



**REDE NORDESTE DE FORMAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE DA FAMÍLIA**



**HERTA MARIA CASTELO BRANCO RIBEIRO**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE:  
percepções das equipes multiprofissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da  
Família**

**SÃO LUÍS**

**ABRIL - 2014**

**HERTA MARIA CASTELO BRANCO RIBEIRO**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE:  
percepções das equipes multiprofissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da  
Família**

Dissertação apresentada ao Mestrado Profissional em Saúde da Família da Rede Nordeste em Saúde da Família, Nucleadora Universidade Federal do Maranhão, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde da Família, modalidade Profissional.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup> Zeni Carvalho Lamy, Doutora.

**SÃO LUÍS**

**ABRIL - 2014**

R484r Ribeiro, Herta Maria Castelo Branco

Representações Sociais Sobre a Interdisciplinaridade: Percepções das Equipes Multiprofissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família. / Herta Maria Castelo Branco Ribeiro. – São Luís, 2014.

111 f.; 30 cm

Trabalho de Conclusão de Mestrado (Mestrado Profissional em Saúde da Família) – Universidade Federal do Maranhão, 2014.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Zeni Carvalho Lamy.

1. Atenção Primária à Saúde; 2. Núcleo de Apoio à Saúde da Família; 3. Interdisciplinaridade. I. Lamy, Carvalho Zeni. (orient.). II. Universidade Federal do Maranhão. III. Representações Sociais Sobre a Interdisciplinaridade: Percepções das Equipes Multiprofissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.

CDU 382.82 – 002.5

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE:  
percepções das equipes multiprofissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da  
Família**

Trabalho de Conclusão de Mestrado aprovado, em 04 de Abril de 2014, pela banca examinadora constituída dos seguintes membros:

Banca Examinadora

---

Prof<sup>a</sup>. Zeni Carvalho Lamy, Doutora

Presidente

RENASF / Universidade Federal do Maranhão

---

Prof<sup>a</sup>. Livia Janine Leda Fonseca, Doutora

Primeira Examinadora

Departamento de Filosofia / Universidade Estadual do Maranhão

---

Prof<sup>a</sup>. Liberata Campos Coimbra, Doutora

Segunda Examinadora

RENASF/ Universidade Federal do Maranhão

*Aos meus pais (tão longe e tão perto).*

## **AGRADECIMENTOS**

Este trabalho é um dos resultados de uma trajetória de formação que envolveu parcerias e apoios que me deixam agradecida em demasia:

A Deus, que sustentou minha fé e muitas vezes inspirou-me coragem para cada viagem e sabedoria para as adversidades.

Ao meu marido Clayrton Ribeiro e aos meus filhos Ana Beatriz Castelo Branco Ribeiro e Airton Ribeiro Neto, que abdicaram inúmeras vezes da minha presença, sempre acreditando na minha capacidade de concluir este projeto de qualificação profissional.

À Professora Zeni Carvalho Lamy, que partilhou comigo momentos preciosos de saber e direcionamento, mostrando sua sensibilidade e apoio em momentos difíceis desta travessia. Tê-la como orientadora foi a segurança que eu precisava para seguir adiante.

À Professora Liberata Campos Coimbra, pequena-grande mulher que comandou todo um grupo que ousou qualificar-se para atuar na Estratégia Saúde da Família. Cada palavra e cada gesto foram cruciais para que eu chegasse até aqui.

À Professora e amiga Liduina Farias Almeida da Costa, da Universidade Estadual do Ceará, que em momentos oportunos lançou luzes sobre nosso objeto de pesquisa.

A todos os demais professores e colaboradores da Universidade Federal do Maranhão, que foi nossa casa durante todo o percurso de formação – cada um possui valor especial neste processo.

Aos colegas da primeira turma do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão, os quais jamais esquecerei – fizemos história juntos.

À Professora Ana Patrícia Pereira de Moraes e todos os docentes e discentes do Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Estadual do Ceará, que acolheram com afeto e respeito esta “andarilha” em vários momentos da caminhada. Não seria possível sem vocês.

Aos profissionais das equipes e gestores dos NASF da SER IV, que me receberam de forma carinhosa e franca, dispostos a colaborar com os objetivos desta pesquisa, partilhando alegrias, angústias, incertezas e perspectivas do cotidiano profissional. A confiança depositada foi fundamental para validar esta proposta.

*A inteligência que só sabe separar fragmenta o complexo mundo em pedaços separados, fraciona os problemas, unidimensionaliza o multidimensional. Atrofia as possibilidades de reflexão, eliminando assim as oportunidades de julgamento corretivo ou de uma visão a longo prazo. Sua insuficiência para tratar nossos problemas mais graves constitui um dos mais graves problemas que enfrentamos.*

*Edgar Morin*

RIBEIRO, Herta Maria Castelo Branco, **Representações Sociais Sobre a Interdisciplinaridade: Percepções das Equipes Multiprofissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**, 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 111 p.

## RESUMO

A Estratégia Saúde da Família é, por excelência, um espaço de trabalho interdisciplinar que se encontra prescrito em toda a legislação e produção sobre o tema. O objetivo deste trabalho foi analisar as representações sociais de profissionais de Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) sobre a interdisciplinaridade em suas práticas. O estudo é qualitativo, descritivo e analítico, com abordagem crítico-dialética. O campo empírico constituiu-se dos NASF da Secretaria Executiva Regional IV (SER IV), em Fortaleza (CE). Como técnicas de coleta de dados foram utilizadas observação participante com registros em diário de campo e entrevistas semiestruturadas, realizadas entre outubro de 2013 e fevereiro de 2014. Os informantes são profissionais e coordenadores dos NASF da SER IV. A definição da amostra utilizou o critério de saturação. A análise utilizou a Hermenêutica de Profundidade. As representações sobre interdisciplinaridade foram organizadas nas seguintes categorias empíricas: processo em construção e realização de atividades conjuntas e resultado do compromisso das equipes. O processo de trabalho perpassa todas as representações interferindo tanto nas percepções quanto nas práticas desenvolvidas. Os caminhos percorridos apontam para uma interdisciplinaridade ainda embrionária, resultado de inúmeros fatores intrínsecos e extrínsecos ao próprio grupo. As dificuldades oriundas das cobranças de produtividade por parte da gestão, o planejamento incipiente, a capacitação ainda insuficiente e a precarização das relações de trabalho são elementos que impactam negativamente na realização de práticas efetivamente interdisciplinares. Contudo, as falas dos sujeitos também denotam inúmeras possibilidades que se constroem no campo da saúde e inspiram a superação da fragmentação dos múltiplos saberes que atuam na perspectiva coletiva. Há desafios para a interdisciplinaridade nos NASF que devem ser superados para garantir a efetividade de suas ações.

Palavras-chave: Atenção Primária à Saúde; Núcleo de Apoio à Saúde da Família; Interdisciplinaridade; Representações Sociais.



RIBEIRO, Herta Maria Castelo Branco, **Representações Sociais Sobre a Interdisciplinaridade: percepções das equipes multiprofissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**, 2014. Dissertação (Mestrado Profissional em Saúde da Família) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 109 p.

### **ABSTRACT**

The Family Health Strategy is par excellence an area of interdisciplinary work, which is prescribed in all legislation and writings on the topic. The objective of this study was to analyze the social representations of professionals Centers of Support for Family Health (NASF) about interdisciplinary in their practices. The study is qualitative, descriptive and analytical, a critical- dialectical approach. The empirical field consisted of NASF Executive Secretariat Regional IV (SER IV), Fortaleza (CE). As techniques for data collection with participant observation records in a field diary and semi-structured interviews conducted between October 2013 and February 2014 were used. Informants are professionals and coordinators of the NASF SER IV. The sample size used the criterion of saturation. The analysis used the Depth Hermeneutics. Representations of interdisciplinary were organized into the following empirical categories: ongoing process; conducting joint activities and result of the commitment of the teams. The work process permeates all representations interfering much in perceptions about the practices developed. The paths taken point to a still embryonic interdisciplinary, a result of numerous intrinsic and extrinsic factors on the group itself. The difficulties arising from charges of productivity on the part of management, the incipient planning, insufficient training and further casualization of labor relations are elements that negatively affect the realization of interdisciplinary practices effectively. However, the subjects' statements also reveal numerous possibilities that are constructed in the health field and inspire overcoming the fragmentation of knowledge that operate in multiple collective perspective. There are challenges to interdisciplinary in NASF that must be overcome to ensure the effectiveness of its actions.

**Keywords:** Primary Health Care, Support Center for Family Health, Interdisciplinary, Social Representations.

## SUMÁRIO

RESUMO.....	viii
ABSTRACT .....	ix
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	xii
APRESENTAÇÃO .....	01
<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>03</b>
<b>2 OBJETIVOS .....</b>	<b>08</b>
<b>3 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>09</b>
<b>3.1 Evolução das políticas de saúde no Brasil: dos primeiros esforços à implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família .....</b>	<b>09</b>
3.1.1 Percurso da saúde pública no Brasil: confluências de "novos" e "velhos" modelos de assistência.....	10
3.1.2 O conceito de promoção da saúde: do marco da Carta de Ottawa às políticas nacionais de Promoção da Saúde e de Atenção Básica.....	15
3.1.3 Historiografando a Estratégia Saúde da Família: do Programa Agente Comunitário de Saúde aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família.....	20
<b>3.2 O trabalho e sua singularidade no campo da saúde .....</b>	<b>32</b>
3.2.1 O trabalho como ontologia do ser social.....	32
3.2.2 O campo da saúde como espaço de produção e reprodução do trabalho .....	36
<b>3.3 Para discutir interdisciplinaridade: conceito, evolução e desafios no campo da saúde.....</b>	<b>38</b>
3.3.1 A categoria interdisciplinaridade em questão: resgate histórico de produções conceituais.....	38
3.3.2 Interdisciplinaridade e complexidade: contra a hiperespecialização que fragmenta o global.....	42
3.3.3 Em busca da superação da fragmentação no campo da saúde .....	44
<b>3.4 As Representações Sociais .....</b>	<b>46</b>
<b>4 PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>50</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO .....</b>	<b>61</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>79</b>
REFERÊNCIAS .....	81
APÊNDICES .....	89
ANEXOS .....	94

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

AB – Atenção Básica

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

APS - Atenção Primária à Saúde

CAPs – Caixas de Aposentadorias e Pensões

CAPS - Centros de Atenção Psicossocial

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde CROA - Centro de Atendimento à Criança

CNS - Conferência Nacional de Saúde

CNRS – Comissão Nacional da Reforma Sanitária

DATAPREV - Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social

ESF - Estratégia de Saúde da Família

EqSF – Equipes de Saúde da Família

GM – Gabinete Ministerial

HP – Hermenêutica de Profundidade

IAPS- Instituto de Aposentadorias e Pensões

INPS – Instituto Nacional de Previdência Social

NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial de Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PMAQ - Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica

PNAB - Política Nacional de Atenção Básica

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PTS – Projeto Terapêutico Singular

PST – Projeto de Saúde no Território

PSF - Programa de Saúde da Família

RMSFC - Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade

SER - Secretaria Executiva Regional

SUS - Sistema Único de Saúde

UAPS - Unidades de Atenção Primária em Saúde

UBS – Unidade Básica de Saúde

UNESCO – Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

## APRESENTAÇÃO

O objetivo desta dissertação de mestrado foi analisar as representações sociais dos profissionais das equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) sobre a interdisciplinaridade, posta como elemento indispensável no processo de trabalho da Atenção Primária à Saúde (APS). Os NASF são dispositivos ligados à Estratégia Saúde da Família (ESF) formados por profissionais de especialidades não-coincidentes, pensados para uma atuação interdisciplinar entre eles e os demais profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF). O campo da saúde coloca-se nesta proposta como espaço fértil para o trabalho coletivo que se apresenta de maneira instigante e desafiadora.

Minhas inquietações sobre este campo do saber e o fazer dos profissionais nesta seara remontam o processo ainda de graduação, inserida para estágio curricular em uma estrutura hospitalar. Os caminhos percorridos durante a minha vida profissional e acadêmica sempre estiveram direta ou indiretamente conectados às discussões sobre a interdisciplinaridade, quer na posição de membro das equipes multiprofissionais, quer na gestão de serviços de saúde ou na docência do ensino superior.

No decorrer destas experiências pude perceber na prática o que se revelava através das discussões no interior da implantação e execução das políticas de saúde ou da universidade, cujo caminhar sempre reverberou para os debates no campo da saúde pública. No interior dos serviços, pude lidar com o gerenciamento das políticas de saúde, mas também pude conviver e atuar numa perspectiva de enfrentamento destas dificuldades que acontecem no território, a partir do envolvimento dos diversos profissionais que ousam fazer um Sistema Único de Saúde (SUS) que realmente possa garantir o direito constitucional à saúde.

Construí uma trajetória profissional e acadêmica que acreditava e ainda acredita na construção e reconstrução do SUS e aproximei-me cada vez mais da Atenção Primária à Saúde, espaço por excelência de atenção e vivência dos princípios da *integralidade, universalidade, equidade e longitudinalidade*, tão caros às lutas da Reforma Sanitária.

Desta aproximação, ainda em espaços de Educação Permanente, ocorreu o encontro com o Programa de Pós-Graduação Profissional em Saúde da Família, que se constituía enquanto estratégia da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família (RENASF) para capacitar simultaneamente 100 (cem) profissionais de diversas formações para a atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF). O processo seletivo seria o passaporte para o aprofundamento teórico e prático sobre a APS, compreendendo e vivenciando a atenção

integral à saúde; os processos de trabalho; avaliação; o cuidado enquanto produto do trabalho em saúde e outros conhecimentos necessários para que sejam efetivadas as diretrizes que já existem consubstanciadas nos documentos oficiais.

O processo seletivo exigia um objeto de investigação, algo que trouxesse um problema para uma pesquisa e que tivesse relevância para a ESF. Entendo que os objetos não são criados aleatoriamente, mas constituem-se a partir de um processo de construção histórica e nascem das vivências do pesquisador. Minha inquietação já existia e se fazia presente no cotidiano profissional: *a interdisciplinaridade prescrita para a atuação dos profissionais da ESF*. Naquele momento (2011), implantava-se na maioria dos municípios brasileiros os NASF. As dificuldades para a integração entre estes saberes e a utilização de ferramentas de trabalho que envolveriam o compartilhamento de ideias e ações trouxeram a questão da interdisciplinaridade para o centro do projeto que originou a presente pesquisa.

Urgia em mim a necessidade de contribuir para a sistematização do conhecimento sobre tal questão. A interdisciplinaridade não é temática nova nas discussões científicas. Poderíamos nos perguntar o porquê de revisitarmos repetidas vezes e termos ainda na literatura que nos serviu de referência uma busca pelo debate e efetivação de projetos interdisciplinares. A busca de respostas vislumbram inúmeros fatores que encontram eco nas estruturas educacionais e institucionais e na subjetividade dos próprios sujeitos que formam as equipes. O tema não se esgotou e nem pretende ser esgotado (até porque assumimos a posição que coaduna com a ideia de provisoriedade científica), mas ressurgiu claramente quando se apresentam novas composições como os NASF, enquanto propostas de atuação sob a perspectiva interdisciplinar.

Havia chegado o momento de produzir esta contribuição e encontrar algumas respostas (ainda que provisórias) para os pressupostos que orientaram a construção desta pesquisa. Tais pressupostos, expressos a seguir, foram relacionados com os dados da pesquisa e analisados à luz do referencial teórico: 1) apesar de a interdisciplinaridade estar “prescrita” no contexto das práticas de Saúde da Família, esta ainda não é efetiva nos NASF; 2) no âmbito das relações de trabalho prevalece, por parte dos profissionais, atitudes fragmentadas e parciais em relação aos diversos saberes com os quais interagem no cotidiano profissional.

Os caminhos teóricos e empíricos trouxeram importantes ganhos para a minha condição de pesquisadora e possibilitaram a aquisição de mais subsídios para a intervenção profissional na Estratégia Saúde da Família.

## 1 INTRODUÇÃO

Na produção do trabalho em saúde é o trabalho coletivo, de caráter interdisciplinar, que se coloca como elemento propiciador e realizador das práticas educativas principalmente no contexto da consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS) e em especial na Atenção Primária em Saúde (APS). A APS vai se estabelecer enquanto primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se principalmente pela continuidade e integralidade da atenção, além de representar a coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural (BRASIL, 2011).

Uma compreensão diferenciada dos modelos tecnoassistenciais vai impelir a construção de dispositivos de saúde que favoreçam o desenvolvimento das ações centradas na família, considerando como prioritária as ações de promoção da saúde, defendida em Alma-Ata<sup>1</sup>. O Programa de Saúde da Família (PSF) vai se originar a partir deste entendimento no ano de 1994, como resposta à crítica ao modelo assistencial centrado em uma visão biologicista do processo saúde-doença.

Para o desenvolvimento desta proposta, baseada principalmente em metodologias coletivas, à atuação profissional é imposta a necessidade concreta de uma atitude interdisciplinar consciente que possibilite atingir os objetivos propostos de atenção integral à saúde das pessoas. Isso requer reflexão e esforço coletivo das equipes envolvidas, na perspectiva de romper com o “conhecimento fragmentado pelas especializações disciplinares originadas no século XX” (MORIN, 2011), que impossibilitam a compreensão do fenômeno em sua complexidade.

As equipes do PSF são compostas por profissionais de especialidades distintas e têm suas funções normatizadas pelo Ministério da Saúde, configurando enquanto ação estratégica para a construção do novo modelo de saúde, evoluindo assim para Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1998. Muito é produzido acerca das diretrizes de trabalho no campo da ESF que, aos poucos, começa a demandar novos saberes, necessitando a atuação de diferentes

---

<sup>1</sup>Em 1978, foi realizada no Kazaquistão a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em Alma-Ata, capital do país. A reafirmação da saúde como direito fundamental e sua configuração como meta mundial, passou a balizar com mais intensidade o escopo das políticas voltadas para a promoção da saúde em todo o mundo.

categorias profissionais. Em sua proposta, a ESF tinha como suporte as áreas de Medicina, Enfermagem e Odontologia, além dos profissionais de nível médio e elementar. Em 2011, a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) irá definir e regulamentar os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF). Os NASF são dispositivos de apoio à ESF criados ainda em 2008, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro, com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, ampliando abrangência, resolutividade e ampliação das ações da APS no Brasil. Desde sua gênese já lhe é imposta a necessária articulação no sentido de agir efetivamente em conjunto com os profissionais das Equipes de Saúde da Família (EqSF), a partir do ingresso de novos saberes na ESF. Sua atuação, de caráter eminentemente interdisciplinar, articula-se intersetorialmente através de ações de educação permanente em saúde dos profissionais e da população, territorialização, integralidade, participação social, promoção da saúde e humanização (BRASIL, 2010b).

Organizadas com o objetivo de apoiar as Equipes de Saúde da Família (EqSF), os grupos que compõem os NASF são formadas por diferentes categorias profissionais, em uma perspectiva de integração de saberes e práticas de saúde, privilegiando como principal ferramenta tecnológica o apoio matricial<sup>2</sup>. Sua intervenção origina-se de demandas identificadas em parceria com as EqSF, no intuito de promover a saúde e produzir o cuidado em seu território.

A necessidade de integração posta para o NASF tem sua legitimidade principalmente na PNAB, que pressupõe a coordenação do cuidado para a ESF. Ao revisar a prática de encaminhamentos, a PNAB propõe que casos sejam compartilhados e que a longitudinalidade do acompanhamento seja efetivo. Esta postura envolve uma integração e a corresponsabilização de todos os profissionais envolvidos com seus saberes e práticas. É uma perspectiva de construção coletiva, de caráter interdisciplinar que se torna indispensável.

O documento do Ministério da Saúde sobre as Diretrizes do NASF destaca que o atendimento compartilhado do NASF “consiste em realizar intervenção tendo como sujeitos de ação o profissional de saúde e o apoiador matricial em regime de coprodução” (idem). Nesta perspectiva, o texto é conclusivo ao afirmar que a intencionalidade presente na proposta de atuação dos NASF é a troca de saberes e de práticas em ato, gerando experiências para ambos os profissionais envolvidos. O processo de reflexão acerca das práticas desenvolvidas

---

<sup>2</sup> Apoio Matricial aqui, entendido como o processo de apoio às equipes de referência da ESF, assegurando uma retaguarda especializada, contemplando as dimensões de suporte assistencial (produtora da ação clínica direta) e a técnico-pedagógica (produtora da ação de apoio educativo com e para a equipe) (BRASIL, 2010).

no âmbito da APS é exigência para a consolidação de um modelo humanizado que realmente efetive a melhoria da qualidade de vida da população. Uma compreensão ampliada e interdisciplinar das equipes é requisito indispensável.

Assim, a interdisciplinaridade coloca-se como objeto de investigação desta pesquisa, no âmbito dos NASF. Interdisciplinaridade compreendida como um processo complexo de construção permanente do conhecimento que envolve a articulação e a partilha entre diversos saberes, na busca de uma linguagem comum, que possa desvelar a complexidade contemporânea. As discussões sobre esta temática no Brasil já estão em pauta há mais de quatro décadas, em todos os campos da ciência. Contudo, o paradoxo da atualidade requer a retomada continuada destas reflexões, considerando-se os saberes ainda fragmentados de um lado e de outro, os problemas cada vez mais complexos. Estes saberes, das mais variadas áreas, estão cada vez mais especializados, o que vem promovendo a impossibilidade de perceber-se a totalidade, ou o global (Morin, 2011).

No campo da saúde, os debates sobre a interdisciplinaridade têm assumido importante relevância, principalmente a partir dos modelos assistenciais que rompem com a visão meramente biologicista e propõem em sua estruturação o diálogo com os determinantes sociais e a formação de equipes com diversas especialidades.

*A priori*, compreende-se que todos os profissionais da saúde, independente da formação, já ouviram falar ou já utilizam a categoria interdisciplinaridade no vocabulário, ao referir-se ao trabalho em equipe. No contexto profissional, percebe-se que a compreensão de interdisciplinaridade destes profissionais pode se apresentar através de representações sociais que se expressam com palavras, sentimentos e condutas e tendem a se institucionalizar. Minayo (2007) considera que as representações sociais dos fenômenos podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais. Neste contexto, a comunicação e os sentidos, produzidos no contexto das relações sociais que se encontram as representações, expressas em gestos, falas, sentimentos, pensamentos e ações, constituíram-se elementos que deram forma ao nosso objeto de pesquisa.

A pesquisa realizada envolveu as etapas bibliográfica, documental e de campo. O aprofundamento bibliográfico e documental que resultou na estruturação do referencial teórico deste estudo, objetivou realizar aproximações históricas e conceituais acerca das categorias que dialogam com o objeto central deste estudo, inclusive a discussão acerca do próprio tema em pauta: a interdisciplinaridade. Ao organizar o referencial teórico, elencou-se



três estruturas de tópicos que se relacionam para elucidar conexões estabelecidas no cotidiano das práticas profissionais nos NASF.

Um primeiro momento desta construção teórica intitula-se “Evolução das políticas de saúde no Brasil: dos primeiros esforços à implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família”. Neste tópico, realiza-se breve genealogia das políticas de saúde no Brasil, entendidas em sua relação direta com o desenvolvimento do sistema capitalista e que traduzem em sua trajetória as determinações e contradições intrínsecas a esse modo de produção. A compreensão dos caminhos percorridos pela saúde pública é tarefa incontornável para realizar as necessárias análises sobre a Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil e os dispositivos atuais para a implementação das ações de promoção, prevenção e atenção terapêutica, propostas pelo modelo de saúde vigente no Brasil, o qual destacamos os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) para este estudo. São visitados textos e fontes documentais, autores como Cohn (1991), Mercadante (2007), Teixeira (2011), Costa Mendes (2004), Lima (2002), Mendes (1995); Starfield (2002); legislações e documentos sobre a Política de Saúde (Constituição Federal; Lei 8080/90; Política Nacional de Atenção Básica; Política Nacional de Promoção da Saúde, Cartas da Promoção da Saúde, Política Nacional de Humanização; Portarias de Implantação dos NASF; Diretrizes dos NASF; entre outros).

Após esta incursão que realiza ainda o delineamento da composição e diretrizes dos NASF, torna-se necessário compreender o campo da saúde como espaço de produção e reprodução do trabalho. O tópico “O trabalho e sua singularidade no campo da saúde” objetiva destacar a importância do trabalho no contexto da vida dos profissionais e as características que o singularizam neste espaço laboral. Dialoga-se teoricamente com Luckács (1979); Agnes Heller (1994). Hannah Arendt (2010); Barroco (2013); Iamamoto (2006); Critelli (1993); Franco e Merhy (2007, 2012) e Krug e col (2010).

Além de destacar as especificidades do trabalho no campo da saúde, que põe em discussão a questão das dimensões humanas dos trabalhadores, é inarredável o momento de reflexão e embasamento teórico sobre a temática central da pesquisa. A interdisciplinaridade é apresentada a partir de seu conceito, evolução e desafios no campo da saúde a partir dos estudos de Japiassu (1976); Fazenda (2007, 2012); Vasconcelos (2002); Severino (2006) e Morin (2011, 2011b, 2012). Esta concepção prepara os elementos de análise que se colocam, quando destacamos as equipes que compõem os NASF e sua formação em áreas do conhecimento diferenciadas, com o propósito de articularem seus saberes e atuarem numa perspectiva interdisciplinar.

A partir daí coloca-se em pauta um referencial teórico-metodológico, apresentado no intuito de esclarecer a importância desta categoria no trato da presente pesquisa: as Representações Sociais. Esta discussão é amparada por Minayo (2007) que resgata teóricos da sociologia clássica, Moscovici (2011) e Jovchelovitch (2012).

A pesquisa é de cunho eminentemente qualitativo, de caráter descritivo e analítico com abordagem crítico-dialética. O desenho da pesquisa de campo é delineado, justificando a opção pela Hermenêutica de Profundidade (HP) como método de análise dos dados. A HP que nos referenciamos é apresentada por Demo (2012), baseado na proposta de análise qualitativa de Thompson (1981 e 1995). A análise segue três passos: contextualização sócio-histórica, análise formal e interpretação.

O trabalho de campo foi realizado após o parecer do Comitê de Ética da Universidade Estadual do Ceará (Nº 400.974/2013) e foi realizada junto às três equipes dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família da Secretaria Executiva Regional IV (SER IV), de acordo com a resolução 466/12 que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos. O período de coleta foi entre outubro de 2013 e fevereiro de 2014. Foram utilizadas técnicas como a entrevista semiestruturada (gravadas e transcritas) e a observação participante com registros anotados sistematicamente em diário de campo. Os dados são analisados defrontando-os com as teorias e outros resultados presentes na literatura.

Por fim, apresentam-se considerações finais sobre o estudo como um todo, sempre no sentido de acrescentar e sem a pretensão de nomear, para o entendimento acerca da interdisciplinaridade e sua capilaridade no âmbito da produção do trabalho em saúde.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar as representações sociais de profissionais das equipes multiprofissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família acerca da interdisciplinaridade.

### **2.2 Objetivos Específicos**

1. Caracterizar o processo de trabalho das equipes multiprofissionais nos Núcleos de Apoio à Saúde da Família;
2. Identificar os significados atribuídos à interdisciplinaridade;
3. Identificar a presença de relações interdisciplinares na sua dinâmica de trabalho.

### 3 REFERENCIAL TEÓRICO

#### 3.1. Evolução das políticas de saúde no Brasil: dos primeiros esforços à implantação dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

Relacionadas diretamente ao desenvolvimento do sistema capitalista, as políticas de saúde no Brasil, tais quais as demais políticas sociais, traduzem em sua trajetória as determinações e contradições intrínsecas a esse modo de produção. Compreender os caminhos percorridos pela saúde pública é condição *sine qua non* para realizar as necessárias análises sobre a Atenção Primária em Saúde (APS) no Brasil e os dispositivos atuais para a implementação das ações de promoção, prevenção e atenção terapêutica propostas pelo modelo de saúde vigente no Brasil.

Sua trajetória histórica, ao mesmo tempo que se apresenta de forma singular devido às especificidades regionais e históricas do nosso país, tem sua gênese conectada às transformações que ocorreram em todo o planeta a partir do estabelecimento da industrialização na Europa, ainda no século XVIII e início do século XIX e seus rebatimentos no movimento migratório dos campos para as cidades, que impactaram diretamente a qualidade de vida da coletividade humana.

O conhecimento científico já existente no século XIX sobre a saúde das populações voltava-se muito para a higienização, foco de estudo originado a partir da influência do processo de industrialização e urbanização das sociedades europeias, apoiado pelo discurso normalizador das elaborações teóricas dos médicos neste tempo histórico, que reiteravam o binômio cidade-doença e as relações entre a medicina e o controle do espaço urbano (LIMA, 2002). Conforme a autora,

Em geral, os movimentos de reforma da saúde pública na Europa, quer na França, Alemanha ou Inglaterra, tenderam a se voltar para os cenários urbanos e, ainda que destacassem a associação da cidade massiva e doença, revelavam certa dose de otimismo na crença de que a higiene permitiria intervir positivamente sobre o insalubre espaço urbano (LIMA, 2002, p.34).

Os impactos causados pelo fenômeno urbano extrapolavam os aspectos gerenciais internos das nações. As relações internacionais foram influenciadas devido à expansão comercial e o controle dos portos através de uma espécie de “quarentena sanitária” ocasionou os primeiros movimentos para discussão científica: as Conferências Sanitárias Internacionais.

Estes fóruns de debate tinham como objetivos a discussão dos mecanismos de transmissão das doenças e também a perspectiva normatizadora, no intuito de estabelecer procedimentos que evitassem epidemias, como a cólera e a peste bubônica (LIMA, 2002).

Foram realizadas seis conferências entre os anos de 1851 e 1903, sendo que a maior parte delas foi realizada no continente europeu. A quinta conferência foi realizada em Washington, em 1881, mas a representação de autoridades sanitárias dos países americanos era bastante reduzida (LIMA, 2002).

Em seu ensaio sobre o Brasil e a Organização Pan-americana de Saúde, após discorrer sobre as experiências sanitárias e a organização das conferências internacionais, LIMA (2002) traz um importante registro sobre a associação do Brasil à doenças.

As imagens que associam o Brasil a doenças, especialmente às de natureza transmissível, ao contrário do que a primeira impressão pode indicar, são relativamente recentes em nossa história. Até a segunda metade do século XIX, prevalecia a ideia de “um mundo sem mal”, caracterizado por uma natureza e um clima benévolos e pela longevidade de seus habitantes [...] (LIMA, 2002, p. 38).

Essa impressão foi impactada pela epidemia de febre amarela no Rio de Janeiro, no final da década de 1940, e o quadro sanitário brasileiro passou a ser alvo de preocupação científica e política.

### 3.1.1 Percurso da saúde pública no Brasil: confluências de “novos” e “velhos” modelos de assistência

O estabelecimento da República em nosso país associado à mudança de imagem saudável para “celeiro de doenças” (adjetivo atribuído à capital Rio de Janeiro no início do século XIX) impactou as condições de vida da população brasileira e colocou definitivamente a saúde das pessoas no circuito das preocupações governamentais. As epidemias, as condições e os acidentes de trabalho, a subnutrição e qualidade das moradias formavam um todo indissociável que gerava descontentamento junto aos setores organizados da sociedade, originando movimentos sociais.

A história da saúde pública no Brasil é, em larga medida, uma história de combate aos grandes surtos epidêmicos em áreas urbanas e às denominadas endemias rurais, como a malária, a doença de Chagas e a ancilostomose. Em contraste com o que ocorrera durante as epidemias de febre amarela, essa doença afetava indistintamente brancos e negros e chegou a ser apontada como principal responsável pela apatia do

trabalhador brasileiro e pela “nacionalização” do imigrante europeu (LIMA, 2002, p. 40).

Economicamente caracterizado pelo modelo agroexportador (predominante de meados do século XIX até 1930), o país investia em políticas de saneamento para a circulação de mercadorias e pelo controle de doenças que afetariam diretamente o desenvolvimento econômico brasileiro. A intervenção estatal mantinha um modelo hegemônico de assistência à saúde: “o sanitarismo campanhista”. Este modelo objetivava através de um estilo repressivo com inspiração militar, o combate às doenças de massa, intervindo sobre os corpos individual e social para garantir as exportações.

À moda europeia, o processo de industrialização brasileiro também modificou o *modus operandi* da saúde pública, redefinindo mecanismos de intervenção e delineando ações diferenciadas, ultrapassando apenas a esfera higienizadora proposta pelo modelo sanitaria campanhista<sup>3</sup> e fornecendo elementos para atender as novas demandas que surgiam com as mudanças progressivas que ocorriam nas estruturas econômica e social do país. Há a organização dos movimentos sociais contra as medidas ineficazes de saúde, a exemplo da Liga Pró-Saneamento (1918), que defendia a ampliação das intervenções estatais às populações rurais. Como resposta surgem o Serviço de Profilaxia Rural (1918) e o Departamento Nacional de Saúde Pública (1920), que passaram a controlar as epidemias e endemias rurais (PONTES, 2007). A partir desta conjuntura são estabelecidas as bases de implantação e consolidação da Assistência Médica da Previdência Social, que caracterizou o modelo médico assistencial privatista.

Em 1919, surge a primeira intervenção do Estado na área de seguro social para assalariados do setor privado: o seguro de acidentes de trabalho. A partir da década de 20, através da Lei Elói Chaves, surge a Previdência Social no Brasil (1923) e cria-se a primeira Caixa de Aposentadorias e Pensões (CAP), destinada aos ferroviários.

Ao final de 1932, existiam 140 CAPs com quase 19 mil segurados ativos, 10.300 aposentados e aproximadamente 8.800 pensionistas. Entre as prestações oferecidas aos segurados das CAPs, constavam, além das de natureza previdenciária, a assistência médica e o fornecimento de medicamentos (MERCADANTE, 2007).

Na década de 30, inicia-se a formação dos Instituto de Aposentadorias e Pensões (IAPs), institucionalizando o seguro social através do setor ao qual o trabalhador está inserido.

---

<sup>3</sup> O sanitarismo campanhista manteve reflexos visíveis até a década de 1960, cujas ações e paradigmas coabitaram com o seu sucessor: o modelo médico assistencial privatista.

Essa divisão por setores acaba fragmentando ainda mais as classes assalariadas urbanas e reforçando dicotomias que se iniciaram com a criação das CAPs.

Retomando o fio condutor da análise, enquanto nos anos 20 a assistência médica era atribuição das CAPs, a partir da década de 1930 passará a coabitar com os IAPs e, segundo MENDES (1995) “a Previdência Social possuía um caráter contencionista e a assistência médica coloca-se como função provisória e secundária”.

As ações de saúde são reiteradamente fragmentadas. Mantêm-se a perspectiva pública das campanhas sanitárias e de caráter coletivo, ao passo que as classes trabalhadoras passam a utilizar serviços médicos privados, credenciados pelas CAPs. Os demais, “excluídos” dos processos de produção e reprodução do trabalho formal, eram assistidos pelas instituições de caráter filantrópico.

Evidencia-se então uma característica da saúde em nosso país: a concepção da assistência médica muito mais restrita que saúde, como pertinente à esfera privada e não pública.

Não se constitui, portanto, saúde como um direito do cidadão e muito menos dever do Estado, mas sim a assistência médica como um serviço ao qual se tem acesso a partir da clivagem inicial da inserção no mercado de trabalho formal e para o qual se tem que contribuir com um percentual do salário, sempre por um meio de contrato compulsório (COHN, 1991, p.15)

Com o aprofundamento da industrialização, por volta da década de 1950, a saúde individual do trabalhador adquire maior relevância, considerando sua capacidade produtiva e importância para o desenvolvimentismo.

Nos regimes populistas houve uma crescente politização das relações sociais, e o mecanismo institucional previdenciário foi fundamental na cooptação de frações dos trabalhadores ao projeto estatal, ao mesmo tempo que funcionava como canal eficiente de escoamento da demanda política e social destes grupos. O resultado desse processo foi a criação e a consolidação de sistemas previdenciários iníquos e pouco abrangentes, que mesmo assim, representavam um avanço significativo nas condições de vida da população trabalhadora coberta pelo sistema (TEIXEIRA, 2011, p.26)

A assistência, centrada em hospitais, traz um modelo de medicina voltado para a doença em seus aspectos individuais e biológicos, nas especialidades médicas e no uso intensivo de tecnologia: a medicina científica ou flexneriana<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> De acordo com Filho (2010), o modelo flexneriano (referência à Abraham Flexner, educador estadunidense) pode ser compreendido a partir da lógica biológica, pedagógica e da organização dos serviços. No campo biológico expressa uma visão biologicista, com negação dos determinantes sociais da saúde e estímulo à

Com a instauração do regime militar em 1964, os IAPS foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que manteve seu foco na assistência à saúde individual. O modelo biomédico de atendimento foi expandido, através de financiamentos e compra de hospitais privados (SILVA JÚNIOR e ALVES, 2007).

A unificação do sistema previdenciário ao INPS gerou descontentamento em algumas categorias profissionais, que recebiam benefícios diferenciados. Passam a pressionar os serviços previdenciários de saúde, pois não possuem mais outro serviço alternativo, quer estatal, quer privado. A criação do INPS veio conformar o modelo médico assistencial privatista, ocorrendo uma profunda diferenciação entre os setores urbano e rural, no sentido de acesso a equipamentos médicos e estigmatização da clientela.

Acerca do caráter discriminatório das políticas de saúde, ressalta Mendes (1995) “delineava-se, assim, o processo que se consolidou na década de 1980 e que veio a ser denominado ‘universalização excludente’ das políticas de saúde” (MENDES, 1995).

Findado o período de expansão econômica e abertura gradual da política, diversas reformulações passam a delinear novos contornos para as políticas de saúde no Brasil. Em meados dos anos 1970, cria-se o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), institui-se o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAS) e a DATAPREV (Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social), responsável pelo controle e avaliação dos serviços de saúde. Concomitantemente, o Estado incentiva financeiramente o crescimento do setor privado. Entretanto, o modelo posto até então já demonstrava inadequação à realidade brasileira. TEIXEIRA (2011) aponta os sintomas:

- 1) A prática médica dominante, curativa, sofisticada e especializada não era capaz de alterar o perfil de morbi-mortalidade no qual persistiam doenças facilmente evitáveis com medidas simples de caráter preventivo. Ademais, os custos crescentes do cuidado médico inviabilizavam a expansão da cobertura;
- 2) A ausência de critérios para compra de serviços aos hospitais privados era incompatível com as necessidades crescentes de coordenação e planejamento da rede prestadora de serviços;

---

disciplinaridade. Sob a perspectiva pedagógica é percebido como massificador, passivo, hospitalocêntrico e tendente à superespecialização, interferindo na formação profissional em saúde, com tendência à elitização e privatização. A influência deste modelo na organização dos serviços tem sido responsabilizado pela crise de recursos humanos, problemas de cobertura, qualidade e gestão do modelo assistencial, inviabilizando a vigência plena de um sistema nacional de saúde integrado, eficiente, justo e equânime em nosso país. Segundo este autor, “ao contrário da aura de herói intelectual da medicina contemporânea, como querem alguns autores, Abraham Flexner deve ser denunciado como intelectual orgânico da dominação econômica, política e ideológica do capitalismo imperialista, sobretudo nos campos da educação e da saúde” (FILHO, 2010).



3) O alto grau de centralização e fragmentação em dois ministérios responsáveis pela política de saúde criava superposições, descoordenações, ausência de controle, etc., reduzindo a eficácia e a eficiência da ação governamental.

Até os anos 1980, prevalece a lógica do favorecimento do setor privado da assistência médica. Constituíam-se um modo de articulação entre o Estado e o empresariado que veio viabilizar o nascimento e o desenvolvimento do subsistema que viria tornar-se hegemônico na década de 1980: o da atenção médica supletiva.

Contudo, na contramarcha desta realidade, começam a surgir movimentos contra hegemônicos que viriam a conformar-se como a Reforma Sanitária Brasileira. A busca da construção de uma nova ideologia e a mudança das relações sociais existentes era também a busca pela democratização não só da economia, mas também da política. Neste processo os intelectuais exerceram papel preponderante. Aparecem em níveis político ideológico o CEBES - Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (1976) e a ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (1979), que começam a gestar uma proposta alternativa ao modelo de saúde vigente.

Importante ressaltar que as lutas empreendidas pela mudança dos modelos de atenção à saúde no Brasil foram ao longo da história do próprio país pautadas por desafios e conquistas, que se inserem na arena histórica da transformação e/ou manutenção de práticas e concepções contraditórias, onde “novos” e “velhos” modelos tecnoassistências coabitam, reproduzindo-se a partir da interlocução de seus atores. Com parte desta construção histórica, o movimento da Reforma Sanitária consolidou-se nas décadas de 1970 e 1980, fornecendo os elementos para impulsionar a conquista do direito à saúde, possibilitando a busca da superação de um modelo médico assistencial privatista, de caráter curativo e médico-centrado. É no contexto de uma grave crise econômica e do processo de redemocratização do país, que as políticas de saúde das décadas de 1980 e 1990 vão sedimentar-se.

Não obstante aos desafios empreendidos no mundo inteiro, os movimentos brasileiros também sofreram influências das discussões realizadas em instâncias internacionais, que objetivavam construir os caminhos para a saúde de todos os povos. Em 1978, foi realizada no Kazaquistão a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, organizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) em Alma-Ata, capital do país. A reafirmação da saúde como direito fundamental e sua configuração como meta mundial, passou a balizar com mais intensidade o escopo das políticas voltadas para a promoção da saúde em todo o mundo.

De acordo com a Declaração de Alma-Ata, ações dos diferentes atores internacionais no sentido de diminuir as diferenças no desenvolvimento econômico e social dos países deveriam ser estimuladas para que se atingisse a meta de saúde para todos no ano 2000, reduzindo-se a lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e desenvolvidos. Naquela ocasião, chegou-se ao consenso de que a promoção e proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento econômico e social e, conseqüentemente, condição única para a melhoria da qualidade de vida dos homens e para a paz mundial (COSTA MENDES, 2004, p.447).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida no Brasil em 1986, vai considerar em sua concepção de saúde a multifatorialidade de sua produção e reprodução, conduzindo a discussão para uma luta mais ampla, que envolve em sua perspectiva ideológica a necessidade de transformação da sociedade, levando em consideração os fatores econômicos, sociais e culturais, considerando, portanto, as condições de alimentação, habitação, renda, meio ambiente, trabalho, entre outros determinantes. É considerado o evento político-sanitário mais importante da década, constituindo-se o momento apical da Reforma Sanitária.

A Reforma Sanitária pode ser conceituada como um projeto modernizador e democratizante de transformação nos âmbitos político-jurídico, político institucional e político-operativo, para dar conta da saúde dos cidadãos, entendida como direito universal a ser suportada por um Sistema Único de Saúde (MENDES, 1995, p.42).

A ratificação da saúde como direito vai agregar à luta novos elementos e impulsionar a consolidação desta perspectiva sob a ótica da legalidade.

O reconhecimento da saúde como direito inerente à cidadania, o conseqüente dever do Estado na promoção desse direito, a instituição de um sistema único de saúde, tendo como princípios a universalidade e integralidade da atenção, a descentralização, com comando único em cada esfera de governo, como forma de organização e a participação popular como instrumento de controle social, foram teses defendidas na VIII CNS que se incorporaram ao novo texto constitucional. (MERCADANTE, 2002, p. 245).

As bases para a formulação do Sistema Único de Saúde seriam definitivamente criadas a partir do texto constitucional de 1988, oferecendo também os contornos para um novo modelo de atenção, embasados nos princípios da universalidade, equidade e integralidade da assistência. Os caminhos para a transição de um modelo baseado na assistência médico-hospitalar começam a ser construídos, a partir da substituição por um modelo voltado para a promoção e vigilância à saúde.

### 3.1.2. O conceito de promoção da saúde: do marco da Carta de Ottawa às políticas nacionais de Promoção da Saúde e de Atenção Básica

No percurso da construção de um novo modelo de assistência à saúde no Brasil, transformações significativas nas políticas públicas de saúde passam a fazer parte da agenda nacional, que sofre influência das discussões mundiais<sup>5</sup>.

Em 1986, na Conferência Mundial do Canadá, elabora-se a Carta de Ottawa, que vai nortear campos de ação da promoção da saúde, ressaltando a equidade como princípio fundamental. A Carta de Ottawa vai trazer para o centro das políticas de saúde a compreensão dos determinantes sociais no processo saúde-doença e influenciar as ações, considerando que uma transformação societária só é possível com a transformação da saúde da humanidade.

Com o objetivo de trazer “Saúde para Todos no Ano 2000”, a Conferência configura-se como resposta à crescente demanda por saúde pública em todo o mundo. O centro das discussões são os países industrializados, mas ampliam-se o debate também para problemas de saúde de outras regiões.

Tendo como ponto de partida a Declaração de Alma-Ata e os caminhos percorridos pelas políticas de saúde desde então, a Carta de Ottawa vai firmar a Promoção da Saúde como estratégia a ser defendida e perseguida pelas nações para assegurar melhorias na saúde da coletividade humana. O texto do documento traz o seguinte conceito:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. (BRASIL, 2002)

Este *démarche* da construção das políticas públicas de saúde vão introduzir a participação das populações para a obtenção de um estilo de vida saudável e influenciar diretamente as legislações posteriores, considerando a saúde como “o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida” (BRASIL, 2002). São elaborados os subsídios para direcionar mudanças

---

<sup>5</sup> Buscando superar a orientação centrada no controle das doenças, missões de observação da OMS (Organização Mundial de Saúde) produz o Relatório Lalonde em 1974 (Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses) e o Relatório Epp em 1986 (Alcançando Saúde Para Todos). São acontecimentos que convergiram com a formação do novo paradigma formalizado em Alma-Ata, ainda em 1978.

significativas nos caminhos das políticas de saúde no mundo inteiro, apontando como recursos fundamentais para a saúde: a paz, habitação, alimentação, renda, ecossistema saudável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

Neste sentido, percebe-se uma evolução conceitual que expõe a compreensão histórica acerca dos princípios defendidos em Alma-Ata (referentes à APS), Promoção de Saúde e Cidades Saudáveis, demonstrando como as discussões foram realizadas e mudanças dos modelos assistenciais à saúde sendo depreendidos a partir daí.

O quadro a seguir traz, cronologicamente agrupados, os princípios defendidos em momentos históricos para a promoção da saúde:

<b>ALMA-ATA</b>	<b>PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>	<b>CIDADE SAUDÁVEL</b>
1973 – 1978	1974 – 1986	1984
<ul style="list-style-type: none"> <li>* Outros setores</li> <li>* Promoção/qualidade</li> <li>* Participação/planos</li> <li>* Atenção Primária de Saúde</li> <li>- Educação</li> <li>- Alimentação</li> <li>- Saneamento</li> <li>- Materno-Infantil</li> <li>- Imunizações</li> <li>- Prevenção de endemias</li> <li>- Doenças/traumatismos</li> <li>- Medicamentos</li> <li>* Tecnologia adequada</li> <li>- Ação comunitária</li> <li>- Autodeterminação</li> <li>- Auto responsabilidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Capacidade de comunicar-se p/ melhorar a qualidade de vida</li> <li>* Participação decisória</li> <li>* Políticas saudáveis</li> <li>* Abordagem setorial</li> <li>* Ambientes favoráveis</li> <li>* Habilidades pessoais</li> <li>* Reconversão do sistema de saúde</li> <li>- ênfase na equidade</li> <li>- atenção determinante</li> <li>- extensão da promoção</li> <li>- prevenção, tratamento e reabilitação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Comunidade participa dos planos p/ melhorar o ambiente e a qualidade de vida</li> <li>* Amplia a participação</li> <li>* Empoderamento</li> <li>* Compromisso público local</li> <li>* Políticas saudáveis</li> <li>* Ênfase em equidade</li> <li>* Atenção determinante</li> <li>* Macrofunção social</li> <li>- trabalho e renda</li> <li>- infraestrutura</li> <li>- desenvolvimento social</li> <li>- saúde e nutrição</li> </ul>
“EMPODERAMENTO”		SUSTENTABILIDADE SOCIAL

Fonte: BRASIL, 2002 – Cartas da Promoção da Saúde (Ottawa)

A importância das discussões realizadas e das mudanças paradigmáticas sobre a saúde vão fazer parte do arcabouço teórico que impulsionou a luta da Reforma Sanitária no Brasil e a consequente formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro. Os artigos 196, 197 e 198 da Constituição Federal de 1988 vão assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sem discriminação de qualquer natureza e estabelecer diretrizes que subsidiarão a formulação da Lei 8080/90 que iria regulamentar o SUS, garantindo a gratuidade da atenção e estabelecendo princípios e diretrizes para a estruturação dos serviços de saúde.

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 197. São de relevância pública as ações e serviços de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da lei, sobre sua regulamentação, fiscalização e controle, devendo sua execução ser feita diretamente ou através de terceiros e, também, por pessoa física ou jurídica de direito privado.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;

II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;

III - participação da comunidade. (BRASIL, 1999)

Com a implantação do SUS, transformações paradigmáticas aconteceram nas políticas públicas de saúde. A principal delas foi o fim da separação entre aqueles que produziam economicamente ligados ao mercado formal de trabalho e os ditos “excluídos”, que recebiam assistência ambulatorial e hospitalar prestada por entidades filantrópicas aos indigentes.

O marco histórico do direito a saúde estava fundamentalmente lançado na história brasileira. O rompimento com a centralização e com a concepção de cidadania vinculada à inserção no mercado formal de trabalho tornou-se o mote legal. Os caminhos para tornar o “legal” em “real” constituem-se processos de longo amadurecimento e muitas lutas políticas e sociais. Neste ínterim encontram-se as três esferas de governo e a população, que adquire *status* de sujeito a partir da participação comunitária e do controle social.

A Promoção da Saúde, defendida em Alma-Ata (1978) e posteriormente em Ottawa (1996), configura-se como eixo estrutural das políticas de saúde propostas pelo novo modelo de atenção à saúde que vai sendo delineado. Neste contexto, em 2006, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) é lançada pelo MS, originada da Agenda de Compromisso pela Saúde (2005) e pelos Pactos realizados (Pacto em Defesa do SUS; Pacto em Defesa da Vida e

Pacto pela Gestão). Constituindo-se o Pacto em Defesa da Vida uma das macro-prioridades, destaca-se

[...] o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com ênfase para o fortalecimento e qualificação estratégica da Saúde da Família; a Promoção, Informação e Educação em Saúde com ênfase na Promoção de atividade física, na Promoção de hábitos saudáveis de alimentação e de vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; cuidados especiais voltados para o processo de envelhecimento. (BRASIL, 2010)

Nesta perspectiva, a saúde é compreendida como um resultado dos modos de produção e reprodução da força de trabalho, considerados o contexto histórico. O conceito ampliado de saúde, resultante da 8ª Conferência Nacional de Saúde, impele a criação de políticas públicas que a promovam, a partir da participação social, das tecnologias disponíveis e do cuidado. “Nesse sentido, o SUS, como política do Estado brasileiro pela melhoria da qualidade de vida e pela afirmação do direito à vida e à saúde, dialoga com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde” (BRASIL, 2006).

A promoção da saúde no SUS vai enfatizar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento e potencializar estratégias amplas para intervir nesta realidade, na qual expressões da questão social<sup>6</sup> fazem parte do cotidiano da nação.

Em estreita relação com a vigilância sanitária e propondo o trabalho em rede com as demais estruturas do poder público e a sociedade civil organizada, a PNPS é uma estratégia transversal, que “realiza-se na articulação do sujeito/coletivo, público/privado, Estado/sociedade, clínica/política, setor sanitário/outros setores, visando romper com a excessiva fragmentação na abordagem do processo saúde-adoecimento e reduzir a vulnerabilidade, os riscos e os danos que nele se produzem” (BRASIL, 2006). Constitui-se seu maior objetivo promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e riscos à saúde a partir de uma compreensão ampliada de saúde.

Neste mesmo ano, é aprovada a Política Nacional de Atenção Básica no Brasil, através da Portaria nº 648/GM de março de 2006, considerando a necessidade de reorganizar a APS no Brasil. Em termos legais, a nova política é fruto da confluência de teorias e práticas que já eram desenvolvidas no país, a exemplo dos Programa Agentes Comunitários de Saúde e Programa Saúde da Família (PACS e PSF), explanados a seguir.

---

<sup>6</sup> Por questão social entendemos o “conjunto de problemas políticos, sociais e econômicos que o surgimento da classe operária impôs no curso da sociedade capitalista” (NETTO, 2013, p.13). No contexto brasileiro contemporâneo, podemos apontar como expressões da questão social a violência, o desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, dificuldade de acesso à educação, urbanização desordenada, poluição do meio ambiente, entre outras.

### 3.1.3 Historiografando a Estratégia Saúde da Família: do Programa Agente Comunitário de Saúde aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

É a partir da consolidação do SUS, enquanto política pública, que a Atenção Primária em Saúde vai se estabelecer enquanto

primeiro contato na rede assistencial dentro do sistema de saúde, caracterizando-se, principalmente pela continuidade e integralidade da atenção, além de representar a coordenação da assistência dentro do próprio sistema, da atenção centrada na família, da orientação e participação comunitária e da competência cultural. (BRASIL, 2010b).

Esta visão vai de encontro ao modelo médico-centrado, focado nas especialização excessiva, propondo uma compreensão do ser humano em sua totalidade. Assim, torna-se importante a atenção holística, que leve em consideração todos os determinantes do estado de saúde.

Enquanto ideia e nomenclatura, a APS foi utilizada para descrever sistemas de saúde pela primeira vez em 1920, em um documento inglês intitulado Relatório Dawson. O documento inglês contrapunha-se ao modelo americano curativo de alto custo e focado na atenção individual (flexneriano). O governo da Inglaterra encontrava-se preocupado com os altos custos, a crescente atenção médica e a baixa resolutividade dos problemas (FAUSTO; MATTA; SILVA JÚNIOR e ALVES, 2007).

A concepção fundamentada a partir deste relatório influencia diretamente a organização dos sistemas de saúde do mundo inteiro, propondo um modelo de atenção em centros primários e secundários, serviços domiciliares, serviços suplementares e hospitais de ensino. Assim, a APS vem sendo adotada como modelo em diversos países desde a década de 1960. No Brasil ela é reflexo dos princípios da Reforma Sanitária e leva o SUS a designá-la Atenção Básica à Saúde<sup>7</sup> (ABS). Sobre a importância da APS no contexto da Promoção da Saúde e na defesa de que os custos para a saúde pública tornam-se menores a partir do investimento em ações neste nível de atenção, Starfield (2002) acrescenta:

Um sistema de saúde orientado para a subespecialização possui outro problema: ele ameaça os objetivos da equidade. Nenhuma sociedade possui recursos ilimitados para fornecer serviços de saúde. A atenção subespecializada é mais cara do que a

---

<sup>7</sup> O objetivo da designação é “ênfatar a reorientação do modelo assistencial, com base em um sistema universal e integrado de atenção à saúde. Isto significa afirmar que diversos sentidos de APS estão em disputa na produção acadêmica e política no campo das políticas de planejamento em saúde” (FAUSTO, MATTA; SILVA JÚNIOR e ALVES, 2007).

atenção primária e, portanto, menos acessível para os indivíduos com menos recursos poderem pagar por ela. Além disso, os recursos necessários para a atenção altamente técnica orientada para a enfermidade competem com aqueles exigidos para oferecer serviços básicos, especialmente para as pessoas que não podem pagar por eles. (STARFIELD, 2002, p. 21)

Corroboram com o fortalecimento da APS as ideias da medicina preventiva e comunitária, baseada em uma abordagem integral, com atenção médica aproximada do ambiente no qual os indivíduos e famílias vivem. Assim, reforça-se a ideia dos níveis de atenção, sendo a APS localizada na fase inicial do cuidado e reguladora dos encaminhamentos para os outros níveis de atenção.

Importante pontuar que, em termos conceituais, a APS tem como marco a Conferência de Alma-Ata, mencionada anteriormente. O documento resultante descreve as ações mínimas necessárias para o desenvolvimento da APS:

[...] educação em saúde voltada para a prevenção e proteção; distribuição de alimentos e nutrição apropriada; tratamento da água e saneamento; saúde materno-infantil; planejamento familiar; imunização; prevenção e controle das doenças endêmicas; tratamento de doenças e lesões comuns; fornecimento de medicamentos essenciais (FAUSTO, MATTA; SILVA JÚNIOR e ALVES, 2007).

Esta lógica promovia ainda conflitos com o próprio sistema capitalista, pois a OMS enfrentou resistência oriundas dos interesses das indústrias de leite e de medicamentos, pois o aleitamento materno e a fabricação de medicamentos essenciais passaram a ser propostos pelas práticas da APS.

No *Relatório Mundial de Saúde de 2008 – Atenção Primária em Saúde – Agora Mais do que Nunca*, a APS é compreendida como o nível de atenção à saúde que vai “dar prioridade às pessoas”, devido às suas características.

Estas características são: a orientação para a pessoa, a abrangência e integração e a continuidade dos cuidados, assim como a existência de um ponto de entrada regular no sistema de saúde, de modo a tornar possível construir uma relação de confiança entre as pessoas e os seus prestadores de cuidados de saúde. (OMS, 2008, p. 44).

Uma compreensão diferenciada dos modelos tecnoassistenciais, com base na APS, vai impelir a construção de dispositivos de saúde que favoreçam o desenvolvimento das ações centradas na família, considerando como prioritária as ações de promoção da saúde, através de uma mudança de ênfase nos cuidados especializados para cuidados generalistas ambulatoriais, com responsabilidade por uma população definida e capacidade para coordenar



os apoios necessários dos hospitais, dos serviços especializados e das organizações da sociedade civil.

O documento traz ainda uma importante contribuição que colabora para distinguir os cuidados de saúde convencionais dos cuidados primários orientados para as pessoas, reproduzida na tabela abaixo:

<b>Cuidados médicos ambulatoriais convencionais em clínicas ou em postos de atendimento externo</b>	<b>Programas de controle de doenças</b>	<b>Atenção Primária orientada para a pessoa</b>
Centrado na doença e na cura	Centrado em doenças prioritárias	Centrado nas necessidades da saúde
Relação limitada ao momento da consulta	Relação limitada à implementação do programa	Relação personalizada duradoura
Episódio de cuidado curativo	Intervenções de controle de doenças definidas no programa	Abrangência, continuidade e orientação para a pessoa
Responsabilidade limitada ao aconselhamento no momento da consulta	Responsabilidade por metas do controle da doença na população alvo	Responsabilidade pela saúde de todos na comunidade durante o ciclo de vida; responsabilidade pelo combate aos determinantes da doença
Os usuários são consumidores dos cuidados que procuram	Grupos da população são alvo de intervenções de controle da doença	As pessoas são parceiras na gestão da sua própria doença e da saúde da sua comunidade

Fonte: Relatório Mundial de Saúde de 2008 – Atenção Primária em Saúde – Agora Mais do que Nunca (p.45)

Entretanto, as inovações propostas pela APS no que diz respeito aos modelos assistenciais de saúde encontrou terreno precário para desenvolvimento em muitos países, o que distanciou a proposta colocada em prática dos princípios de Alma-Ata. No caso brasileiro, os problemas econômicos dos anos 1990 originados do sistema neoliberal<sup>8</sup> promoveu também o subfinanciamento do SUS.

No intuito de enfrentamento das adversidades para a consolidação do SUS, a chamada “reforma da reforma” foi desenvolvida, promovendo uma mudança nos caminhos operacionais da política de saúde. Os impactos seriam nas formas de organização dos serviços. Nas modalidades de alocação de recursos e formas de remuneração das ações de saúde e no modelo assistencial (BRASIL, 2009).

<sup>8</sup> Os problemas sistêmicos da economia no Brasil no período em questão eram enfrentados através do receituário do Fundo Monetário Internacional (FMI). Impactou o SUS devido ao subfinanciamento, mas também trouxeram efeitos negativos a carência estrutural da rede básica de saúde e as limitações operativas ao modelo tradicional de APS centrado na doença e, em consequência no modelo médico e nas práticas curativas (BRASIL, 2009, p. 43).

O esforço brasileiro de superação da “crise do modelo assistencial” e de retomada dos princípios do SUS e da APS, expressos em Alma-Ata, passa a se concretizar a partir de 1994, com a implantação progressiva do Programa Saúde da Família (PSF). Essa iniciativa foi precedida pelo Programa Agentes de Saúde (PAS), implantado no estado do Ceará em 1987, e pelo Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), implantado em 1991, que pela primeira vez na história do SUS enfoca a família e não o indivíduo, e introduz a noção de área de cobertura.

O Programa de Saúde da Família (PSF) vai se configurar com o propósito de “superação de um modelo de assistência à saúde, responsável pela ‘ineficiência do setor’; ‘insatisfação da população’; ‘desqualificação profissional’; ‘iniquidades’” (FRANCO e MERHY, 2007). Constituir-se-á resposta à crítica ao modelo assistencial centrado em uma visão biologicista do processo saúde-doença.

O objetivo central do PSF era reorganizar as práticas assistenciais em saúde, centrando a atenção no cuidado à família, percebida em seu próprio contexto, ampliando a capacidade de intervenção para além das práticas reiteradamente curativas. Era de caráter substitutivo, promovendo um novo processo de trabalho, centrado na vigilância à saúde; sendo o primeiro nível de ações e serviços de saúde, recebendo neste momento a denominação de Atenção Básica. É também o coordenador da rede de assistência, garantindo a integralidade do cuidado da população usuária, trabalhando com adscrição e territorialização da clientela a partir de uma equipe multiprofissional. A nova cartografia proposta pelo PSF requer a responsabilização da equipe pelo cuidado com as pessoas do território de referência. (FRANCO; MERHY, 2007).

A equipe era composta de profissionais de especialidades distintas e tem suas funções normatizadas pelo Ministério da Saúde, configurando enquanto ação estratégica para a construção do novo modelo de saúde, evoluindo assim para Estratégia Saúde da Família (ESF) em 1998.

[*O Saúde da Família*] Tem sido apontado como estratégico para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, sendo que a redefinição do processo de trabalho com a articulação/integração de várias práticas profissionais na perspectiva interdisciplinar é um de seus principais desafios (SCHERER e PIRES, 2009).

Essa percepção corrobora com a concepção ampliada de saúde, na qual os profissionais de saúde trabalhem para além dos agravos em saúde, mas atuando com os riscos à saúde presentes nos modos de vida dos grupos, comunidades, famílias e indivíduos, numa perspectiva interdisciplinar. Todavia, Franco e Merhy (2007) chamam a atenção sobre a

organização do trabalho da equipe, que apesar de ser um “conjunto” de vários profissionais com diversos saberes, “nada garante que haverá ruptura com a dinâmica médico-centrada” (FRANCO e MERHY, 2007). Tal constatação deve-se ao fato de que o programa modifica a estrutura, mas não determina a dinâmica dos microprocessos do trabalho em saúde, no cotidiano das práticas profissionais, que são em última instância os definidores do perfil da assistência.

A estruturação do PSF, transformado em ESF é o grande centro da Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) - nomenclatura que substitui o termo Atenção Primária à Saúde (APS) no campo das discussões conceituais. A PNAB coloca como prioridade a Saúde da Família, explícita no documento organizado pelo Ministério da Saúde através da Portaria GM/648 de 28 de Março de 2006:

A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde.

A Atenção Básica tem como fundamentos:

I - possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, com território adscrito de forma a permitir o planejamento e a programação descentralizada, e em consonância com o princípio da equidade;

II - efetivar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação, trabalho de forma interdisciplinar e em equipe, e coordenação do cuidado na rede de serviços;

III - desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado;

IV - valorizar os profissionais de saúde por meio do estímulo e do acompanhamento constante de sua formação e capacitação; V - realizar avaliação e acompanhamento sistemático dos resultados alcançados, como parte do processo de planejamento e programação; e

VI - estimular a participação popular e o controle social (BRASIL, 2006).

Define ainda que em termos operacionais as ações estratégicas da Atenção Básica (AB) devem voltar-se para a eliminação da “hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Outras áreas serão definidas regionalmente de acordo com prioridades e pactuações definidas nas CIBs (Comissão Intergestores Bipartite)” (BRASIL, 2006).

A PNAB é atualizada em 2011, através da portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011, que estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a

Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Considera os termos Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Básica (AB) como equivalentes, reitera princípios e diretrizes expostos na PNAB de 2006 e coloca a interdisciplinaridade como atribuição comum a todos os profissionais da ESF, no campo que trata desta questão: “XIII - realizar trabalho interdisciplinar e em equipe, integrando áreas técnicas e profissionais de diferentes formações” (BRASIL, 2011).

Na nova PNAB, os Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) estão definidos e regulamentados. Os NASF são dispositivos de apoio a ESF criados ainda em 2008, mediante a Portaria GM nº 154, de 24 de janeiro, com o objetivo de apoiar a inserção da ESF na rede de serviços, ampliando abrangência, resolutividade e ampliação das ações da APS no Brasil. É este campo de atuação em construção que se constitui espaço por excelência desta pesquisa. É no âmbito dos NASF que princípios da APS e as Equipes de Saúde da Família (EqSF) ganham força e ampliam sua capacidade de intervenção, a partir das relações estabelecidas com os profissionais da equipe de apoio.

Retomando a perspectiva que compreende e determina sob o escopo da legalidade a APS como a “porta de entrada prioritária” do SUS, que pressupõe o direito à saúde e a equidade no cuidado, estruturada a partir de uma lógica hierárquica e regionalizada, os NASF constituem-se uma reorientação do modelo de atenção em nosso país (BRASIL, 2010b).

Enfatizado em sua nomenclatura, os NASF surgem para “apoiar” a inserção da ESF na rede de serviços e ampliar a abrangência, a resolutividade, a territorialização, a regionalização, bem como a ampliação das ações da APS no Brasil (BRASIL, 2010b).

Na portaria GM nº 154, de 24 de janeiro de 2008, são expressas as condições para a implantação dos NASF, bem como os pressupostos que devem embasar suas práticas. Em seu Art.2º, a portaria define a composição dos NASF:

Art. 2º Estabelecer que os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF constituídos por equipes compostas por profissionais de diferentes áreas de conhecimento, atuem em parceria com os profissionais das Equipes Saúde da Família – ESF, compartilhando práticas em saúde nos territórios sob responsabilidade das ESF, atuando diretamente no apoio às equipes e na unidade na qual o NASF estará cadastrado (BRASIL, 2008).

As equipes definidas a partir das modalidades de NASF previstas na portaria, poderiam ser compostas por profissionais das seguintes categorias: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta;

Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional.

A ampliação das categorias profissionais deu-se a partir da Portaria nº 2488/2011, que apresenta outros profissionais para a composição das equipes de NASF: Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Internista; Médico do Trabalho; Médico Veterinário; Arte-educador; Profissional de Saúde Sanitarista<sup>9</sup>.

Relevante aspecto para a compreensão dos processos de trabalho no NASF é situado na portaria que o cria (GM nº 154/ 2008), enfatizando que este dispositivo de apoio não se configura “porta de entrada do sistema. Sua atuação deve e precisa estar integrada à rede de atenção à saúde, com demandas identificadas no contexto do trabalho coletivo realizado com as EqSF. Assim, o caráter complementar das práticas do NASF é proposta, não no sentido secundário, mas objetivando ampliar as ações realizadas pela ESF através da qualificação e da partilha dos múltiplos saberes que são agregados a partir do estabelecimento das equipes de NASF nos diversos territórios. Importante compreender que existem duas modalidades de NASF previstas em sua criação e que sua configuração depende de fatores que se referem à população do município e ao número de equipes vinculadas à estes. Em estudo sobre o processo de construção dos NASF, Souza (2013) apresenta quadro que caracteriza as modalidades de NASF, a partir de síntese realizada das portarias supracitadas (Anexo A).

O Caderno de Atenção Básica Nº 27 - Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família é documento norteador para a compreensão da finalidade do NASF, assim como possibilita às equipes o entendimento sobre as áreas de atuação, estratégias de intervenção e, principalmente, a natureza interdisciplinar do trabalho a ser desenvolvido pelos profissionais que compõem estas equipes. A portaria GM/MS nº 2488/2011, que aprova na nova PNAB vai apresentar algumas alterações na estruturação dos NASF. Além de atuarem integradamente com as EqSF, as equipes de NASF também devem apoiar equipes que atuam em consultórios na rua, equipes fluviais, entre outras.

Conectando os NASF às diretrizes relativas à APS, sua atuação deve estar vinculada à “ação interdisciplinar e intersetorial; educação permanente em saúde dos profissionais e da população; desenvolvimento da noção de território; integralidade; participação social; educação popular; promoção da saúde e humanização” (BRASIL, 2010b). Destacam-se o

---

<sup>9</sup> Profissional graduado na área de saúde, com pós-graduação e, saúde pública/coletiva.

apoio e o compartilhamento de responsabilidades como aspectos centrais da missão dos NASF<sup>10</sup>. São pressupostos colocados para a proposta dos NASF:

CONHECIMENTO	GESTÃO DAS EQUIPES	COORDENAÇÃO DO CUIDADO
O reconhecimento dos problemas dos usuários pelos profissionais possibilita maior condição de intervenção, avaliando as demandas prevalentes no território. A constituição de um NASF pressupõe um processo de discussão, negociação e análise dos gestores, juntamente com as EqSF, uma vez que elas que conhecem as necessidades em saúde de seu território e podem identificar os temas/situações em que precisarão de apoio.	A criação de um NASF insere outros profissionais na gestão compartilhada do cuidado. Mas a questão central não é “aumentar” o número de profissionais, é desenvolver no plano de gestão vínculo específico entre um grupo de profissionais e determinado número de usuários. Assim, a implantação do NASF implica em estabelecer espaços rotineiros de reunião para pactuar e negociar o processo de trabalho.	A coordenação do cuidado significa para a equipe assumir o usuário, mesmo (ou talvez principalmente) quando há procedimentos ou aspectos do problema de saúde que ela não domina totalmente, ou não lhe caiba executar (cirurgia ou tratamento prolongado, por exemplo). Considera-se que nestes momentos de maior gravidade que os conhecimentos das EqSf e NASF são de fundamental importância para a eficácia da clínica.

Fonte: BRASIL, 2010b, p.15-16 (Adaptado pela autora).

A principal diretriz a ser praticada pelos NASF é a integralidade do cuidado, que leva em consideração seu contexto social, familiar e cultural e com garantia de cuidado longitudinal; organiza as práticas de saúde integrando ações de promoção, prevenção, reabilitação e cura, além de organizar o sistema de saúde para o acesso às redes de atenção em uma perspectiva intersetorial.

O conceito de integralidade é também uma das diretrizes do SUS, ao lado da universalidade do acesso ao cuidado organizado em rede, da prioridade das ações preventivas, sem detrimento das assistenciais, bem como da equidade da oferta e das oportunidades em saúde. Mas isso implica modificação profunda dos modos de atenção e gestão dos processos de trabalho em saúde até hoje vigentes. (BRASIL, 2010b, p.17)

Esta compreensão acerca da integralidade no contexto dos serviços de saúde reconhece que esta é um processo em construção, um constante devir. Diante deste desafio, o

<sup>10</sup> Desafios essenciais estão permanentemente colocados à APS, como ampliação progressiva da cobertura populacional e sua integração à rede assistencial, ligados tanto ao aumento de sua resolutividade quanto de sua capacidade de compartilhar e fazer a coordenação do cuidado. O NASF, como organismo vinculado à EqSF, compartilha tais desafios e deve contribuir para o aumento da resolutividade e a efetivação da coordenação integrada do cuidado na APS (BRASIL, 2010b, p.14).

NASF constitui-se apoio, mas deve ratificar em suas práticas a resolutividade, a qualidade do cuidado e as ações de promoção de saúde.

Segundo o Caderno N° 27, Diretrizes do NASF, outros princípios devem orientar as ações desenvolvidas pelas equipes. Embora o foco deste trabalho seja a discussão sobre a interdisciplinaridade (que se configura entre estes princípios), situá-los brevemente é tarefa incontornável para a compreensão dos processos de trabalho que implicam em atitudes interdisciplinares. Para tanto, apresentamos breve síntese, conforme Brasil (2010b):

<b><i>Princípio</i></b>	<b><i>Síntese</i></b>
<i>Território</i>	Entendido como conjunto de sistemas naturais e artificiais que engloba indivíduos e instituições, independentemente de seu poder, o território é o local onde se processa a vida social e nele tudo possui interdependência, acarretando no seu âmbito local a fusão entre o local e o global. Conhecer a realidade do território é condição <i>sine qua non</i> para que as EqSF e NASF atuem identificando fragilidades e potencialidades.
<i>Educação Popular em Saúde</i>	A finalidade desta é a apuração, a sistematização de modos de sentir, pensar, sonhar, querer, agir.
<b><i>Interdisciplinaridade (grifo nosso)</i></b>	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 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. “No projeto interdisciplinar não se ensina, nem se aprende: vive, exerce-se”. Ela deve ser entendida também como uma atitude de permeabilidade aos diferentes conhecimentos que podem auxiliar o processo de trabalho e a efetividade do cuidado num determinado momento e espaço.
<i>Participação Social</i>	Envolve o fortalecimento dos espaços sociais, comunitários e locais em geral, com foco na gestão participativa. Trata-se de fortalecer os processos de produção das necessidades da vida por seus próprios protagonistas.

<i>Intersetorialidade</i>	O conceito ampliado de saúde exige trabalho articulado com redes/instituições que estão fora do seu próprio setor. É a articulação entre sujeitos de setores diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, a fim de abordar um tema ou uma situação em conjunto.
<i>Educação Permanente em Saúde</i>	O processo de educação permanente possibilita principalmente a análise coletiva do processo de trabalho para efetivar a ação educativa. Deve-se trabalhar com a transformação das práticas profissionais e da organização do trabalho simultaneamente.
<i>Humanização</i>	É efetivada quando os princípios do SUS são traduzidos a partir da experiência concreta do trabalhador e do usuário num campo de trabalho concreto e, nesse caso, o usuário deve ser entendido como cidadão em todas suas dimensões e redes de relações.
<i>Promoção da Saúde</i>	É uma das estratégias de organização da gestão e das práticas em saúde, não deve ser compreendida apenas como um conjunto de procedimentos que informam e capacitam indivíduos e organizações, ou que buscam controlar as condições de saúde em grupos populacionais específicos. Sua maior contribuição a profissionais e equipes é a compreensão de que modos de viver de homens e mulheres são produtos e produtores de transformações econômicas, políticas, sociais e culturais.

Fonte: BRASIL, 2010b, p.18-19 (Adaptado pela autora).

Estes princípios devem direcionar o trabalho do NASF em suas diferentes áreas de atenção: atividades físicas e práticas corporais; saúde da criança / do adolescente e do jovem, saúde mental; reabilitação / saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; práticas integrativas e complementares.

Desde sua gênese já lhe é imposta a necessária articulação no sentido de agir efetivamente em conjunto com os profissionais das EqSF, a partir do ingresso de novos saberes na ESF, que até então tinha como suporte as áreas de medicina, enfermagem e odontologia, além dos profissionais de nível médio e elementar.

As equipes que compõem os NASF são formadas por diferentes áreas do conhecimento, e objetivam apoiar os ESF, integrando suas ações, compartilhando saberes e práticas em saúde, tendo como elemento principal de atuação o apoio matricial. Sua constituição não é “estrutural”, ou seja, não há uma unidade física independente para sua atuação. A intervenção do NASF parte de demandas identificadas em conjunto com as equipes e atuam de forma



integrada à rede, articulando o cuidado aos diversos dispositivos de apoio, inseridos na saúde, assistência, previdência, educação, entre outros. Pode ser desenvolvida nas Unidades de Saúde, Academias de Saúde, escolas ou outro ponto do território.

O trabalho do NASF requer um nível de integração bastante fortalecido, pela necessidade imposta através da PNAB de “revisão da prática do encaminhamento com base nos processos de referência e contra referência, ampliando para um processo de compartilhamento de casos e acompanhamento longitudinal de responsabilidade das equipes de atenção básica, atuando no fortalecimento de seus princípios e no papel de coordenação do cuidado nas redes de atenção à saúde (BRASIL, 2010b).

Uma atuação que exigirá um esforço para contribuir com a integralidade do cuidado aos usuários do SUS a partir da discussão de casos, interconsulta, construção conjunta de projetos terapêuticos, educação permanente, intervenções no território e na saúde de grupos populacionais e da coletividade, ações intersetoriais, ações de prevenção e promoção da saúde, discussão do processo de trabalho das equipes e etc.” (BRASIL, 2010b).

Neste sentido, a organização do processo de trabalho dos NASF propõe uma corresponsabilização e o compartilhamento de múltiplos saberes, numa perspectiva de capacitação e envolvimento de todos os profissionais da ESF, propondo a concretização do apoio matricial e da efetivação do cuidado. No campo da saúde, o produto do trabalho é o cuidado, produzido durante o processo de trabalho, que sofre as determinações das condições postas nesta produção.

Torna-se importante na caracterização do processo de trabalho do NASF situar as ferramentas tecnológicas que são propostas em suas diretrizes básicas: *o Apoio Matricial, a Pactuação de Apoio; a Clínica Ampliada; o Projeto Terapêutico Singular e o Projeto de Saúde no Território*. A exposição destas, descritas no Caderno de Diretrizes Básicas do NASF (BRASIL, 2010b), objetiva situar a prescrição da interdisciplinaridade, que implícita ou explicitamente perpassa todas as ações pensadas para as práticas destas equipes.

O *Apoio Matricial*, enquanto ferramenta tecnológica, é entendido como o processo de apoio às equipes de referência da ESF, assegurando uma retaguarda especializada, contemplando as dimensões de suporte assistencial (produtora da ação clínica direta) e a técnico-pedagógica (produtora da ação de apoio educativo com e para a equipe) (BRASIL, 2010b). Intrínseca a este conceito está a dimensão sinérgica de educação permanente e implica relações horizontais nos processos de compartilhamento de casos e temas,

possibilitando que as equipes possam lidar com diversos saberes e fazer deles conhecimento de todos.

A *Pactuação do Apoio* é delimitada em duas atividades:

- ✓ A avaliação conjunta da situação inicial do território entre gestores, EqSF e o Conselho de Saúde (antecede o processo de formação das equipes de NASF, considerando as necessidades das EqSF e dos representantes da comunidade para determinar que profissionais serão contratados e estabelecer os primeiros vínculos com a população);
- ✓ Pactuação do desenvolvimento do processo de trabalho e das metas, entre os gestores, a equipe do NASF, a EqSF e a participação social (atividade que necessita rotina para a pactuação de metas e o processo de trabalho, definindo objetivos; problemas prioritários; critérios de encaminhamento e formas de gerenciamento de conflitos).

No que tange a *Clínica Ampliada*, esta se direciona aos profissionais que fazem clínica e tem como premissa alguns movimentos: compreensão ampliada do processo saúde-doença; construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas; ampliação do objeto de trabalho (saindo do foco das especialidades); a transformação dos instrumentos de trabalho (possibilitando a comunicação transversal na equipe) e o suporte para os profissionais de saúde.

O *Projeto Terapêutico Singular* (PTS) “é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para o sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial, se necessário.” (BRASIL, 2010b). É desenvolvido a partir do diagnóstico, seguido da definição das metas e dos processos de avaliação.

Partindo do conceito ampliado de saúde que impõe o trabalho com os determinantes sociais da saúde, o *Projeto de Saúde no Território* (PST) configura-se como uma estratégia das EqSF e do NASF para desenvolver ações efetivas na produção da saúde em um território com foco na intersetorialidade, investindo na autonomia de sujeitos e comunidades.

Estas ferramentas, que organizam o processo de trabalho do NASF, situam as possibilidades de atuação destes profissionais através de intervenções diretas (após encaminhamento das EqSF e discussões de casos) ou atuar em conjunto com as EqSF em

atendimentos compartilhados. Refletir sobre o processo de trabalho do NASF é necessário para analisar a efetivação destas proposições no campo da prática profissional.

Importante destacar que, de acordo com Krug (2006), processo de trabalho é definido como a “atividade voltada para a produção de valores de uso com a finalidade de satisfazer as necessidades humanas, independente das formas sociais da produção”. Possui significado qualitativo e refere-se à utilidade do resultado do trabalho, que é influenciado pela organização, pelas condições estruturais e econômicas, pelas relações estabelecidas e pela confiança política.

Compreender o trabalho enquanto atividade humana e sua caracterização no campo da saúde é tarefa que se coloca a seguir, confrontando informações que possam lançar luzes sobre e espaço da pesquisa e seus sujeitos.

### **3.2 O trabalho e sua singularidade no campo da saúde**

O trabalho no campo da saúde possui particularidades e possui uma dimensão de imaterialidade de sua execução. Pensar a saúde é pensar numa construção não linear e considerar que não há um produto final, mas que o cuidado, produto desta ação, perpassa todas as etapas do processo de trabalho.

Refletir sobre o processo de trabalho na saúde é compreender como se organiza o caminho / percurso para uma atividade produtiva. Os elementos constituintes do processo de trabalho são: o objeto de trabalho; os diversos saberes; os instrumentos e o trabalho em si. (REIS e DAVIS, 2010). Entende-se que o elemento de destaque no processo de trabalho na saúde é o trabalho vivo. É o ser humano no centro da produção de cuidado, com a finalidade de atender às necessidades de outro ser humano.

No bojo destas reflexões, urgem questionamentos acerca do trabalho enquanto atividade eminentemente humana, caracterizada teleologicamente, produzida e reproduzida no cotidiano. Compreendê-lo enquanto categoria faz-se necessário para realizar as interfaces com sua expressão no campo da saúde.

### 3.2.1 O trabalho como ontologia do ser social

Enquanto atividade que permite a diferenciação do ser humano de outros seres da natureza, o trabalho é compreendido neste estudo a partir de uma perspectiva marxista, enquanto “fundamento ontológico do ser social<sup>11</sup>”. Sua condição ontológico-social afere ao trabalho historicidade e universalidade. Impõe a necessidade de conhecimento dos fenômenos e a valoração dos instrumentos que são necessários à sua execução, a exemplo das tecnologias. O ser humano, dotado de razão e finalidade, apropria-se da realidade e conscientemente transforma aquilo que era latente enquanto necessidade em uma forma de satisfação a partir do trabalho.

O trabalho é fruto da cooperação entre indivíduos, objetivado socialmente a partir das demandas colocadas em determinado tempo histórico. Linguagens, representações e costumes são produzidos a partir da cultura originada das relações de trabalho. Iamamoto (2006) em estudo baseado nas teorias de Marx e Lukács, define trabalho da seguinte forma:

O trabalho é atividade racional orientada para um fim, à produção de valores de uso, a assimilação de matérias naturais para a satisfação de necessidades humanas. É originalmente metabolismo entre o homem e a natureza, da qual se apropria para a satisfação das necessidades humanas. A natureza é o terreno dos valores de usos sociais ou a produção de valores de uso em forma de natureza produzida, isto é, construída e modificada pela ação humana. O trabalho concreto, formador de valores de uso, é condição da vida humana, independente de todas as formas de sociedade. É atividade existencial do homem, sua atividade livre e consciente (IAMAMOTO, 2006, p.40).

Enquanto ato histórico, o trabalho cria novas necessidades, que se tornam necessidades sociais e de consumo. No processo de transformação o homem modifica a realidade, mas também transforma a si mesmo. O trabalho é um ato de autocriação humana (IAMAMOTO, 2006).

As modificações oriundas a partir do surgimento da sociedade capitalista e das expressões oriundas deste modo de produção trouxeram repercussões profundas nas

---

<sup>11</sup> Em termos filosóficos, a ontologia diz respeito à própria natureza do ser. Ao atribuímos uma prioridade ontológica a determinada categoria em relação à outra, entendemos que a primeira pode existir sem a segunda. Ao imputarmos ao trabalho e às suas consequências uma prioridade com relação a outras formas de atividade

condições de vida dos trabalhadores, independente da formação educacional e da divisão socialmente definida. Impôs mudanças significativas nos valores éticos e morais, que também se configuram no campo das atividades humanas. O trabalho, percebido como força viva que traduz no sujeito a perspectiva de autodeterminar-se, “... evidencia sua vontade racional libertadora de sua autonomia; pode escolher entre alternativas por ele criadas, traçar seu destino, superar limites, fazer escolhas, objetivando suas capacidades e deliberações” (BARROCO, 2013). Todavia, na sociedade capitalista contemporânea temos duas possibilidades paradoxalmente distintas de perceber o trabalho na vida do indivíduo social. Ao mesmo tempo em que esta sociedade impele o desenvolvimento e a qualificação das forças produtivas, reproduz diametralmente oposto a esta perspectiva, um maior grau de alienação.

Esta alienação, hoje, não é reduzida apenas ao “estranhamento” do produto do seu trabalho, conforme Marx situa no processo de industrialização e urbanização. Hodiernamente, ela atravessa a sociedade capitalista envolvendo “(...) os valores éticos, estéticos, tendem a se expressar como valores de posse, de consumo, reproduzindo sentimentos, comportamentos e representações individualistas, negadoras de alteridade e da sociabilidade livre” (BARROCO, 2013). Esta perspectiva determinante coexiste contraditoriamente com a práxis emancipadora, compreendida como uma nova atitude frente à reflexão de uma ação que possibilita a transformação da realidade social para o usufruto e satisfação do homem enquanto ser social.

O trabalho, enquanto elemento fundamental da vida do indivíduo social, encontra-se refletido no cotidiano do ser-fazer profissional. Não se dissocia do ser humano e faz parte da sua realização pessoal. Pode alienar, frustrar e adoecer, mas também pode promover esta emancipação que se configura como elemento central da felicidade e porque não dizer da própria saúde do ser social. Estas representações se dão no âmbito da cotidianidade.

É na esfera do cotidiano que se encontra a vida do cidadão comum. O cotidiano é a vida de todos os dias e é no contexto das determinações desta categoria que se encontra os reflexos do ser-fazer do trabalhador. Sua condição humana está posta no “(...) conjunto das atividades que caracteriza a reprodução dos homens singulares que, por seu turno, criam as possibilidades de reprodução social” (NETTO e CARVALHO, 2012).

Segundo Agnes Heller (1994), há quatro formas de tomar-se consciência para além do contexto do cotidiano e o ser humano ultrapassar o meramente singular e reconhecer-se como

---

humana, entendemos esta categoria ontologicamente, como ponto de partida da humanização do homem (LUKÁCS, 1979, p.40)

ser genérico: a arte, a ciência, a moral e o **trabalho** (grifo nosso). É nesta suspensão do cotidiano e nesta “tomada de consciência” enquanto ser humano-genérico que se ancora a perspectiva da emancipação. Quanto mais o homem consegue afirmar-se nesta “suspensão”, mais passos ele emprega para modificações substanciais em sua forma de viver individual e coletivamente. A localização do trabalho nesta discussão corrobora com a ênfase em sua representação sociohistórica que temos perseguido até aqui.

Este entendimento encontra eco também no pensamento de CRITELLI (1993), que analisa a condição humana à luz de Hannah Arendt:

(...) a vida, com a qual todo e qualquer homem tem que arcar, lhe é dada sobre certas condições de ser que o marcam e caracterizam em sua humanidade. As duas condições fundamentais são identificadas por Hannah Arendt sob os termos “*Vida Ativa*” e “*Vida Contemplativa*” (CRITELLI, 1993, p.113)

No seio da “*Vida Contemplativa*” é que se desenvolvem três atividades que expressam a condição de compreensão: pensar, o querer e o julgar. Apesar de parecer expressa apenas no plano ideal, a “*Vida Contemplativa*” estabelece-se num nexos fundamental com a “*Vida Ativa*”, da qual se distingue. Ao contrário da “*Vida Contemplativa*”, a “*Vida Ativa*” não se afasta do cotidiano, mas se envolve com ele. A “*Vida ativa*” se expressa na forma que o homem possui de arcar com as três condições de ser, além da compreensão:

- ✓ A condição humana da *vida biológica*, que o homem arca satisfazendo suas necessidades vitais;
- ✓ A condição humana da *mundaneidade*, cuja atividade que a representa é o trabalho, necessariamente produtivo;
- ✓ A condição de *pluralidade*, que:

(...) através dela cada homem é um indivíduo igual aos outros homens, no meio dos quais vive e em relação aos quais é um indivíduo singular, exclusivo, único, jamais repetível por qualquer antecessor e/ou sucessor. A atividade que arca com a condição humana da *pluralidade* é a ação, constituída pelos atos e discursos das singularidades, cuja finalidade não se cruza com a preservação biológica, nem mesmo com a instalação objetiva de um mundo ou de um ambiente artificial para a habitação. A ação da atividade necessariamente ilimitada e imprevisível, da qual resultam a História e as histórias individuais, e depende ou acontece através dos atos e palavras. CRITELLI (1993, p. 115).

Apesar de não ser nosso objetivo avançar nesta discussão, envidamos o esforço de lançar luzes na compreensão do trabalho como determinante na vida do ser humano.

Compreendemos que as manifestações que ocorrem nesta esfera da “*Vida Ativa*” estão relacionadas diretamente o processo de trabalho no qual profissionais atuam, em especial no contexto do trabalho coletivo. Portanto, ao enveredarmos pela análise do trabalho de qualquer categoria profissional específica, não poderíamos deixar de situá-lo frente às determinações sócio-históricas e do seu entrelaçamento com a vida do próprio homem enquanto indivíduo social. Partimos agora para uma análise em campo específico de atuação profissional, a saúde.

### 3.2.2 O campo da saúde como espaço de produção e reprodução do trabalho

A concepção de campo científico, estabelecida por Bourdieu (1994) vai subsidiar a compreensão do movimento inerente à saúde. Os diversos saberes e práticas, as relações de poder, os conflitos e lutas no cotidiano do trabalho, os avanços e retrocessos das próprias políticas de saúde formam um todo no qual se inserem as equipes interdisciplinares.

As discussões acerca do trabalho no campo da saúde são travadas há bastante tempo e têm forte influência do movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que se preocupou com o modo de produzir saúde no Brasil. Merhy (1997) ao categorizar a “micropolítica do trabalho em saúde” chama a atenção para um esforço que deve ser depreendido no sentido de perceber que as mudanças nos modelos de produção da saúde, considerada como tarefa de todos os trabalhadores da saúde. O cerne da questão está no processo de trabalho e somente as transformações ocorridas no cotidiano poderão impactar o interior dos serviços de saúde, transformando definitivamente modelos assistenciais que ainda persistem sob uma lógica biologicista. Sem este esforço, as reformas macroestruturais tornam-se vazias e sem sentido.

Merhy (1997) ancora-se no pensamento marxista para realizar analogias importantes acerca do trabalho em saúde. O produto, posto teleologicamente ao ato de trabalhar, no caso da saúde, ganha uma dimensão diferenciada. “E o “trabalho vivo em ato”, pois não há um produto final, considerando ser o cuidado a finalidade desta ação.

É evidente que as condições de trabalho e a capacitação configuram-se ainda como elementos indispensáveis para o processo de trabalho na saúde. Em contraponto, a aproximação com as condições de vida da comunidade provocam reações de impotência e inconformidade, provocando uma associação destes sentimentos ao trabalho. No campo da saúde e em especial na ESF, “o processo de trabalho é pensado coletivamente, discutido

dentro do contexto e as atividades podem ser adequadas as necessidade da população” (Krug, 2006).

Afirmam Reis e David (2010):

O trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias são, basicamente, de relações, de encontro de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados, comportando um grau de liberdade significativo na escolha do modo de fazer essa produção. (REIS e DAVID, 2010)

O campo da saúde é, pois, espaço de ação e práticas, produção do saber e poder e é também um campo de trabalho inserido em uma sociedade capitalista, com valores que traduzem muitas vezes a representação individualista e negadora da sociabilidade entre os sujeitos que a constroem. Tais valores constituem o substrato de uma “ética” que coloca em xeque os valores tão arduamente erigidos através de lutas históricas e que tornam a saúde um direito no qual o ser humano e a promoção da saúde são elementos centrais.

Esse ambiente que é cenário destas contradições constitui-se também espaço de exercício da nossa liberdade, de possibilidades de mudanças significativas a partir de um exercício ético consciente dos processos de trabalho vinculado a valores que tenham o ser humano como o sentido da ação de cuidado.

É no trabalho vivo que reside o encontro, mediado pela ética do cuidado (Franco e Merhry, 2012). A significância atribuída ao trabalho e ao cuidado na esfera da atenção à saúde, em especial na APS, é, pois, orientada por essa liberdade que os autores categorizam como “autogoverno”. O agir em saúde de cada um está em consonância com a subjetividade dos sujeitos que a constroem. Segundo os mesmos autores, “a subjetividade, portanto é uma das muitas dimensões que compõem o complexo cenário do trabalho em saúde” (FRANCO e MERHRY, 2012) Neste sentido, a dimensão relacional compõe o processo de trabalho, na esfera do encontro. Essa dimensão, objetivada no uso das tecnologias leves e nos fins destes processos, está embasada na concepção ética dos sujeitos que a produzem e/ou reproduzem.

Tal compreensão denota na constatação que a concepção ética posta nos processos de trabalho repercute de maneira positiva ou negativa nos produtos esperados a partir das intervenções. O olhar individualista e fragmentado de uma sociedade contrapõe-se a princípios éticos que envolvam valores como respeito à vida, solidariedade, justiça social, equidade, integralidade no cuidado. A alternativa é a recuperação de uma ética comprometida



com os valores expressos na construção das políticas de saúde e a partir do usufruto desta liberdade deliberativa para o encontro do possível e do necessário. Uma atuação coletiva, corresponsável e interdisciplinar, que respeite a autonomia e os saberes dos seus sujeitos. Um possível, que não seja contingência ou acaso.

Neste sentido, considerando que o trabalho coletivo é exigência para que o cuidado se efetive nos processos de trabalho, destacaremos importantes demarcações teóricas sobre a interdisciplinaridade, objeto central deste estudo e componente indispensável do trabalho no campo da saúde.

### **3.3 Para discutir a interdisciplinaridade: conceito, evolução e desafios no campo da saúde**

Estudos sobre a interdisciplinaridade vem evidenciando, ao longo das últimas quatro décadas, sua importância para a construção de uma ciência que se coloque a serviço da humanidade, percebendo os fenômenos em suas múltiplas dimensões. No campo da saúde, em especial no contexto de um modelo tecnoassistencial de promoção da saúde, a partir da integralidade do cuidado, a interdisciplinaridade representa a superação da fragmentação dos saberes que possui amparo na formação tradicional baseada na organização de disciplinas e especialidades. Esta “fragmentação” produz um estudo esfacelado dos problemas de saúde das pessoas e das cidades e demonstra, diante da complexidade do mundo contemporâneo, ser incapaz de lidar com as totalidades, as subjetividades e a diversidade moral, cultural e social da humanidade.

É imprescindível destacar que discutir a interdisciplinaridade é enveredar por um conceito ainda em construção no âmbito das ciências. Concorde-se que ainda não se definiu o que viria a ser “essa vinculação, essa reciprocidade, essa interação, essa comunidade de sentidos ou essa complementaridade entre as várias disciplinas” (SEVERINO, 2006). É um termo cercado de controvérsias e diversas interpretações, o que torna necessário maior aprofundamento sobre os conceitos atribuídos e sua importância para o trabalho desenvolvido no campo da saúde.

### 3.3.1 A categoria interdisciplinaridade em questão: resgate histórico de produções conceituais

Em suas pesquisas sobre interdisciplinaridade, Fazenda (2007 e 2012) busca estabelecer uma genealogia acerca do que já foi discutido sobre o tema e traz uma conclusão reveladora a esse respeito: “[...] é impossível a construção de uma única, absoluta e geral teoria da interdisciplinaridade, mas é necessária a busca ou o desvelamento do percurso teórico pessoal de cada pesquisador que se aventurou a tratar as questões desse tema” (FAZENDA, 2012). Aponta como elemento recorrente nos estudos sobre a interdisciplinaridade a questão vivida pela ciência na contemporaneidade, questionada em suas objetividades no contexto de atuais subjetividades.

Didaticamente, a autora opta por discutir a questão da interdisciplinaridade em três momentos históricos, não estanques. Demarca a década de 1970 no Brasil como o início da construção epistemológica da interdisciplinaridade, ou a busca pela definição, do conceito; a década de 1980 como uma sistematização sociológica, propondo a explicitação de um método para a interdisciplinaridade e a década de 1990 como a busca de um projeto antropológico, na perspectiva de construção de uma teoria da interdisciplinaridade.

No que diz respeito à conceituação de interdisciplinaridade, um dos estudos mais referenciados é o de Japiassu, que em sua obra “Interdisciplinaridade e a patologia do saber” (1976) já levanta uma série de indagações acerca do fenômeno interdisciplinar no âmbito das ciências. É a primeira produção significativa sobre o tema no Brasil e nela o autor aponta uma dupla origem da interdisciplinaridade: a interna, que envolve o remanejamento das ciências em virtude do progresso e outra externa, “caracterizando-se pela mobilização cada vez mais extensa de saberes convergindo em vista da ação” (JAPIASSU, 1976). O estudo de Japiassu embasa-se nas contribuições de Georges Gusdorf e de outros teóricos europeus, precursores do movimento em prol da interdisciplinaridade. Naquele momento, o autor vai situar a interdisciplinaridade como um tríplice protesto:

- a) Contra um saber fragmentado, em migalhas, pulverizado numa multiplicidade crescente de especialidade, em que cada uma se fecha como que para fugir ao verdadeiro conhecimento;
- b) Contra o divórcio crescente, ou esquizofrenia intelectual, entre uma universidade cada vez mais compartimentada, dividida, subdividida, setORIZADA e subsetORIZADA, e a sociedade em uma realidade dinâmica e concreta, onde a ‘verdadeira vida’ sempre é percebida como um todo complexo e indissociável. Ao mesmo tempo, porém, contra essa própria sociedade, na medida em que ela faz tudo o que pode para limitar e condicionar os indivíduos às funções estreitas

- e repetitivas, para aliená-los de si mesmos, impedindo-os de desenvolverem e fazerem desabrochar as suas potencialidades e aspirações mais vitais;
- c) Contra o conformismo das situações adquiridas e das ‘ideias recebidas’ ou impostas. (JAPIASSU, 1976, p.43)

O autor vai considerar ainda as motivações para que se discuta a interdisciplinaridade e sua promoção no âmbito da pesquisa o projeto interdisciplinar. Considera que a interdisciplinaridade responde à necessidade de criar fundamento para novas disciplinas; situa-se na demanda contra o saber fragmentado, pois a realidade é multidimensional; envereda pelo campo da formação contra a especialização limitante e restritiva; insere-se no contexto da própria universidade, impelindo a proposição de novos temas de estudo (JAPIASSU, 1976).

Segundo o autor, “a ciência é a consciência do mundo. A doença do mundo moderno corresponde a um fracasso, a uma demissão do saber. [...] a multiplicação de cientistas, muito longe de ser o sinal de um progresso do conhecimento, constituiria, antes, o sintoma mórbido de uma regressão” (JAPIASSU, 1976), considerando que ao ampliar-se a diversificação, perde-se o contato com a realidade humana. Propõe uma nova epistemologia, que ultrapassaria as ciências individualizadas, mas seria fruto de uma renúncia ao confinamento das especialidades e procurarem a “restauração das significações humanas do conhecimento”. Considera “alienada e alienante toda ciência que se contenta em dissociar e em desintegrar seu objeto” (JAPIASSU, 1976).

É essa dimensão que o autor vai considerar a “patologia contemporânea” que se configura além de uma patologia do saber, mas interfere diretamente no modo de ser das pessoas. Aponta como “remédio” para essa desintegração do saber uma dinâmica que vá de encontro à especialização exacerbada: a interdisciplinaridade. Destaca neste contexto a medicina contemporânea<sup>12</sup>:

A medicina contemporânea tornou-se, por excelência, o reduto dos “especialistas”, cuja competência se exerce sobre um território cada vez mais reduzido. O homem doente é um homem cortado em pedaços; um clínico se encarrega do seu coração, outro de seus pulmões, outro ainda de seus órgãos sexuais ou do seu sistema nervoso, etc. Cada um aplica uma terapêutica própria, sem pensar nas possíveis repercussões sobre os órgãos vizinhos, nem nas reações do moral sobre o físico (JAPIASSU, 1976, p.24-25).

---

<sup>12</sup> Importante ressaltar o período no qual a obra foi escrita (1976), no qual era predominante o modelo biologicista de saúde, médico-centrado e com o foco na doença. A década de 1970 foi palco de movimentos sociais que buscavam romper com esta abordagem, conforme situado no início de nossa discussão. Entretanto,

No sentido de romper com esta prática fragmentada, a interdisciplinaridade torna-se uma exigência, impondo a cada especialista que transcenda sua própria especialidade, reconheça seus limites e acolha as contribuições inerentes a outras disciplinas. É a epistemologia da complementariedade, da convergência, que substituiria a da dissociação.

Japiassu (1976) dispõe-se a clarificar as terminologias que envolvem o tema, estabelecendo diferenças entre interdisciplinaridade, multidisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade. O princípio da distinção dar-se-á a partir do nível de cooperação existente entre os especialistas.

Vasconcelos (2002), aportado nestes estudos, apresenta o entendimento da interdisciplinaridade estrutural, com enriquecimento mútuo e relações de poder horizontais, ao discutir sua configuração no campo da saúde. Retoma a proposta de classificações dos graus sucessivos de cooperação e coordenação entre as várias disciplinas. No intuito de esclarecer melhor estes conceitos no campo da saúde, Vasconcelos (2002) aponta elementos essenciais para a compreensão destas práticas.

Compreende a *multidisciplinaridade* ou *multiprofissionalidade* como ações sem cooperação ou troca de informações entre si, ficando estas restritas às referências e contrarreferências administrativas. Acrescenta ainda que a multidisciplinaridade “pode ser visualizada nas práticas ambulatoriais convencionais, onde profissionais de diferentes áreas trabalham isoladamente.” (VASCONCELOS, 2002).

Ao propor exemplos de práticas *pluridisciplinares*, cita reuniões clínicas, nas quais os casos são discutidos. Nestas oportunidades, há troca de informações entre os profissionais, mas ainda não são coordenadas ações axiomáticas que gerenciem seus trabalhos.

A chamada *interdisciplinaridade auxiliar* pode ser percebida em materiais teóricos que também trazem em seu conteúdo informações de outras disciplinas, como psicologia, psicanálise, saúde pública, etc. O autor chama atenção para estas práticas compreendendo que “dentro de um quadro de relações de poder muito desiguais entre as diversas corporações e disciplinas, muitas das práticas usuais de colaboração entre profissionais na saúde acabam sendo auxiliares” (VASCONCELOS, 2002).

No que tange à interdisciplinaridade propriamente dita, objeto de nossa investigação, o autor é categórico ao afirmar a sua natureza estrutural. Ele diz: “interdisciplinaridade, por sua

vez, é entendida aqui como estrutural, havendo reciprocidade, enriquecimento mútuo, com uma tendência à horizontalização das relações de poder ente os campos implicados” (Id.).

Japiassu (1976) situa a colaboração interdisciplinar como um desafio para as ciências:

Em que consiste o desafio das colaborações interdisciplinares? Em primeiro lugar, no fato de vários especialistas formados em disciplinas diferentes procurarem e encontrarem uma linguagem comum, entenderem-se sobre as concepções iniciais e sobre uma forma de *démarche* conjugada e articulada, a fim de aceitarem o desenraizamento provocado por diferentes problemáticas da sua. (JAPIASSU, 1976, p. 97)

Severino (2006) traz uma importante contribuição sobre “a perda da unidade do saber”, associando-a à própria “autonomização” da consciência humana, que passou a afastar-se de sua consciência natural. O pensamento tornou-se cada vez mais complexo e a pluralidade dos caminhos do pensar vai produzir múltiplos aspectos do real. “O sujeito se separa cada vez mais do objeto e o universo se transforma num pluriuniverso” (SEVERINO, 2006).

Em sua análise vai destacar ainda que a “imposição e a predominância hegemônica de uma metodologia positivista<sup>13</sup> levaram os cientistas a uma fragmentação do saber e ao sacrifício da unidade do real” (SEVERINO, 2006). Considera necessário reavaliar a herança positivista para buscar a interdisciplinaridade. O autor propõe que a interdisciplinaridade propicie uma intimidade e partilha entre saberes que visam construir uma realidade, propor mudanças de paradigmas. A busca pela interdisciplinaridade não seria a busca por um saber genérico, eclético, mas a construção plural de alternativas no âmbito das ciências.

Para tanto, a dissolução das fronteiras entre as disciplinas pressupõe que a autonomia e a identidade de cada especialização científica não seja levada ao extremo, para que não haja isolamento inadequado que comprometa “a condição viva de sujeito de que o homem não pode se privar sem deixar de ser homem” (SEVERINO, 2006).

Coadunando com a compreensão de interdisciplinaridade como superação da dicotomia ciência/existência, retomamos Fazenda (2012) ao afirmar que qualquer atividade interdisciplinar requer a imersão teórica nas discussões epistemológicas atuais, por envolver uma reflexão profunda sobre os impasses da ciência na atualidade. No sentido desta

---

<sup>13</sup> Apresentado como Filosofia da Ciência, o Positivismo predominante na Idade Moderna e no limiar da contemporaneidade tematizou a questão da natureza, o processo e a validade do saber científico e consagrou a proposta das especializações. Além de base epistemológica do desenvolvimento científico e técnico, o positivismo passou a ser também o sustentáculo ideológico do poder nas sociedades modernas, que se manifesta

orientação, cotejaremos a seguir o paradigma da complexidade e sua convergência com a interdisciplinaridade, tema central deste estudo.

### 3.3.2 Interdisciplinaridade e complexidade: contra a hiperespecialização que fragmenta o global

A busca pela integração de saberes que ultrapasse a fragmentação da ciência tradicional é uma proposta efetiva na contemporaneidade. É a partir da formação de novos campos disciplinares, já no século XX, que a produção do conhecimento passa a objetivar a construção de objetos através da composição e não mais da desintegração. A síntese passa a ser privilegiada na construção de determinados campos científicos, a exemplo da saúde.

Ao referir-se a questão do conhecimento pertinente, Morin (2011) sinaliza a necessidade de uma reforma do pensamento fragmentado, que passe a compreender a complexidade<sup>14</sup>, modificando a nossa forma de organizar o conhecimento.

[...] existe inadequação cada vez mais ampla, profunda e grave entre, de um lado, os saberes desunidos, divididos, compartimentados e, outro lado, as realidades ou os problemas cada vez mais multidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais e planetários (MORIN, 2011, p.33).

Neste sentido, conhecer isoladamente não é mais suficiente, mas torna-se necessário a compreensão do contexto para que o sentido das coisas fique verdadeiramente evidenciado. Morin (2011) vai categorizar o global, mais especificamente a relação entre o todo e as partes. “O todo tem qualidades ou propriedades que são encontradas nas partes, se estas estiverem isoladas umas das outras, e certas qualidades ou propriedades das partes podem ser inibidas pelas restrições provenientes do todo” (MORIN, 2011). Importante, pois, é desenvolver no âmbito das ciências a capacidade de apreensão da complexidade, dentro de uma concepção global. Contudo, enfatiza que a questão da complexidade não é fruto apenas dos novos progressos científicos, mas deve ser buscada na vida cotidiana.

Mas que relação podemos estabelecer entre a discussão do paradigma da complexidade e a interdisciplinaridade em questão no presente estudo? O próprio Morin recupera a discussão que aborda os progressos originados no século XX e as especializações

---

como sistema de opressão, contradizendo o projeto iluminista de libertação dos homens. (SEVERINO, 2006, p. 16).

<sup>14</sup> Segundo Morin (2011b), “a complexidade é um tecido de constituintes heterogêneas inseparavelmente associadas: ela coloca o paradoxo do uno e do múltiplo”. É o tecido dos fenômenos, com suas ações, interações, determinações e acasos.

disciplinares, mas enfatiza que estes progressos estão “dispersos e desunidos” devido à hiperespecialização, que ao fragmentar os contextos impede a apreensão do global e do complexo, ou o que está “tecido junto” (MORIN, 2011). A esse respeito, o autor destaca:

O conhecimento especializado é uma forma particular de abstração. A especialização “abs-trai”, em outras palavras, extrai um objeto de seu contexto e de seu conjunto; rejeita os laços e as intercomunicações com seu meio; introduz o objeto no setor conceptual abstrato, que é o da disciplina compartimentada, cujas fronteiras fragmentam arbitrariamente a sistematicidade (relação da parte com o todo) e a multidimensionalidade dos fenômenos; conduz à abstração matemática que opera de si própria uma cisão com o concreto, privilegiando tudo que é calculável e passível de fomalização” (MORIN, 2011, p.38-39)

A perspectiva defendida pelo autor no paradigma complexo aproxima-se da chamada transdisciplinaridade, que configuraria a partir da conceituação de Japiassu (1976) como um “sistema de níveis e objetivos múltiplos, coordenado com vistas a uma finalidade comum dos sistemas” (JAPIASSU, 1976). Nesta perspectiva a intensidade das trocas entre as disciplinas seria ainda mais intenso do que o sistema de nível interdisciplinar.

Todavia, o princípio de distinção é sempre o mesmo, que se caracteriza pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de integração real das disciplinas, em um determinado projeto. É possível perceber que nos encontramos diante de um empreendimento interdisciplinar quando este incorpora o resultado de várias especialidades, realiza empréstimo de instrumentos e técnicas metodológicas, faz uso de conceitos e análises que se encontram em diversas áreas do conhecimento, buscando a integração destes saberes.

A perspectiva interdisciplinar coaduna com o paradigma da complexidade, pois só é possível apreender o “que é tecido junto” quando supera-se o retalhamento das disciplinas (MORIN, 2012). É o rompimento com a “inteligência cega”<sup>15</sup> que fraciona os problemas, apontada pelo referido autor como o desafio dos desafios circunscritos à ciência. Considerando a saúde como campo científico de produção e reprodução de saberes, tal desafio é extremamente pertinente.

---

<sup>15</sup> Conforme MORIN (2011b), a inteligência cega destrói as totalidades e dicotomiza a relação entre o observador e o observado. As chamadas realidades-chave são desintegradas entre os espaços formados pela separação entre as disciplinas.

### 3.3.3 Em busca da superação da fragmentação do saber no campo da saúde

Pensar o trabalho interdisciplinar na saúde, é pensar como se constituem as relações de trabalho, seus processos, a relação com a gestão do serviço, a capacitação profissional e as expectativas e percepções dos sujeitos envolvidos.

A compreensão de trabalho interdisciplinar remete ao trabalho integrado e compartilhado prescrito para as equipes da ESF e dos NASF, foco do nosso estudo. Recoloca o desafio de modificar relação e que privilegiam, ainda, o biológico, a doença, a especialização. Segundo Leite e Veloso (2008), o trabalho em equipe é essencial no processo de inversão dos modelos de atenção à saúde, em que a horizontalidade nas relações começa a construir o cotidiano do trabalho. Assim, torna-se possível obter resultados diferentes, que reconstruam as práticas profissionais, possibilitando uma intervenção que prime pela integralidade. Importante destacar que a proposição interdisciplinar não se configura uma exclusividade da ESF, mas é condição *sine qua non* para um projeto assistencial que rompa definitivamente com o modelo biologicista, médico-centrado.

Deste modo, entende-se que a efetivação de práticas interdisciplinares requer, especialmente, a democratização das relações de poder no âmbito das equipes profissionais, reconhecendo dialeticamente a necessidade de saberes diferenciados acerca de um mesmo objeto. Essa é apenas uma ponta do iceberg. A discussão acerca da interdisciplinaridade recai ainda sobre as formas de pensar e agir sob a ótica do individual e do coletivo, no contexto da sociedade contemporânea.

As características pautadas no individualismo exacerbado e o ranço das práticas de competência eminentemente especializadas, baseadas na fragmentação dos sujeitos e do foco voltado para a doença, impõe uma noção de globalidade do homem, exigindo que “cada especialista ultrapasse os seus próprios limites, abrindo-se às contribuições de outras disciplinas” (SAMPAIO, 2006).

A autora recorre também à Japiassu (1976) e a sua categorização das práticas interdisciplinares e aponta algumas definições e discussões para a interdisciplinaridade, condição necessária ao trabalho no campo da saúde.

A interdisciplinaridade é uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida frente ao problema de conhecimento, isto é, substituir a concepção fragmentária pela unitária de sujeito.” (SAMPAIO, 2006, p.82)



Ao asseverar que a interdisciplinaridade é uma “questão de atitude”, a referida autora não objetiva anular esta ou aquela ciência, mas estabelecer que nenhuma estaria na condição de suprema mediante as outras. É um termo utilizado para a definição da colaboração entre disciplinas ou entre setores heterogêneos de uma mesma ciência.

O conhecimento interdisciplinar deve ser uma lógica de descoberta, uma abertura recíproca, uma comunicação entre os domínios do saber; deveria ser uma atitude, que levaria o perito a reconhecer os limites de seu saber para receber contribuições de outras disciplinas. Toda ciência seria complementada por outra e a separação entre as ciências seria substituída por objetivos mútuos. Cada disciplina dá a sua contribuição, preservando a integridade de seus métodos e seus conceitos. (SAMPAIO, 2006, p.83)

Fazenda (2007) pressupõe que a interdisciplinaridade só possa ser atingida com a superação de barreiras e do abandono institucional de hábitos cristalizados, impondo às Ciências que compreendam seus limites e sua capacidade aproximativa, que jamais esgota a compreensão de toda a realidade.

Acerca das barreiras entre os sujeitos das equipes, Fazenda (2007) aponta que os obstáculos se encontram nos preconceitos, na falta de formação adequada e no comodismo. Assim, só mudanças efetivas no campo das relações sociais, psicológicas, culturais e materiais possam favorecer esta superação. Isso infere o uso de uma comunicação horizontal entre as ciências e uma formação profissional que valorize a interdisciplinaridade.

É no cotidiano das práticas profissionais que urge a necessidade do que Demo (2012) chama de “arte do aprofundamento”, no sentido de abrangência, dando conta do particular e da complexidade que é a realidade. No contexto da comunicação e dos sentidos oriundos destas práticas e produzido a partir das relações sociais encontram-se as representações sociais acerca da interdisciplinaridade. Elas estão expressas em gestos, falas, sentimentos, pensamentos e ações, elementos que dão forma ao nosso objeto de pesquisa.

### **3.4 As representações sociais**

O propósito de discutir as representações sociais da interdisciplinaridade justifica-se pela necessidade de subsidiar perspectivas de transformação de uma realidade em outra melhorada, a partir da reflexão.

Representações Sociais, segundo Minayo (2013), é um termo filosófico que significa a reprodução de uma percepção anterior ao conteúdo do pensamento. Na Filosofia e na Sociologia clássicas são encontradas as bases do conceito de representações sociais que, atualmente, são bastante discutidas no âmbito da Psicologia Social.

Vale ressaltar que esta teoria encontra-se em expansão em diversos campos da ciência, indicando um caráter eminentemente interdisciplinar (FERREIRA, 2008). O autor acrescenta que “trata-se de uma teoria que investiga e explica a relação recíproca entre indivíduo e sociedade.” (Id.)

Minayo (2013) acrescenta:

“As Representações Sociais se manifestam em palavras, sentimentos e condutas e se institucionalizam, portanto podem e devem ser analisadas a partir da compreensão das estruturas e dos comportamentos sociais. Sua mediação privilegiada, porém, é a linguagem, tomada como forma de conhecimento e de interação social.” (MINAYO, 2007, p. 108)

O entendimento do conceito facilitado por Minayo (2013) afirma que os autores clássicos da sociologia e da psicologia preocuparam-se com o mundo das ideias e seu significado. Em outras palavras, com as bases conceituais do que viria a se definir hoje como representações sociais, ou seja, categorias de pensamentos que expressam a realidade, explicando-a, questionando-a ou justificando-a. (MINAYO, 2013). Conforme esta autora, as representações sobre qualquer que seja o fenômeno divergem entre os membros de uma mesma sociedade, visto dependerem tanto do conhecimento de senso comum ou conhecimento popular, como do contexto sociocultural onde os indivíduos estão inseridos. E assinala que tais representações possuem núcleos positivos de transformação e resistência na forma de conceber a realidade e assim devem ser analisadas criticamente, já que correspondem à vida real (MINAYO, 2013). Após toda uma incursão pelo pensamento da sociologia clássica (Max Weber, Marx e Durkheim), a autora realça a importância das representações sociais na construção do conhecimento, afirmando que cada um dos clássicos teria sua visão própria do fenômeno.

Durkheim é o primeiro teórico a trabalhar com tal categoria de pensamento, mesmo que ainda não utilize a terminologia representações sociais. Podemos considerar que é uma categoria análoga às representações coletivas, discutidas por Durkheim. O autor enfatiza que é a “sociedade que pensa” e que não existe necessariamente uma consciência individual no campo das representações. (MINAYO, 2013). Durkheim será alvo de profundas críticas

posteriores, principalmente de teóricos marxistas, por não compreender o pluralismo fundamental da realidade social.

Weber, conforme a autora, aborda as representações sociais por intermédio dos termos ideias, espírito, concepções e mentalidades. Através do conceito visão de mundo chega à afirmativa de que as representações são juízos de valor que os indivíduos dotados de vontade possuem. Teoriza sobre a possibilidade de estudar-se sobre o mundo das representações, o qual atribuía uma certa autonomia. (MINAYO, 2013). Introduce a necessidade de compreensão das instâncias sociais e atribuía ao fator econômico o status de dominante, em certos momentos históricos, influenciando concepções e posturas socioeconômicas e políticas.

Durkheim e Weber vão demarcar a importância da compreensão das ideias para elucidação dos fenômenos, compreendidos no âmbito de sua historicidade e determinações econômicas.

Marx, conforme interpretação dessa mesma autora, entende que o princípio básico do pensamento e da consciência é o modo de produção e reprodução material da vida dos sujeitos e que a categoria central utilizada para tratar das ideias é a consciência: representações, ideias e pensamentos seriam, portanto, produtos da consciência determinados pela base material. Marx não nega Durkheim quanto à anterioridade da vida social em relação às representações, porém afirma que a consciência emana das relações entre as classes, não estando desvinculadas do real. Nega, entretanto, qualquer determinismo do material sobre a consciência: material e ideia, para o autor, estão em relação dialética com origem no real.

Outros autores marxistas, a exemplo de Gramsci e Lukács vão desenvolver trabalhos no campo das representações sociais, avançando a discussão do mundo das ideias proposta por Marx.

Enfim, os três clássicos da sociologia enfatizam a importância das representações sociais na elaboração do conhecimento, cada um com sua perspectiva própria, demarcando as bases conceituais desta perspectiva teórica.

Na pesquisa qualitativa, o contexto social é visto como um mundo de significados a ser investigado e a linguagem dos atores sociais e suas práticas as matérias-primas dessa abordagem.

Essa incursão pelo pensamento sociológico não torna menos importante resgatar o pensamento proposto por Moscovici (2011) acerca das Representações Sociais. Caracteriza-as como um fenômeno próprio das sociedades contemporâneas, onde os acontecimentos ocorrem em ritmo acelerado e não há tempo suficiente para que as representações se tornem uma tradição. É o nível dos significados, motivos, aspirações, atitudes, crenças e valores, que se expressa pela linguagem comum e na vida cotidiana, o objeto da abordagem qualitativa. O

contributo de Moscovici foi trazer a discussão das representações para o campo da psicologia social, e alguns autores o intitulam teórico das Representações Sociais.

Contra-pondo-se ao pensamento de Durkheim, Moscovici demarca a interrelação entre o mundo individual e o mundo social, ampliando a análise deste objeto que tem suas bases na sociologia clássica. É no contexto da subjetividade e da objetividade que as relações sociais se estabelecem, tanto no campo psicológico, como no campo da própria cultura.

A partir deste debate, apontamos a contribuição de Jovchelovitch (2012) que discorre sobre os equívocos no contexto da teoria das representações sociais que ou trata do indivíduo fechado no âmbito do Eu abstraído do mundo que o constitui, ou trata da sociedade e a história como abstração. Acrescenta: “uma sociedade sem sujeitos ou sujeitos sem uma história social são parte de problemas que todos nós conhecemos muito bem – e recuperar essa conexão é uma das tarefas cruciais que temos pela frente” (JOVCHELOVITCH, 2012).

A autora situa com propriedade que as representações sociais enquanto fenômeno psicossocial erradicam-se no espaço público, enquanto espaço de alteridade<sup>16</sup>:

Meu argumento central é que a esfera pública, enquanto lugar da alteridade, fornece às representações sociais o terreno sobre o qual elas podem ser cultivadas e se estabelecer. Mas a alteridade é também condição necessária para o desenvolvimento simbólico e para o desenvolvimento do Eu. (JOVCHELOVITCH, 2012, p.55)

É no âmbito da vida pública que se estabelecem os processos de comunicação e vida, que estruturam e conferem às representações sociais suas peculiaridades. Compreendidos por Jovchelovitch (2012) como processos de mediação social, revelam a procura de sentido e significado que é própria da natureza humana.

[...]comunicação é mediação entre necessidades humanas e material bruto da natureza, ritos, mitos e símbolos são mediações entre a alteridade de um mundo frequentemente misterioso e o mundo da intersubjetividade humana [...] (JOVCHELOVITCH, 2012, p.68)

Como espaço em potencial da fabricação do comum, as representações sociais possibilitam que cada sujeito vá além de sua individualidade e entre no espaço público, de vida comum. Surgem a partir de mediações sociais e tornam-se mediações sociais. Nesta lógica, os sujeitos objetificam e ancoram o desconhecido em uma realidade conhecida e institucionalizada. (JOVCHELOVITCH, 2012)

---

<sup>16</sup> A alteridade compreendida na relação do Eu com o outro, em que o outro permanece outro em sua significação. O outro é que dá ao sujeito (eu) a sua possível unidade e não existe o desenvolvimento do Eu sem a internalização de Outros. Sobre este tema, ver estudos de Lévinas (1995).

É a partir desta compreensão que destacamos a importância de analisar as representações sociais da interdisciplinaridade. Apesar de tema recorrente na literatura e no âmbito das práticas profissionais dos mais diversos campos do saber, seu entendimento ainda nos parece ancorado em representações sociais erigidas a partir de uma significação que difere do projeto interdisciplinar proposto para atuar frente à complexidade contemporânea.

#### 4 PERCURSO METODOLÓGICO

A escolha de um caminho metodológico é balizado a partir do olhar do pesquisador, que norteia sua busca estruturando um desenho metodológico para atender à necessidade explícita nos pressupostos que orientam seus questionamentos. As discussões centradas dialogam com múltiplas determinações, compreendendo que “o conceito sociológico de saúde retém ao mesmo tempo suas dimensões estruturais e políticas e contém os aspectos histórico-culturais de suas realização” (MINAYO, 2013). Nesta perspectiva, o processo saúde-doença e o trabalho desenvolvido para sua atenção envolvem uma interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana.

A estruturação metodológica deste trabalho partiu da compreensão que o trabalho interdisciplinar no campo da saúde está inserido em um contexto histórico, que sofre influências das estruturas institucionais e das representações sociais dos sujeitos que o constroem no cotidiano de suas práticas. Este *demarché* torna-se indispensável para a discussão dos resultados deste trabalho.

O exercício posto para a construção intelectual que envolveu as etapas da pesquisa constituiu-se um processo de caráter aproximativo, versando sobre o campo da saúde e que reverberava para além da coleta de dados. Minayo (2013) conceitua metodologia “como o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade” (MINAYO, 2013). Encontra-se em posição de destaque no interior das teorias, incluindo concepções teóricas e as técnicas utilizadas para a construção da realidade de maneira coerente, elaborada e capaz de lidar com os impasses que surgem para solucionar o problema que se apresentou e gerou os objetivos da pesquisa. Assim, o trajeto metodológico descrito envolveu, além da construção de um referencial teórico que sustentasse a análise, o delineamento de etapas que dessem conta das opções epistemológicas da pesquisadora, que se distancia de referenciais positivistas e compreende a provisoriedade das ciências, o que exige a opção por métodos que possam investigar o contexto e a subjetividade dos sujeitos.

Ao enveredarmos pela pesquisa no campo das ciências sociais em saúde, concebemo-la de maneira histórica, percebida a partir da compreensão das contradições e conflitos que surgem durante a trajetória, “pois a realidade se apresenta como uma totalidade que envolve as mais diferentes áreas de conhecimento e também ultrapassa os limites da ciência” (MINAYO, 2013). Neste sentido, destacamos que não se trata de um processo absolutamente

linear, mas feito de construções e desconstruções que permeiam a produção científica e a própria execução de políticas públicas, como é o caso dos NASF.

Assim, caracterizou-se esta pesquisa como qualitativa, com caráter descritivo e analítico. Este tipo de pesquisa preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ao empreendermos a tarefa de verificar os significados, aspirações, crenças, vistas a abranger um fenômeno singular, mas pensado em sua totalidade, adotou-se a abordagem crítico-dialética. Minayo (2013) enfatiza a opção pela abordagem dialética na pesquisa qualitativa em saúde, situando sua fecundidade para analisar fenômenos em sua historicidade, contradições e representações. A visão dialética privilegia a contradição e o conflito em contraposição à harmonia e o consenso; a mudança sobre a estabilidade; a historicidade; a totalidade e a unidade dos contrários. Triviños (1987), ao referir-se a pesquisas na linha dialética, sugere que esta seja orientada a partir de três aspectos que sintetizamos abaixo e associamos ao nosso percurso:

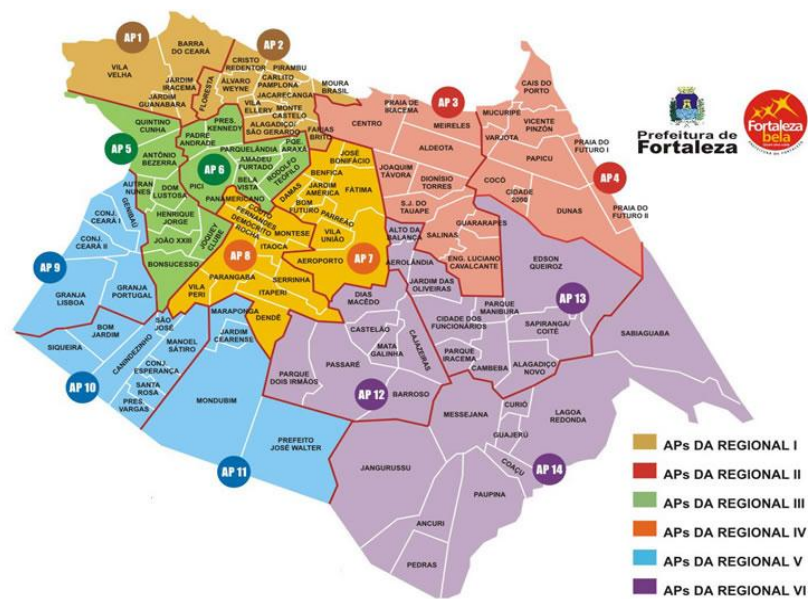
- a) A “contemplação viva” do fenômeno (sensações, percepções, representações). Aqui é estabelecida a existência do fenômeno que se pretende pesquisar e sua singularidade. Neste momento da pesquisa, realiza-se a organização de materiais e informações, fundamentados na observação e análise de documentos. O objeto é caracterizado aprioristicamente, apresentado como é, como o que representa, com seu significado para a existência da sociedade.
- b) Análise do fenômeno, ou o que o autor chama de “penetração na dimensão abstrata do mesmo”. Observa-se nesta perspectiva o todo e as partes, estabelecem-se relações sócio-históricas com o fenômeno. Elabora-se juízos, raciocínios e conceitos sobre o objeto. Delimita-se a amostra e elabora-se os instrumentos de coleta de dados.
- c) A realidade concreta do fenômeno, que só é possível a partir da descrição, classificação, análise, síntese, verificação dos pressupostos da pesquisa. Este é o momento da investigação que tende a estabelecer a realidade concreta do fenômeno, naquele contexto sócio-histórico.

Em relação ao nosso objeto - a interdisciplinaridade, esta não pode ser analisada sem compreendê-la conceitualmente e na sua vinculação com o campo de estudo escolhido – os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, inseridos no contexto que delineamos a seguir.

#### 4.1 Caracterização da Área de Estudo

O estudo foi realizado no município de Fortaleza (CE). Apesar do Ceará ter iniciado as experiências com o PSF antes mesmo do MS adotar esta política nacionalmente, em Fortaleza as discussões só iniciaram em maio de 1997, a partir de uma comissão formalizada pelo Decreto Municipal nº 10.104. A comissão era formada por um médico, três enfermeiros (ESMERALDO e OLIVEIRA, 2012). Foi neste ano que a gestão municipal dividiu a cidade em seis Secretarias Executivas Regionais – SER, ainda em vigor:

FIGURA 1 – Mapa das Regionais de Fortaleza



Fonte: [http://www.webbusca.com.br/pagam/fortaleza/mapa\\_fortaleza.jpg](http://www.webbusca.com.br/pagam/fortaleza/mapa_fortaleza.jpg)

De acordo com os dados da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, em Outubro de 2013 a cobertura da ESF é de 37,9% de sua população. A distribuição por regionais de Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS), EqSF, Equipes de Agentes Comunitários de Saúde (EACS) e Equipes de NASF está disposta na tabela a seguir:



REGIONAIS	UAPS	EqSF	EACS	NASF
SER I	12	36	10	02
SER II	11	30	14	03
SER III	16	35	25	01
SER IV	12	30	11	02
SER V	20	60	23	01
SER VI	20	64	34	03
TOTAL	91	255	117	12

Fonte: Secretaria de Saúde de Fortaleza / 2013.

A SER IV abrange 19 bairros e possui uma área territorial de 34.372 km<sup>2</sup>. O perfil socioeconômico é centrado em serviços, com feiras livres e corredores comerciais. Com cerca de 305 mil habitantes, o Distrito de Saúde desta Regional possui 12 (doze) Unidades Básicas de Saúde, cerca de 36 equipes da ESF, 3 equipes de NASF (um total de 16 profissionais de diversas especialidades), além de três Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e um Centro de Atendimento à Criança (CROA). A Regional possui ainda a segunda maior emergência do Estado do Ceará, o Frotinha da Parangaba, que realiza uma média de 16 mil atendimentos por mês (Prefeitura de Fortaleza, *online*, 2013).

FIGURA 2 – Mapa dos Bairros da SER IV



Fonte: [http://www.webbusca.com.br/pagam/fortaleza/mapa\\_fortaleza.jpg](http://www.webbusca.com.br/pagam/fortaleza/mapa_fortaleza.jpg)

Em Fortaleza, as equipes do NASF estão de acordo com a portaria GM/154 de 24 de janeiro de 2008, configurando a distribuição de 08 a 20 equipes de saúde da família para acompanhamento e matriciamento de cada equipe do NASF. Há em cada equipe o mínimo preconizado de profissionais, totalizando cinco profissionais, mas nem sempre de especialidades não coincidentes, definida pela gestão dos serviços, a partir da verificação das demandas locais. A portaria GM/ 3.124, de 28 de dezembro de 2012 reduz o número de equipes de saúde a ser vinculada a cada NASF, estabelecendo o máximo de 9 equipes por cada NASF (BRASIL, 2012). Vale destacar que, segundo o Cadastro dos Estabelecimentos de Saúde (CNES, 2013), Fortaleza conta hoje com 11 equipes de NASF Tipo 1. Estas equipes são responsáveis por apoiar um total de 136 EqSF. A adequação à nova portaria ainda não havia sido realizada até o momento da coleta de dados.

Como critérios de inclusão e definição da SER IV consideramos o contingente populacional significativo, o número representativo de equipes de ESF e de NASF e a existência de outros dispositivos de saúde.

#### 4.2 Sujeitos da pesquisa

Ao elegermos a interdisciplinaridade como objeto de pesquisa no contexto dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família, consideramos a necessidade de construir informações a partir do cotidiano dos profissionais que formam estas equipes. Assim, constituíram-se informantes-chave deste estudo os profissionais de diferentes especialidades que compõem as três equipes de NASF da SER IV, assim organizadas:

PROFISSIONAIS	NASF 41	NASF 42	NASF 43
Assistente Social	03	01	02
Farmacêutico	01	01	01
Fisioterapeuta	01	01	01
Psicólogo	01	01	-
Fonoaudiólogo	-	01	-
Terapeuta Ocupacional	-	-	01
<b>TOTAL</b>	<b>06</b>	<b>05</b>	<b>05</b>

Além dos informantes-chave, entrevistou-se os gestores envolvidos diretamente nas ações promovidas pelas referidas equipes (coordenadoras dos NASF e da Educação Permanente) e dois profissionais dos Centros de Saúde da Família. É mister ressaltar que em estudos qualitativos a quantidade é um elemento secundário. Neste sentido, obedeceu-se o processo de saturação (Minayo, 2007), considerando que uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões e que deve privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que o investigador pretende conhecer. No caso em questão, a reincidência das informações foi considerada, sem deixar de levar em conta informações ímpares que colaboraram para a elucidação das questões suscitadas. Foi utilizado o critério de triangulação na coleta de dados. Segundo Trivinos (1987),

A técnica de triangulação dos dados tem por objetivo abranger a máxima amplitude na descrição, explicação e compreensão do foco em estudo. Parte de princípios que sustentam que é impossível a existência isolada de um fenômeno social, sem raízes históricas, sem significados culturais e sem vinculações estreitas e essenciais com uma macro realidade social. (TRIVIÑOS, 1987, p.138).

### **4.3 Técnicas e instrumentos de coleta dos dados**

Para a construção das informações que objetivavam responder aos objetivos desta pesquisa, buscou-se apreender a partir de material narrativo e através da observação no cotidiano das práticas profissionais e das discussões realizadas no interior das oficinas de capacitação realizadas pela Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC).

Tomamos por empréstimo a definição de observação de Trivinos (1987) situada no contexto da pesquisa qualitativa:

Observar um fenômeno social significa, em primeiro lugar, que determinado evento social, simples ou complexo, tenha sido abstratamente separado do seu contexto para que, em sua dimensão singular, seja estudado em seus atos, atividades, significados, relações, etc. Individualizam-se ou agrupam-se fenômenos dentro de uma realidade que é invisível ou agrupam-se fenômenos dentro de uma realidade que é indivisível, essencialmente para descobrir seus aspectos aparentiais e mais profundos, até captar, se for possível, sua essência numa perspectiva específica e ampla, ao mesmo tempo, de contradições, dinamismos, de relações, etc. (TRIVIÑOS, 1987, p.185).

Ao utilizar-se a observação participante ou em profundidade, os relatos foram anotados em diário de campo (Minayo, 2007). O cotidiano dos profissionais dos NASF, modificado a partir das experiências originadas nestes serviços, foi assim investigado. Na busca de refletir

acerca das expressões sócio-culturais dos profissionais na APS, é cabível a utilização da observação participante, a qual é justificada em razão de sua condição de estratégia no conjunto da investigação, no sentido estabelecer relação com os atores envolvidos no processo de pesquisa. A autora destaca ainda que a observação participante pode ser considerada parte essencial do trabalho de campo na pesquisa qualitativa (MINAYO, 2013).

Considerando que a informação qualitativa pressupõe uma comunicação no processo e que propomos nesta pesquisa que o objeto de estudo seja efetivamente sujeito deste (DEMO, 2012), optamos pela realização de entrevistas, que apesar de possuírem roteiros prévios (Apêndices A, B e C), deram oportunidade à expressão do entrevistado, suas considerações e nuances.

O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as ciências sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesma um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas” (MINAYO, 2013).

Além de ser considerada a técnica mais utilizada no trabalho de campo, a entrevista é condição indispensável para a proposta de análise desta pesquisa, que objetiva analisar as representações sociais dos sujeitos sobre a interdisciplinaridade.

#### **4.4 Análise dos dados**

Os dados coletados, por meio dos instrumentos da pesquisa, foram submetidos à análise a partir da Hermenêutica de Profundidade (HP). Segundo Demo (2012), a HP está ligada à análise da ideologia e da contraideologia, do discurso. Propõe que para essa análise o pesquisador qualitativo passe pela “capacidade de esmiuçar falas, captando não apenas os sentidos aparentes, mas sobretudo os implícitos e as manhas e artimanhas das falas ideológicas [...]” (id.).

Veronese e Guareschi (2006) acrescentam para elucidação:

Com essa ferramenta teórica e metodológica, o pesquisador pode analisar o contexto sócio-histórico e espaço-temporal que cerca o fenômeno pesquisado, pode empreender análises discursivas, de conteúdo, semióticas, ou de qualquer padrão necessário [...] (VERONESE e GUARESHI, 2006).

O referencial metodológico da hermenêutica de profundidade, como “abordagem introdutória e contextualizante” (DEMO, 2012), prevê uma perspectiva etnográfica, sendo esse procedimento denominado de “interpretação da doxa”, circunscrita a “uma interpretação de opiniões, crenças e compreensões que são sustentadas e partilhadas pelas pessoas que constituem o mundo social” (id.). Importante ressaltar que este estudo não propôs uma etnografia, mas a entrada no campo e a observação participante *in loco* possibilitaram lidar com os elementos estruturais e relacionais sob os quais figura o objeto da pesquisa.

A proposta metodológica envolve etapas sistemáticas, às quais nos apropriamos para discriminar sucintamente a proposta de análise (DEMO, 2012).

## **1. Análise sócio-histórica**

O objetivo desta fase foi reconstruir as condições sociais e históricas de produção, circulação e recepção das formas simbólicas, pois perseguir o roteiro de sua formação histórica e social possibilita maior compreensão que avaliar apenas o formato atual. Nesta etapa destacamos os passos empreendidos:

- ✓ Caracterização dos processos de trabalho das equipes;
- ✓ Identificação das relações de poder (horizontalidade e verticalidade) e estruturas normativas;
- ✓ Reconstituição das condições sociais de produção das relações interdisciplinares no interior da instituição.

## **2. Análise formal ou discursiva**

Análise das falas coletadas nas entrevistas e na observação participante, a partir de categorias produzidas pelos discursos dos sujeitos. Envolveu a análise da conversação, narrativa (enredo das histórias) e argumentativa. Verificou-se nesta perspectiva os modos de como as pessoas introduzem suas falas, tomam a palavra, mudam de assunto, etc.

### 3. Interpretação / Reinterpretação

Integração dos conteúdos das formas simbólicas obtidos na análise formal (falas dos sujeitos pesquisados) à análise do contexto de sua produção (análise sócio-histórica). Propõe o movimento de um novo pensamento (síntese) e uma construção criativa de significado.

Esta etapa apresenta-se estruturada nos resultados e discussões da pesquisa, mas não pode ser pensada de maneira linear, considerando que se interpreta durante todo o percurso metodológico. O processo de atribuição de significados é que se apresenta na culminância do método.

O material obtido a partir dos registros em diário de campo e das entrevistas transcritas foi classificado em categorias analíticas. A proposta foi reunir e organizar as informações em uma lógica de fracionamento e classificação autônoma, preservando sua interdependência (DUARTE, 2006). Assim, foram depreendidas para análise a partir do trabalho empírico e referenciais críticos e interpretativos *Representações Sociais da Interdisciplinaridade*, que serão apresentadas e discutidas. Contudo, necessário destacar antes de apresentar os resultados como aconteceu o acesso ao campo de pesquisa.

#### 4.5 Entrada em Campo

A aproximação com o campo empírico da pesquisa foi processual, a partir da observação participante. O primeiro momento aconteceu na SER IV, com a apresentação do parecer consubstanciado do CEP (Anexo B) e das autorizações de pesquisa expedida pela Secretaria Municipal de Saúde (Anexo C e D) exigência para a entrada em campo. Flick (2004) destaca os aspectos que são necessários para a entrada no campo na pesquisa qualitativa e aponta alguns entraves ao trabalho do pesquisador, entre eles a disponibilidade dos sujeitos. Os primeiros contatos com os sujeitos foram registradas em nosso diário de campo, sinalizando acessibilidade, conforme registrado em diário de campo:

*O distrito de saúde funciona na Avenida Dedé Brasil, no complexo que forma a SER IV. É uma sala relativamente ampla que aparentemente “abriga” todos os setores de gestão da saúde na regional. O contato inicial foi realizado com a gestora da Educação Permanente, que acolheu a proposta, demonstrando interesse pela temática. Segundo relato inicial, os NASF estão em uma nova fase de estruturação, pois as equipes foram reorganizadas a partir da seleção feita para a atenção secundária e terciária. Não havia, segundo ela, nenhuma identificação dos profissionais com a proposta. A coordenadora dos NASF nos é apresentada e é receptiva, interessando-se pela possibilidade de trocas de saberes. Relata resumidamente as dificuldades postas para o trabalho que se realiza nos NASF e das ausências de recursos para a realização de atividades. Ao expormos*

*nosso objeto de pesquisa – a interdisciplinaridade, aponta que o que tem acontecido no NASF é diferente do que ela acredita ser interdisciplinaridade. “Há muitas práticas coletivas, mas sem os recursos das especializações”. Segundo ela há muitas queixas que inviabilizam as atividades. Reconhece que há fragilidades na infraestrutura, mas aponta que é necessário “vontade das equipes” para a realização das ações. (Diário de Campo, 24/09/2013)*

Este encontro foi a porta aberta que possibilitou um momento ímpar para a pesquisa empírica. Fui convidada a participar de oficinas de capacitação promovidas pelos residentes da Residência Multiprofissional em Saúde da Família e Comunidade (RMSFC) para as equipes dos NASF, que estavam iniciando. A capacitação foi organizada a partir da solicitação de uma profissional das equipes dos NASF que conhecia membros da RMSFC e convidou o grupo para o estabelecimento de uma parceria.

O cotidiano dos NASF apresentou-se a partir de visitas realizadas nas Unidades Básicas de Saúde e na participação de atividades com a comunidades, a exemplo do Dia do Idosos e Dia da Criança. As visitas possibilitaram a identificação da realidade na qual os ASF estão inseridas, caracterizado por uma “condição itinerante”, desenvolvendo suas atividades a cada dia em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) diferente. Para efeitos burocráticos (assinatura de ponto e entrega do consolidado de atendimentos), cada equipe possui uma UBS de referência.

Há uma dificuldade de “lugar” para o NASF. Algumas entrevistas precisaram ser reagendadas ou deixaram de ser realizadas devido à ausência de sala para a equipe. Em determinado momento, por profunda boa vontade da profissional, nos deslocamos para uma área externa da UBS, na qual não houvesse interferência e que o sigilo fosse preservado. Outro registro no diário de campo evidencia este movimento:

*Hoje seriam realizadas três entrevistas com profissionais de uma das equipes pesquisadas. Ao chegarmos à UBS encontramos uma situação inusitada: a sala destinada para o NASF havia sido “desmontada” para reforma. O material de trabalho não havia sido preservado e o processo de pintura já havia sido iniciado. As entrevistas foram suspensas e a equipe foi à coordenação à procura de um lugar para guardar os instrumentais de trabalho. (Diário de Campo, 05/12/2013)*

Entre entrevistas e visitas ao campo, participamos de cinco encontros de capacitação propostos pela RMSFC. O primeiro, com o tema A Arte de Ser NASF: “(Re) descobrindo o seu Fazer” possibilitou a definição das temáticas a serem trabalhadas nos encontros posteriores, assim definidos pelas equipes: “Territorialização como Pressuposto para a Organização dos Processos de Trabalho da ESF”; “Interdisciplinaridade e Colaboração Interprofissional”; “Visita Domiciliar e Atendimento Conjunto” e “Práticas Grupais na APS”.

Estas oficinas possibilitaram um contato frequente e aproximado com todos os profissionais dos NASF, durante os meses de outubro, novembro e dezembro de 2013, possibilitando convivência e permitindo a captação de elementos indispensáveis para a identificação das representações sociais da interdisciplinaridade.

#### **4.6 Considerações Éticas**

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará sob o Parecer Consubstanciado Nº 400.974 de 20/09/2013. Os participantes da pesquisa foram entrevistados após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice D).

Para assegurar o sigilo das fontes das informações, seus nomes foram modificados, guardando uma relação com a categoria profissional. *A priori*, pretendia-se identificar as categorias profissionais, devido à especificidade da pesquisa. Todavia, a pesquisadora ponderou que poderia haver alguma identificação dos sujeitos, considerando a conexão entre o número de profissionais e suas respectivas especialidades.

Os dados coletados na observação participante e registrados em diário de campo (DC) também obedeceram os cuidados éticos em pesquisa.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A realização das entrevistas e os registros em diário de campo possibilitaram encontrar resultados que são confrontados com a teoria, objetivando atingir uma reinterpretação da realidade encontrada, atribuindo significados originados desta análise.

Foram realizadas entrevistas com nove profissionais dos NASF, dois gestores da SER, ligados diretamente ao planejamento da Educação Permanente e à Coordenação dos NASF, e dois profissionais das Unidades Básicas de Saúde. Sobre os 16 profissionais das equipes dos NASF (cuja formação encontra-se na caracterização dos sujeitos deste estudo), destacamos as informações abaixo, no sentido de descrevê-los com mais propriedade:

- ✓ As equipes são eminentemente femininas, possuindo apenas um profissional do sexo masculino, com formação em Serviço Social;
- ✓ A faixa etária predominante é entre 25 e 35 anos;
- ✓ Todos são contratados via seleção pública com prazo determinado e assumiram o NASF em julho de 2013. Alguns são oriundos de outros níveis de atenção. Os que possuem alguma experiência na ESF, na maioria dos casos ela é inferior a um ano;
- ✓ Oito (08) profissionais possuem especialização em saúde, sendo que apenas três (03) são especialistas em Saúde da Família. Uma profissional possui mestrado na área de ciências médicas;
- ✓ A carga horária de trabalho é de 20h semanais, o que facilita o “desencontro” das equipes para atividades de planejamento.

Acerca dos gestores entrevistados, elencamos as seguintes informações:

- ✓ Ambas são do sexo feminino;
- ✓ A faixa-etária também encontra-se entre 25 e 35 anos;
- ✓ A coordenadora dos NASF é fisioterapeuta, egressa das equipes destituídas e possui experiência de quatro anos na ESF.
- ✓ A coordenadora da Educação Permanente é enfermeira e possui oito anos de experiência na ESF;

- ✓ Ambas são especialistas em Saúde da Família;
- ✓ A carga horária de trabalho é de 40h semanais, mas as duas profissionais referem que atuam em diferentes frentes de trabalho. Exemplo disso é a coordenação dos NASF ser uma das responsáveis pelo Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ) da SER IV.

Os profissionais dos Centros de Saúde entrevistados são concursados, com carga horária de 40h, enfermeiros, do sexo feminino, na mesma faixa etária dos demais sujeitos. Especialistas em Saúde da Família. A experiência na ESF é de 10 anos.

Importante assinalar que os NASF em Fortaleza foram implantados em Julho de 2009 com 24 equipes – 151 profissionais (44 fisioterapeutas, 18 terapeutas ocupacionais, 12 fonoaudiólogos, 06 nutricionistas, 17 educadores físicos, 15 farmacêuticos, 24 assistentes sociais e 15 psicólogos) (SOUZA, 2013). A autora, que realizou importante pesquisa sobre a implantação dos NASF no Ceará, aponta que os profissionais médicos como pediatra e ginecologista foram previstos no projeto inicial do NASF, mas não foram incorporados.

Todos os contratos destes profissionais eram temporários e com a mudança de gestão municipal, em março de 2013, eles foram demitidos.

As novas equipes foram reorganizadas sem capacitação e através de um processo arbitrário (profissionais oriundos de uma seleção pública de caráter também temporário foram retirados da atenção primária, secundária e terciária para recompor as equipes). A partir desta recomposição, organizada sem a participação das EqSF e da população asdcrita, os NASF de todas as SER de Fortaleza passaram a funcionar novamente em julho de 2013. Algumas impressões dos profissionais sobre este processo expressam-se a seguir:

*A entrada no NASF foi meio de “paraquedas”. Como conhecer melhor já que é exigido ação? (Flor – NASF (DC))*

*As equipes (ESF) não estavam preparadas quando o NASF chegou. Cada dia estamos em um posto diferente, há o comprometimento da continuidade. (Pietra - NASF (DC))*

Os impactos oriundos desta estruturação não se constituem *a priori* como objeto de investigação desta pesquisa. Todavia, compreender o processo de trabalho impôs-se para esta pesquisa como condição indispensável para identificar as representações sociais da interdisciplinaridade no campo empírico. Krug e col (2010) afirmam:

[...] a “engrenagem operacional do SUS” e os “jogos políticos” dificultam o processo de trabalho, pois a cada troca de gestor há um tempo necessário para a integração com os profissionais, para que o gestor conheça a realidade que irá gerir e para conhecer suas prioridades – nem sempre consoantes com as necessidades locais e/ou com o que seu antecessor havia pactuado e vinha desenvolvendo. (KRUG e col., 2006).

Além disso, compreende-se que os níveis de satisfação se dão na esfera ativa da vida, conforme já situado no referencial teórico exposto, e o trabalho é a experiência elementar do ser humano, na qual ao mesmo tempo em que transforma a relação entre homem e natureza, entre os próprios seres sociais, autotransforma o homem (ANTUNES, 2009).

As condições de trabalho são permeadas por sensações de instabilidade e inconstância traduzidas em falas, suspiros e lamentações por parte dos profissionais, que denotam angústia e incerteza sobre sua situação laboral, como podemos perceber nas falas a seguir:

*Pronto, eu me vinculei através da seleção né? A gente participou da seleção em 2010. De início nós ficamos no Posto, só no Posto de Saúde e aí depois a prefeitura colocou a gente no NASF. E a gente agora é do NASF desde julho. (Tâmara – NASF)*

*Nós, na verdade, quando estamos nos adaptando num local, aí vem relotação por cima de relotação. Nós sabemos que está previsto uma nova seleção aí, que segundo falam não é pra anular a nossa, né? É pra completar as equipes. Mas a gente também não dá pra confiar tanto, né? A gente acaba, talvez tenha que fazer novamente pra garantir o nosso espaço. Isso não garante que vamos ficar até o final do contrato, até dezembro de 2014. Porque a seleção só é de seis meses, renovável por um ano, foi renovado agora até dezembro e talvez renove até dezembro de 2014. E a nova seleção também vai ser um ano. E após isso, concurso público. O concurso tá pactuado, o prefeito assinou o termo de ajustamento de conduta e provavelmente deve sair até o final do próximo ano. Mas talvez com concurso a gente possa melhorar as nossas ações, porque as equipes vão estar completas e a gente vai ter como lutar... (Amélia – NASF).*

Não obstante a questões relativas à instabilidade profissional, a remuneração é um fator apresentado pelos profissionais como elemento que dificulta o próprio processo de trabalho, considerando que estes precisam ter mais de uma atividade para garantir o mínimo de qualidade de vida. Estas impressões, captadas em campo nos remetem à discussão sobre a precarização do trabalho. A profissional continua seu desabafo:

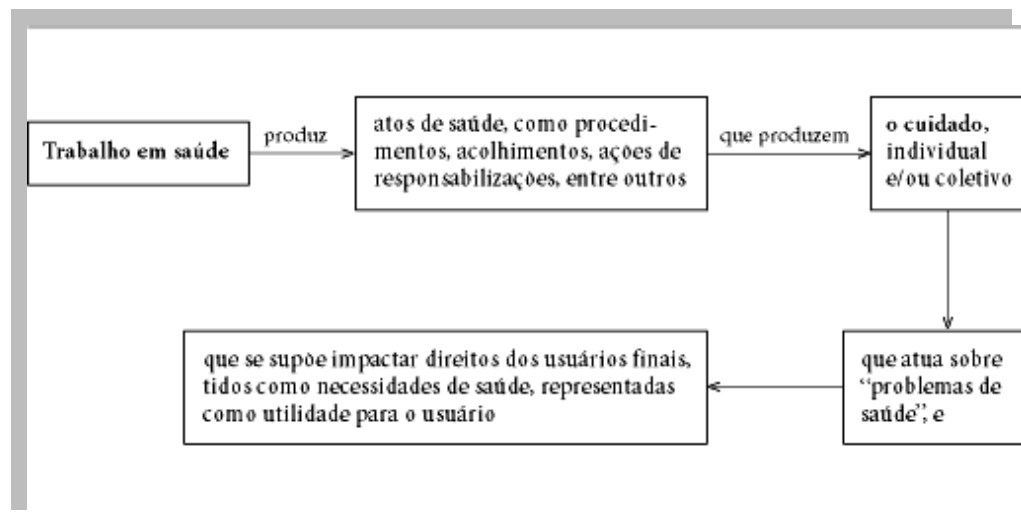
*Então assim, eu só aceitei nesse local do NASF porque eu tô com o salário da média [complexidade] né... Mas assim o salário é uma vergonha, viu?! Um profissional de nível superior que estuda a vida inteira e tá ali ajudando...salário líquido de mil e duzentos reais pra estar atuando em quatro Postos de Saúde? (Amélia – NASF).*

Destaca-se que até o fechamento da pesquisa, na SER IV, cada uma das três equipes de NASF acompanhava cerca de doze EqSF, contrariando a portaria GM/ 3.124, de 28 de dezembro de 2012 que reduz para nove o número máximo de equipes de saúde a ser vinculada a cada NASF (BRASIL, 2012).

Antunes (2009), referindo-se sobre a precarização do trabalho na contemporaneidade, apresenta o que ela chama de movimento pendular que embala a classe trabalhadora: homens e mulheres tendem a trabalhar muito, mas há cada vez menos postos de trabalho. Como o trabalho vivo na saúde não pode ser eliminado, em certas áreas ele vem sendo reduzido, ou ampliado em sua dimensão desqualificada e precarizada. O autor reitera:

Cada vez há mais homens e mulheres que encontram menos trabalho estável, esparramando-se pelo mundo em busca de qualquer labor e configurando uma crescente tendência de precarização do trabalho em escala global. (ANTUNES, 2009, p.252).

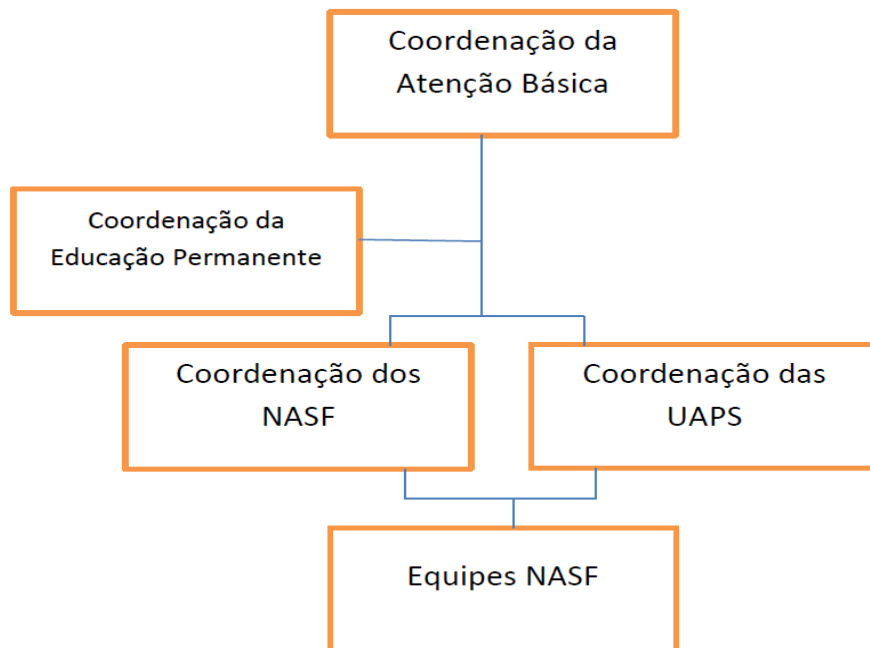
O quadro abaixo ilustra o lugar do trabalhador no campo do agir em saúde:



Fonte: Merhy (2007)

Souza (2013), ao estudar o processo de construção dos NASF no Estado do Ceará, reitera que o objeto do trabalho em saúde é histórico e socialmente construído. No caso dos NASF, implantados para compartilhar saberes e práticas com os profissionais da ESF, sua atuação tem como eixo fundante do processo de trabalho e a interdisciplinaridade das ações. Esta compreensão recoloca o desafio de modificar relação e que privilegiam, ainda, o biológico, a doença, a especialização. Segundo Leite e Veloso (2008), o trabalho em equipe é essencial no processo de inversão dos modelos de atenção à saúde, em que a horizontalidade nas relações começa a construir o cotidiano do trabalho.

Ao analisarmos os dados obtidos a partir da observação e estabelecermos diálogos com as falas dos sujeitos, verifica-se que há elementos de entrave às práticas efetivamente interdisciplinares. A estrutura organizacional do NASF prevê uma subordinação simultânea à coordenadora dos NASF, mas também às coordenadoras das Unidades Básicas de Saúde, denominadas recentemente de UAPS (Unidades de Atenção Primária em Saúde) que os profissionais atuam e estes precisam atender demandas das chefias, conforme indicamos no organograma a seguir. As relações de poder postas interferem no cotidiano das práticas.



Fonte: Autora (observação participante)

Além deste destaque, outra questão que se conecta com o processo de trabalho é latente e alvo de críticas dos profissionais, posto que o desenho estabelecido para a atuação dos NASF não possibilita o estabelecimento de vínculos institucionais e comunitários, bem como insere-se em um contexto de precarização estrutural, o que impacta diretamente a organização das atividades e o alcance dos objetivos estabelecidos em sua implantação. Para ilustrar estas dificuldades, apresentamos as falas a seguir:

*Nós infelizmente não temos estrutura pra trabalho, não temos assim apoio nenhum da prefeitura, da Regional, nada. Na verdade nós temos que trabalhar a velha cota né, temos que tirar dinheiro do bolso para que as ações aconteçam. Mas nós fazemos isso porque nós queremos que as coisas aconteçam, queremos realmente mostrar o que é o NASF. Se o NASF for estruturado, ele sem estrutura tá atuando bem, a gente tá conseguindo aumentar a resolutividade da Saúde da Família. E particularmente o trabalho tá bom, mas falta muito, tem muito a desejar ainda por conta da estrutura que nós não temos. Não temos apoio nenhum, não temos sala pra trabalhar, não temos material pra trabalhar, infelizmente. Carro disponível tem que tá dividindo muito com a Estratégia Saúde*

*da Família. E na verdade assim, falta recurso pra gente poder fazer territorialização, poder trabalhar com os agentes, dar realmente, trabalhar realmente os agentes principais, os protagonistas né, que são justamente as instituições né, as associações de moradores, os líderes comunitários. A gente não tem como atuar com esse público. (Amélia - NASF)*

*Nós temos dificuldade de ter essa Roda de Gestão por conta de horários né. Cada uma trabalha em outra área, em outro trabalho, em outro local, então fica difícil nós nos encontrarmos né e programar alguma coisa. (Tâmara - NASF)*

*Por exemplo, se você tem um Núcleo, pra se dividir entre duas Unidades, tudo bem. Mas entre quatro, cinco? Quanto tempo ele vai ter pra dispor dentro da Unidade? Quando a gente consegue muitas vezes se encontra é uma vez no mês. Pra bater a agenda de um. (Eleniê – Unidade Básica de Saúde)*

Krug e col. (2010) ao analisarem o processo de trabalho na ESF, evidenciam dificuldades no estabelecimento de um plano de ação que fica comprometido pelo acúmulo de tarefas e não se chega a pensar estrategicamente as tomadas de decisões, com informações, planejamento e organização resolutivos.

No caso em análise, que possui planejamento comprometido devido à imediatividade das demandas e a ausência de compreensão do papel do NASF por parte das equipes, tais dificuldades acentuam-se. Um elemento que pode subsidiar esta interpretação são as “rodas de gestão” propostas para o NASF pela gestão. Os espaços não são utilizados para o que se propõem, que é a partilha de casos, planejamento das atividades e integração das equipes. Segundo os próprios profissionais, em relatos nas oficinas, estes momentos têm sido eminentemente burocráticos para o repasse de informações e o recolhimento das produções que se dão a partir dos instrumentos chamados consolidados de produção.

Os consolidados são originados da integralização quantitativa dos registros diários individuais de atividades e procedimentos de cada profissional do NASF, a partir da seguinte categorização:

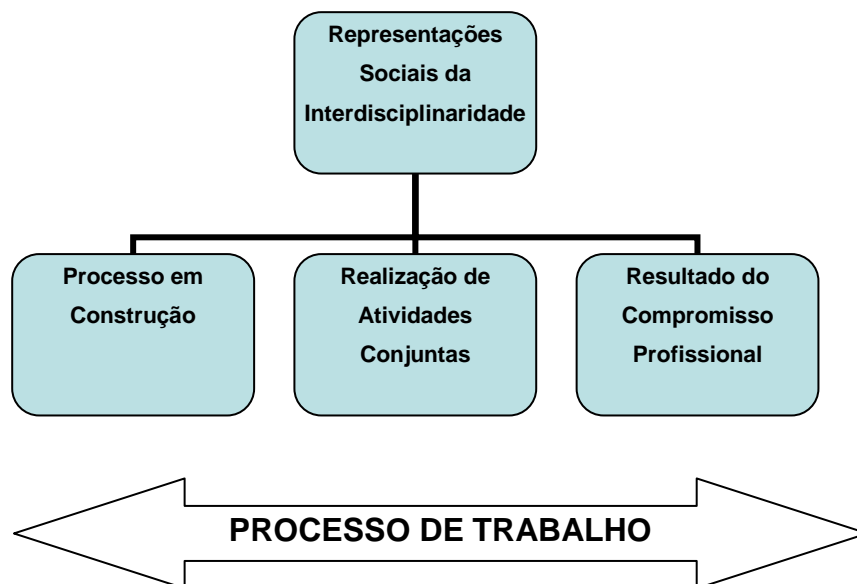
<b>INDICADORES DE GESTÃO DO PROCESSO DE TRABALHO</b>	
<b><i>Tipos de Atendimentos / Procedimentos</i></b>	Consulta / Avaliação
	Terapia Individual
	Interconsulta
	Prática Integrativa e Complementar
	Reabilitação Física
	Visita Domiciliar (sem PTS)
	Outros
<b>ENCAMINHAMENTOS PARA ATENÇÃO ESPECIALIZADA</b>	
<b>MARCAÇÃO DE EXAMES</b>	
<b><i>Ações de Matriciamento</i></b>	<b><i>Elaboração de Projeto Terapêutico Singular</i></b>
	<b><i>Discussão de Caso Clínico</i></b>
	<b><i>Reunião com ESF</i></b>
	<b><i>Visita Domiciliar (com PTS)</i></b>
	<b><i>Atividade de Educação Permanente</i></b>
	<b><i>Outros</i></b>
<b><i>Atividades em Grupo</i></b>	<b><i>Terapia de Grupo</i></b>
	<b><i>Oficina</i></b>
	<b><i>Atividade Física / Práticas Corporais</i></b>
	<b><i>Atividade Educativa na Comunidade</i></b>
	<b><i>Atividade Educativa na UBS</i></b>

O preenchimento deste relatório, encaminhado a cada mês para a gestão, nos parece um momento no qual os profissionais se deparam com o resultado quantitativo de suas atividades e a percepção que muitas destas, em especial as de matriciamento, são prejudicadas ou, em alguns casos, ainda inexistente. Há um incômodo sobre este instrumental, considerando até mesmo a reprodução deste para preenchimento, pois os profissionais queixam-se de não haver impressos na secretaria e eles mesmos financiarem suas cópias.

As equipes não possuem instrumental qualitativo de caráter coletivo padronizado para evolução dos seus atendimentos e práticas, o que muitas vezes inviabiliza a discussão de casos e dificuldades no processo de trabalho. Os conteúdos descritivos acerca das experiências dos NASF não são demandados pela gestão.

Neste processo de produção e reprodução do trabalho, conseqüentemente as relações de cooperação entre as categorias profissionais são impactadas. Justifica-se assim, a necessidade de compreender a tessitura dessas relações, para analisar as representações sociais da interdisciplinaridade, objeto deste estudo.

No percurso da pesquisa, foi possível desvelar à luz da observação participante e das representações expressas na riqueza das falas dos sujeitos, elementos extrínsecos e intrínsecos ao grupo de profissionais, que compõem a presente análise. Foi relatado o quanto é difícil o exercício do trabalho interdisciplinar e a própria compreensão do que se constitui esta “unidade de saber”. Fica claro, tanto nas atividades desenvolvidas, como na linguagem dos sujeitos nas entrevistas que há uma busca pelo interdisciplinar e que o processo de trabalho perpassa todas as representações, interferindo tanto nas percepções quanto nas práticas desenvolvidas pelos profissionais dos NASF. As categorias empíricas apreendidas para a análise encontram-se demonstradas na seguinte figura:





## 5.1 Interdisciplinaridade como processo em construção

A partir da observação e das falas dos profissionais, identificou-se que o frequente discurso da interdisciplinaridade é permeado de vieses e interpretações que se encontram em nível do pensamento e/ou ações e denotam que é um processo em construção, não só do ponto de vista científico (como já situado teoricamente), mas também no processo de materialização desta proposta. Esta percepção torna-se aparente apenas quando as ideias e práticas são observadas e esmiuçadas). As falas a seguir, colhidas através da observação de uma das oficinas e em entrevista, exemplificam a nossa análise:

*“É quase uma crise de identidade. Passamos a ser “profissional de saúde”. Acho que se a formação preconizasse a interdisciplinaridade, não haveria esse choque com a realidade.” ( Pietra – NASF (DC))*

*Ainda muito fraca (a interdisciplinaridade). Ainda precisando ser resgatada. Não é nem resgatada, porque começou agora, mas assim, mostrar que veio com esse princípio, da interdisciplinaridade, a intersetorialidade, com a multiprofissional, porque existe muito essa questão de se esconder o tempo todo. Ou então de se anular. Não só do NASF, mas dos próprios profissionais. Que é aquela história, quem é o apoiado e quem é o apoiador? Aonde é que eu tô nesse meio de campo? A gente tem que definir realmente papéis no território, na equipe e nas rodas de conversa. (Germana - SER)*

Compreender como se dá a interdisciplinaridade no âmbito do NASF nos remete à construção histórica da própria política e da formação profissional dos diferentes profissionais que formam as equipes. Neste sentido, é importante assegurar que, apesar da formação para o trabalho interdisciplinar ser elemento constitutivo dos currículos de graduação da área de saúde, a expressão da interdisciplinaridade no cotidiano das práticas paradoxalmente não é o resultado de um processo formador que a contemple enquanto exigência para este campo específico de atuação<sup>17</sup>. A compreensão ainda ambígua do papel dos profissionais do NASF no contexto do trabalho interdisciplinar se apresenta recorrente no contexto das práticas não só destes, mas estende-se aos demais profissionais da ESF que demandam atendimentos específicos de “fisioterapia”, “terapia ocupacional”, “serviço social”, aguardando um parecer do “especialista” e uma intervenção eficaz no problema (muitas vezes dissociado do contexto ao qual está inserido).

---

<sup>17</sup> Importante destacar que segundo Rossoni e Lampert (2004), as Diretrizes Curriculares Nacionais dos Cursos de Graduação dos quais são egressos os sujeitos desta pesquisa, contemplam em sua maioria um perfil humanista, com capacidade de atuar na integralidade e em equipe, privilegiando o paradigma da interdisciplinaridade a análise dos determinantes sociais da saúde.

O interdisciplinar, proposto para o NASF em suas Diretrizes Básicas<sup>18</sup>, através de Projetos Terapêuticos Singulares, Interconsulta, Visitas Domiciliares, entre outras práticas, requer esforço da equipe para implementação e é o desafio que começa a ficar claro no interior das discussões das equipes. A equipe manifestou que a maior parte destas atividades não são realizadas ainda e no caso das visitas domiciliares ainda é privilegiado a abordagem do especialista, demandado pelos profissionais da ESF. A ideia que se tem é que o “especialista” chegou e que vai resolver o problema.

*A impressão que tenho é que as equipes (Saúde da Família) consideram-nos apenas como técnicos isolados: se há alguém chorando, chamem a psicóloga; se tem problema de obesidade, precisa de uma nutricionista. São os nossos estereótipos. (Pauliane – NASF (DC))*

Segundo Japiassu (1976), a doença do mundo moderno corresponde a um fracasso, a uma demissão do saber. [...] a multiplicação de cientistas, muito longe de ser o sinal de um progresso do conhecimento, constituiria, antes, o sintoma mórbido de uma regressão” (JAPIASSU, 1976), considerando que ao ampliar-se a diversificação, perde-se o contato com a realidade humana. Propõe uma nova epistemologia, que ultrapassaria as ciências individualizadas, mas seria fruto de uma renúncia ao confinamento das especialidades e procurarem a “restauração das significações humanas do conhecimento”.

Coadunando com este pensamento, ao referir-se a questão do conhecimento, Morin (2011) sinaliza a necessidade de uma reforma do pensamento fragmentado, que passe a compreender a complexidade<sup>19</sup>, modificando a nossa forma de organizar o conhecimento.

[...] existe inadequação cada vez mais ampla, profunda e grave entre, de um lado, os saberes desunidos, divididos, compartimentados e, outro lado, as realidades ou os problemas cada vez mais multidisciplinares, transversais, multidimensionais, transnacionais, globais e planetários (Morin, 2011, p.33).

Neste sentido, conhecer isoladamente não é mais suficiente, mas torna-se necessário a compreensão do contexto para que o sentido das coisas fique verdadeiramente evidenciado.

<sup>18</sup> A interdisciplinaridade pensada para o NASF 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. “No projeto interdisciplinar não se ensina, nem se aprende: vive, exerce-se”. Ela deve ser entendida também como uma atitude de permeabilidade aos diferentes conhecimentos que podem auxiliar o processo de trabalho e a efetividade do cuidado num determinado momento e espaço. (BRASIL, 2010a)

<sup>19</sup> Segundo Morin (2011b, p.13), “a complexidade é um tecido de constituintes heterogêneas inseparavelmente associadas: ela coloca o paradoxo do uno e do múltiplo”. É o tecido dos fenômenos, com suas ações, interações, determinações e acasos.

Morin (2011) vai categorizar o global, mais especificamente a relação entre o todo e as partes. “O todo tem qualidades ou propriedades que são encontradas nas partes, se estas estiverem isoladas umas das outras, e certas qualidades ou propriedades das partes podem ser inibidas pelas restrições provenientes do todo” (Morin, 2011).

Há uma preocupação eminente entre o grupo que essa construção possa “desqualificar os saberes”, conforme a seguinte afirmativa:

*“Sabemos que é preciso desconstruir a ideia da consulta individualizada [realizada por um único profissional]. Todavia, a ideia de uma prática que pareça com a outra parece que desqualifica a ação coletiva” (Amélia - NASF)*

A proposta interdisciplinar não é a de promoção do consenso, mas situa-se na partilha destes saberes, em uma perspectiva de alteridade, ou seja, quando uma cultura não tem como objetivo a extinção de uma outra. A alteridade implica que um indivíduo seja capaz de se colocar no lugar do outro, em uma relação baseada no diálogo e valorização das diferenças existentes. Lévinas (1997), em sua obra *Ensaio sobre a Alteridade*, vai definir a natureza da relação ética que une o homem a seu próximo, considerando que a existência ética pressupõe uma preocupação e responsabilidade com o outro. Importante contribuição à representação social que categorizamos como processo em construção encontra-se no relato abaixo, que estabelece conexões com a discussão sobre a alteridade:

*Naquele momento a gente é uma equipe de saúde. Eu não sou enfermeira, ela não é médica, eu vejo assim. Claro, eu busco do meu conhecimento, mas ao mesmo tempo naquela discussão eu me dispo um pouco às vezes daquele meu, pra tá meio que comungando da informação do outro. E tá só com o meu, dando as pitadas e acrescentando e formando ali algo novo, tá entendendo? Que não é amarelo, azul nem o verde. É a mistura daquilo ali. (Elenice – Unidade Básica de Saúde)*

No contexto das oficinas que foram observadas, identificamos que esta partilha entre os saberes ainda é embrionária, demonstrada claramente pelos profissionais, que atribuem principalmente ao processo de trabalho as dificuldades para a proposta interdisciplinar. Na oficina sobre a interdisciplinaridade, a dinâmica de integração propunha diversas ilhas para que os naufragos (profissionais) pudessem nadar para fugir dos perigos do mar revolto. A metáfora posta pelas facilitadoras propunha refletir sobre a coesão do grupo e as possibilidades de atuação interdisciplinar.



Figura 4 – Oficina sobre Interdisciplinaridade

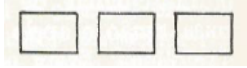
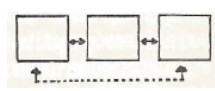
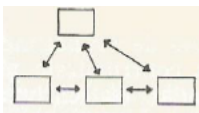
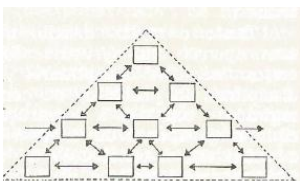
Depoimentos reveladores situam as dificuldades que colocam a interdisciplinaridade como um desafio a ser perseguido pelas equipes, que compreendem a sua importância, conseguem se perceber no âmbito dos processos de cooperação e estabelecem esforços para que seja efetiva:

*Inicialmente não havia nenhuma ilha. Hoje é possível mais parceria. Estamos em construção. (Pauliane - NASF (DC))*

*Nem mesmo as visitas domiciliares dá pra qualificar como multiprofissional ou interdisciplinar. Algumas parcerias se estabelecem, mas é isolado. Na maioria das vezes é NASF com NASF [não há participação das EqSF] (Floriana - NASF (DC))*

*A convivência com outras categorias amplia também o olhar sobre as coisas. (Niviane - NASF (DC))*

As discussões que sucederam nesta mesma oficina buscaram diferenciar os diversos níveis de integração entre os saberes, os quais apresentamos no quadro a seguir:

<i>Descrição Geral</i>	<i>Tipo de Cooperação Disciplinar</i>	<i>Representação Gráfica</i>
<i>Multidisciplinaridade</i>	Sistema de um só nível e objetivos múltiplos; mas sem nenhuma cooperação. As disciplinas são simultâneas, mas não há relações entre elas.	
<i>Pluridisciplinaridade</i>	Sistema de um só nível e objetivos múltiplos; há cooperação mas sem coordenação. As disciplinas são simultâneas e há relações entre elas.	
<i>Interdisciplinaridade</i>	Sistema de dois níveis e objetivos múltiplos; cooperação coordenada com finalidades estabelecidas. As relações entre disciplinas objetivam resultados comuns.	
<i>Transdisciplinaridade</i>	Sistemas de níveis e objetivos múltiplos. Coordenação com vistas a uma finalidade comum aos sistemas. A coordenação e a cooperação mútuas são características desta proposta.	

Fonte: Adaptado pela autora a partir de Japiassu (1976).

O grupo conseguiu identificar que se encontra no estágio multidisciplinar, mas que caminha para elaborações interdisciplinares. O fato de não conhecerem com propriedade as diretrizes do NASF e subordinarem-se a demandas ininterruptas oriundas da gestão e das EqSF prejudica o empoderamento necessário para ações interdisciplinares. O grupo possui a compreensão sobre a cooperação interdisciplinar, conforme aparece nos seguintes relatos:

*É o trabalho multiprofissional [a interdisciplinaridade], de várias equipes juntas, né? Uma podendo dar suporte a outra, respeitando a particularidade de cada profissão, mas aumentando a resolutividade. (Amélia – NASF)*

Entretanto, no contexto das observações realizadas, é necessário destacar que as equipes avançam na compreensão do todo e propõem-se a organizar estratégias de atuação que garantam esse entendimento. Exemplo dessa percepção pode ser destacada em outra oficina realizadas cujo tema era *Territorialização*. Nas provocações iniciais, o grupo afirmava não ter tido a oportunidade de apropriar-se do território, condição indispensável para as práticas às quais se propõe o NASF. Interessante resultado adveio da dinâmica estabelecida, que propunha a identificação dos equipamentos sociais do próprio território. A produção dos profissionais denotou que havia mais domínio do próprio território do que o reconhecido pela equipe. Este fato, aparentemente isolado, nos remete à compreensão de que as representações sociais constituem-se elaborações anteriores que muitas vezes permanecem arraigadas, mesmo quando já existem elementos para mudanças na forma de pensar e agir.



Figura 3 – Oficina sobre Territorialização

Todavia, necessário destacar que apesar do território dos NASF revelar-se para os profissionais com mais propriedade do que asseguravam, o próprio processo histórico de articulação e desarticulação dos NASF em Fortaleza interfere negativamente no estabelecimento de vínculos territoriais, fato evidenciado pela ausência de participação de representações da comunidade na organização das atividades.

## 5.2 Interdisciplinaridade como a realização de atividades em conjunto

Outra representação social apreendida foi a compreensão da interdisciplinaridade como a realização de atividades em conjunto. Além das falas obtidas nas entrevistas, no processo de observação, identificamos tal entendimento. A noção de que “atuar em conjunto” é trabalho interdisciplinar, aparece em diversos momentos de nossa pesquisa.

*(A interdisciplinaridade) É o trabalho em conjunto enquanto uma área, uma profissão, uma área entra, acaba entrando em outra e acaba se unindo pra um bem comum, né?! Se unindo, cada área, cada profissional responsável por sua área ele entra na área do outro e um ajudando o outro. (Ticiania - NASF)*

*Quando tem atividade conjunta a gente articula para toda equipe participar. (Amélia - NASF)*

*Eles acreditam (os profissionais) que as ações precisam ser ao mesmo tempo e que todos os profissionais precisam estar naquela atividade. [...] Eles acham que uma roda de conversa, uma sala de espera só contemplaria a interdisciplinaridade se estivessem todas as categorias ali e não é bem assim. (Girlane - SER)*

O fato de atuarem coletivamente não garante a interdisciplinaridade e ainda apresenta uma reduzida compreensão acerca do que se propõe a ser essa modalidade de cooperação entre as diversas disciplinas. A colaboração interdisciplinar está no centro das discussões no âmbito das ciências e exige um esforço coletivo, no sentido das diversas especialidades “procurarem e encontrarem uma linguagem comum, entenderem as concepções iniciais e sob a forma de *démarche* conjugada e articulada, a fim de conseguirem aceitar o desraizamento provocado por problemáticas diferentes da sua” (JAPIASSU, 1976).

Ao ser questionada sobre como a interdisciplinaridade acontece no NASF, uma das gestoras enfatiza a necessidade de fortalecimento e expressa as dificuldades que observamos no cotidiano das práticas profissionais. O problema central, segundo ela, reside na sistematização do trabalho e na definição de papéis. O interdisciplinar, proposto por Morin (2011), como a construção de pensamento integrado e da negação da “hiperespecialização” é o desafio que se coloca. Não é uma questão de confundir-se os saberes, mas integrá-los na busca da atenção integral proposta pela política. Um profissional, no âmbito da oficina de práticas grupais opina:

*Fazer grupo só por fazer não é interessante. Necessário ter objetivos comuns. No manejo com grupos onde as práticas são mais subjetivas a contribuição dos assistentes sociais e psicólogos é muito importante. (Antônia - NASF (DC)).*

Estudos de Scherer e Pires (2009) com equipes da ESF sobre a interdisciplinaridade já afirmavam que há dificuldades na integração dos diversos saberes. Enfatizam que para a interdisciplinaridade acontecer é necessário que cada profissional esteja bem fundamentado. As referidas autoras vão destacar em sua pesquisa que o trabalho interdisciplinar também pode acontecer quando o profissional encontra-se sozinho, considerando que “o conhecimento ou métodos ou abordagens utilizadas por outras profissões pode ter sido incorporada em experiências anteriores de trabalho de grupo” (SCHERER e PIRES, 2009).

A realidade encontrada também denota uma outra percepção, que destacamos para a análise, considerando a representação social existente sobre o compromisso profissional para o trabalho interdisciplinar, ou o que alguns estudos já realizados apontam como “atitude interdisciplinar”.

### **5.3. A interdisciplinaridade como resultado do compromisso profissional**

Ao serem questionados sobre o trabalho em grupo e a interdisciplinaridade, os sujeitos revelaram importantes pistas para a compreensão do que Fazenda (2007) considera como uma “questão de atitude”, de compromisso profissional. Identificou-se na pesquisa que a interdisciplinaridade é percebida como um resultado de compromisso profissional (individual e/ou coletivo):

*Na verdade eu vejo diferença entre o vínculo, o comprometimento de um profissional e outro. Porque no mesmo grupo que tá uns profissionais tão e outros parecem que não tão, entendeu? Mas eu acho também, eu não vou nem condenar, porque às vezes têm aqueles peixinhos que gostam de nadar contra a maré e têm aqueles que deixam a maré levar. Mas de quem é a culpa da maré tá contra? Eu acho que se a gente tivesse uma sistemática de trabalho organizada e profissionais com vínculo, que eu acho que isso vem a melhorar. (Eleniê – Unidade Básica de Saúde)*

Os profissionais refletem sobre estas dificuldades e possuem a compreensão que é necessário investimento pessoal maior para que o planejamento das atividades em equipe aconteça, condição para o estabelecimento de relações interdisciplinares. A busca pelas oficinas de capacitação<sup>20</sup> foi demanda do próprio grupo e não da gestão, como preconiza o Ministério da Saúde. Nos fragmentos abaixo, encontramos suporte para esta análise:

---

<sup>20</sup> Conforme já informado, oficinas aconteceram por solicitação de uma assistente social do NASF, que conhecia profissionais da RMSFC e solicitou apoio para a capacitação. Na avaliação final das oficinas o grupo utilizou expressões como “braço amigo”, “luz no fim do túnel”, “apoio para a prática”, “empoderamento”.



*O trabalho em grupo é muito importante e é como a gente trabalha, sempre em grupo. Mas a gente tem dificuldade porque o nosso NASF é apenas vinte horas né. Então as quarenta horas, e tem outro grupo que trabalha vinte horas a partir da tarde, nós trabalhamos de manhã. Então nós temos essa dificuldade de nos reunir e de programarmos nosso mês, nossa semana. E fica, pra mim, eu acho que fica um trabalho incompleto, porque não tá o dia todo, não tá a equipe toda. (Tâmara - NASF)*

*Não havia nenhuma ilha (expressão originada de uma dinâmica de grupo realizada na oficina sobre interdisciplinaridade). Estávamos perdidos e sem rumo. A equipe decidiu fazer parceria, primeiro entre si, depois buscando apoio de alguns profissionais. A relação com coordenadores e equipes (ESF) ainda é difícil, mas nós temos buscado os avanços. (Antônia - NASF (DC))*

Fazenda (2007) pressupõe que a interdisciplinaridade só possa ser atingida com a superação de barreiras e do abandono institucional de hábitos cristalizados, impondo às Ciências que compreendam seus limites e sua capacidade aproximativa, que jamais esgota a compreensão de toda a realidade.

Acerca das barreiras entre os sujeitos das equipes, Fazenda (2007) aponta que os obstáculos se encontram nos preconceitos, na falta de formação adequada e no comodismo. Assim, só mudanças efetivas no campo das relações sociais, psicológicas, culturais e materiais possam favorecer esta superação. Isso infere o uso de uma comunicação horizontal entre as ciências e uma formação profissional que valorize a interdisciplinaridade. Os fragmentos abaixo denotam contradição na percepção posta sobre a “atitude” de dois profissionais da mesma equipe sobre as possibilidades do trabalho em grupo e do planejamento das ações, mesmo diante de dificuldades relativas ao próprio processo de trabalho. A situação que se coloca é a mesma – o planejamento das atividades. A discrepância que se coloca é o entrave versus a possibilidade, nos dando pistas do compromisso para a construção da interdisciplinaridade também estar vinculado à atitudes coletivas, mas também a individualidade dos sujeitos:

*Nós temos dificuldade de ter a Roda de Gestão por conta dos horários, né? Cada uma trabalha em outra área, em outro trabalho, em outro local, então fica difícil nós nos encontrarmos e programar alguma coisa. (Tâmara - NASF)*

*Quando não podemos nos encontrar, a gente entra em contato por telefone, instagram, facebook [redes sociais] – a gente tem um grupo do NASF, para trocarmos nossas angústias. Então a identificação é muito boa, muito boa mesmo. A equipe tem compromisso e comprometimento com o trabalho. (Amélia - NASF)*

Entende-se ainda que a efetivação de práticas interdisciplinares requer a democratização das relações de poder no âmbito das equipes profissionais, reconhecendo dialeticamente a necessidade de saberes diferenciados acerca de um mesmo objeto, mas também exige dos sujeitos que se coloquem em uma atitude que privilegie a construção do interdisciplinar. Essa

é apenas uma ponta do *iceberg*. A discussão acerca da interdisciplinaridade recai ainda sobre as formas de pensar e agir sob a ótica do individual e do coletivo, no contexto da sociedade contemporânea. Essa lógica do individual possui forte representação entre alguns membros das equipes:

*O grupo NASF assim, é difícil também pela falta de comunicação, de que a equipe é quebrada. Eles dizem que não, mas na verdade é que é. [...] São várias pessoas e cada uma com seu jeito, acaba tendo quebra. [...] Então acaba que a gente atua cada uma ali do seu jeito. A gente não tem nenhuma orientação (Fernanda - NASF)*

*A gente recebe muito “despacho” com direcionamento para especialidades, principalmente da gestão e dos Agentes Comunitários de Saúde. E a gente vai fazendo, individualmente. (Fabiola - NASF (DC)).*

As características pautadas no ranço das práticas de competência eminentemente especializadas, baseadas na fragmentação dos sujeitos e do foco voltado para a doença, impõe uma noção de globalidade do homem, exigindo que cada especialista ultrapasse os seus próprios limites, abrindo-se às contribuições de outras disciplinas (Sampaio e col, 2006). A autora recorre também à Japiassu (1976) e a sua categorização das práticas interdisciplinares e aponta também a condição de comprometimento dos sujeitos envolvidos para a construção e efetivação da interdisciplinaridade, condição necessária ao trabalho no campo da saúde.

A interdisciplinaridade é uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida frente ao problema de conhecimento, isto é, substituir a concepção fragmentária pela unitária de sujeito.” (Sampaio e col, 2006, p.82)

Scherer e Pires (2009) ao refletirem sobre a atitude dos sujeitos no trabalho, contribuindo para que a interdisciplinaridade aconteça, chamam a atenção para uma série de relações intersubjetivas, apontando limites e alternativas para que a atitude individual seja impulsionadora do projeto interdisciplinar. A maioria dos profissionais pesquisados, apesar dos limites históricos, teóricos e institucionais impostos para a configuração atual dos NASF, procuram apoio, conversam entre si, incomodam-se, inquietam-se e querem fazer diferente, construindo paulatinamente o que as autoras classificam como Entidades Coletivas Relativamente Pertinentes.

Saupe e col. (2005) ao discutirem sobre a competência dos profissionais de saúde para o trabalho interdisciplinar, consideram que tal competência desenvolve-se nas dimensões referentes ao conhecimento, às habilidades e às atitudes. As equipes pesquisadas buscam cada vez mais conhecer sobre o paradigma da interdisciplinaridade e estabelecer as parcerias possíveis, denotando que o caminho já está iniciado.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na construção dessa pesquisa, partimos do pressuposto que as teorias e as realidades são históricas, e que os elementos analisados são resultados de um determinado contexto que os influencia. Ao nos debruçarmos sobre o objeto de nossa investigação – a interdisciplinaridade, privilegamos esta compreensão e enveredamos na busca de verificação desse contexto, cotejando informações sobre as engrenagens das políticas públicas de saúde que originaram os NASF e as exigências interdisciplinares que são referenciadas nos instrumentos legais que as validam.

Prescrita para o trabalho desenvolvido na ESF e na atuação dos NASF, a interdisciplinaridade foi então investigada em um campo empírico que se colocou bastante desafiador. As mudanças de gestão municipal, a ausência de estabilidade dos profissionais que constituíam as equipes e os encaminhamentos da gestão demonstravam *a priori* impactos sobre o processo de trabalho, que emergiu enquanto elemento transversal a toda a discussão, influenciando diretamente as relações e as percepções dos profissionais pesquisados.

O levantamento acerca do cotidiano do NASF, realizado a partir da observação participante, possibilitou a descrição do processo de formação destas equipes e de seu *modus operandi*. A interdisciplinaridade aparece ainda embrionária, como um processo em construção, mediada por noções claras sobre o discurso teórico, mas ainda não efetivas nas práticas profissionais. Tal constatação é confirmada a partir da verificação de falas, comportamentos, expressões e até no silêncio mediante determinadas situações.

Percebemos que no movimento sob o qual a interdisciplinaridade emerge paulatinamente, muitas vezes, ela tem sido confundida como uma realização de atividades conjuntas, mas sem o uso das ferramentas que possibilitam o diálogo, a partilha entre os diversos saberes. Confirma-se esse fato ao verificar-se que as ferramentas tecnológicas que possibilitam as práticas interdisciplinares ainda eram, na maioria das vezes, desconhecidas das equipes. Esse modo de analisar a cooperação entre as diversas disciplinas é reducionista e denota a noção de multidisciplinaridade recorrentemente.

Mesmo considerando as dificuldades estruturais e do próprio processo de trabalho dos NASF, ousamos dizer que as equipes teimam em desenvolver-se, a partir do empenho dos sujeitos que fazem a sua história. Ainda não há, efetivamente, um projeto interdisciplinar constituído, mas subsídios para essa prática consistente emergem dos processos de

capacitação e estabelecimento de parcerias. Nesse interim tem um componente da subjetividade de cada um e de todos. É neste espaço de autogoverno que reside o compromisso que resulta em práticas interdisciplinares que possibilitam a integralidade das ações na perspectiva da promoção da saúde. A partir de nossa observação, podemos assegurar que são equipes com potencial realizador, formada por profissionais que, em sua maioria, possuem o compromisso necessário para essa realização.

Nossa análise tem como propósito apresentar um contributo às discussões contemporâneas acerca do ser-fazer do profissional de saúde, em uma perspectiva coletiva, de caráter interdisciplinar. Objetiva ainda lançar luzes para que possamos ver o todo e não com mera soma de suas partes, como nos indicava o paradigma cartesiano. É uma recusa à inteligência cega, que referenciamos à luz de Morin (2011). Recusa esta impregnada de um profundo desejo que o NASF seja reconhecido como um grande potencializador das ações estratégicas dentro da APS.

Considerando ainda os limites aos quais uma pesquisa desta natureza se enquadra, ressaltamos a necessidade de novas pesquisas que possam ir a outras realidades ou a esta retornar, trazendo diferentes resultados, modificados pelo processo de produção e reprodução do conhecimento.

## REFERÊNCIAS

AMORIM, Dalmo de Souza. **Modelos Interdisciplinares e Multiprofissionais**: a questão da interdisciplinaridade na saúde. Ribeirão Preto: Holos Editora, 2007.

ANTUNES, Ricardo. **Os sentidos do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2009.

ARAÚJO, Marize B. S.; ROCHA, Paulo de Medeiros. Trabalho em Equipe: um desafio para a consolidação da estratégia de saúde da família. In: **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.12.

BARROCO, Maria Lúcia. **Ética e Serviço Social**: fundamentos ontológicos. São Paulo: Cortez, 2013.

BOURDIEU, Pierre. **O poder simbólico**. Lisboa: DIFEL, 1989.

\_\_\_\_\_. O campo científico. In: ORTIZ, R. **Sociologia**. São Paulo: Ática, 1994.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil – 1988**. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 1999.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 648, de 28 de Março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Brasília, CONASS, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº. 154, de 24 de Janeiro de 2008. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família \_ NASF.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Brasília: MS, 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica: Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: 2010b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria GM nº 2488, de 21 de Outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional dos Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS, 2011b.

COHN, Amélia (Org.). **A Saúde como Direito e como Serviço**. São Paulo: Cortez, 1991.

COSTA MENDES, Isabel Amélia. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. In: **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Vol. 12. Ribeirão Preto: 2004.

CRITELLI, Dulce Mara. Hannah Arendt: a vida ativa e a ação: Ontologia política. In: **Teorias da Ação em Debate**. São Paulo: Cortez, 1993.

DEMO, Pedro. **Conhecimento moderno sobre ética**: intervenção do conhecimento. Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

DUARTE, J. Entrevista em profundidade. In: DUARTE, J. BARROS, A (Org.). **Métodos e técnicas de pesquisa em comunicação**. São Paulo: Atlas, 2006.

\_\_\_\_\_. Hermenêutica de Profundidade, à La Thompson. In: **Pesquisa e Informação Qualitativa: aportes metodológicos**. Campinas / São Paulo: Papirus, 2012.

ESMERALDO, Geordany Rose de Oliveira Viana Esmeraldo e OLIVEIRA, Lúcia Conde de. Resgatando a História do Programa de Saúde da Família em Fortaleza – Ceará. In: **Organização dos Serviços de Saúde no Ceará: desafios da universalidade do acesso e da integralidade da atenção**. Fortaleza, Eduece, 2012.

FAUSTO, Márcia C. R.; MATTA, Gustavo Corrêa. SILVA JÚNIOR, Alúcio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Atenção Primária à Saúde: histórico e perspectivas. In: **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. São Paulo: Papirus, 2012.

FAZENDA, I. C. A. **Interdisciplinaridade: um projeto em parceria**. São Paulo: Edições Loyola, 2007.

FERREIRA, Darlisom S. A Teoria das Representações Sociais: um caminho para o estudo de práticas educativas com idosos amazônidas. In: **Abordagens Qualitativas: Trilhas para Pesquisadores em Saúde e Enfermagem**. São Paulo: Martinari, 2008.

FILHO, Naomar. Reconhecer Flexner: inquérito sobre produção de mitos na educação médica no Brasil contemporâneo. In: **Cadernos de Saúde Pública**. Vol.26, No.12, Rio de Janeiro, 2010.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FRANCO, Túlio; MERHRY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família: contradições de um programa destinado a mudança do modelo tecnoassistencial. In: **Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2007.

\_\_\_\_\_. Cartografias do Trabalho e Cuidado em Saúde. In: **Revista Tempus Actas de Saúde**, 2012.

GUARESCHI, Pedrinho, JOVCHELOVITCH (Orgs.). **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis/Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

HELLER, Agnes. **O cotidiano e a história**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Trabalho e Indivíduo Social**. São Paulo: Cortez, 2006.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

JODELET, Denise (Org.). **As Representações Sociais**. Rio de Janeiro: Eduerj, 2001.

JOVCHELOVITCH, Sandra. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2012.

KRUG, Suzane Beatriz Frantz; LENZ, Francielle Limberger; WEIGELT, Leni Dias; ASSUNÇÃO, Ari Nunes.. O processo de trabalho na estratégia de saúde da família: o que dizem os profissionais de saúde em Santa Cruz do Sul/RS. In: **Revista Textos e Contextos**. Porto Alegre, 2010.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria. **Pesquisa de Representação Social: um enfoque quantiqualitativo**. Brasília: Liberlivro, 2012.

LEITE, Rosana F. B.; VELOSO, Thelma Maria G. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. **Revista Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 28. Brasília, 2008.



LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-americana da Saúde. In: **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

LUKÁCS, G. **A ontologia do ser social**: os princípios ontológicos fundamentais de Marx. São Paulo: Editora Ciências Humanas, 1979.

\_\_\_\_\_. **Por uma Ontologia do Ser Social I**. São Paulo: Boitempo, 2012.

MERCADANTE, Otávio Azevedo (Org.). Evolução das políticas de saúde no Brasil. In: **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MENDES, Eugênio Vilaça [e col.]. **Distrito Sanitário**: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo: Hucitec, 1995.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In: **Agir em Saúde**. Rio de Janeiro: Hucitec, 1997.

\_\_\_\_\_. Um dos Grandes Desafios para os Gestores do SUS: Apostar em Novos Modelos de Fabricar os Modelos de Atenção. In: **Trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento**: Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 2003.

\_\_\_\_\_. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: GUARESCHI, P. e JOVCHELOVITCH, S. In: **Textos em Representações Sociais**. 9 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012. Cap. 3 p. 89-111.

MORIN, Edgar. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_. **Introdução ao pensamento complexo**. Porto Alegre: Sulina, 2011b.

\_\_\_\_\_. **A cabeça bem-feita: repensar a reforma, reformar o pensamento**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2012.

MOSCOVICI, Sergio. **Representações Sociais: investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2011.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2013.

NETTO, José Paulo; CARVALHO, M. C. B. **Cotidiano: Conhecimento e Crítica**. São Paulo: Cortez, 2012.

NOGUEIRA, Maria Sônia Lima. **Representações Sociais da Política de Saúde Mental: estudo de caso no centro de atenção psicossocial da Secretaria Executiva Regional IV do município de Fortaleza**. Mestrado em Políticas Públicas. Dissertação. Fortaleza, UECE, 2009.

OLIVEIRA, C. L. Um apanhado teórico-conceitual sobre a pesquisa qualitativa: tipos, técnicas e características. Disponível em: <<http://e-revista.unioeste.br/index.php>> Acesso em 17 ago.2012.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório Mundial de Saúde 2008: Atenção Primária em Saúde – Agora Mais do Que Nunca**. Ministério da Saúde de Portugal, OMS, 2008.

PONTES, Carlos Fidelis [et al]. **O sanitarismo (re) descobre o Brasil**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2007. Disponível em: < [http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/cap\\_3.pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/cap_3.pdf) >

REIS, V.M.; DAVID, H.M.S.L. O fluxograma analisador nos estudos sobre processo de trabalho em saúde: uma revisão crítica. In: **Revista APS, Juiz de Fora**, v. 13, n. 1, p. 118-125, jan./mar. 2010.

RIBEIRO, Herta M. C. B. O Serviço Social e o desafio da interdisciplinaridade na Saúde Mental: um enfoque no Centro de Atenção Psicossocial Infanto-juvenil de Imperatriz – Maranhão. In: **Políticas de Saúde e Serviço Social: ambiguidades e possibilidades**. Fortaleza: EdUECE, 2011.

SÁ, Jeanete Martins de (org.). **Serviço Social e Interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**. São Paulo: Cortez, 2006.

SAMPAIO, Cláudia Cullen. Interdisciplinaridade em questão: análise de uma política de saúde voltada à mulher. In: **Serviço Social e Interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**. São Paulo: Cortez, 2006.

SANTOS, Darci Neves; KILLINGER, Cristina Larrea (org). **Aprender fazendo: a interdisciplinaridade na formação da saúde coletiva**. Salvador: EDUPBA, 2011.

SANTOS, Marco Antonio Merechia; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. A Interdisciplinaridade e o Trabalho em Equipe no Programa de Saúde da Família. In: **Arquivos Catarinenses de Medicina**. Disponível em: <http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/153.pdf>> Acesso em 07 ago.2011.

SAUPE, Rosita et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. In: **Revista Interface**, v. 9. Florianópolis. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n18/a05v9n18.pdf>> Acesso em 07 out.2011.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos e PIRES, Denise. A interdisciplinaridade prescrita para o trabalho da equipe de saúde da família, na percepção dos profissionais de saúde. In: **Tempus – Actas de Saúde Coletiva**. Vol. 3, nº 02, 2009. Disponível em [www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewfile/730/739](http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/viewfile/730/739) Acesso em 10/10/2011.

SEVERINO, Antônio Joaquim. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In: **Serviço Social e Interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**. São Paulo: Cortez, 2006.

SILVA JÚNIOR, Aluísio Gomes da; ALVES, Carla Almeida. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: **Modelos de Atenção e a Saúde da Família**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

SOUZA, Fernanda dos Reis. Processo de construção dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) na Atenção Básica do Estado do Ceará. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Fortaleza, 2013.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: Unesco, MS, 2002.

TEIXEIRA, Sônia (org.). **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo: Cortez, 2011.

TRIVINÕS, Augusto N. S. **Introdução à Pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.). **Saúde Mental e Serviço Social**. O desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 2002.

VERONESE, Marília Veríssimo; GUARESCHI, Pedrinho Arcides. Hermenêutica de Profundidade na Pesquisa Social. In: **Revista de Ciências Sociais Unisinos N° 42**. Porto Alegre: Unisinos, 2006.

Resolução 196/12 do CNS / MS. Dispõe sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras da Pesquisa envolvendo seres humanos. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/23\\_out\\_versao\\_final\\_196\\_ENCEP2012.pdf](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/arquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf) Acesso em 11 mar. 2013.

## APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTAS PROFISSIONAIS NASF

<b>Entrevista:</b> Data: ___/___/2013. Início: _____ Término: _____ Código: _____
--

### 1. PERFIL DO ENTREVISTADO (A):

1.1. Idade (anos): \_\_\_\_\_ 1.2. Sexo: \_\_\_\_\_

1.3. Formação: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

1.4. Pós-graduação: ( ) Sim ( ) Não.

1.5. Em que área? \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

1.6. Tempo de atuação na ESF: \_\_\_\_\_

1.7. Tempo de atuação no NASF: \_\_\_\_\_

1.8. Cargo/função: \_\_\_\_\_

1.9. Vínculo empregatício na administração municipal: \_\_\_\_\_

1.10. Carga horária semanal: \_\_\_\_\_ 1.10. Tempo no cargo: \_\_\_\_\_

### 2. Sobre sua trajetória profissional, fale livremente:

a) Como você considera seu nível de identificação/satisfação com a sua profissão?

Comentários.

b) Como você se vinculou ao NASF?

c) Há quanto tempo trabalha no NASF?

d) Que motivos possui para manter suas atividades no NASF?

e) Você possui outra (s) experiência (s) na saúde pública? Se sim, comente sobre ela (s).

3. O que é para você a Estratégia de Saúde da Família?

4. O que você acha do trabalho desenvolvido pelo NASF na ESF?

5. Para você quais os objetivos dos NASF?

6. Qual o sentido do trabalho para você?

7. Como você percebe o trabalho em grupo no NASF?

8. Para você o que é interdisciplinaridade?

## APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTAS GESTORES NASF

<b>Entrevista:</b> Data: ___/___/2013. Início: _____ Término: _____ Código: _____
--

### 1. PERFIL DO ENTREVISTADO (A):

1.1. Idade (anos): \_\_\_\_\_ 1.2. Sexo: \_\_\_\_\_

1.3. Formação: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

1.4. Pós-graduação: ( ) Sim ( ) Não.

1.5. Em que área? \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

1.6. Tempo de atuação na saúde pública: \_\_\_\_\_

1.7. Tempo de atuação na ESF: \_\_\_\_\_

1.8. Cargo/função: \_\_\_\_\_

1.9. Vínculo empregatício na administração municipal: \_\_\_\_\_

1.10. Carga horária semanal: \_\_\_\_\_ 1.11. Tempo no cargo: \_\_\_\_\_

### 1. Sobre sua trajetória profissional, fale livremente:

a) Como você considera seu nível de identificação/satisfação com a sua função?

Comentários.

b) Como você chegou ao exercício de cargo na gestão?

c) Que motivos possui para manter suas atividades nesta área?

d) Você possui outra (s) experiência (s) na saúde pública? Se sim, comente sobre ela (s).

e) Você possui outra (s) experiência (s) na área de gestão? Se sim, comente sobre ela (s).

2. O que é para você a Estratégia de Saúde da Família?

3. O que você acha da do trabalho desenvolvido pelo NASF na ESF?

4. Para você quais os objetivos dos NASF?

5. Qual o sentido do trabalho em grupo para você?

6. Como você percebe a interdisciplinaridade no NASF?

7. Que dificuldades você apontaria no processo de trabalho do NASF?

**APÊNDICE C – ROTEIRO DE ENTREVISTAS PROFISSIONAIS**  
**UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE**

<b>Entrevista:</b> Data: ___/___/2013. Início: _____ Término: _____ Código: _____
--

1. PERFIL DO ENTREVISTADO (A):

1.1. Idade (anos): \_\_\_\_\_ 1.2. Sexo: \_\_\_\_\_

1.11. Formação: \_\_\_\_\_ Ano: \_\_\_\_\_

1.12. Pós-graduação: ( ) Sim ( ) Não.

1.13. Em que área? \_\_\_\_\_ Ano:  
 \_\_\_\_\_

1.14. Tempo de atuação na saúde pública: \_\_\_\_\_

1.15. Tempo de atuação na ESF: \_\_\_\_\_

1.16. Cargo/função: \_\_\_\_\_

1.17. Vínculo empregatício na administração municipal: \_\_\_\_\_

1.18. Carga horária semanal: \_\_\_\_\_ 1.11. Tempo no cargo: \_\_\_\_\_

2. Sobre sua trajetória profissional, fale livremente:

f) Como você considera seu nível de identificação/satisfação com a sua profissão?

Comentários.

g) Como você se vinculou à ESF?

h) Há quanto tempo trabalha na ESF?

i) Você possui outra (s) experiência (s) na saúde pública? Se sim, comente sobre ela (s).

3. O que é para você a Estratégia de Saúde da Família?

4. O que você acha do trabalho desenvolvido pelo NASF na ESF?

5. Para você quais os objetivos dos NASF?

6. Como você percebe o trabalho do NASF?

6. Como você percebe a interdisciplinaridade no NASF?

7. Que dificuldades você apontaria no processo de trabalho do NASF?

## APÊNDICE D – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Pesquisa **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA INTERDISCIPLINARIDADE: estudo com equipes multiprofissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família** tem como objetivo analisar o significado que os profissionais atribuem às práticas interdisciplinares prescritas para a Atenção Primária à Saúde (APS), em especial nos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF). Será realizada nos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF) e Centros de Saúde da Família da Secretaria Executiva da Regional IV de Fortaleza - CE. Tem como pesquisadora Herta Maria Castelo Branco Ribeiro, aluna do Mestrado Profissional em Saúde da Família, cuja nucleadora é a Universidade Federal do Maranhão, integrante da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família – RENASF. Esta pesquisa justifica-se pela possibilidade de fomentar a produção acadêmica trazendo contribuições significativas para os profissionais da APS, pois o conhecimento a ser apreendido poderá desencadear e/ou fortalecer a discussão sobre as práticas educativas coletivas na Atenção Primária à Saúde. Para realização do estudo serão realizadas entrevista semiestruturada e observação participante no campo empírico. **CONVIDAMOS** você a participar do estudo, assegurando-lhe a isenção de quaisquer gastos materiais e/ou financeiros, o total anonimato e o sigilo das informações fornecidas, buscando respeitar a sua integridade, bem como a liberdade para retirar-se da pesquisa a qualquer momento, como possibilidade de minimizar o risco de constrangimento. Sua participação não é obrigatória e a sua recusa, em participar do estudo, não lhe trará nenhum prejuízo. Caso aceite participar, a sua entrevista será áudio-gravada com auxílio de um gravador, marcada com antecedência, em local e horário determinado por você. As observações serão registradas em diário de campo. Os registros serão transcritos na íntegra. Caso ache necessário poderá ouvir o conteúdo após a gravação e retirar e/ou acrescentar informações. As gravações serão arquivadas pela pesquisadora no período de um ano, após este período serão apagadas. Desse modo, esclarecemos que os riscos da pesquisa estão relacionados ao possível constrangimento a respeito de algumas questões a serem respondidas, enquanto os benefícios serão aos profissionais destes serviços, considerando que poderá contribuir para mudanças nas práticas do trabalho coletivo. A pesquisadora estará obrigada a suspender a pesquisa imediatamente se perceber algum risco ou dano à sua saúde. Em qualquer momento você poderá solicitar maiores informações sobre o estudo. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os



resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos e revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sempre resguardando sua identidade. Caso necessite de esclarecimentos ou comunicar desistência, você poderá entrar em contato com a pesquisadora pelo telefone (85) 9746-8638. Caso concorde em participar do estudo, você assinará duas cópias deste documento que também será assinado pela pesquisadora, ficando uma cópia com você. Desde já, agradecemos a sua colaboração.

Fortaleza-CE, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013.

---

Herta Maria Castelo Branco Ribeiro

Pesquisadora

Consentimento Pós-Informação

Eu, \_\_\_\_\_,  
concordo em participar da pesquisa **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA INTERDISCIPLINARIDADE: um estudo com equipes multiprofissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família**. Fui devidamente informado e esclarecido pela pesquisadora Herta Maria Castelo Branco Ribeiro sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido o sigilo das informações e que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Fortaleza-CE, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2013.

---

Participante

---

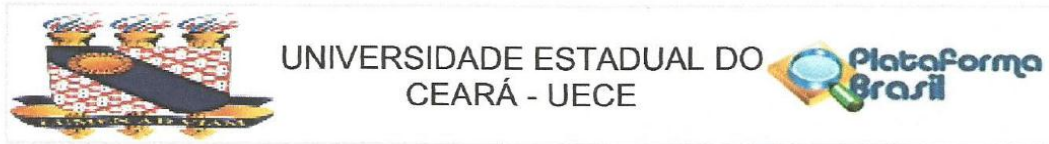
Herta Maria Castelo Branco Ribeiro

Pesquisadora

## ANEXO A – MODALIDADES DE NASF

	NASF 1	NASF 2
<b>Composição da equipe</b>	Mínimo cinco profissionais dentre médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitarista, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.	Mínimo três profissionais dentre médico acupunturista; assistente social; profissional/professor de educação física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; nutricionista; médico pediatra; psicólogo; médico psiquiatra; terapeuta ocupacional; médico geriatra; médico internista (clínica médica), médico do trabalho, médico veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitarista, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.
<b>População do município</b>	Municípios com menos de 100.000 habitantes de Estados da Região Norte = número de ESF do Município/5; e municípios com 100.000 habitantes ou mais da Região Norte e para Municípios das demais unidades da Federação = número de ESF do Município/8.	Somente os Municípios que tenham densidade populacional abaixo de 10 habitantes por quilômetro quadrado, de acordo com dados da Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, ano base 2007.
<b>Número de vinculação à equipe de Saúde da Família</b>	- No mínimo 8 (oito) e no máximo 15 (quinze) equipes de Saúde da Família/ equipes de Atenção Básica. *Excepcionalmente, nos Municípios com menos de 100.000 habitantes dos estados da Região Norte, cada NASF 1 poderá realizar suas atividades vinculado a, no mínimo, 5 (cinco) e a, no máximo, a 9 (nove). - Vinculação a no máximo 03 (três) pólos do Programa Academia da Saúde em seu território de abrangência.	- No mínimo 3 (três) e no máximo 7 (sete) equipes de Saúde da Família equipes de Atenção Básica - Vinculação a no máximo 03 (três) pólos do Programa Academia da Saúde em seu território de abrangência.
<b>Repasso financeiro</b>	Receberá o valor de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) em parcela única no mês subsequente à competência do SCNES com a informação do cadastro inicial de cada NASF 1 e o mesmo valor repassado a cada mês como incentivo para custeio.	Receberá o valor de R\$ 6.000,00 (seis mil reais) em parcela única no mês subsequente à competência do SCNES com a informação do cadastro inicial de cada NASF 2, e o mesmo valor repassado a cada mês como incentivo para custeio.

## ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA INTERDISCIPLINARIDADE: um estudo com equipes multiprofissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família da Secretaria Executiva Regional IV do Município de Fortaleza

**Pesquisador:** HERTA MARIA CASTELO BRANCO RIBEIRO

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 14732113.2.0000.5534

**Instituição Proponente:** Centro de Ciências da Saúde

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 400.974

**Data da Relatoria:** 24/06/2013

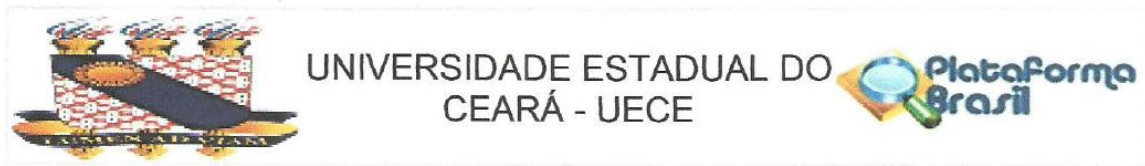
#### Apresentação do Projeto:

presente projeto de pesquisa tem como objetivo analisar o significado que os profissionais atribuem às práticas interdisciplinares prescritas para a Atenção Primária à Saúde, em especial nos Núcleos de Atenção à Saúde da Família (NASF). Quanto à metodologia, o estudo é de natureza qualitativa, de caráter descritivo e analítico, com abordagem crítico-dialética. O campo empírico proposto para a pesquisa constitui-se dos NASF e dos Centros de Saúde da Secretaria Executiva Regional IV (SER IV) município de Fortaleza. Como técnicas de coleta de dados serão realizadas a observação participante com registros em diário de campo, aplicação de questionário e entrevistas semi-estruturadas, gravadas quando permitidas. A pesquisa será realizada no decorrer de 2013. Os informantes serão os profissionais e coordenadores que constituem as equipes dos NASF, gestores dos NASF e dos Centros de Saúde da SER IV e profissionais dos Centros de Saúde apoiados pelos NASF, sob o critério de saturação. As técnicas de coleta de dados serão a entrevista semiestruturada e a observação participante, com anotações em diário de campo. Os resultados

**Endereço:** Av. Paranjana, 1700  
**Bairro:** Itaperi **CEP:** 60.714-903  
**UF:** CE **Município:** FORTALEZA  
**Telefone:** (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** diana.pinheiro@uece.br







Continuação do Parecer: 400.974

obtidos a partir coleta de dados serão organizados e analisados a partir da Hermenêutica de Profundidade (HP), que se constitui ferramenta teóricometodológica que propicia análise do contexto sócio-histórico e espaço-temporal, análises discursivas, de conteúdo e semióticas, propondo uma interpretação e re-interpretação do fenômeno pesquisado. Esta pesquisa seguirá a resolução 196/12 do CNS/MS, que trata das diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos e utilizará termo de consentimento livre e esclarecido.

Profeto de dissertação de mestrado bem apresentado, relata a origem da pesquisa, uma metodologia capaz de atender os objetivos e os desfechos anunciados.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Analisar as representações sociais de profissionais de equipes multiprofissionais dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família acerca da interdisciplinaridade, com vistas a desencadear e/ou fortalecer a discussão sobre as práticas educativas coletivas na atenção básica em saúde.

Objetivo Secundário:

1. Caracterizar a organização do processo de trabalho na Atenção Básica em Saúde; 2. Caracterizar do ponto de vista socioeconômico os profissionais das Equipes dos Núcleos de Atenção à Saúde da Família estudados; 3. Identificar as percepções dos profissionais das equipes multiprofissionais acerca da interdisciplinaridade; 4. Identificar a presença relações interdisciplinares na dinâmica de trabalho dos grupos pesquisados.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

Riscos psicológicos e/ou emocionais, tais como constrangimento, entristecimento e/ou euforia.

Benefícios:

Considera-se que a pesquisa poderá trazer contribuições significativas para os profissionais envolvidos na ESF e NASF, pois o conhecimento a ser apreendido objetiva desencadear e/ou fortalecer a discussão sobre as práticas educativas coletivas na Atenção Primária à Saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Projeto bem estruturado, com excelente argumentação e fundamentação teórica. Literatura atualizada. E projeto com boas possibilidades de implementação nas práticas diárias nos serviços de Atenção Primária à Saúde.

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

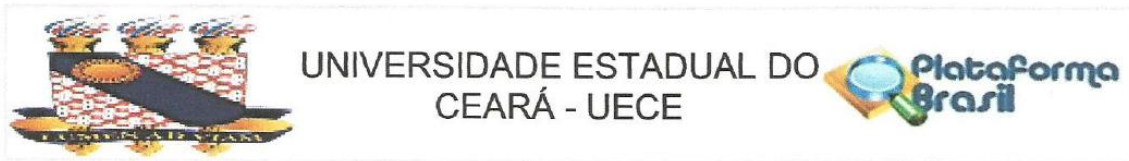
Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br





Continuação do Parecer: 400.974

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

A folha de rosto está corretamente preenchida e assinada pelo pesquisador e instituição proponente.

O TCLE está escrito em forma de convite, informa que será elaborado em duas vias, de fácil entendimento, garante a possibilidade de não participação, desistência a qualquer momento sem prejuízos, anonimato; oferece o contato da pesquisador.

Termo de Anuência foi apresentado.

Financiamento próprio.

Cronograma adequado ao estudo.

**Recomendações:**

Retirar o cabeçalho institucional do TCLE.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Protocolo de pesquisa respeita os preceitos éticos seguindo a resolução 466/12 do CNS.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Todos os elementos/termos obrigatórios foram apresentados de acordo com as exigências da Resolução vigente no país.

FORTALEZA, 20 de Setembro de 2013

Assinador por:

**DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO**  
(Coordenador)

Profa. Dra. Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro  
Coordenadora do CEP/UECE



Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.714-903

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br

## ANEXO C – PROCESSO AUTORIZADO



### DECLARAÇÃO

Processo Nº. 2204111703718/2013

Título do projeto de pesquisa: **REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA INTERDISCIPLINARIDADE: um estudo com equipes multiprofissionais dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF's).**

Pesquisadora responsável: **HERTA MARIA CASTELO BRANCO RIBEIRO.**

Instituição proponente: **UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO (UFMA)/ UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ (UECE).**

O Sistema Municipal de Saúde Escola, conforme as suas atribuições, declara ter analisado o mérito científico do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, notadamente a Resolução CNS 196/96 e complementares. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio do Sistema Municipal de Saúde Escola, está ciente de suas responsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Fortaleza, 30 de abril de 2013.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante  
Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola.

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante  
Coordenadora Geral do Sistema  
Municipal de Saúde Escola



## ANEXO D – OFÍCIO AUTORIZADO (DISTRITO DE SAÚDE)



PREFEITURA MUNICIPAL DE FORTALEZA  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA



Ilmo. (a) Coordenador (a) do Distrito de Saúde / Atenção Básica / Assessora Técnica da Educação Permanente da SER IV.

Solicitamos seu parecer sobre a viabilidade e relevância, referente à realização da pesquisa intitulada: **“REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DA INTERDISCIPLINARIDADE: um estudo com equipes multiprofissionais dos núcleos de apoio à saúde da família (NASF’s)”**.

Seguem algumas informações sobre o estudo: A pesquisadora responsável é **HERTA MARIA CASTELO BRANCO RIBEIRO**, aluna do Programa de Mestrado Profissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), que funciona através da Rede Nordeste de Formação em Saúde da Família, tendo como nucleadora de suporte a Universidade Estadual do Ceará (UECE). Está sob orientação da Prof<sup>ª</sup>. Dra. Zeni Carvalho Lamy e Co-orientação da Prof<sup>ª</sup>. Dra. Liduina Farias Almeida da Costa.

- A cópia do projeto, a ser entregue ao Distrito de Saúde para análise, deverá ser providenciada pela pesquisadora.

**- A PESQUISA SÓ PODERÁ SER INICIADA APÓS APRECIÇÃO E APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA, SENDO NECESSÁRIA APRESENTAÇÃO DA CÓPIA DO PARECER AO DISTRITO DE SAÚDE.**

- A pesquisa será realizada nos **Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF’s)**, e **Centros de Saúde da Família da SER IV**.

- A coleta de dados ocorrerá durante os meses de **JUNHO a OUTUBRO de 2013**.

- A pesquisadora deverá apresentar após a defesa os resultados do estudo para o Sistema Municipal de Saúde Escola/Distrito de Saúde da SER IV – **ORAL E IMPRESSO PARA COMPOR A BIBLIOTECA DO SISTEMA MUNICIPAL DE SAÚDE ESCOLA**.

Comunicamos ainda que o SMSE emitiu parecer favorável, conforme a competência de sua Coordenação.

Fortaleza, 30 de abril de 2013.

.....  
*Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante*

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante  
Coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola

Ana Paula Cavalcante Ramalho Brilhante  
Coordenadora Geral do Sistema  
Municipal de Saúde Escola