



---

## POLÍTICAS DE SAÚDE E INTERDISCIPLINARIDADE: reflexões sobre os desafios do trabalho coletivo na Atenção Básica em Saúde

Herta Maria Castelo Branco Ribeiro<sup>1</sup>

### RESUMO

O trabalho propõe uma discussão sobre a interdisciplinaridade prescrita para a Atenção Básica em Saúde (AB), categoria indispensável para as práticas coletivas. Situa a gênese da AB, evidenciando a Estratégia Saúde da Família (ESF) e os processos de trabalho dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), espaços eminentemente interdisciplinares da saúde pública. Apresenta breve discussão teórica sobre a categoria interdisciplinaridade e lança provocações acerca dos desafios postos para a existência de práticas interdisciplinares nesta seara da saúde pública.

**Palavras-chave:** Políticas de Saúde, Atenção Básica em Saúde, Interdisciplinaridade, Estratégia Saúde da Família, NASF.

### ABSTRACT

The paper proposes a discussion about interdisciplinarity prescribed for Primary Health Care (AB), category indispensable for collective practices. Lies the genesis of AB, highlighting the Family Health Strategy (FHS) and work processes Corps Support Family Health (NASF), eminently interdisciplinary areas of public health. Presents theoretical discussion about the interdisciplinary category launches and provocations about the challenges posed to the existence of interdisciplinary practices of public health in this endeavor.

**Keywords:** Health Policy, Primary Health Care, Interdisciplinary, Family Health Strategy, NASF.

---

<sup>1</sup> Especialista. Universidade Federal do Maranhão (UFMA) / Faculdade Metropolitana da Grande Fortaleza (Fametro). E-mail: herta\_ribeiro@hotmail.com



## 1. INTRODUÇÃO

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 tecnoassistenciais 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 70 e 80, 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.

Não obstante às lutas empreendidas no mundo inteiro, os movimentos brasileiros também sofreram influências das discussões realizadas em instâncias internacionais, que objetivavam discutir 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 Kazaquistão. 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, 2004).

Em 1986, na Conferência Mundial do Canadá, elabora-se a Carta de Ottawa, que vai nortear campos da saúde, ressaltando a equidade como princípio



fundamental. Tais documentos vão oferecer subsídios e direcionar mudanças significativas nos caminhos das políticas de saúde no mundo inteiro, evidenciando-se a Atenção Primária em Saúde como estratégia propulsora da promoção da saúde.

No bojo da expansão e busca de consolidação de um novo modelo de saúde, à reboque das transformações ocorridas no campo da ciência que impulsionou o fenômeno das “especializações”, a busca da interdisciplinaridade nos parece ainda ser o fio condutor das práticas coletivas nesta seara profissional.

## **2 CAMINHOS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE NO BRASIL:** do Programa Saúde da Família aos Núcleos de Apoio à Saúde da Família

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.

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.

O artigo 196 da Constituição Federal de 1988 vai assegurar o acesso universal aos serviços de saúde, sem discriminação de qualquer natureza. A Lei 8080/90 que iria regulamentar o Sistema Único de Saúde (SUS) vai garantir a gratuidade da atenção e estabelecer princípios e diretrizes para a estruturação dos serviços de saúde.

Uma compreensão diferenciada dos modelos tecnoassistenciais vai impelir a construção de dispositivos de saúde que favoreça o desenvolvimento das ações centradas



na família, considerando como prioritária as ações de promoção da saúde, defendida ainda em Alma-Ata. O Programa de Saúde da Família (PSF) vai se originar a partir deste entendimento no ano de 1994, com o propósito de “superação de um modelo de assistência à saúde, responsável pela ‘ineficiência do setor’; ‘insatisfação da população’; ‘desqualificação profissional’; ‘iniquidades’” (FRANCO; MERHY, 2007, p. 55). A equipe é composta de 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.

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/intergração de várias práticas profissionais na perspectiva interdisciplinar é um de seus principais desafios (SCHERER; PIRES, 2009).

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; MERHY, 2007, p. 105). 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. 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 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.

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, 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.

O NASF deve atuar dentro de algumas diretrizes relativas à APS, a saber; 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, 2010, p.7).

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<sup>2</sup>. Os processos de trabalho do NASF partem 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.

### **3 PROCESSOS DE TRABALHO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: ênfase na proposta interdisciplinar do NASF**

O trabalho do NASF requer um nível de integração bastante fortalecido, pela

---

<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, 2011)



necessidade imposta através da PNAB de revisar a prática do encaminhamento, ampliando-a para um processo de compartilhamento de casos entre os membros da equipe.

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, 2011).

Neste sentido, a organização do processo de trabalho dos NASF propõe uma co-responsabilização 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.

O trabalho no campo da saúde possui uma singularidade, devido à 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. Os elementos constituintes do processo de trabalho o objeto de trabalho; os diversos saberes; os instrumentos e o trabalho em si. (REIS; 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. “O trabalho vivo em ato é o que ocorre no momento em que ele se realiza no imediato fazer a produção do serviço.” (FRANCO; MERHY, 2007).

Na produção do trabalho em saúde é o trabalho coletivo, de caráter interdisciplinar que se coloca como elemento propiciador e realizador das práticas educativas. Para compartilhar tais práticas e utilizar-se de metodologias coletivas, a atuação dos NASF impõe a necessidade concreta de uma atitude interdisciplinar consciente e que possibilite a ampliação e eficácia das práticas educativas. Isso requer reflexão e esforço coletivo dos profissionais envolvidos, na perspectiva de romper com o “conhecimento fragmentado



pelas especializações disciplinares originadas no século XX”, que impossibilitam a compreensão do fenômeno em sua complexidade (MORIN, 2011, p. 37).

Neste contexto profissional destaca-se a constante discussão no sentido de ultrapassarmos a mera compreensão da saúde entendida não apenas como ausência de doenças, e percebermos todos os aspectos que dão forma à vida dos usuários dos serviços. Tal perspectiva, à luz de uma observação participante e da experiência na gestão de serviço de saúde<sup>3</sup>, ainda não é uma compreensão partilhada de forma clara por todos os membros das equipes de saúde. A ausência deste entendimento nos parece um desafio, como outros tantos que estão circunscritos ao campo da saúde em nosso país.

O próprio documento do Ministério da Saúde sobre as Diretrizes do NASF aponta que “a maioria dos profissionais de saúde não tem formação básica que valorize o trabalho em equipe” (BRASIL: 2011, p.22). No que tange ao chamado “atendimento compartilhado”, o documento destaca que este “consiste em realizar intervenção tendo como sujeitos de ação o profissional de saúde e o apoiador matricial em regime de coprodução (idem, p. 23). 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” (ibidem, p.23).

O processo de reflexão acerca das práticas desenvolvidas no âmbito da Atenção Básica em Saúde é condição *sine qua non* 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.

#### 4 PARA DISCUTIR INTERDISCIPLINARIDADE

Discutir a interdisciplinaridade é enveredar por um conceito ainda em construção no âmbito das ciências. Concorda-se que ainda não se definiu o que viria a ser

---

<sup>3</sup> Durante o período compreendido entre os anos 2005 e 2009, estive coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil de Imperatriz (MA) e executava ações intersetoriais com a Atenção Básica em Saúde.



“essa vinculação, essa reciprocidade, essa interação, essa comunidade de sentido ou essa complementaridade entre as várias disciplinas” (SEVERINO, 2006, p.18).

Em suas pesquisas sobre interdisciplinaridade, Fazenda (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, p. 13).

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. O autor 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, p.55,56). 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.).

Observa-se, deste modo, 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. 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 et al, 2006, p. 82)

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 et al, 2006, p.82)

Fazenda (2007, p.18) 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.

## 5 CONCLUSÃO

Os avanços das políticas de saúde e a necessidade de fortalecimento da Atenção Básica em Saúde corroboram com a compreensão do trabalho interdisciplinar e nos remete ao trabalho integrado e compartilhado prescrito para as equipes da ESF e dos NASF. Recoloca o desafio de modificar relação que privilegia, 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”.

É no cotidiano das práticas profissionais em saúde que urge a necessidade do que DEMO (1997) chama de “arte do aprofundamento”, no sentido de abrangência, dando conta do particular e da complexidade que é a realidade. A interdisciplinaridade configura-se o elemento necessário para esta construção.



## REFERÊNCIAS

BRASIL. 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).

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família.** Brasília: 2011.

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

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

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.

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

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.

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

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

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

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.