímulos externos, nesta concepção, por outro lado, a causalidade é recursiva ou retroativa, dado que os sistemas não são passivos aos fatores externos.

O paradigma da causalidade define promoção da saúde como prevenção de doenças; sua noção de prevenção baseia-se no conceito epidemiológico de risco; risco implica probabilidade de ocorrência de eventos de saúde; probabilidade de ocorrência é função de modelos de predição; valor preditivo equivale a causalidade. (ALMEIDA FILHO, 2006, p. 5)

Nesta abordagem as perturbações geradoras pelo entorno e/ou adaptações do sistema não podem ser previstas nem determinadas com precisão. Porém, algumas características do sistema podem contribuir para o colapso, assim como para se adaptar e adquirir resistência às diversas perturbações, esta característica é chamada de resiliência. No contexto da saúde em

grupos populacionais o processo de instabilidade pode ser desencadeado por mudanças ambientais, crises de abastecimento, epidemias, conflito por terras, dentre outros.

Desta maneira, podemos dizer que o objeto em saúde é caracterizadamente complexo, pois nenhuma disciplina isoladamente consegue abarcá-lo em sua completude, já que envolve sistemas vivos, ambientais, representações e dispositivos de controle. Consequentemente, os paradigmas construídos com base na simplificação e redução do conhecimento demonstraram a incapacidade em responder às necessidades em saúde.

A teoria da complexidade traz à cena a produção e o estudo de novos objetos – objetos complexos que não se subordinam a nenhuma aproximação meramente explicativa e que nem por isso mereceriam ser excluídos do campo de visão da ciência justamente por serem indisciplinados. (ALMEIDA FILHO, 2005, p. 38)

É nesse sentido que acreditamos que o fenômeno da saúde precisa ser compreendido a partir de uma epistemologia complexa. Acreditamos que essa reflexão é necessária se se almeja uma assistência de qualidade, principalmente com o intuito de fazer proveito das potencialidades do caráter multidisciplinar da Saúde Coletiva. No entanto, notamos a carência de estudos na literatura acadêmica da área que creditam à epistemologia do campo da saúde a razão para alguns dos problemas enfrentados no âmbito assistencial.

Uma primeira aproximação mostra que o campo da Saúde Coletiva, talvez por ser novo e existir apenas no Brasil, ou talvez por articular-se também em uma dimensão mais prática dos serviços de saúde, por vezes confundindo-se com essa dimensão de corte político-administrativo, carece de reflexões mais aprofundadas no campo epistemológico. (OSMO E SCHRAIBER, 2015, p. 214)

A dificuldade de operacionalizar o método da complexidade pode assustar algumas pessoas, já que não existe um método que assegure o conhecimento da complexidade em sua completude. Morin (2016) argumenta que não parte de um método definido, mas de um esforço em trilhar um caminho, procurando se afastar das características mutilantes do conhecimento do paradigma da simplificação. O autor relembra que o significado original da palavra método é caminho, assim afirma que só se faz um caminho caminhando.

Entretanto, aqui surge a primeira complicação, pois parece que os caminhos – ou métodos – para lidar com sistemas complexos não são dados a priori, apesar daquilo que nos foi dito e ensinado sobre epistemologia e metodologia durante muito tempo por racionalistas e empiristas, pois não

temos um modelo teórico preciso que nos permita compreender tais sistemas. (SCHRAMM, 2010, p. 87)

Nesta linha é que procuramos refletir neste trabalho sobre o problema da fragmentação na saúde, através do suporte do paradigma da complexidade. Percebemos que tanto a abordagem biomédica quanto a da produção social possuem limitações para compreender e intervir sobre a complexidade da saúde. Isto porque estas possuem conhecimentos parciais sobre o fenômeno, os quais orientam intervenções também limitadas.

A maioria das especialidades e profissões de saúde trabalha com um referencial sobre o processo saúde e doença restrito. Predominam os filiados à racionalidade biomédica, o que os leva a pensar e a agir segundo essa perspectiva restrita. Outros tendentes a valorizar o social na explicação desse fenômeno também geram soluções restritas a essa linha de intervenção. O mesmo se pode observar entre aqueles adeptos de explicação subjetiva (desejo ou cognição) que pensam linhas de trabalho restritas a esses planos. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 405)

A perspectiva biomédica reconhecidamente empreende a simplificação e a redução do fenômeno, possui a característica de ser operativa e pragmática, pois delimita seu objeto de estudo e intervenção no organismo biológico, porém se enquadra em uma racionalidade instrumental que trouxe consequências indelévels para a sociedade, como as iatrogenias causadas pelo uso excessivo de medicamentos e consumo de tecnologias.

Por outro lado, a concepção de saúde que se sustenta nos conhecimentos das Ciências Sociais não conseguiu a integração entre biológico e social como seus adeptos defendem. Apesar de diferir em grande medida do modelo biomédico, a nosso ver esta perspectiva se orienta por uma visão ainda mecanicista do processo saúde doença, considera a saúde como um evento determinístico, com isso não abandona a ideia de causalidade, ao invés disso incorpora a noção de multicausalidade, desconsiderando a possibilidade da emergência.

Efetivamente, o objeto da saúde coletiva é muito mais tolerante a formas aproximadas de antecipação do seu processo, ressaltando a natureza não-linear da sua determinação e a imprecisão (ou borrosidade) dos seus limites. Então, será plenamente legítimo buscar a superação da prática preventiva preditiva desta saúde pública que tanto se conhece, tanto no sentido de sua aplicação ao indivíduo quanto em sua aplicação em geral, em direção a uma saúde coletiva previsional ou, pré-visionária, quer dizer, uma saúde coletiva capaz de propor visões, formas, figuras e cenários, em vez de prever algumas poucas medidas e seus pobres efeitos. (PAIM; ALMDEIDA FILHO, 1998)

Com base nisto, Almeida Filho (2006) faz a distinção entres dois modelos explicativos da saúde que são considerados semelhantes, o da complicação e o da complexidade. Na complicação são consideradas inúmeras variantes e níveis de causalidade, porém isto não o torna um modelo complexo. O modelo explicativo com base no conceito de determinação social se enquadra em um modelo complicado, pois neste modelo são considerados multiníveis de determinação na predição epidemiológica, mas isto não quer dizer que este consegue abarcar a complexidade, pois esta está para “[...] além da multiplicidade ou multiplicação de variáveis do sistema.” (ALMEIDA FILHO, 2006, p. 13)

Todas as interconexões entre os componentes são do mesmo tipo, tornando-o um sistema monótono. Trata-se de outra faceta do reducionismo cartesiano, no sentido de que essa forma de modelar a realidade reduz a diversidade dos nexos existentes em qualquer fenômeno ou processo a relações estandardizadas. (ALMEIDA FILHO, 2005, p. 37)

Para se superar o desafio apontado da fragmentação no campo da saúde, apenas os esforços referentes ao aperfeiçoamento da gestão, financiamento e estrutura do sistema de saúde não são suficientes. Inegavelmente esses aspectos são de grande importância, mas tal discussão pode também ser feita no nível epistemológico que orienta e fundamenta as práticas em saúde. Pensar uma concepção de saúde de maneira articulada requer uma reflexão crítica acerca dos pressupostos teóricos. Desta maneira, impõe-se às ciências da saúde a necessidade de se repensar e reconstruir seus fundamentos epistemológicos.

As mudanças visualizadas no âmbito da estrutura e organização dos serviços de saúde proporcionadas pela Reforma Sanitária não foram suficientes para a superação de inúmeras dificuldades na saúde. Na mesma perspectiva, tanto a organização dos serviços como as práticas em saúde não estão desvencilhadas de uma forma de compreender o fenômeno da saúde. Inclusive a própria estrutura arquitetônica dos estabelecimentos de saúde também obedecem a uma lógica:

Até mesmo o desenho arquitetônico da maioria dos ambulatórios reflete essa lógica de ferro: uma sucessão de pequenas salas para consultório ou procedimentos que, de tão desconectados, bem poderiam funcionar em espaços geográficos distintos. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 403)

5.1. A complexidade na saúde

O paradigma da complexidade se tornou mais frequente nos últimos anos no campo da saúde através principalmente do debate sobre a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade (ALEKSANDROWICZ, 2002). Frente às limitações do paradigma simplificador cartesiano, que possibilitou a separação em diversas disciplinas e a compreensão da saúde por recortes, busca-se a integração entre as disciplinas, seja na produção do conhecimento em saúde ou no trabalho das equipes multiprofissionais. Nesse sentido, vários autores vêm apontando a necessidade de abertura disciplinar e o diálogo entre os saberes.

Interdisciplinaridade

De acordo com alguns autores do campo da saúde (ALVARENGA, 1994; MINAYO, 1991; 1994; LUZ, 2009; GOMES; DESLANDES, 1994) a interdisciplinaridade é uma alternativa para as limitações dos enfoques disciplinares, desta forma se proporcionaria uma boa articulação entre os profissionais de diferentes áreas. Como decorrência disto, a assistência à saúde ganharia com uma maior aproximação entre profissionais de diferentes especialidades, cada qual contribuindo a partir de perspectivas diferentes para a solução de um determinado problema.

O reconhecimento da necessidade de se incorporar a interdisciplinaridade no trabalho em saúde está presente também em alguns documentos oficiais. O *Cadernos de Atenção Básica-NASF* (BRASIL, 2014), por exemplo, faz referência à interdisciplinaridade como prática de trabalho a ser adotada em equipe multiprofissionais para se alcançar a articulação esperada e conseqüentemente uma atenção de qualidade.

[...] destaca-se que a presença de diferentes categorias profissionais e especialidades na Atenção Básica e o alto grau de articulação esperado entre esses profissionais são essenciais para a produção da qualidade do cuidado esperada. Nessa proposta, além do compartilhamento de responsabilidades e práticas, busca-se um processo de trabalho interdisciplinar e multiprofissional (BRASIL, 2014, p. 39)

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) também aponta a necessidade de integração entre profissionais de diferentes formações e áreas técnicas no processo de trabalho em saúde (BRASIL, 2006). Do mesmo modo, as Diretrizes do NASF apresentam a interdisciplinaridade como um trabalho que envolve a complementariedade de saberes e práticas em saúde, ou como uma conduta a ser adotada, que seja permeável a diferentes saberes que vão além das fronteiras disciplinares, envolvendo uma interação dinâmica entre os profissionais de diferentes disciplinas:

É o trabalho em que as diversas ações, saberes e práticas se complementam. Disciplinas implicam condutas, valores, crenças, modos de relacionamento que incluem tanto modos de relacionamento humano quanto de modos de relação entre sujeito e conhecimento. O prefixo “inter” indica movimento ou processo instalado tanto “entre” quanto “dentro” das disciplinas. A interdisciplinaridade envolve relações de interação dinâmica entre saberes. (BRASIL, 2010b, p. 18)

A valorização das especialidades no campo da saúde advém de uma tendência à compartimentalização do conhecimento iniciada com a ciência moderna, com base na simplificação do conhecimento, como vimos anteriormente, através da convicção de que o real poderia ser fracionado e as suas partes serem estudadas distintamente. A crescente fragmentação do conhecimento levou à criação de dezenas de disciplinas e especialidades, com fronteiras conceituais bem definidas e enfoques e interesses distintos.

Desta forma, quando se coloca diferentes profissionais de formações distintas para tratar de um caso conjuntamente cada qual percebe o mesmo problema em questão a partir de seu ângulo de formação, ou seja, o mesmo fenômeno é visto a partir de campos conceituais distintos e, muitas vezes incomunicáveis. Emerge, com isto, a necessidade de se estabelecer pontes entre as diferentes disciplinas, tendo em conta as dificuldades e limitações de se compreender fenômenos complexos, como o processo saúde-doença, a partir de uma perspectiva unidimensional.

Aliada à já reconhecida de complexidade dos objetos de intervenção e dos serviços de saúde, essa fragmentação traz ao centro da cena a temática da interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade, que no trabalho em saúde liga-se à necessidade de se organizarem os serviços em equipes multiprofissionais, ao invés do trabalho individual e isolado de cada profissional. (PEDUZZI, 2007, p. 28)

A interdisciplinaridade surge exatamente como uma reação à exacerbada especialização do conhecimento. Desse modo, começou-se a se estabelecer cooperação entre disciplinas com a finalidade de dar conta da compreensão dos fenômenos que estão entre as fronteiras disciplinares. Estudos desta natureza surgem principalmente a partir da década de 70 com as questões ambientais, de gênero e culturais (LATTUCA, 2001), devido à insuficiência do modelo disciplinar para se compreender tais questões.

Pela natureza de seu objeto, o processo saúde-doença-cuidado comporta o trabalho interdisciplinar em diferentes níveis, além do tratamento de temas específicos por diferentes disciplinas, de diferentes áreas com diferentes abordagens. (ROCHA; ALMEIDA, 2000, p. 99)

A perspectiva disciplinar se baseia em recortes da realidade e desconsidera os diversos fatores que interagem para a consecução dos fatos. A recomposição dos conhecimentos das partes é insuficiente para a compreensão do todo, ao fracionar a realidade se entende cada parte de maneira independente fora da relação com as demais partes, pois esta forma de conhecimento se consolida nos princípios de causalidade, linearidade e previsibilidade (OSTRENG, 2010).

Na interdisciplinaridade as fronteiras disciplinares não são extintas, pelo contrário quando se pensa em interdisciplinaridade já se pressupõe a presença da disciplinaridade (OSTRENG, 2010). O trabalho interdisciplinar pressupõe a associação de duas ou mais disciplinas, exigindo certo grau de interação e diálogo, podendo haver compartilhamento de métodos, conceitos e uma axiomática comum. Esta se diferencia da multidisciplinaridade, na qual as disciplinas estão justapostas e com pouca ou nenhuma comunicação (ALMEIDA FILHO, 2005).

Em Medicina e na saúde em geral houve uma crescente divisão do trabalho que dificulta a integração do processo de atenção e cuidado às pessoas, já que as distintas especialidades médicas e profissões de saúde definiram objetos de intervenção e campos de conhecimento sem grandes compromissos com a abordagem integral de processos saúde e doença concretos. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 402)

O uso do termo interdisciplinaridade passou a ser frequente no campo da saúde, porém muitas vezes é utilizado de forma trivial (MENDES *et al.*, 2008). Na grande maioria das vezes a interdisciplinaridade é entendida como uma metodologia de trabalho envolvendo profissionais de formações disciplinares diferentes, talvez isso explique a grande dificuldade de se realizar a articulação interdisciplinar em equipes multiprofissionais, pois o conceito é

tido como autoexplicativo. Como questiona Patrick Paul, como é possível haver diálogo entre perspectivas epistemológicas díspares?

Como conciliar uma epistemologia positivista (a biomédica, construída sobre o modelo da saúde negativa que refuta a subjetividade...) e uma epistemologia interacionista ou fenomenológica (que considera o sujeito singular, o seu ambiente ecológico e social, sua cultura, suas interações...)? (PAUL, 2005, p. 76)

A nosso ver, tratar a interdisciplinaridade apenas como uma questão metodológica ou instrumental é insuficiente para se visualizar avanços no debate sobre a fragmentação da saúde no âmbito das práticas assistenciais. Nenhuma metodologia está desvinculada de uma epistemologia, a metodologia analítica da ciência moderna, por exemplo, se baseia em uma epistemologia racionalista que, como vimos, foi a base para o surgimento das especialidades. A reflexão sobre os pressupostos epistemológicos da interdisciplinaridade ainda é escassa (LATTUCA, 2001), porém necessária, haja vista que o estudo de fenômenos complexos exige uma epistemologia também “complexa”.

Outro pressuposto se refere ao campo epistemológico propriamente dito. Esse pressuposto se vincula a suposição de que o avanço no campo da interdisciplinaridade pode se contextualizado a partir de princípios da lógica de complexidade...Pensar em direção da complexidade significa o não reducionismo. Significa entender que o pensamento mutilante, como observa Morin, por não conseguir ordenar informações e saberes, é enganoso e conduz a ações mutilantes. Alógica da complexidade, partindo de diferentes dimensões, procura tornar o pensamento mais complexo para dar conta da produção do conhecimento. (GOMES; DESLANDES, 1994, p. 111)

Consideramos que a interdisciplinaridade por si só não é a chave de mudança do paradigma vigente na saúde. Interligar várias disciplinas, constituídas em conformidade ao modelo racionalista de ciência, não contribui para uma compreensão abrangente da saúde, ao contrário, deveria haver empenho para a superação das próprias barreiras entre as disciplinas. O indivíduo é visto em seus aspectos biológico, social e psicológico isoladamente, como se estas fossem instâncias ou departamentos separados.

A interdisciplinaridade na área da Saúde Coletiva coloca-se como exigência interna, uma vez que seu objeto de trabalho – a saúde e a doença no seu âmbito social – envolve concomitantemente: as relações sociais, as expressões emocionais e afetivas e a biologia, traduzindo, por meio da saúde e da doença, as condições e razões sócio-históricas e culturais dos indivíduos e grupos. (VILELA; MENDES, 2003, p. 529)

Transdisciplinaridade

Neste sentido, a transdisciplinaridade surge também como novo paradigma proposto no âmbito da saúde. Apesar de existirem ainda poucos trabalhos, vários autores já abordam a transdisciplinaridade como alternativa no campo da Saúde Coletiva, porém ainda existem controvérsias em relação à definição de transdisciplinaridade, além de sua aplicabilidade, já que a saúde se configura como campo de conhecimentos e práticas.

A transdisciplinaridade, como o prefixo já anuncia, procura transpassar a barreira entre as disciplinas, tornando as fronteiras entre estas mais fluidas e imprecisas. Neste modelo não há hierarquia de um campo científico, como na interdisciplinaridade, todas as disciplinas estão em constante diálogo visando interesses em comum.

No âmbito da saúde a limitação do modelo da unicausalidade pode ser visualizada nas tentativas de explicar o adoecimento unicamente na esfera biológica. Deste modo, o paradigma transdisciplinar vem sendo apontado, pelos autores que se dedicaram a refletir sobre a epistemologia no campo da saúde, como principal alternativa para uma compreensão integral do fenômeno da saúde. Os diversos conhecimentos obtidos a partir dos avanços da ciência moderna e da hiperespecialização não são desconsiderados, mas na atualidade este modelo se mostra insuficiente para a compreensão da complexidade da realidade e da saúde.

[...] não se pode mais ver o Homem de forma fracionada, em partes estudadas por disciplinas pontuais ou simplesmente justapostas, o que denotaria a inter e a multidisciplinaridade. Percebe-se agora no arcabouço científico deste novo milênio que, ainda que esta afirmação soe como óbvia, só existe um mundo em que todos estão inseridos, e este mundo é um todo maior que a soma de todas as suas partes. (SPAGNUOLO; GUERRINI, 2005, 191-192)

Com a ciência moderna ocorre uma ruptura entre o conhecimento científico e o senso comum, a partir de então o único conhecimento considerado válido é de ordem racional. Em decorrência disto, diversas crenças, saberes, conhecimentos populares que fogem desta lógica foram desqualificados. Nesse sentido, Chechetto e Ming (2012) tratam da importância de superarmos este paradigma científico de natureza limitada em prol de outro modelo que seja possível incluir outros saberes não-convencionais, como os de plantas medicinais, objeto de investigação no trabalho citado. Através da transdisciplinaridade, na perspectiva dos autores, seria possível abarcar a multidimensionalidade característica destes saberes e incorporá-los na educação em saúde.

Silva, Ernesto e Bertoncini (2003) propõem uma nova concepção de formação em saúde, mais especificamente na formação do profissional de enfermagem, a partir de uma perspectiva transdisciplinar, em que o professor e aluno aprendam no processo e troquem experiências, em contraposição ao método tradicional de formação depositária, no qual o professor ensina e o aluno aprende. Para as autoras uma educação transdisciplinar não exclui os conteúdos disciplinares e interdisciplinares, mas a formação não pode desconsiderar a complexidade inerente à saúde, que perpassa do biológico ao sagrado, sem ser descontextualizada da vida e da prática social.

Da mesma forma, Spagnuolo e Guerrini (2005) defendem que a construção de um modelo transdisciplinar na saúde, perpassa fundamentalmente pela mudança nos cursos de formação, já que a formação dos profissionais da saúde ainda é majoritariamente pautada no modelo disciplinar. Além disto, os autores ressaltam a importância de os gestores incorporarem uma nova visão de saúde, pois a aplicação de um novo modelo de saúde implica levar em consideração a necessidade de ações conjuntas com vários setores; apesar de não utilizarem especificamente o termo intersectorialidade, remetem a ações intersectoriais.

Almeida Filho (2000), um dos principais autores que se dedicaram a tratar do paradigma da complexidade e transdisciplinar na saúde, também defende a necessidade da incorporação de uma nova matriz epistemológica e a adoção de novas práticas no âmbito assistencial, apontando a transdisciplinaridade como novo modelo de construção do conhecimento para a saúde e a intersectorialidade como estratégia de ação no âmbito da prática social.

Para uma abordagem eficiente da complexidade dos objetos e conceitos que constituem a saúde, visando a uma efetiva transformação dos processos, fenômenos, eventos e questões que conformam o chamado “setor saúde”, novas estratégias da práxis social precisam ser criadas e implementadas. No campo da saúde coletiva, a transdisciplinaridade comparece como uma abordagem alternativa para a produção de conhecimento e a intersectorialidade se apresenta como estratégia de solução para os problemas do campo de práticas sociais. (ALMEIDA FILHO, 2000, p. 13)

Não obstante, é necessário ter-se vista que um paradigma não é construído meramente no campo lógico e conceitual, mas é através das práticas dos sujeitos de um campo científico que tornam real um novo paradigma. Dessa forma, como pontua Almeida Filho (2000), não se pode acreditar que as modificações nas estruturas conceituais são suficientes para mudanças significativas. Portanto, a consolidação de uma transformação paradigmática no campo da saúde se faz a partir de mudanças de práticas.

Primeiro, de acordo com a posição de Bourdieu (1983, 1996) de que os campos científicos de fato não são estruturados, e sim instituídos por uma práxis, para a constituição de uma ciência, mais do que uma axiomática intradisciplinar, contribuem decisivamente elementos simbólicos, éticos, políticos. Admitindo que não são os campos disciplinares que interagem entre si, mas sim os sujeitos que os constroem na prática científica cotidiana, não existiriam campos vazios, ou pelo menos preenchidos por entidades abstratas (princípios, conceitos, teorias, modelos). (ALMEIDA FILHO, 2000, p. 18)

Por mais que se torne hegemônico, o paradigma transdisciplinar não necessariamente exclui os outros modelos existentes, as mudanças paradigmáticas são graduais e não ocorrem instantaneamente. Luz (2009) acredita que não haverá necessariamente uma ruptura total com os demais modelos já praticados, como a multidisciplinaridade e interdisciplinaridade, é plenamente possível que estes paradigmas possam conviver ainda por algum tempo.

[...] é certo que os três modelos ou paradigmas aqui apresentados se desenvolverão coetaneamente durante muito tempo. Essa coexistência paradigmática, em que a transdisciplinaridade opera como um paradigma sintético dos anteriores, é, do nosso ponto de vista, parte fundamental da cultura contemporânea, fragmentária em nível de modelos, e multifacetária, em nível explicativo ou interpretativo: dessa cultura denominada *pós-moderna* por alguns autores. (LUZ, 2009, p. 309)

Por fim, percebemos que apesar de alguns autores sustentarem a transdisciplinaridade como paradigma no campo da saúde ainda são poucos os trabalhos que discutem uma nova epistemologia na saúde através da transdisciplinaridade, como afirmam Roquete *et al* (2012) em revisão bibliográfica sobre o tema, reiterando a importância de novos estudos na área. Tal reflexão no âmbito epistemológico torna-se necessária, haja vista que as práticas no âmbito assistencial na saúde comprovam o fato de o paradigma racionalista ainda não ter sido superado.

Nesta pesquisa, notamos a existência de vários trabalhos discorrendo sobre a transdisciplinaridade como possível alternativa paradigmática para a Saúde Coletiva visando uma prática assistencial de maneira integral, apesar destes estudos ainda serem em número reduzido. Além deste aspecto, em alguns casos a transdisciplinaridade é pronunciada sem uma definição prévia do termo ou é entendida como sinônimo da interdisciplinaridade, talvez pela falta de uma melhor compreensão acerca deste paradigma emergente.

Outra questão de grande relevância trata-se da aplicabilidade do paradigma transdisciplinar, pois como já apontando por Almeida Filho (2000) uma discussão no nível

teórico e conceitual não necessariamente reflete em transformações no âmbito das práticas. A necessidade de se refletir sobre os pressupostos epistemológicos que fundamentam a prática são tão fundamentais como a transformação das práticas assistenciais. Como solução a estes problemas os trabalhos pesquisados apostam em novo modelo de formação em saúde e em ações intersetoriais.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A referência à fragmentação na saúde é corriqueira na literatura acadêmica da Saúde Coletiva, sendo notada em trabalhos com objetos de pesquisa e percursos metodológicos variados, como foi possível perceber através da revisão realizada. Apesar disto, a temática é subdimensionada nos textos, que não trazem muitas linhas especificamente para a sua problematização, o que denota que a fragmentação não figura ao lado de outros temas considerados centrais no campo da saúde.

A fragmentação aparece nos estudos como referência a um fato-problema observado no contexto do sistema de saúde e, que afeta sobremaneira a qualidade da atenção prestada. Inicialmente, enfrentamos a dificuldade de interpretar o que os pesquisadores constataram estar fragmentado no âmbito assistencial, devido à multiplicidade de expressões utilizadas. Todavia, após uma leitura atenta foi possível notar convergências em relação àquilo que estava sendo referido, possibilitando assim a visualização das três dimensões em que a fragmentação ocorre: processo de trabalho, linha de cuidado e rede assistencial.

Nesse sentido, podemos dizer que o problema em questão é sistêmico, pois ele atravessa todos os níveis da atenção, o que nos leva ao questionamento sobre a identificação do SUS como um sistema propriamente dito. Fato este que nos chamou a atenção, haja vista que o processo de reformas no campo da saúde perpassaria pela superação do antigo modelo tido como fragmentado e, conseqüentemente, a materialização de um novo modelo pautado na integração e na integralidade.

Chegamos à conclusão de que a ocorrência da fragmentação em todas as dimensões do sistema está intrinsecamente relacionada à dificuldade de se superar o paradigma biomédico. Diante disto, recorreremos aos intelectuais considerados referências do campo que discorrem sobre a Reforma Sanitária, a fim de entendermos as razões para o descompasso que há entre aquilo que foi concebido naquela e o que se visualiza no cotidiano da assistência. Encontramos nos pressupostos teóricos e epistemológicos da Saúde Coletiva um caminho para a compreensão do problema.

A Saúde Coletiva surgiu no Brasil e na América Latina como movimento crítico da saúde em defesa da democratização da assistência e principalmente como um novo modelo explicativo do processo saúde-doença. Teve grande influência das Ciências Humanas e Sociais, o que possibilitou um deslocamento na compreensão da saúde, saindo de uma concepção estritamente biologicista para outra de caráter ampliado, cujo suporte teórico foi o

materialismo histórico, expresso no conceito de determinação social, como base nisto o fenômeno da saúde passou a ser entendido como produção social.

Entretanto, na mudança de concepção de saúde ocorrida, a relação entre as dimensões social e biológica não passou a ser harmônica, ao contrário, a antiga separação existente entre estas duas foi mantida, agora com a sobreposição do social sobre o biológico. Além disto, a Saúde Coletiva se caracteriza como campo de conhecimentos e práticas, ou seja, ao mesmo tempo alia a produção de conhecimento à intervenção prática, porém percebe-se que os pressupostos teóricos em que se assenta são pouco operativos para orientar as práticas em saúde, restringem-se principalmente ao nível da compreensão do fenômeno.

Deste modo, podemos entender a dificuldade em se superar as características do modelo biomédico nas práticas em saúde, pois este possui um objeto de intervenção bem definido: o organismo biológico; de maneira oposta, o modelo biopsicossocial não conseguiu superar os binômios biológico-social e indivíduo-coletivo, conciliando duas lógicas díspares. Portanto, as mudanças necessárias no campo da saúde não podem se limitar aos aspectos da gestão, organização dos serviços ou metodologia de trabalho, pois estes não estão desvencilhados de uma determinada forma de compreender a saúde.

Nesta perspectiva, consideramos que o problema da fragmentação pode ser compreendido em um nível epistemológico, pois os modelos explicativos da saúde, tanto aquele pautado na dimensão biológica, quanto o que considera a multideterminação da doença, possibilitam uma visão parcial sobre a saúde enquanto objeto complexo. Isto reflete na organização dos serviços e ações, nas práticas de cuidado e, inclusive na arquitetura dos estabelecimentos de saúde.

Diante disto, faz-se imprescindível a incorporação de um novo paradigma que contemple a complexidade do objeto em saúde e, não incorra na simplificação, na qual se fraciona o fenômeno em campos disciplinares e especialidades incomunicáveis, muito menos no reducionismo, seja ele pelo social ou pelo biológico. A saúde como um objeto complexo requer uma epistemologia também complexa, é desta forma que consideramos neste trabalho que a Teoria da Complexidade pode lançar luz ao campo da saúde.

A Teoria da Complexidade surgiu com a crise da racionalidade científica no século XX, quando esta começou a dar provas da sua limitação em abarcar a complexidade do real. Os esforços para esquivar-se do incerto, com a pretensão de decifrar a suposta ordem e regularidades dos fenômenos, acarretaram na mutilação do conhecimento e na cegueira da humanidade. Assim sendo, este paradigma se propõe como uma nova forma de

inteligibilidade do real, por isso também ser chamado de *pensamento complexo*, pois propõe uma verdadeira reforma no pensamento.

A inserção do debate sobre a complexidade na literatura acadêmica da Saúde Coletiva se iniciou com as discussões sobre a interdisciplinaridade e a transdisciplinaridade, como formas de superar os isolamentos disciplinares, a primeira principalmente se tornou um tema recorrente nos trabalhos da área. Assim, em geral a complexidade aparece como crítica à compartimentalização do saber. Porém, ressaltamos que a defesa daquelas apenas como metodologias de trabalho ou pesquisa, sem vir acompanhada de uma reflexão epistemológica, não propicia os avanços desejados, pois interligar disciplinas com fronteiras e objetos definidos com base na simplificação é insuficiente para abarcar a complexidade da saúde.

Por fim, consideramos que em meio à crise paradigmática pela qual a Saúde Coletiva passa, seja o momento oportuno de reconstruir suas bases teóricas em uma matriz epistemológica que possibilite envolver a complexidade inerente à saúde. O terreno é fértil, porquanto já nasce como um campo multidisciplinar e não como uma disciplina científica, admitindo a incompletude dos conhecimentos disciplinares sobre a saúde, porém esta potencialidade precisa ser melhor explorada, para que não se evidencie como um aglomerado de disciplinas, como alguns autores a consideram.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALEKSANDROWICZ, A.M.C. Complexidade e Metodologia: um refinado retorno. In: MINAYO, M.C.S; DESLANDES, S.F (orgs.). *Caminhos do Pensamento: Epistemologia e Método*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2002. p. 49-79.

ALMEIDA FILHO, N. A Saúde e o Paradigma da Complexidade. *Cadernos IHU*, Ano 4, n. 15. São Leopoldo-RS: UNISINOS, 2006.

_____. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro 34(6):11-34, Nov. /Dez. 2000. Disponível em < <http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6345/4930> > Acesso em 10 Mai. 2016.

_____. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, v. 14, n. 3, p. 30-50, set-dez 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Ago. 2016.

_____. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, p. 5-23, 1997. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231997000100005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 jul. 2016.

ALVARENGA, A.T. A saúde pública como campo de investigação interdisciplinar e a questão metodológica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.3, n. 2, p. 22-41, 1994. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901994000200003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 ago. 2016.

ARAÚJO, M.B.S. & ROCHA P.M. Saúde da família: mudando práticas? Estudo de caso no município de Natal (RN). *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(Supl. 1): 1439-1452, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 18 jun. 2016.

AYRES, J.R.C.M. Deve-se Definir Transdisciplinaridade?. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1-2, p. 36-38, 1997. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81231997000100036&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 set. 2016.

BALESTRIN, M.F.; BARROS, S.A.B.M. A relação entre o processo saúde e doença e a identificação/hierarquização das necessidades em saúde. *Voos Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá*, v. 1, 2009, p. 18-41.

BORGES, M.J.L. *et al.* Trabalho em equipe e interdisciplinaridade - desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1):147-156, 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 15 jun. 2017.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil (1988)*. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em 03 fev. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. In: Brasília, DF. 17-21 de Março de 1987. *8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE*, 1986, Brasília. Anais. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p.381-389.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família Vol. 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de Dezembro de 2010*. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família*. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BOTAZZO, C.. *Unidade Básica de Saúde: a porta do sistema revisitada*. Bauru; EDUSC; 1999. (Saúde sociedade)

BUSS, P.M.; PELLEGRINI FILHO, A.. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, Abr. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 6 set. 2016.

CANGUILHEM, G.. *O normal e o patológico*. Trad. Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas. 7.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

CAMPOS, G.W.S.. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. 1865-1874, Nov. 2007. Disponível em <http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 Fev. 2017.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C.. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n. 2, p. 399-407, Fev. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 23 mar. 2017.

CEBES. A Questão Democrática da Área da Saúde, *Saúde em Debate*, n. 9, p. 11-13, Jan-Mar. 1980.

CHECHETTO, F.; MING, L.C.. Transdisciplinaridade e plantas medicinais: uma visão integrada para ações em educação e saúde. *Saúde, Batatais*, v. 1, n. 1, p. 143-162, junho, 2012. Disponível em <<https://repositorio.unesp.br/handle/11449/140984>>. Acesso em 18 Mai. 2016.

CZERESNIA, D. *Categoria Vida: reflexões para uma nova biologia*. São Paulo: Editora Unesp; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2012.

COSTA, A.M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saude soc.*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 5-15, Dez. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000300002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Mar. 2017.

DEBRUN, M.. O Conceito de Auto-Organização. In: DEBRUN, M.; GONZÁLES, M.E.Q.; PESSOA JUNIOR, O. (Org.). *Auto-Organização: estudos interdisciplinares*. Campinas: Centro de Lógica e Epistemologia/UNICAMP, 1996.

FEUERWERKER, L.C.M.; CECILIO, L.C.O.. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, Ago. 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000400018&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 Nov. 2016.

FOUCAULT, M. O nascimento da Medicina Social. In: FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Ed.16ª. Rio de Janeiro: Graal. 2001

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000800026&lng=en&nrm=iso. Acesso em 10 Jan. 2017.

IANNI, A.M. Questões contemporâneas sobre natureza e cultura: notas sobre a Saúde Coletiva e a Sociologia no Brasil. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.20, n.1, p.32-40, 2011. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000100005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 08 Mai. 2016.

FERREIRA, A.B.H.. Mini Aurélio Século XXI Escolar: o minidicionário da língua portuguesa. 4ª ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 2001.

FLEURY, S.M.. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). *Rev. adm. empres.*, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 472-480, Dez. 2009. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75902009000400010&lng=en&nrm=iso. Acesso em 05 ago. 2016.

FRANCO, C.M.; FRANCO, T.B.. *Linhas do Cuidado Integral: Uma proposta de organização da rede de saúde*. Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul, 2010. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/dados/1312992014173Linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf>. Acesso em: 20 julho 2016.

GOMES, R.; DESLANDES, S.F.. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 103-114, Jul.1994. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691994000200008&lng=en&nrm=iso. Acesso em 11 Nov. 2016.

LATTUCA, L.R. *Creating interdisciplinarity: interdisciplinary research and teaching among college and university faculty*. Vanderbilt University Press, 2001.

LEFF, E.. *Saber ambiental: sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder*. 8.ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

LIMA, C.A. *et al.* Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. *Rev. Bioética*, Brasília, v. 22, n. 1, p. 152-160, Abr. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422014000100017&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em 02 jul. 2016.

LUZ, M.T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas: análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, vol. 18, n. 2, p. 304-311, 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902009000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 11 Mai. 2017.

_____. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1998.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E.. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, Set. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832010000300010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 Dez. 2017.

MARTINS, R.A.. *Contágio: história da prevenção das doenças transmissíveis*. São Paulo: Moderna, 1997. (Coleção Polêmica)

MEDEIROS, C.R.G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1521-1531, Jun. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700064&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 Ago. 2016.

MENDES, E.V. *As redes de atenção à saúde*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDES, J.M.R. *et al.* Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 24-32, jan./jun. 2008. Disponível em <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/3864/2957>>. Acesso em 12 Mai. 2016.

MERHY, E.E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor Saúde. In: FRANCO, B.T; MERHY, E. organizadores. *Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Textos Reunidos*. São Paulo: Hucitec; 2013. p. 95-108.

MINAYO, M.C.S. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 42-63, 1994. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901994000200004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Set. 2016.

_____. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina*, v. 24, n. 2, p. 70-77. 1991. Disponível em <http://portalpos.unioeste.br/media/File/Intedisciplinaridade_uma_questao_que.pdf>. Acesso em 20 Set. 2016.

MINAYO, M.C.S. *et al.* Possibilidades e dificuldades nas relações entre ciências sociais e epidemiologia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.08, n.01, p.97-107, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 22 Set. 2016.

MORIN, E. Introdução ao Pensamento Complexo. 5.ed. Porto Alegre: Sulina, 2015.

_____. O Método 1: a natureza da natureza. Porto Alegre: Sulina, 2016.

NUNES, E.D.. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saude soc.*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901994000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 Nov. 2016.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L.B.. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde e Sociedade.*, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 205-218, Jun. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902015000500205&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 12 Dez. 2016.

OSTRENG, W. *Science without boundaries: Interdisciplinary in Research, Society, and Politics*. University Press of America Inc., 2010.

PAIM, J.S.. *Reforma sanitária brasileira: contribuições para a compreensão e crítica*. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N.. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, Ago. 1998. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101998000400001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 13 mai. 2017.

PAIM, J.S. *et al.*. O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*, [online] Mai., 2011. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/artigo_saude_brasil_1.pdf> Acesso em 01 Nov. 2016.

PEREIRA JÚNIOR, A.; PEREIRA, M.A.O.. Teoria da Auto-Organização: uma introdução e possível aplicação nas Ciências da Saúde. *Rev. Simbio-Logias*, v.3, n.5, Dez/2010. Disponível em <https://www.researchgate.net/publication/256502648_Teoria_da_Auto-Organizacao_uma_Introducao_e_Aplicacao_nas_Ciencias_da_Saude>. Acesso em 24 Set. 2016.

PAUL, P. *Saúde e Transdisciplinaridade: a importância da subjetividade nos cuidados médicos*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2013.

_____. Transdisciplinaridade e Antropofomação: sua importância nas pesquisas em saúde. *Saúde e Sociedade*, v.14, n.3, p.72-92, set-dez 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902005000300005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 08 Out. 2016.

PEDUZZI, M.. *Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação* [Tese]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

_____. *Trabalho em equipe de saúde da perspectiva de gerentes de serviços de saúde: possibilidades da prática comunicativa orientada pelas necessidades de saúde dos usuários e da população*. Tese (Livre-docência). São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, 2007.

PEREIRA JÚNIOR, A.; CRUZ, M.Z.; ANDRADE, R.S.C.. *Uma introdução à filosofia das ciências da vida e da saúde*. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2012.

PUTTINI, R.; OLIVEIRA, L.R.; PEREIRA JÚNIOR., A. Modelos Explicativos em Saúde Coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20 (3), 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312010000300004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 16 Out. 2016.

QUEIROZ, M.S. *Saúde e Doença: um enfoque antropológico*. Bauru: EDUSC, 2003. (Coleção Saúde e Sociedade).

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P.. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, Dez. 2000. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692000000600014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Nov. 2016.

ROQUETE, F.F. *et al.*. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade - em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. *Rev. Enferm. Cent. O. Min.* v. 2, n. 3, 2012. Disponível em <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/245>> Acesso em 14 Jun. 2016.

ROTHER, E.T.. Revisão sistemática X Revisão narrativa. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, Jun. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002007000200001&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 05 ago. 2017.

SANTANA, F.R. *et al.* Ações de saúde na estratégia saúde da família no município goiano na perspectiva da integralidade. *Revista eletrônica de enfermagem*. 2013 abr/jun;15(2):422-9. Disponível em <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a15.pdf>. Acesso em 20 Out. 2016.

SANTOS, A. M. & ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(1): 53-61, 2006. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v11n1/29448.pdf>>. Acesso em 16 Jul. 2016.

SILVA, C.R.L.D.; ERNESTO JACOB, K.; BERTONCINI, J.H.. Transdisciplinaridade na educação para a saúde: um planejamento para a graduação do enfermeiro. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 56, n. 4, p. 424-428, Ago. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000400025&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em 07 Jun. 2016.

SILVA, N.E.K.; SANCHO, L.G.; FIGUEIREDO, W.S.. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 843-852, Mar. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000300843&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 10 ago. 2016.

SCHRAMM, F.R. Pensamento Complexo e Saúde Pública. In: HORTALE, V.A et al.(orgs). Pesquisa em Saúde Coletiva: fronteiras, objetos e métodos. Rio de Janeiro, RJ: Editora Fiocruz, 2010. p. 85-104.

SOMMERMAN, A. Inter ou Transdisciplinaridade?: da fragmentação disciplinar ao novo diálogo entre os saberes. São Paulo: Paulus, 2006. (Coleção Questões Fundamentais da Educação)

SPAGNUOLO, R.S.; GUERRINI, I.A.. A construção de um modelo de saúde complexo e transdisciplinar. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 191-194, Fev. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100020> Acesso 21 Jul. 2016.

VASCONCELOS, C.M.; PASCHE, D.F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; MINAYO, M.C.S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y.M. (Orgs). *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006. p. 531-562 (Saúde em debate, 170)

VASCONCELLOS, M.J.E. *Pensamento Sistêmico: o novo paradigma da ciência*. 10ª Ed. Campinas, SP: Papyrus, 2013.

VILELA, E.M; MENDES, I.J.M.. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 525-531, Ago. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000400016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 Fev. 2016.

Artigos da revisão

ANDRADE, M.C.; CASTANHEIRA, E.R.L. Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 980-990, Dez. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

ANDRADE, J.M.O., *et al.*. Atenção multiprofissional ao portador de sofrimento mental na perspectiva da equipe de saúde da família. *Revista de pesquisa: cuidado é fundamental*. Rio de Janeiro. online 2013. abr./jun. 5(2):3549-57. Disponível em <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2315/pdf_728>. Acesso em 15 set. 2016.

ARAUJO, C. E. L.; PONTES, R. J. S.. Constituição de sujeitos na gestão em saúde: avanços e desafios da experiência de Fortaleza (CE). *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 9, p. 2357-2365, set. 2012. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000900016&lng=pt&nrm=iso> Acesso em 14 mar. 2017.

ARECO, N. M. *et al.*. Caracterização dos serviços que atendem adolescentes: interfaces entre saúde mental e drogadição. *Psicol. Soc.*, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 103-113, abr. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822011000100012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A.. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, Nov. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012001100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

BARRETO, A.J.R. *et al.*. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1875-1884, July 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000700027&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

BAZZO, L.M.F.; NORONHA, C.V.. A ótica dos usuários sobre a oferta do atendimento fonoaudiológico no Sistema Único de Saúde (SUS) em Salvador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1553-1564, Out. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000800029&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

BEATO, M.S.F.; VAN STRALEN, C.J.; PASSOS, I.C.F.. Uma análise discursiva sobre os sentidos da promoção da saúde incorporados à Estratégia Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 529-537, Jun. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832011000200016&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

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*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 147-156, Jan. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232012000100017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

CABRAL, F.B.; HIRT, L.M.; VAN DER SAND, I.C.P.. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 281-287, Abr. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

CAMPOS, G.W.S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R.C.. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, Jan. 1997. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1997000100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

CARVALHO, M.C. *et al.*. Valores e práticas de trabalho que caracterizam a cultura organizacional de um hospital público. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 746-753, Set. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072013000300022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

COSTA, N.R.. Comunidade epistêmica e a formação da reforma sanitária no Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 809-829, Set. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000300809&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S.. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, Dec. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

DELFINI, P.S.S.; REIS, A.O.A.. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, Fev. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000200014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

DIAS, M.A.B.; DESLANDES, S.F.. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 109-116, Fev. 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000100025&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

DUBOW, C. *et al.*. Linha de cuidado como dispositivo para a integralidade da atenção a usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 94-103, Mar. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042014000100094&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

FERREIRA, R.C.; CHIRELLI, M.Q.; PEREIRA, A.G.. Abordagem psicológica na atenção básica em saúde: da fragmentação à integralidade. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 2, p. 177-185, Jun. 2011. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022011000200006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

FERRO, L.F *et al.*. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. *O Mundo da Saúde*, São Paulo - 2014; 38(2): 129-138. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/interdisciplinariedade_intersectorialidade_estrategia_saude_familia.pdf>. Acesso em 14 set. 2016.

FLOSS, M. *et al.*. A humanização através do programa Recrutadas da Alegria da FURG: um relato de experiência. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 464-470, Set. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-55022013000300020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 Mar. 2017.

GUANAES-LORENZI, C.; PINHEIRO, R.L.. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2537-2546, Ago. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016000802537&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

GESSNER, R.; PIOSIADLO, L.C.M.; FONSECA, R.M.G.S.; LAROCCHA, L.M. O manejo dos resíduos dos serviços de saúde: um problema a ser enfrentado. *Cogitare Enferm.* 2013 Jan/Mar; 18(1):117-23. Disponível em <<http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/31316/20023>>. Acesso em 20 set. 2016.

KELLY-SANTOS, A.; MONTEIRO, S.; ROZEMBERG, B.. Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase segundo profissionais de saúde pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 857-867, Abr. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

KLOSSOSWSKI, D. G. *et al.*. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 137-150, Fev. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-18462016000100137&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

LAVADO, M.M.; *et al.*. Avaliação do processo de trabalho médico no programa saúde da família: uma ferramenta para educação permanente. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Vol. 36, no. 2, de 2007. Disponível em <<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/485.pdf>>. Acesso em 15 set. 2016.

LAVRAS, C.. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dez. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902011000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

LEITE, R.F.B.; VELOSO, T.M.G.. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 28, n. 2, p. 374-389, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932008000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

LETTIERE, A.; NAKANO, A.M.S.; RODRIGUES, D.T.. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 467-473, Set. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000300008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 Mar. 2017.

LIMA, S.A.V.; ALBUQUERQUE, P.C.; WENCESLAU, L.D.. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 425-441, Ago. 2014. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462014000200012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

MARINHO, C.C.C. *et al.* O olhar de uma equipe multiprofissional sobre as linhas de cuidado: (vi)endo o tecer dos fios. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.35, n.3, p.619-633 jul./set. 2011. Disponível em <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-0233/2011/v35n3/a2640.pdf>>. Acesso em 12 set. 2016.

MARZANO, M.L.R.; SOUSA, C.A.C.. Um relato de experiência de quem vivencia a reforma psiquiátrica no Brasil. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 56, n. 5, p. 577-580, Out. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000500023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

MEDEIROS, C.R.G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1521-1531, Jun. 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232010000700064&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

NÓBREGA, R.G. *et al.* Organização do serviço de controle da tuberculose em distrito sanitário especial indígena Potiguara. Artigo Original *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013 jan/mar;15(1): 88-95. Goiânia-GO. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i1.16194>>. Acesso em 18 set. 2016.

NORA, C.R.D.; JUNGES, J.R.. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1186-1200, Dez. 2013. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102013000601186&lng=en&nrm=iso. Acesso em 14 mar. 2017.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F.. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. 1819-1829, Nov. 2007. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000700005&lng=en&nrm=iso. Acesso em 14 mar. 2017.

PEREIRA, M.O.; SÁ, M.C.; MIRANDA, L.. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2145-2154, Out. 2014. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001002145&lng=en&nrm=iso. Acesso em 14 mar. 2017.

PRATA, L.L.; ROSALINI, M.H.P.; OGATA, M.N. Família e cuidado sob os olhares de uma equipe de saúde da família de São Carlos, SP. *Revista de APS*. Juiz de Fora-MG. 2013 jul/set; 16(3): 250-257. Disponível em <https://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/1518/742>. Acesso em 02 set. 2016.

REIS, F.; GOMES, M.L.; AOKI, M. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: reflexões sobre as populações atendidas. *Cad. Ter. Ocup.* UFSCar, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 341-350, 2012. Disponível em <http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/678/392>. Acesso em 21 set. 2016.

RIBEIRO, H.M.C.B. *et al.*. Representações sociais de profissionais de núcleos de apoio à saúde da família sobre interdisciplinaridade. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 97-115, 2015. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-77462015000500097&lng=en&nrm=iso. Acesso em 14 mar. 2017.

ROCHA, S.M.M.; LIMA, R.A.G.; SCOCHI, C.G.S.. Assistência integral à saúde da criança no Brasil: implicações para o ensino e a prática da enfermagem pediátrica. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 25-52, Jul. 1997. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901997000100004&lng=en&nrm=iso. Acesso em 14 mar. 2017.

RODRIGUES, P:H.A. Desafios políticos para a consolidação do Sistema Único de Saúde: uma abordagem histórica. *Hist. cienc. saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 1, p. 37-60, Mar. 2014. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100037&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

ROVER, M.R.M. *et al.*. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 691-711, Jun. 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312016000200691&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 03 ago. 2017.

SÁ, E.T.; PEREIRA, M.J.B.; FORTUNA, C.M.; MATUMOTO, S.; MISHIMA, S.M. O processo de trabalho na recepção de uma unidade básica de saúde: ótica do trabalhador. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2009 set;30(3):461-7. Disponível em <<http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/8690/6967>>. Acesso em 19 set. 2016.

SANTANA, F.R. *et al.* Ações de saúde na estratégia saúde da família no município goiano na perspectiva da integralidade. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. Goiânia-GO. 2013 abr/jun;15(2):422-9. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i2.16936>>. Acesso em 14 set. 2016.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A.. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, Mar. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232006000100012&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

SANTOS, A.M.; GIOVANELLA, L.. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, 2016. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2016000300708&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

SENA, L.A.; CAVALCANTI, R.P.; PEREIRA, I.L.; LEITE S.R.R. Intersetorialidade e ESF: limites e possibilidades no território de uma unidade integrada de saúde da família. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. João Pessoa-PB. vol. 16, n. 3, 337-342, 2012. Disponível em <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/12803>>. Acesso em 26 set. 2016.

SHIMIZU, H.E.. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, Dez. 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312013000400005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

SILVA, S.F.. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, Jun. 2011. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000600014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

SILVA, T.F.; ROMANO, V.F.. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 363-374, Jun. 2015. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042015000200363&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

STAHLSCHMIDT, A.P.M. Integralidade, construção e socialização de conhecimentos no contexto da educação permanente e atuação de profissionais da área da saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 819-827, Set. 2012. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000300018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

TRONCHIN, D.M.R. *et al.* Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. spe2, p. 1210-1215, Dez. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342009000600011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

VASCONCELOS, E.N. *et al.* A normatização do cuidar da criança menor de um ano: estudo dos significados atribuídos pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1225-1234, Ago. 2009. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400028&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

XAVIER, R.B; BONAN, C.; MARTINS, A.C.; SILVA K.S. Riscos reprodutivos e cuidados integrais de gestantes com síndromes hipertensivas: estudo transversal. *Online Brazilian Journal of Nursing*. Dez 2013; 12 (4): 823-33. Disponível em <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/4249>. <http://dx.doi.org/10.5935/1676-4285.20134249>>. Acesso em 01 set. 2016.

XIMENES NETO, F.R.G.; CUNHA, I.C.K.O.. Integralidade na assistência à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino: um estudo de caso. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 427-433, Set. 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072006000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 14 mar. 2017.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R.A.N. A noção de rede nas reformas sanitária e psiquiátrica no Brasil. *Psicologia em Revista*, Belo Horizonte, v. 14, n. 1, p. 131-150, jun. 2008.