



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**WIRLLEY QUARESMA DA CUNHA**

**DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: NÓS CRÍTICOS PARA A REFORMA DE UM  
SISTEMA FRAGMENTADO**

**BRASÍLIA-DF  
2024**



**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA  
FACULDADE DE SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**WIRLLEY QUARESMA DA CUNHA**

**DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: NÓS CRÍTICOS PARA A REFORMA DE UM  
SISTEMA FRAGMENTADO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB) como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça

**BRASÍLIA-DF  
2024**

Ficha catalográfica elaborada pelo autor

C972d CUNHA, Wirley Quaresma da  
Determinação social da saúde: nós críticos para a reforma de um sistema fragmentado / Wirley Quaresma da Cunha; Orientadora: Ana Valéria Machado Mendonça. -- Brasília, 2024.  
140 p.

Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília, 2024.

1. Saúde Coletiva. 2. SUS. 3. Teoria da Complexidade. I. Mendonça, Ana Valéria Machado, orient. II. Título.

WIRLLEY QUARESMA DA CUNHA

**DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE: NÓS CRÍTICOS PARA A REFORMA DE UM SISTEMA FRAGMENTADO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília (UnB) como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Saúde Coletiva.

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça

Banca Examinadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Ana Valéria Machado Mendonça  
(Orientadora)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Dais Gonçalves Rocha  
Universidade de Brasília (UnB)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Maria Cecília de Souza Minayo  
Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ)

---

Prof<sup>ª</sup>. Dra. Daniela Savi Geremia  
Universidade Federal da Fronteira Sul (UFFS)

BRASÍLIA-DF  
2024

## **AGRADECIMENTOS**

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

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

À minha esposa Quéren Dantas, por vibrar junto comigo a cada conquista,

Ao meu filho Bento Cunha, por ser minha fonte diária de motivação,

À Prof.<sup>a</sup> Ana Valéria, por apoiar o desenvolvimento desta temática em todos os momentos e, pela generosa compreensão em relação às adversidades enfrentadas durante o percurso,

À Prof.<sup>a</sup> Fátima Sousa, pela disponibilidade em fazer a leitura do texto e contribuir com relevantes sugestões,

À Prof.<sup>a</sup> Cecília Minayo, por gentilmente ter aceitado contribuir com sua participação, tanto na banca de qualificação quanto na defesa do trabalho final,

Às Professoras Dais Rocha e Daniela Geremia, por terem aceitado o convite para compor esta Banca Examinadora.

CUNHA, Wirley Quaresma da. **Determinação social da saúde**: nós críticos para a reforma de um sistema fragmentado. 140 f. il. 2024. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília, 2024.

## RESUMO

Relatos sobre a fragmentação no Sistema Único de Saúde são frequentes na literatura acadêmica e podem ser encontrados em trabalhos sobre diferentes temas de pesquisa e percursos metodológicos. Isso é emblemático, visto que o processo de reformas no campo da saúde envolvia a superação do antigo modelo tido como fragmentado e a consequente materialização do novo modelo pautado na integralidade. Diante disto, buscamos compreender como a fragmentação é relatada na literatura acadêmica e as possíveis razões para a sua ocorrência. Percebemos que os pesquisadores se referem a ela como um problema que tem forte impacto na qualidade da atenção, possui diversas facetas e atravessa todos os níveis do sistema, indo das práticas de cuidado à organização dos serviços. Independentemente da dimensão do sistema de saúde em que ocorre, uma característica se destaca, o problema está associado à dificuldade em superar as características marcantes do modelo biomédico e hospitalocêntrico. Isto evidencia um enorme descompasso entre o que fora preconizado no contexto da Reforma Sanitária e o que se visualiza no chamado SUS real. Por conseguinte, julgamos necessário retomar a reflexão sobre a Reforma, em especial sobre suas bases teóricas, tendo como suporte a Teoria da Complexidade. A Saúde Coletiva teve grande influência das Ciências Sociais, o que possibilitou um deslocamento na compreensão da saúde, saindo de uma concepção estritamente biologicista para outra de caráter ampliado, cujo suporte teórico foi o materialismo histórico, expresso no conceito de determinação social da saúde. Entretanto, a nosso ver, esta abordagem ainda apresenta limitações na explicação do fenômeno da saúde. Alguns problemas importantes não foram superados, como a integração entre biológico e social, assim como o abismo existente entre os enfoques no indivíduo e no coletivo. Concluímos que, apesar das transformações ocorridas no campo da saúde, não houve uma mudança paradigmática que contemplasse a complexidade inerente ao fenômeno da saúde, pois os modelos explicativos da saúde, tanto aquele pautado na dimensão biológica, quanto o que considera a produção social da saúde, baseiam-se em noções restritas.

**PALAVRAS-CHAVE:** Determinação social da saúde, sistema de saúde, modelo biomédico, Teoria da Complexidade.

CUNHA, Wirley Quaresma da. **Social Determination of Health**: critical nodes for the reform of a fragmented system. 140 f. il. 2024. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde, Universidade de Brasília, 2024.

## ABSTRACT

Reports on fragmentation in the Unified Health System (SUS) are frequent in academic literature and can be found in studies on various research topics and methodological approaches. This is emblematic, considering that the health reform process involved overcoming the old model, which was considered fragmented, and the subsequent materialization of the new model based on integrality. Considering this, we seek to understand how fragmentation is reported in academic literature and the possible reasons for its occurrence. We perceive that researchers refer to it as a problem that significantly impacts the quality of care, has various facets, and spans across all levels of the system, from care practices to service organization. Regardless of the level of the health system in which it occurs, one characteristic stands out: the problem is associated with the difficulty of overcoming the distinctive features of the biomedical and hospital-centric model. This highlights a significant gap between what was advocated in the context of Health Reform and what is observed in the so-called real SUS. Therefore, we deem it necessary to revisit the reflection on the Reform, particularly regarding its theoretical foundations, based on the Theory of Complexity. Collective Health has been greatly influenced by the Social Sciences, enabling a shift in the understanding of health—from a strictly biological conception to a broader one. The theoretical underpinning for this transformation was historical materialism, as expressed in the concept of social determination of health. However, in our view, this approach still presents limitations in explaining the health phenomenon. Some important issues have not been overcome, such as the integration between biological and social aspects, as well as the existing gap between individual and collective perspectives. We conclude that, despite the transformations in the field of health, there has not been a paradigm shift that fully embraces the inherent complexity of the health phenomenon. The explanatory models of health, whether based on the biological dimension or those considering the social production of health, rely on narrow notions.

**KEY-WORDS:** Social Determination of Health, health system, biomedical model, Theory of Complexity.

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

AB – Atenção Básica

ABRASCO – Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

ACS – Agente Comunitário de Saúde

APS – Atenção Primária à Saúde

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial

CEBES – Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CNS – Conferência Nacional de Saúde

CLT – Consolidação das Leis do Trabalho

DSS – Determinantes Sociais da Saúde

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MRS – Movimento de Reforma Sanitária

NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS – Organização Mundial da Saúde

OPAS – Organização Pan-americana de Saúde

PNH – Política Nacional de Humanização

PNAB – Política Nacional de Atenção Básica

PIB – Produto Interno Bruto

PSF – Programa Saúde da Família

RAS – Rede de Atenção à Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TSC – Teoria dos Sistemas Complexos

UBS – Unidade Básica de Saúde



## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>O PERCURSO METODOLÓGICO .....</b>	<b>16</b>
<b>1. A FRAGMENTAÇÃO NA SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA .....</b>	<b>19</b>
<b>1.1. Processo de trabalho.....</b>	<b>21</b>
Acolhimento.....	23
Vínculo.....	26
Trabalho em equipe.....	29
<b>1.2. Linha de cuidado .....</b>	<b>34</b>
<b>1.3. Rede assistencial .....</b>	<b>39</b>
Articulação entre os serviços .....	41
Organização baseada em procedimentos .....	43
Comunicação deficiente.....	44
Longitudinalidade .....	45
<b>1.4. Síntese .....</b>	<b>47</b>
<b>2. O MODELO BIOMÉDICO E HOSPITALOCÊNTRICO.....</b>	<b>49</b>
<b>3. O CONTEXTO HISTÓRICO DA REFORMA SANITÁRIA .....</b>	<b>62</b>
<b>4. OS PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DA REFORMA SANITÁRIA.....</b>	<b>71</b>
<b>4.1. As raízes históricas da Saúde Coletiva: o “social” na saúde.....</b>	<b>71</b>
<b>4.2. O conceito de Determinação Social da Saúde .....</b>	<b>78</b>
<b>5. AS LIMITAÇÕES DO CONCEITO DE DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE .</b>	<b>88</b>
<b>5.1. Entre o biológico e o social.....</b>	<b>90</b>
<b>5.2. O individual e o coletivo .....</b>	<b>98</b>
<b>5.3. Aproximações com o modelo científico clássico.....</b>	<b>102</b>
<b>5.4. O caráter operativo/instrumental .....</b>	<b>106</b>
<b>6. O PARADIGMA DA COMPLEXIDADE.....</b>	<b>109</b>
<b>6.1. A Teoria da Complexidade no campo da saúde.....</b>	<b>117</b>
Interdisciplinaridade .....	117

Transdisciplinaridade .....	121
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>125</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>128</b>

## INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS) é um marco na história da saúde pública brasileira. Ele representa a garantia constitucional do direito à saúde, atribuindo-se ao Estado o dever de assegurar o acesso irrestrito às ações de saúde a toda população, levando em consideração as diferenças regionais, o usuário em sua singularidade e o contexto sociocultural em que está inserido, tal como pressupõem seus princípios de *universalidade*, *integralidade* e *equidade* (CAMPOS, 2007).

O acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, assegurado com o SUS, é, sem dúvida, uma grande conquista para a sociedade brasileira. Isso se torna extremamente relevante, considerando o tamanho da população brasileira, a vasta extensão territorial do país e suas complexidades regionais. Foram introduzidos também os dispositivos de controle e participação social, aspectos considerados inovadores em relação a outros sistemas de saúde (CAMPOS, 2007).

No entanto, apesar de ter sido engendrado de forma inovadora, o sistema de saúde brasileiro enfrenta inúmeros desafios que impactam diretamente a qualidade da atenção. Esses desafios são frequentemente relatados e discutidos na literatura acadêmica da Saúde Coletiva. Eles abrangem principalmente áreas como financiamento, gestão, práticas assistenciais, formação de profissionais e controle social.

Diversos pesquisadores do campo da saúde têm se dedicado a analisar e propor soluções para os diversos problemas enfrentados atualmente. O propósito de muitos deles é contribuir, através dos resultados de seus estudos, para a reformulação e aprimoramento de políticas públicas. Isso porque no campo da Saúde Coletiva há uma estreita relação entre o conhecimento produzido no ambiente acadêmico e a sua reverberação na prática assistencial.

Dentre os desafios abordados na literatura, chamou nossa atenção o uso frequente do termo “fragmentação” e do seu correlato “fragmentado(a)” nas publicações que versam sobre o âmbito assistencial. Esse fato nos motivou a realizar uma revisão da literatura durante nossa pesquisa de mestrado (CUNHA, 2017). O uso do termo remete à percepção de desagregação e isolamento no sistema de saúde, o que consideramos se tratar de um grande contrassenso, visto que o novo modelo assistencial surge justamente com o objetivo de superar o modelo fragmentado, de viés biomédico.

Por intermédio da utopia buscou-se desenhar uma proposta alternativa ao sistema de saúde vigente, de caráter fragmentário, discriminatório, subordinado à lógica mercantilista. Formulou-se a proposta de um sistema único de saúde, público, socializado, universal, integrado, de atenção integral e planejado de acordo com as demandas existentes, utilizando, de forma hierarquizada e regionalizada, os recursos disponíveis. (FLEURY, 1987, p. 96)

Considerando a natureza do campo da saúde, partimos do pressuposto de que a fragmentação estaria relacionada ao plano das ações e serviços assistenciais. A percepção da existência de desagregação e isolamento na assistência à saúde incide diretamente em um dos princípios elementares do SUS, a integralidade (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004). A dificuldade em proporcionar uma atenção integral aos usuários está em desacordo com a proposta de reestruturação do arranjo assistencial, tendo como base uma concepção ampliada de saúde.

Nesse sentido, as referências à fragmentação não poderiam ser ignoradas, pois acreditamos que elas não são feitas de forma fortuita, mas são resultado das apreensões e análises feitas por pesquisadores e intelectuais da Saúde Coletiva, portanto, requerem atenção. Deste modo, tratamos a fragmentação como a constatação de um problema na assistência à saúde, que obstaculiza a consecução do ideário da Reforma Sanitária Brasileira (RSB).

Desta forma, buscamos entender como o problema vem sendo relatado na literatura acadêmica e as possíveis razões para a sua ocorrência, implicando em responder à pergunta: o que os autores do campo da saúde relatam estar fragmentado no âmbito do SUS? Na oportunidade, realizamos uma pesquisa bibliográfica, mais especificamente uma revisão do tipo narrativa.

O levantamento dos artigos, que fazem menção à fragmentação no âmbito assistencial, foi realizado nas principais bases de dados da área da saúde (MEDLINE, LILACS e SciELO), selecionamos 56 artigos para a revisão. Através da análise e interpretação dos textos, foi possível perceber que, apesar da grande variedade de expressões empregadas pelos autores, há convergências no que eles se referem, emergindo três categorias interpretativas: *processo de trabalho*, *linha de cuidado* e *rede assistencial*.

Percebemos que os pesquisadores se referem à fragmentação como um problema que tem forte impacto na qualidade da atenção, possui diversas facetas e atravessa todos os níveis do sistema, indo das práticas de cuidado à organização dos serviços. Independentemente da dimensão do sistema de saúde em que ocorre, uma característica se sobressai, o problema está

sempre associado à dificuldade em superar as características inerentes ao modelo biomédico e hospitalocêntrico.

Não obstante a existência de várias críticas indicando a insuficiência do modelo biomédico e hospitalocêntrico, ainda não conseguimos superar algumas características deste modelo, como a centralidade na figura do médico, ações de caráter curativista e o fracionamento do cuidado. Os desafios observados no âmbito assistencial contrastam com o propósito constituinte da RSB, qual seja, reformular o modelo de atenção a partir de outro modelo explicativo da saúde.

Nesse sentido, o problema da fragmentação é de extrema relevância, pois está intrinsecamente relacionado com a qualidade da atenção e, conseqüentemente, com o atendimento ao princípio da integralidade. É nesse contexto que nos lançamos ao desafio de desenvolver um estudo teórico no doutoramento, por acreditar que a chave para a compreensão do problema da manutenção de características do modelo biomédico pode ser encontrada nos pressupostos teóricos e epistemológicos que embasaram o processo de Reforma Sanitária.

A Saúde Coletiva teve grande influência das Ciências Sociais, o que possibilitou um deslocamento na compreensão da saúde, saindo de uma concepção estritamente biologicista para outra de caráter ampliado, cujo suporte teórico foi o materialismo histórico-dialético, expresso no conceito de determinação social da saúde e da doença. Entretanto, a nosso ver, esta abordagem ainda apresenta limitações na explicação do fenômeno da saúde. Alguns problemas importantes não foram superados, como a integração entre o biológico e o social, assim como o abismo existente entre os enfoques no indivíduo e no coletivo.

Desta forma, resolvemos compreender a dificuldade em superar o problema, apesar de todas as transformações ocorridas no campo. Para se superar o desafio apontado no campo da saúde, apenas os esforços referentes ao aperfeiçoamento da gestão, financiamento e estrutura do sistema de saúde não são suficientes. Inegavelmente esses aspectos são de grande importância, mas tal discussão pode também ser traçada no nível epistemológico, que orienta e fundamenta as práticas em saúde.

Desta maneira, impõe-se à Saúde Coletiva a necessidade de se repensar e reconstruir seus fundamentos epistemológicos. Acreditamos que essa reflexão é necessária se se almeja uma assistência de qualidade e, principalmente, a consolidação do ideário da Reforma Sanitária. No entanto, notamos a carência de estudos, na literatura acadêmica da área da Saúde Coletiva, que creditam à epistemologia da saúde a chave para a compreensão de alguns dos problemas enfrentados no âmbito assistencial.

Há décadas, pesquisadores do campo da Saúde Coletiva têm envidado esforços para compreender questões complexas. Alguns desses pesquisadores têm revisitado o processo de Reforma Sanitária com o propósito de encontrar explicações para os desafios atuais na implementação de políticas públicas. Nosso trabalho se insere nesse grupo, pois nossa intenção ao estudar um processo ocorrido há mais de 30 anos é compreender a dificuldade atual em superar o modelo biomédico e hospitalocêntrico.

Como afirma Paim (2008), certamente há diferença entre o que foi concebido durante a Reforma Sanitária (RS), a forma como foi proposto o projeto de um sistema de saúde e o processo pelo qual foi implementado, pois, como processo de reforma social, foi constituído por diferentes seguimentos sociais e grupos de interesses e, esteve sujeito a fatores conjunturais à época.

A Reforma Sanitária é considerada um processo de amplas transformações sociais, não devendo ser entendida apenas como um movimento que culminou com a institucionalização do SUS (FLEURY, 2009), por isso alguns autores a consideram como um processo ainda inacabado (PAIM, 2008). Por conseguinte, os inúmeros desafios enfrentados atualmente requerem dos pesquisadores e intelectuais da Saúde Coletiva a árdua tarefa de se refletir em busca de se aventar caminhos com vistas à consolidação do que fora idealizado.

Uma discussão como esta, de caráter teórico, não se restringe somente ao ambiente acadêmico, haja vista que neste ambiente se produz os conhecimentos que subsidiam os profissionais da saúde. Portanto, as elaborações construídas neste âmbito podem ressoar na gestão, assistência e práticas de cuidado. Acreditamos também que, a exemplo das transformações ocorridas anteriormente, o debate na academia se faz emergente para mudanças na organização dos serviços e nas práticas no campo da saúde (PAIM, 2008).

Este trabalho está organizado em seis capítulos. No *primeiro capítulo* apresentamos uma síntese dos resultados obtidos a partir da revisão sobre a fragmentação na saúde. Apontamos, através da interpretação dos textos, quais aspectos do sistema de saúde os autores se referem ao abordarem o problema. Este capítulo está dividido em quatro seções, sendo que as três primeiras correspondem às categorias interpretativas que emergiram na revisão, e a última é uma síntese dos resultados. A revisão foi o ponto de partida para emprendermos um estudo teórico neste trabalho.

Como a fragmentação está associada ao modelo biomédico, no *segundo capítulo* aprofundamos o estudo sobre os pressupostos do conhecimento científico da modernidade, nos quais se assenta esse paradigma. Foi necessário compreender as suas principais características

e o impacto significativo que exerce na organização dos serviços assistenciais e no cuidado em saúde. Apesar das críticas direcionadas a esse modelo, sua relevância persiste, exercendo grande influência na formação dos profissionais e no trabalho na área da saúde.

No *terceiro capítulo*, resgatamos o contexto histórico da Reforma Sanitária Brasileira. Nesta fase da pesquisa, foi essencial revisar alguns dos principais autores da Saúde Coletiva, que se dedicaram a analisar o processo, para compreendermos a conjuntura da época. A análise do contexto histórico nos permitiu compreender os desafios enfrentados durante o processo e as motivações por trás da Reforma.

Dedicamos o *quarto capítulo* à reflexão sobre as bases teóricas da Reforma Sanitária. Nossa intenção foi entender em que pressupostos teóricos a Saúde Coletiva se embasou para formular uma nova concepção de saúde. Tendo como base a revisão dos principais teóricos do campo, buscamos refletir sobre as possíveis razões para a manutenção de características latentes do modelo biomédico.

No *quinto capítulo*, abordamos as limitações do modelo teórico que orientou o movimento reformista da saúde, o paradigma da determinação social da saúde e da doença. Na oportunidade, buscamos perceber as limitações deste modelo para o campo da saúde. Defendemos que algumas dificuldades importantes não foram superadas, como a integração entre biológico e social, assim como o abismo existente entre os enfoques individual e o coletivo.

No *sexto capítulo* sustentamos que, apesar das transformações ocorridas no campo da saúde, não houve a incorporação de um novo paradigma que contemplasse a complexidade inerente ao objeto da saúde. Acreditando que o problema pode ser compreendido também em um nível epistemológico, refletimos com o suporte da Teoria da Complexidade. Buscamos perceber em que medida esta abordagem pode lançar luz no campo da Saúde Coletiva, enquanto candidata a paradigma alternativo ao modelo mecanicista. As análises que levam em conta aspectos organizacionais ou metodológicos isoladamente não são suficientes para tratar adequadamente o problema.

## O PERCURSO METODOLÓGICO

A primeira parte do presente trabalho se caracteriza como uma revisão bibliográfica do tipo narrativa. A escolha por este tipo de revisão se justifica pelo interesse em entender e problematizar as formas que a fragmentação vem sendo relatada pelos pesquisadores do campo da saúde. Assim sendo, este trabalho não busca responder a uma pergunta específica, e sim aproximar-se de uma problemática frequentemente referida na literatura, todavia que ainda carece de melhor compreensão, caracterizando assim o viés exploratório do estudo.

As revisões narrativas têm como particularidades a liberdade na discussão e aprofundamento de um determinado tema. São pesquisas voltadas para a natureza qualitativa dos resultados e não há um compromisso em estabelecer parâmetros metodológicos rigorosos (ROTHER, 2007). Entretanto, preferimos definir os mecanismos de busca e adotar critérios para a seleção dos artigos, a fim de abarcar um número significativo de trabalhos.

A pesquisa foi realizada a partir do levantamento de artigos nas bases de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde* (LILACS) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), utilizando as palavras-chave “fragmentação” ou (OR) “fragmentado” e (AND) “saúde”. Utilizamos estes termos apenas porque as demais combinações realizadas restringiam bastante a busca.

Ao todo, foram recuperados 249 artigos, somando os resultados das três bases de dados, sem excluir aqueles comuns a mais de uma base. Primeiramente, fizemos a leitura dos títulos e resumos de todos os textos para a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de seleção adotados foram: o texto integral estar disponível, estar escrito em língua portuguesa e ter como eixo temático o sistema de saúde brasileiro.

Excluímos os trabalhos cujo foco consistia exclusivamente em serviços de saúde privados, na formação dos profissionais de saúde, na educação em saúde, na análise de políticas ou programas oficiais e sistemas de saúde estrangeiros. A amostra final foi composta por 56 trabalhos, os quais foram analisados na íntegra. A sistematização dos dados foi feita em planilha eletrônica, com os seguintes itens: título do artigo; nome(s) do(s) autor(es); tema central do artigo; expressões com o termo “fragmentação”; e categoria interpretativa.

Durante a apresentação e discussão dos resultados obtidos, utilizamos também textos auxiliares, que não fizeram parte da nossa amostra, de autores considerados referência no campo da Saúde Coletiva e, que abordam também as problemáticas apontadas pelos autores



revisados. Fizemos isto para subsidiar a reflexão sobre os temas suscitados, quando consideramos a fundamentação teórica nos textos analisados insuficiente, ou quando sentimos a necessidade de inserir novos elementos e perspectivas diferentes na discussão.

A partir das considerações obtidas na revisão realizada, passamos para a segunda parte do trabalho, que consiste na realização de um estudo de natureza teórica. Adota-se esse tipo de pesquisa quando o intuito do pesquisador é aprofundar a discussão sobre temas e questões de interesse científico. Sobretudo quando julga necessário maior clarificação de uma problemática relevante ou pretende recolocá-la sob análise, considerando aspectos ainda pouco explorados. A pesquisa teórica é “dedicada a reconstruir teorias, conceitos, idéias, ideologias, polêmicas, tendo em vista, em termos imediatos, aprimorar fundamentos teóricos” (DEMO, 2000, p. 20).

A pesquisa teórica tem como particularidade a liberdade na reflexão e análise de ideias, conceitos, teorias, fundamentos teóricos, aprofundamento de discussões. Por isso, não estabelecemos previamente critérios para a seleção de obras a serem revisadas, escolhemos prioritariamente as que são de teóricos e pesquisadores reconhecidos no campo. Nesse sentido, nossa intenção não será responder a uma pergunta específica, nem confirmar ou formular hipóteses *a posteriori*, o que foge ao escopo desta pesquisa.

A pesquisa teórica não implica imediata intervenção na realidade, mas nem por isso é menos importante. Seu papel é decisivo para construir condições básicas de intervenção, precisamente o investimento em conhecimento como instrumento principal de intervenção competente. A pesquisa teórica perfaz uma condição fundamental desta competência e determina, por isso, a qualidade da intervenção. (DEMO, 2004, p. 36)

No entanto, algumas perguntas nortearão a nossa investigação, tais como: Quais as possíveis razões para a dificuldade em superar o modelo biomédico? Como a mudança na compreensão da saúde refletiu na organização dos serviços assistenciais e nas práticas de cuidado? As matrizes teóricas adotadas pela Saúde Coletiva dão conta da complexidade do fenômeno da saúde?

O campo da saúde se caracteriza por aliar simultaneamente um conjunto de saberes e práticas, em outras palavras, o trabalho em saúde é orientado por uma determinada teoria, assim como ele se projeta e se reflete na teoria, capaz de modificá-la continuamente. Desta forma, a pesquisa teórica não é menos importante do que a pesquisa empírica, pois as reflexões no âmbito teórico podem repercutir no campo da ação, qualificando-a.

A escolha por este percurso metodológico se justifica pela abrangência do nosso objeto de investigação: a fragmentação na saúde. Como pudemos observar na revisão da literatura, o

problema enfrentado é sistêmico, significa dizer que ocorre em todas as dimensões do sistema de saúde, indo das práticas de cuidado à organização do sistema. Desta forma, acreditamos que as respostas para a problemática enfrentada poderiam ser encontradas nos fundamentos epistemológicos que orientaram o processo de reformas no setor.

Neste estudo, partimos do pressuposto de que a fragmentação no âmbito assistencial está relacionada à dificuldade em superar o paradigma biomédico. Portanto, foi necessário examinar inicialmente como se desdobrou o processo de Reforma Sanitária Brasileira (RSB). Para tanto, revisamos as obras dos intelectuais que participaram do processo de construção do novo modelo assistencial, assim como, dialogamos também com a vasta bibliografia disponível (livros, artigos, dissertações, teses) de autores da Saúde Coletiva que se detiveram na análise deste processo de importantes transformações no setor da saúde.

Nesse sentido, identificamos os principais referenciais teóricos que possibilitaram a realização da crítica ao modelo biomédico e, conseqüentemente, a idealização de um novo modelo assistencial, baseado em uma concepção ampliada de saúde. Nesse momento, revisamos os principais teóricos da Saúde Coletiva e da Epidemiologia Social, que formularam o conceito de determinação social da saúde e da doença.

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

No entanto, a revisão teórica das obras dos principais autores da Teoria dos Sistemas Complexos (TSC) foi crucial para situarmos a problemática em torno do *status* epistemológico da Saúde Coletiva e traçarmos uma linha de reflexão teórica para avaliar em que medida aquela, enquanto candidata a paradigma científico alternativo frente ao famigerado modelo racionalista de ciência, pode lançar luz ao campo e contribuir para uma compreensão adequada do fenômeno da saúde.

## 1. A FRAGMENTAÇÃO NA SAÚDE: UMA REVISÃO NARRATIVA

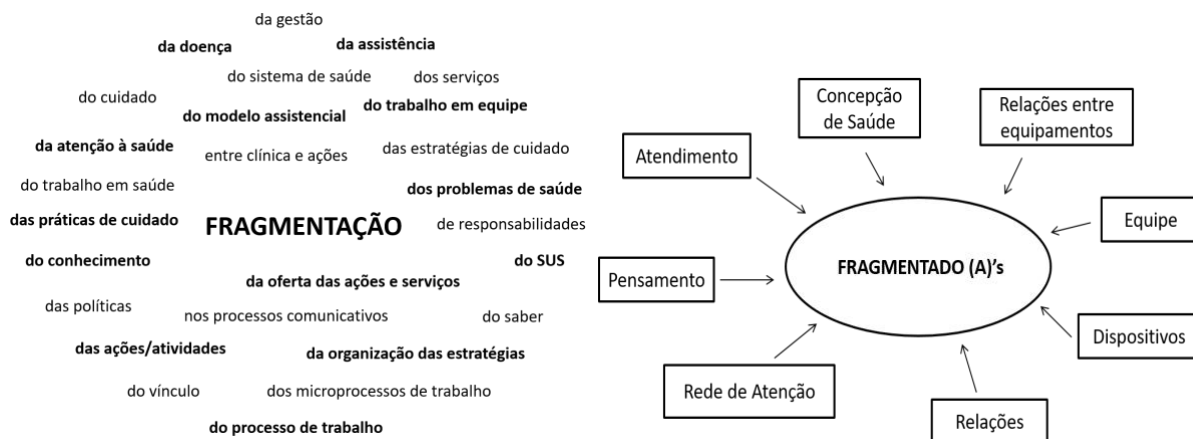
Deparamo-nos com uma amostra bem diversificada de trabalhos que diferem bastante quanto à natureza e aos objetos de estudo. Enquanto algumas pesquisas se voltaram para os serviços prestados em estabelecimentos de saúde, como hospitais públicos, Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF), outras tiveram como objeto o cuidado na rede assistencial e nas redes de atenção específicas (RAS). Também fizeram parte da revisão estudos relativos à gestão em saúde e, ainda, os que submeteram à análise os princípios doutrinários do SUS.

Os percursos metodológicos adotados também foram variados, a percepção da fragmentação no sistema de saúde é decorrente tanto de resultados obtidos através de pesquisas de campo, por meio da utilização de diferentes métodos (entrevistas com profissionais, usuários e gestores, pesquisa participante, grupo focal, etc.), quanto através de revisões teóricas e da literatura, porém todos os trabalhos possuem em comum o fato de serem pesquisas de natureza qualitativa.

Notamos que o problema em questão não se trata de um conceito amplamente discutido na literatura acadêmica da Saúde Coletiva, ou seja, raramente está presente nas publicações como um objeto central de análise. A maioria dos trabalhos revisados trouxe poucas linhas para abordá-lo, assim, verificamos nos textos muito mais alusões ao problema do que reflexões e análises pormenorizadas acerca dele.

Neste sentido, a mera ocorrência das expressões com o termo “fragmentação” não foi suficiente para compreendermos o que os autores se referiam quando as empregavam, pois uma mesma expressão era utilizada em contextos distintos. A título de exemplo, a expressão mais frequente “fragmentação do cuidado”, presente em 17 artigos, foi utilizada para se referir a diferentes âmbitos da assistência, portanto, por si só não denota em que parte do sistema o autor evidencia o problema.

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

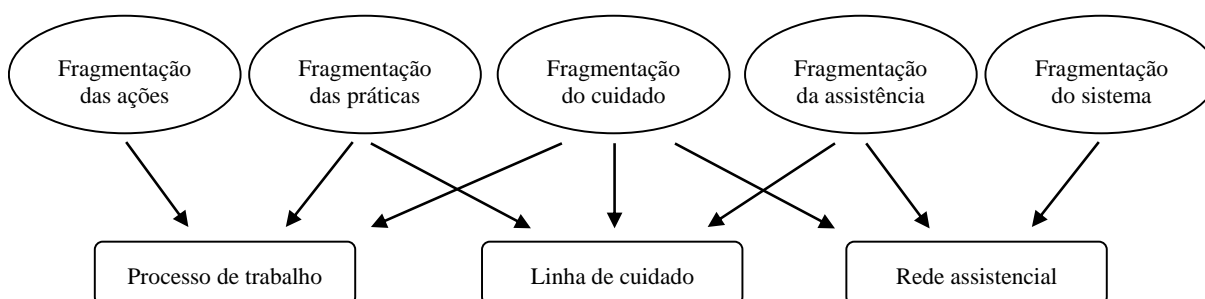


Fonte: Elaborada pelo autor.

Diante disso, empreendemos um trabalho interpretativo em que foi imprescindível analisar o contexto em que as expressões foram utilizadas e os fatores associados à percepção da fragmentação, os quais serviram como indícios para identificarmos em que dimensão do sistema de saúde o problema foi assinalado. Apesar da aparente diversidade de formas relatadas, foi possível perceber pontos convergentes no que os pesquisadores se referiam no âmbito assistencial.

A interpretação dos textos nos forneceu subsídios para o estabelecimento de categorias, as quais nortearam a reflexão sobre o tema pesquisado. As categorias interpretativas que emergiram foram: *processo de trabalho*, *linha de cuidado* e *rede assistencial*. As categorias elencadas aqui são representativas, ou seja, elas dizem respeito às dimensões do SUS em que a fragmentação vem ocorrendo, de acordo com os apontamentos feitos pelos pesquisadores revisados.

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



Fonte: Elaborada pelo autor.

A categorização foi realizada a fim de auxiliar na compreensão da problemática pesquisada, especificando onde e como os autores vêm visualizando-a. Desta forma, não podemos afirmar que as dimensões do sistema de saúde se resumem às três apresentadas neste trabalho. A categorização é de certa forma arbitrária, já que foi estabelecida a partir da análise e interpretação das múltiplas referências ao problema e, em todo processo interpretativo há o viés da subjetividade inerente ao pesquisador.

### **1.1. Processo de trabalho**

A fragmentação na saúde é relatada de diferentes maneiras nos artigos que compuseram esta revisão, nesta seção iremos apresentar os elementos apontados pelos autores em referência à dimensão das práticas em saúde, que corresponde à categoria denominada aqui de *processo de trabalho*. Esta categoria engloba o modo de organização e execução das práticas de cuidado dos diversos profissionais de saúde em todos os níveis da assistência, incluindo a articulação do trabalho nas equipes multiprofissionais.

O conceito de processo de trabalho em saúde deriva da concepção marxista de trabalho. Na obra de Marx o conceito de trabalho ocupa um lugar central, e é compreendido como uma prática inerente ao ser humano de transformar a realidade para a produção de bens, ao mesmo tempo em que é transformado durante este processo (PEDUZZI, 1998). Para tanto, mobiliza meios ou instrumentos necessários para a consecução dos objetivos previamente estabelecidos, portanto é uma atividade que possui um caráter teleológico. Do mesmo modo, o trabalho em saúde possui uma intencionalidade, como produção social ele está interligado com as condições históricas, culturais, valores e crenças dos atores, por isso é passível de transformações (MERHY, 2013).

Com a mudança da lógica assistencial operada com a Reforma Sanitária a cura de doenças deixa de ser o eixo estruturante do modelo, com isso a organização dos serviços de saúde se diferencia da prestação de serviços de ordem técnica e de caráter clínico e terapêutico. No entanto, a mudança no nível dos princípios orientadores não reflete automaticamente nas práticas de saúde, ao invés disso, a concretização do novo modelo assistencial perpassa pela

mudança nas ações (FERREIRA, *et al.*, 2011), na relação profissional-usuário, a partir do momento em que os profissionais incorporam em suas ações estes princípios concebidos.

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

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

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

No entanto, vários autores analisados apontam elementos problemáticos no que diz respeito às práticas em saúde, principalmente reforçam a dificuldade de colocar em prática o que fora preconizado pelo Movimento de Reforma Sanitária, colocando em questão a real mudança de paradigma e a concretização dos princípios preconizados na Reforma. Estes aspectos mencionados serviram de base durante a argumentação dos autores para a constatação do problema da fragmentação, em outras palavras significa dizer que o processo de trabalho está fragmentado, mas quais seriam as implicações disto?

A fragmentação no processo de trabalho incide diretamente na qualidade da assistência, além disto, coloca evidentemente em questão o êxito da Reforma Sanitária, sobretudo no que

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

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

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

## Acolhimento

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

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

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

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

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

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

Em alguns estabelecimentos, esta prática se torna atribuição do Agente Comunitário de Saúde (ACS) (SILVA; ROMANO, 2015), único responsável por acolher o usuário na unidade, nas visitas domiciliares, nos grupos e nas ações realizadas. Na unidade pesquisada no referido estudo ele é escalado diariamente no “posso ajudar”, uma espécie de balcão de informação, sendo responsável por dar informações de onde ficam os serviços e direcionar o indivíduo para o atendimento.

O que se percebe nos casos mencionados acima é a fragilidade do trabalho em equipe e a falta de comprometimento dos profissionais com a prática do acolhimento, sendo a função



atribuída a profissionais específicos, quando que na verdade espera-se que ela seja uma conduta adotada por todos os profissionais e em todas as etapas do trabalho em saúde. Com isto, acaba-se enquadrando-a em protocolos organizacionais como ordenamento de fluxo ou demanda, burocratizando esta prática que não se encaixa em protocolos racionalizados e pré-estabelecidos.

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

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

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

Nesse sentido, os profissionais de saúde muitas vezes não estão preparados para lidar com essas questões, haja vista o modelo médico hegemônico, pautado no diagnóstico e na terapêutica das doenças consagradas pela ciência, no qual há pouco espaço para a escuta dos sujeitos, para o acolhimento e para o cuidado integral à saúde. (FERREIRA; CHIRELI; PEREIRA, 2011, p. 178)

De acordo com os relatos dos autores, observa-se que os estabelecimentos de saúde ainda organizam o atendimento orientado para a cura de doenças. A ênfase muito grande dada aos aspectos técnicos do trabalho em saúde, como procedimentos clínicos e diagnósticos, além da desconsideração de outras dimensões no âmbito assistencial faz com que o trabalho em saúde

se aproxime, segundo Sá *et al.* (2009), do trabalho em uma fábrica, diferenciando-se desta apenas por se tratar de prestação de serviços.

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

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

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

## Vínculo

Outro aspecto apontado nos textos no que concerne à fragmentação na saúde diz respeito ao vínculo, assim como o acolhimento ele é considerado uma tecnologia da relação e também está presente na PNH. O vínculo é entendido como a relação construída entre o profissional e o usuário, incluindo sua família e a comunidade em que está inserido, busca-se por meio deste dispositivo o estabelecimento de laços duradouros com usuário evitando assim a interrupção prematura do cuidado (BRASIL, 2004).

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

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

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

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

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

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

Não obstante, verifica-se a enorme dificuldade de se estabelecer o vínculo com os usuários no cotidiano da assistência, como apontam diversos estudos pesquisados (PRATA; ROSALINI; OGATA, 2013; SANTANA *et al.*, 2013; ANDRADE *et al.*, 2013). Relata-se que a maior barreira apontada para que o mecanismo seja construído é o fato de que o trabalho em

saúde ocorre principalmente por meio de atos racionalizados e mecanizados (SÁ *et al.*, 2009), algo que não é compatível com o novo modelo assistencial proposto.

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

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

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

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

Concernente a isto, Lima *et al.* (2014) realizaram revisão bibliográfica tendo também como enfoque a relação médico-paciente, a fim de perceber como são as representações dos profissionais de saúde no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. Os autores constataram que boa parte dos profissionais ainda tem uma conduta que eles denominam de sacerdotal, ou

seja, o médico é visto como autoridade na relação com o usuário, aquele que detém o conhecimento, cabendo ao usuário acatar as suas recomendações.

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

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

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

## Trabalho em equipe

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

Nessa linha, pouco depois da implementação do SUS, em 1994, surge o Programa Saúde da Família, que posteriormente se tornou Estratégia (ESF), adquirindo a função de reorientar

as práticas assistenciais no âmbito da Atenção Básica. As ESF's apresentam uma composição multiprofissional e estão melhor distribuídas territorialmente, visando ampliar o acesso e oferecer uma atenção ao indivíduo de maneira integral, considerando-o em seu contexto social, familiar, biopsíquico e territorial.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Nesta linha, alguns autores (CUNHA; CAMPOS, 2011) atestam que os serviços de saúde se organizam ainda em departamentos com base em especialidades clínicas e, a organização do trabalho obedece à lógica das profissões. Cada departamento se responsabiliza por executar determinadas ações de acordo com as suas áreas de conhecimento, com isso os trabalhos não estão interconectados, ou seja, não se efetiva um trabalho realmente compartilhado. A nosso ver, esta realidade é reflexo da divisão técnica e social do trabalho, na

qual cada profissional desempenha uma função no processo produtivo separadamente, mas no campo da saúde isto tem se mostrado extremamente contraproducente.

O corporativismo das profissões que orienta a organização do trabalho e dos serviços em saúde acarreta o fracionamento do cuidado (TRONCHIN *et al.*, 2009), na medida em que cada departamento com base em especialidades (odontologia, farmácia, psicologia, serviço social) planeja e executa suas ações separadamente. Nesse sentido, a responsabilidade pelo usuário é repassada quando o indivíduo é atendido por um profissional de outro departamento da unidade, ou seja, não há acompanhamento do cuidado, o atendimento funciona em etapas.

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

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

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

Consideramos que o grande desafio que se apresenta para as equipes é romper com esse paradigma tradicionalmente calcado no corporativismo, na estrutura



verticalizada de poder e na fragmentação do conhecimento. (LEITE; VELOSO, 2008, p. 387)

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

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

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

A possibilidade de reunir profissionais de diversas especialidades no trabalho em saúde é de inegável valor, porém a experiência de trabalho em equipes multiprofissionais vem mostrando que a mudança na estrutura do sistema não reflete automaticamente nas práticas assistenciais. Esta forma de trabalho que se almeja precisa ser construída: “[...] o caráter complementar dos trabalhos especializados não se desdobra, imediata e automaticamente, em articulação das ações.” (PEDUZZI, 1998, p. 229).

O trabalho em equipe, objeto da pesquisa de Peduzzi (1998), não se constitui da somatória de ações individualizadas, equipes que funcionam assim são denominadas pela autora de *tipo agregação*, primeira das duas tipologias estabelecidas neste estudo para as

equipes de trabalho. O outro tipo, a que deve ser almejada, é a equipe de *tipo integração*, a qual se pressupõe a integração dos conhecimentos técnicos e a interação entre os profissionais. No entanto, depois de realizar pesquisa empírica em diversas unidades de saúde, a autora constata a predominância das equipes do tipo agregação, apesar dos profissionais entrevistados em sua maioria projetarem como ideal o segundo tipo.

## **1.2. Linha de cuidado**

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

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

As unidades isoladamente apresentam limitações, sejam elas técnicas, de recursos e de pessoal, para resolverem completamente todas as demandas que surgirem (HARTZ; CONTANDRIOPOULOS, 2004), alguns casos extrapolam os seus alcances e, para suprir esta necessidade existe a linha de cuidado e a possibilidade do compartilhamento do cuidado com outros dispositivos do sistema. Nenhum serviço é autossuficiente, por isso dispõe da

colaboração mútua de outros serviços, que podem ser de qualquer um dos níveis da atenção, por este motivo podemos dizer que eles são interdependentes e devem estar interligados.

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

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

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

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

Dessa forma, os serviços atuam em um mesmo sentido e de forma complementar, ademais nesta rede de cuidados nenhum dos componentes é tido como substituível, ou seja, em hipótese alguma a responsabilidade pelo usuário deve ser repassada (RIBEIRO *et al.*, 2015; BORGES *et al.*, 2012). Entretanto, os processos de trabalho desenvolvidos precisam estar

vinculados à organização e articulação dos serviços para que haja um fluxo organizado, caso contrário, o resultado pode ser diferente do esperado.

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

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

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

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

entre os serviços, com itinerários que prejudicam completamente a eficácia do cuidado (PEREIRA *et al.*, 2014).

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

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

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

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

A extrema burocratização no cuidado na rede pode ser sentida no controle do fluxo de usuários a partir de centrais de marcação de consulta, as quais seguem regras administrativas e não permitem a possibilidade de alteração pelos serviços, como apontado em pesquisa realizada

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

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

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

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

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

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

### 1.3. Rede assistencial

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

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

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

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

A ideia de um *sistema* de saúde pressupõe uma boa articulação entre os seus componentes e os diferentes níveis de atenção, haja vista que um sistema propriamente dito não se caracteriza pela soma das suas partes constituintes, mas justamente pela interdependência e interrelação existente entre os seus elementos. No entanto, a partir da interpretação dos textos analisados, foi possível perceber que a integração da rede assistencial não vem se concretizando, o que coloca em questão a característica organizativa essencial do SUS.

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

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

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

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

No entanto, o Brasil convive com uma demanda ainda não resolvida de doenças infectocontagiosas, uma proporção também significativa de casos provocados por causas externas (violência e acidentes), acrescendo-se a isto, um aumento na prevalência de doenças crônicas (SHIMIZU, 2013), situação que Mendes (2011) denomina de tripla carga de doenças. Assim sendo, diversos autores acreditam que este quadro epidemiológico complexo requer um modelo assistencial integrado (DUBOW *et al.* 2014; CUNHA; CAMPOS, 2011, LAVRAS, 2011).



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

#### Articulação entre os serviços

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

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

Uma das razões para a dificuldade de integrar os serviços e ações, justifica-se, segundo alguns autores, pela lógica hierárquica que orienta a organização do sistema. Verifica-se que no atual modelo assistencial se destaca uma estruturação piramidal (DUBOW *et al.*, 2014, SILVA, 2011, MENDES, 2011) com graus de importância variados, que aumentam proporcionalmente à complexidade tecnológica quanto mais se aproxima do topo. Assim, em virtude da valorização social dos serviços hospitalares e especializados, os serviços de menor densidade tecnológica – como os da Atenção Básica – são tidos como “mais simples”, o que prejudica o reconhecimento da necessidade de complementariedade na rede assistencial (CUNHA, CAMPOS, 2011).

Segundo Zambenedetti e Silva (2008), o princípio da hierarquização possibilita a organização racional da assistência, com o intuito de resolver com eficácia os problemas de

saúde, através da oferta de serviços de diferentes níveis de complexidades, além de otimizar recursos e custos com a distribuição de insumos tecnológicos escalonada por níveis de atenção. Mas, por outro lado, teria propiciado a fragmentação do sistema, a burocratização e a dificuldade de acesso.

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

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

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

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

## Organização baseada em procedimentos

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

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

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

Esse sistema de incentivos é perverso porque estimula os prestadores a oferecerem, não o cuidado necessário, mas o máximo de cuidado possível, ao tempo em que os desincentivam a ofertarem intervenções voltadas para a promoção e a manutenção da saúde. Ou seja, fortalece um sistema de doença em detrimento de um sistema de saúde. (MENDES, 2011, p. 18-19)

Deste modo, deparamo-nos com um *sistema reativo*, pois reage apenas quando é exigido, quando o usuário a ele recorre em busca de serviços clínicos, portanto não é um sistema proativo, não age sem que haja demanda que lhe mova, ou seja, não vai ao encontro das necessidades do usuário. As ações de prevenção, promoção e proteção da saúde ainda são escassas e pouco valorizadas (SANTANA *et al.*, 2013; CABRAL; HIRT; VAN DER SAND,

2013; CAMPOS; CHAKOUR; SANTOS, 1997), inclusive pela população que questiona quando o profissional está atuando fora da unidade. Ou ainda, fica a cargo de alguns profissionais específicos, como é o caso dos ACS's que desenvolvem suas funções junto à comunidade, porém esta não deveria ser uma tarefa exclusiva deles (BRASIL, 2006)

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

### Comunicação deficiente

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

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

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

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

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

### Longitudinalidade

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

Considerando as características das condições crônicas, é necessário que haja *longitudinalidade* do cuidado para uma resposta adequada, isto é, um aporte de cuidados ao longo do tempo. Uma atenção episódica, longe de dar uma resposta efetiva às demandas do atual quadro epidemiológico, consegue atuar apenas de forma paliativa. Os casos agudos oriundos de complicações de condições crônicas retornam recorrentemente ao sistema, nem sempre pela mesma porta acessada anteriormente, resultando no aumento de custos pelo consumo exacerbado de procedimentos clínicos e medicamentos.

Para atender a essas necessidades, os serviços precisam estabelecer vínculos mais estáveis e duradouros com os usuários e instituir mecanismos que assegurem longitudinalidade, através de linhas de cuidado que abranjam

prevenção e promoção e orientem os usuários no seu caminhar nas redes de atenção à saúde. (SILVA, 2011, p. 2756)

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

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

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

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

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

No polo oposto à fragmentação está a integração, desta forma para superar a fragmentação na saúde é necessário a efetivação de um *sistema integrado*. Para isto, as Redes de Atenção à Saúde (RAS) vêm sendo consideradas a principal estratégia para a consolidação

de uma rede de serviços articulados, assegurando o acesso, a integralidade, a continuidade e a longitudinalidade do cuidado, a fim de responder às situações de saúde atuais (MENDES, 2011). As RAS são definidas como “[...] arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2010a, p. 04)

#### 1.4. Síntese

A referência à fragmentação é corriqueira na literatura acadêmica do campo da saúde, sendo verificada em trabalhos com objetos de pesquisa e percursos metodológicos variados. Apesar disto, notamos que a temática é subdimensionada nos textos revisados, que não trazem muitas linhas para abordá-la, demonstrando que a fragmentação não figura como um conceito central no campo da saúde, ao contrário disto, ela é tratada como algo autoexplicativo e que, portanto, prescinde de ser problematizada. Isso nos exigiu um esforço interpretativo, a fim de identificar em que contexto do sistema de saúde os pesquisadores estavam relatando o problema e, quais motivos os levaram a tal constatação.

Diante da variedade de expressões empregadas, buscamos identificar convergências no que era relatado pelos autores. Através de uma leitura minuciosa, começamos a perceber certa correlação entre algumas expressões e determinada dimensão do sistema de saúde. Para exemplificar, a expressão “fragmentação do cuidado” geralmente estava relacionada à dimensão das práticas em saúde, por outro lado as expressões “fragmentação da rede” e “fragmentação do sistema” quase sempre faziam alusão a problemas enfrentados no âmbito da organização das ações e serviços, mas estas também foram utilizadas com outras conotações.

As convergências quanto às dimensões referenciadas possibilitaram a emergência das três categorias interpretativas: *processo de trabalho*, *linha de cuidado* e *rede assistencial*. A fragmentação é abordada por todos os pesquisadores como um problema observado no âmbito assistencial, que afeta demasiadamente a qualidade da atenção, possui diversas facetas e atravessa todos os níveis do sistema, indo das práticas de cuidado à organização dos serviços.

Concluimos que em todos os casos relatados o problema está associado à dificuldade de superação do modelo biomédico e hospitalocêntrico. Há um enorme descompasso entre o que fora preconizado no contexto da Reforma Sanitária e o que se visualiza no chamado SUS real,

evidenciando que os esforços feitos no sentido da reestruturação no âmbito assistencial não foram suficientes.

Por outro lado, não podemos extrapolar os resultados apresentados nesta pesquisa e supor que a realidade observada pelos pesquisadores revisados seja uma constante no âmbito assistencial, pois há experiências que vão em direções contrárias das apresentadas. No entanto, não podemos desconsiderar que o problema da fragmentação seja um grande desafio a ser superado na assistência, pois está intrinsecamente relacionado à qualidade da atenção ofertada.



## 2. O MODELO BIOMÉDICO E HOSPITALOCÊNTRICO

O Movimento de Reforma Sanitária (MRS) não se limitou a estabelecer um novo sistema de saúde no país, seu propósito transcendeu a sua mera institucionalização. Antes de qualquer coisa, empenhou-se em questionar a teoria explicativa que embasava o modelo assistencial hospitalocêntrico. Esse modelo, que priorizava a intervenção hospitalar, passou a ser visto como incompatível com o quadro sanitário brasileiro das décadas de 1970 e 1980. Assim, o MRS não apenas somou forças para mudanças estruturais, mas também desafiou paradigmas, visando a uma abordagem mais abrangente e eficaz da saúde no Brasil.

Desta maneira, desdobrou-se no ambiente acadêmico um embate teórico, que colocou em suspeição os fundamentos epistemológicos do paradigma biomédico. A partir dessa controvérsia, emergiu uma nova abordagem sobre o fenômeno da saúde, pretensamente mais condizente com a realidade brasileira. Essa mudança no quadro teórico teve consequência direta na mobilização em favor de reformas na política sanitária brasileira (PAIM, 2008).

Não obstante, antes de abordarmos as críticas ao modelo biomédico, é essencial compreendermos as suas características fundamentais e o impacto significativo que exerceu na organização dos serviços assistenciais e no cuidado em saúde. Apesar das diversas críticas direcionadas a esse modelo, sua relevância persiste, exercendo ainda grande influência na formação dos profissionais e no trabalho na área da saúde (FEUERWERKER; CECILIO, 2007).

Cumprе salientar que existem diversos modelos explicativos sobre o processo saúde-doença, ou seja, há diferentes formas de compreender o fenômeno da saúde, que emergiram em contextos históricos distintos. Esses modelos variam em sua natureza, podendo ser científicos ou não, portanto, o que é considerado válido como conhecimento sobre a saúde depende de diversos fatores, como aspectos históricos, culturais, sociais e políticos (PUTTINI *et al.*, 2010).

Nesse contexto, é importante considerar a variedade de abordagens no campo da saúde, especialmente no que diz respeito à compreensão de saúde e doença (SILVEIRA, 2000). As diferentes formas de saberes relacionados ao fenômeno da saúde se traduzem em práticas terapêuticas variadas, cada uma com sua maneira específica de lidar com o adoecimento, a cura e, até mesmo, a morte.

Embora alguns modelos explicativos se sobressaíam em determinados momentos, não existe exclusividade em uma única forma de explicar e intervir sobre a saúde. Inclusive, é possível que diferentes abordagens coexistam. Segundo Langdon e Wiik (2010, p. 179) “Muitos

grupos não procuram biomédicos, mas utilizam a medicina popular, outros utilizam sistemas médico-religiosos, outros, ainda, recorrem a vários sistemas ao longo do processo de doença e cura”.

No âmbito científico, a provisoriedade dos conhecimentos é considerada uma característica essencial. Isso significa que nenhum conhecimento é tido como definitivo e inquestionável. Segundo Popper (2007), nenhuma teoria científica pode alcançar um status permanente de cientificidade. De acordo com este autor, isso ocorre porque todas as teorias devem estar sujeitas à falseabilidade. Quando falhas ou inconsistências são encontradas na aplicação de uma teoria, ela pode ser substituída por outra considerada mais adequada.

Por conseguinte, embora válidos em determinados contextos, os modelos explicativos da saúde estão sujeitos a serem superados a qualquer momento por outros que se revelem mais eficazes e passem a ser aceitos pela comunidade científica. Desta forma, partimos do pressuposto de que as circunstâncias históricas em que foram produzidas as teorias científicas sobre a saúde não podem ser ignoradas.

O modelo biomédico, por sua vez, encontra suas origens na chamada Revolução Científica que ocorre na modernidade, período de importantes transformações na forma de se produzir conhecimento. A ciência da modernidade se desenvolveu nos séculos XVI e XVII, fundamentando-se em uma forma objetiva e racionalizada de explicar os fenômenos naturais. Seu estabelecimento foi marcado pelo afastamento em relação ao pensamento marcadamente teológico, que preponderava no período medieval.

O homem moderno se encontrava em meio a um mar revolto à procura de um porto seguro, em outros termos, ele estava atrás de um novo ponto fixo (certeza), já que Deus não se configurava mais como referência para o conhecimento e a ciência. A iluminação e a revelação divinas não serão mais consideradas vias de acesso ao conhecimento. Como veremos, esse novo ponto fixo será o próprio homem, mais especificamente a sua razão, enquanto faculdade capaz de discernir o verdadeiro do falso. Teremos, portanto, um movimento essencialmente racionalista.

A modernidade inaugurou uma forma peculiar de racionalização, na qual a visão religiosa foi progressivamente substituída por um movimento estritamente humanístico. Nesse contexto, o próprio ser humano passou a ser a referência central para o conhecimento. Essa mudança de perspectiva alterou a relação do homem com o mundo, levando-o a considerar a natureza como objeto e a perceber-se cada vez mais como um ser separado dela

(SOMMERMAN, 2006). Tal ruptura epistemológica traça a linha que demarcará o horizonte do conhecimento científico na Idade Moderna e nos séculos posteriores.

Iniciada no final da Idade Média, a chamada Revolução Científica tomou forma ao longo do século XVII. No decorrer do século seguinte ela se expandiu para diversas áreas do conhecimento, fazendo nascer uma nova cultura, na qual a ciência mecanicista se constituía como núcleo de uma nova racionalidade, rompendo definitivamente com as estruturas medievais baseadas numa razão teológica. (GUERRA; BRAGA; REIS, 2005, p.15)

O conhecimento científico da modernidade difere significativamente do saber contemplativo praticado na Idade Média. Enquanto o conhecimento medieval era voltado para a reflexão e a contemplação, a ciência moderna é ativa e prática. Ela busca compreender a realidade por meio da observação, experimentação e uso de instrumentos técnicos, como telescópios e microscópios. Costuma-se classificar este tipo de conhecimento como um saber instrumental, pois o conhecimento adquirido volta-se para a realidade a fim de transformá-la.

[...] é possível chegar a conhecimentos que sejam muito úteis à vida, e que, em vez dessa Filosofia especulativa que se ensina nas escolas, se pode encontrar uma outra prática, pela qual, conhecendo a força e as ações do fogo, da água, do ar, dos astros, dos céus e de todos os outros corpos que nos cercam, tão distintamente como conhecemos os diversos misteres de nossos artífices, poderíamos empregá-los da mesma maneira em todos os usos para os quais são próprios, e assim nos tornar como que senhores e possuidores da natureza. (DESCARTES, 1973, p. 71)

Observa-se que a convicção subjacente era que a razão, como a única via apropriada para a aquisição de conhecimento, conduziria a humanidade para longe das trevas e em direção ao progresso. O sentimento que emergiu na modernidade, caracterizado pela confiança no espírito humano e na razão, foi fortalecido pelos ideais iluministas do século XVIII.

A pretensão inicial de instaurar uma ciência, que tinha como objeto o mundo natural, trazia consigo a preocupação primordial de fundamentá-la sobre princípios rigorosos, que pudessem dar devida credibilidade a esta forma de conhecimento. O homem moderno cogitou e confiou na possibilidade real de se fazer ciência do mundo natural, mas para isso era necessário seguir determinado critério na sua constituição, para que não se frustrasse constantemente com equívocos oriundos de uma prática mal fundamentada.

Nesse sentido, foi necessário se munir de um método que fosse seguro e confiável para a ciência. Diante da exatidão e rigor da matemática, esta será tomada como o modelo a ser seguido pelas ciências naturais. A ciência moderna se fundamentou, sobretudo, no raciocínio

dedutivo que era empregado na matemática, devido à sua fiabilidade. Este se tornou o método por excelência da ciência, que estaria livre do erro e poderia trazer a segurança e a confiança tão desejadas.

Desta forma, acreditou-se que através deste método o homem poderia traduzir a ordem subjacente do mundo. Se antes a natureza era divinizada e suas leis ininteligíveis ao homem, a partir de então ela passa a ser vista por meio de cálculos e mensurações. Os modernos acreditavam na possibilidade de encontrar a mesma regularidade existente nos cálculos matemáticos nos fenômenos do mundo natural. Consequentemente, este passou a ser entendido como um sistema fechado e regido por leis de funcionamento intrínsecas e decifráveis.

O precursor da revolução científica na modernidade foi Galileu Galilei (1564-1642), ao pensar a natureza de uma maneira orgânica, como um sistema fechado e regulado por leis mecânicas. Galileu chegou a afirmar inclusive que o mundo seria um grande livro escrito em linguagem matemática. Seria possível ao homem realizar o trabalho de interpretá-lo, porém em primeiro lugar deveria se apropriar da linguagem em que está escrito, como fica claro em sua famosa passagem:

A filosofia está escrita neste enorme livro, que está continuamente aberto diante dos nossos olhos (refiro-me ao Universo) mas não pode ser entendido se antes não se aprende a entender a língua e os caracteres nos quais está escrito. Está escrito em língua matemática, e os caracteres são triângulos, círculos e outras figuras geométricas. (GALILEU, 1973, p. 119)

Nesta perspectiva, o mundo físico passa a ser percebido como análogo a uma máquina, com regularidades em seu funcionamento. Portanto, cabe aos cientistas a tarefa de desvendar seus códigos intrínsecos para então formular leis universais sobre o seu funcionamento. Essa perspectiva que os intelectuais da modernidade concebem o mundo físico, como um mecanismo passível de ser conhecido, também é enfatizada por Guerra, Braga e Reis (2005):

Entre as heranças deixadas pelo século XVII, [...] podem-se encontrar os fundamentos de uma nova forma de perceber a natureza, o Universo-máquina. Toda máquina pode ser compreendida pelo estudo de suas partes e pelas leis que regem sua atividade. Portanto, a tarefa do filósofo natural passou a ser utilizar o método da análise na separação das diversas engrenagens, para tentar encontrar as leis de funcionamento do Universo-máquina. (GUERRA; BRAGA; REIS, 2005, p.15)

Diversos pensadores se dedicaram a propor um método para a ciência, mas inegavelmente, René Descartes (1596-1650) é considerado o principal expoente da

modernidade. Ele assumiu a responsabilidade de pensar e formular as bases da ciência com princípios epistemológicos estabelecidos pela razão. Isto abre pressuposto para o desenvolvimento da ciência moderna, pois assegura-se a possibilidade de o homem conhecer a natureza de forma objetiva, tomando a racionalidade como parâmetro de validade para o conhecimento (CUNHA, 2015).

O paradigma cartesiano estabelece a distinção fundamental entre o sujeito epistêmico (*res cogitans*) e a realidade material (*res extensa*). A realidade material é objetivável e mensurável, ou seja, ocorre a destituição de todo caráter místico ou sobrenatural da matéria, tornando-a apenas um objeto de estudo, distinto do pesquisador. De um lado temos um polo ativo, produtor de conhecimento e, de outro, um polo passivo, representado pela matéria inerte, objeto do conhecimento (SOMMERMAN, 2006).

Em síntese, o método cartesiano se utiliza da análise, o qual prevê iniciar uma investigação primeiramente pela divisão dos objetos mais complexos em partes mais simples para depois recompô-los. Em outras palavras, para se conhecer o todo dever-se-ia começar pelo estudo das partes separadamente.

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

Neste trecho, Patrick Paul sintetiza os dois principais pontos a serem destacados no modelo cartesiano: a separação entre sujeito e objeto e, a possibilidade deste último ser decomposto em partes. Nessa perspectiva, há uma pretensa neutralidade entre o pesquisador e seu objeto de estudo, além disto, este é visto como algo regular, que possui padrões ou leis de funcionamento, por isso dividi-lo, para estudar por partes, não comprometeria o conhecimento do todo.

A primeira regra do método cartesiano consiste em aceitar apenas aquilo que seja absolutamente verdadeiro. Essas verdades devem ser claras e distintas, evitando juízos precipitados, que não passam por uma reflexão para testar sua evidência. Assim, em todas as situações, deveríamos descartar aquilo que se apresenta ao nosso espírito como duvidoso e incerto. A primeira regra de seu método estabelece uma condição inicial para os outros critérios que se sucederão (DESCARTES, 1973).

O segundo passo consiste em dividir os problemas ou questões mais complexas em partes menores, tantas quantas forem necessárias, tornando-os mais fáceis de serem submetidos

à análise. Faz-se necessário analisar minuciosamente aquilo que se apresenta, procurando encontrar coerência nas partes menores que compõe um todo complexo. Descartes tinha grande estima pela matemática, aplicando frequentemente muitos de seus raciocínios, como se nota nesta regra, que pressupõe a decomposição de problemas complexos em questões menores, tal como é praticado na geometria.

A terceira regra do método está interligada com a anterior, qual seja, colocar em ordem os pensamentos no sentido de começar pelos mais simples e fáceis de conhecer para em seguida passar gradualmente aos conhecimentos mais complexos. Ele prescreve a necessidade de se analisar as conexões entre os elementos constituintes com a intenção de ordenar o pensamento, no sentido de estabelecer uma rede de relações entre eles pela ordem de precedência, assim como de causalidade.

Por fim, a última regra é pôr em revista o conhecimento produzido com a intenção de verificar, de uma maneira mais geral, se nada foi omitido ou se houve alguma falha no processo. Depois de seguir estes passos, o conhecimento deve ser visto como uma unidade. Assim, a quarta regra nos ensina a enumerar cada elemento da cadeia de maneira a reavaliar sua constituição e validade lógica em relação a toda a rede de eventos, não mais tomando de forma isolada, para assim termos um conhecimento válido pela sua completude.

O método analítico pressupõe a regularidade no objeto de estudo, ou seja, um determinado padrão de funcionamento. Desta forma, a repartição de algo complexo em frações menores simplificaria o processo de produção do conhecimento e não comprometeria o entendimento do todo, pois depois de analisar as partes separadamente é realizada a síntese de todos os conhecimentos adquiridos por partes.

Portanto, o chamado paradigma disciplinar nasce nesse contexto, parte de uma perspectiva epistemológica de que o conhecimento pode ser obtido em “partes” ou “frações” separadamente. Isso abre pressuposto para o surgimento das disciplinas e das distintas especialidades (ALMEIDA FILHO, 2005). O sábio de outrora que detinha múltiplos saberes dá lugar ao especialista, que se dedica ao estudo de uma área específica do conhecimento.

Diante deste fascínio dos intelectuais pelo ideal de ciência racionalista, da crença no poder da razão enquanto única fonte apropriada para obtenção de conhecimento, acrescido ainda dos avanços científicos e industriais conquistados, tornou-se inevitável a total desconsideração de qualquer forma de conhecimento que não se enquadrasse ao crivo da razão. Isto significa que para se atribuir valor científico a uma ciência fazia-se imprescindível haver

certa regularidade no seu objeto, já que não havia possibilidade de formular quaisquer proposições científicas acerca de matéria irregular (CUNHA, 2015).

Deste modo, exige-se que uma proposição científica obedeça ao critério de universalidade, pois de outro modo seria impossível fazer ciência, de acordo com o critério da ciência racionalista. A filosofia moderna afirmava não ser possível obter conhecimento científico tomando como objeto algo que não apresenta alguma regularidade, cuja natureza seja variável ou inconstante.

Nesse sentido, estabelece-se a distinção entre o conhecimento considerado científico e aqueles tidos como não científicos. A ciência moderna se postula como a única detentora de legitimidade para produzir conhecimento sobre o mundo, rebaixando os demais saberes, que não se enquadram em seus ditames, a um patamar inferior, do não saber.

Trata-se da primeira ruptura epistemológica, como descreve Boaventura de Sousa Santos, ocorrida entre o conhecimento científico e o senso comum, entre um conhecimento tido como verdadeiro e outro desprovido de importância. A partir deste momento o único conhecimento considerado válido é o de ordem racional. Em decorrência disto, diversas crenças, saberes, conhecimentos populares que fogem desta lógica são rebaixados.

De modo geral, o pensamento de Descartes representa a visão predominante no pensamento moderno, que ressoa até os dias de hoje, considera apenas o modelo científico como sendo dotado de legitimidade para produzir conhecimento e ignora quaisquer outros saberes que não possuam o mesmo rigor, além de fragmentar o conhecimento e distanciar o pesquisador de seu objeto de pesquisa.

Notamos que as consequências da modernidade, para usar a expressão de Anthony Giddens, foram acima de tudo a exacerbada valorização da racionalidade e a distinção, postulada por Descartes, entre o ser humano e a natureza. A partir dessa perspectiva, a ciência se insere em um contexto distante do campo social, encerrando-se em seus próprios limites, visando unicamente o conhecimento tido como válido. Esta forma de se fazer ciência trouxe diversas consequências para a sociedade, exatamente por não ser possível produzir um conhecimento distinto desta.

A ciência emerge com a pretensão de resguardar uma suposta objetividade e neutralidade na produção do conhecimento, com isto, não era prática comum refletir sobre as consequências dos estudos científicos na sociedade. Porém, ela não está em um mundo isolado, as produções científicas têm intervenções diretas no mundo social, apesar disto os aspectos éticos não eram levados em consideração nos estudos.

Os dados obtidos por observação devem ser objetivos, idôneos e precisos. Os dados são objetivos, ou intersubjetivamente testáveis entre sujeitos, no sentido de que qualquer cientista adequadamente treinado, executando as mesmas operações, observará os mesmos fatos que já foram registrados antes e, portanto, obterá os mesmos dados. Para tanto, os dados expressam-se na linguagem de coisas físicas (rochas, plantas, cores, sons, pesos, ponteiros) e não em termos de sensações particulares de um indivíduo. (KNELLER, 1980. p. 105)

A hegemonia deste modelo científico pôde ser visualizada praticamente em todas as áreas do conhecimento e, com as ciências da saúde não poderia ser diferente. Neste contexto, a medicina se atrelou ao desenvolvimento científico, sobretudo das ciências biológicas, valendo-se dos conhecimentos provenientes da esfera biológica para orientar sua prática clínica (CZERESNIA, 2012). Esta mudança de perspectiva surge como ruptura à concepção de saúde mágico-religiosa que até então predominava na prática médica (MARTINS, 1997).

O modelo biologicista marca uma mudança significativa em relação à concepção de saúde mágico-religiosa. Ele está estreitamente ligado ao modelo científico erigido na modernidade e se beneficia dos avanços científicos para orientar sua prática clínica. Esses avanços fornecem argumentos sólidos e evidências que desmistificam a visão mágica e sagrada do corpo, permitindo uma abordagem mais racional e, em tese, um tratamento mais eficaz.

Nesta concepção, o corpo humano passou a ser objeto de estudo compreendido isoladamente, distinto da alma. Assim, toda aura sagrada que outrora o envolvia sucumbe à concepção de um conjunto de órgãos e tecidos (MARTINS, 1997). Nesta linha, o modelo biologicista representa uma transição crucial da visão cosmológica para uma perspectiva baseada em fundamentos científicos, resultando em uma compreensão mais objetiva da saúde e da doença.

Nesse contexto, com o desenvolvimento da anatomia através da dissecação de cadáveres, abriu-se caminho para um mundo até então inexplorado, sendo possível à ciência adentrar nas entranhas do corpo humano e desvendar os seus mistérios: “A dissecação dos cadáveres, até então proibida por motivos religiosos, passa a permitir a geração de conhecimento de ciências básicas como a anatomia e a fisiologia, entre outras” (EGRY; GARCIA, 2010).

Os estudos anatômicos do renascentista Leonardo Da Vinci (1452-1519) são considerados um marco nos estudos sobre o corpo humano. Ele foi um dos pioneiros no campo da anatomia, ao lado de Andreas Vesalius (1514–1564), considerado o pai da anatomia moderna. Embora seus Cadernos tenham sido esquecidos após sua morte, seu trabalho é



considerado cientificamente relevante, quiçá superior ao de muitos de seus contemporâneos. Seus estudos anatômicos tiveram um impacto significativo na medicina moderna.

A sua obra “Os Cadernos Anatômicos” é bem emblemática para compreendermos as mudanças que ocorreram no campo da saúde e na forma de produzir conhecimento sobre o corpo humano, já que a dissecação de cadáveres ainda não era muito bem aceita pelas autoridades religiosas, embora não fosse proibida. A obra de Da Vinci nos leva a acreditar que inclusive aconteciam dissecações de forma clandestina, sem a anuência da Igreja Católica.

A obra Cadernos Anatômicos é muito significativa, pois mostra uma mudança na maneira de enxergar o corpo humano, que passa a ser visto como um objeto de estudo, nos moldes do cartesianismo. Um dos aspectos interessantes da obra de Da Vinci é o fato de que são feitas mensurações nas peças anatômicas, o que simboliza uma ruptura com a visão mística e um processo de racionalização da vida; chama também atenção o caráter analítico em suas observações nas imagens.

O trabalho de Da Vinci representa um momento que vale a pena de ser destacado, um processo de dessacralização do corpo, aquilo que Weber (2004) chama de secularização. Processo característico da sociedade moderna capitalista pelo qual o divino e o sagrado vão dando lugar à racionalização. Este processo se intensificou nos séculos posteriores com o avanço da ciência. A visão religiosa de mundo foi gradativamente cedendo espaço à afirmação do discurso científico. Esse processo se consolidaria ainda mais com as descobertas científicas que viriam a ocorrer nos séculos XIX e XX.

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

As descobertas da bacteriologia abrem a possibilidade de identificação de causas únicas, necessárias e suficientes para muitas doenças — quiçá para todas, supõem os contemporâneos. A existência de microrganismos associados à produção das doenças reaviva a concepção mecanicista de causalidade. (BARATA, 1997, p. 38)

A descoberta dos microrganismos foi um marco na história da ciência, fundamentada na racionalidade científica, tornou-se um importante alicerce para a teoria biologicista. Essa descoberta revelou um mundo invisível a olho nu, repleto de seres vivos microscópicos. A microbiologia possibilitou um afastamento de outras ideias sobre as causas das doenças, como o pecado e a teoria miasmática, indo de encontro com as teorias biologicistas, de que as causas das doenças poderiam ser identificadas no próprio organismo biológico.

O desenvolvimento da microbiologia contribuiu para uma explicação cada vez mais biológica do adoecimento, reforçando a tese de que é possível explicar as doenças exclusivamente na esfera biológica. Os microrganismos passaram a ser reconhecidos como os principais responsáveis por disfunções específicas no organismo humano. Essa abordagem se baseia no princípio da causalidade, entendendo que os microrganismos, como bactérias e vírus, atuam como agentes etiológicos. As descobertas nesse campo possibilitaram um melhor entendimento das origens das enfermidades, o que, por sua vez, contribuiu para o desenvolvimento de novas estratégias no combate a essas doenças.

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

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

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

desempenha o papel de um técnico, identificando a parte danificada e aplicando o tratamento adequado para restaurar o estado de normalidade.

O ser humano passou a ser visto como um corpo máquina, análogo ao universo máquina postulado pelo cientificismo e pelo mecanicismo então triunfantes. O universo passou a ser visto como fruto do mero acaso da interação das partículas e humano como fruto da simples “evolução natural”. (SOMMERMAN, 2006, p. 14)

A concepção biologicista segue o projeto científico da modernidade, com isso se fundamenta na perspectiva epistemológica que considera a natureza como um sistema fechado, semelhante a uma máquina, com padrões de funcionamento e leis naturais. Nesse contexto, a analogia entre o corpo humano e uma máquina se enquadra perfeitamente. Assim como uma máquina precisa de todas as suas peças funcionando em harmonia, o corpo humano também requer um estado padrão para operar com normalidade.

O corpo é visto como uma máquina por apresentar comportamentos regulares e reações mensuráveis. Ele é concebido como um intrincado sistema de engrenagem, onde cada órgão e sistema desempenha um papel específico. Quando todos esses elementos estão em equilíbrio, o organismo funciona de maneira eficiente. Portanto, a busca pela homeostase (equilíbrio interno) é fundamental para a manutenção da saúde e o correto funcionamento do organismo.

O modelo biologicista orienta um determinado tipo de prática em saúde, que é chamada de “curativista”. Neste modelo, o trabalho em saúde envolve principalmente o diagnóstico e a terapêutica. Com base nisto, os serviços assistenciais de saúde são pautados no tratamento e na cura de doenças, cujo principal objeto de intervenção é o organismo biológico.

Neste processo, a figura do médico recebe um papel de destaque, cuja eficácia é atestada a partir de um diagnóstico aliado ao uso de equipamentos tecnológicos e uma terapêutica geralmente medicamentosa. Conseqüentemente, há uma interdependência entre o desenvolvimento da indústria farmacêutica e do avanço tecnológico da área médico-hospitalar na produção do trabalho médico.

É nesta ótica que o Relatório Flexner (1910), visto como um marco para a consolidação do modelo curativista, apontava a necessidade de reformulação do ensino médico nos Estados Unidos visando à adequação dos cursos de medicina a padrões rígidos, com enfoque no saber especializado e na técnica, o que ressoou em vários países do mundo. Este documento ressalta a necessidade de as faculdades de medicina se apoiarem em bases científicas sólidas,

principalmente nos conhecimentos das chamadas ciências fundamentais (bioquímica, microbiologia, fisiologia, fisiopatologia, entre outras).

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

Nota-se que essa prática é voltada para a intervenção médica em uma doença já instaurada. Como o próprio nome sugere, ela tem o objetivo de curar o paciente, remover o problema depois que ele já se manifestou, logo não há um foco na prevenção. O relatório de Flexner aborda as diretrizes desse modelo, pois estabelece que essa prática se dará mediante ao enfoque na utilização de equipamentos de alta tecnologia para o diagnóstico e tratamento de doenças, e no vasto conhecimento sobre a administração de fármacos e prescrição de medicamentos.

Neste contexto, os hospitais são considerados verdadeiros templos da saúde, o local onde se busca o aprimoramento da saúde, fundamentalmente a partir de procedimentos e técnicas (PESSINI, 2003). A reforma flexneriana, que ocorreu nos cursos de formação dos profissionais médicos, reforçou ainda mais essa perspectiva de que os avanços científicos e tecnológicos, sobretudo na área hospitalar, são alicerces para a saúde e o tratamento das doenças.

Em um contexto de exacerbação da racionalidade técnico-científica, em que se situa o modelo biomédico, há o predomínio da utilização de instrumentos materiais como insumos tecnológicos e medicamentos alopáticos, sendo o objeto do trabalho em saúde a doença e partes do corpo, haja vista que a finalidade maior é a cura. Porém, este modelo possui diversas limitações para explicar e intervir no campo da saúde, devido à complexidade inerente deste (SILVEIRA, 2000).

Neste modelo, a saúde é definida em uma acepção negativa, sendo o conceito de saúde entendido como sinônimo de ausência de doença, o que significa dizer que ela é entendida a

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

Pessini (2003) destaca a importância de uma reflexão profunda sobre a humanização na assistência à saúde. Ele ressalta que, frequentemente, o indivíduo doente é abordado de maneira instrumentalizada, com o foco exclusivo na doença, negligenciando o próprio sujeito doente. Esse enfoque restrito pode ser especialmente problemático quando se refere ao trato com a dor e o sofrimento em pacientes em estágio terminal.

Deste modo, o autor mencionado aponta que o tratamento da dor e do sofrimento no contexto da assistência à saúde frequentemente carece de uma abordagem adequada. Ele observa que, em nossa sociedade, esses aspectos são muitas vezes tratados de forma meramente técnica. A dor é vista como um sintoma de uma disfunção biológica, o que pode levar a uma abordagem exclusivamente voltada para intervenções no corpo físico, negligenciando a subjetividade do indivíduo.

De acordo com Pessini (2003), a dor e o sofrimento têm dimensões que vão além do aspecto puramente físico. Eles também envolvem aspectos emocionais, psicológicos e sociais. Portanto, é essencial considerar a integralidade do ser humano ao lidar com essas questões. Isto reforça a importância de transformações na formação dos profissionais de saúde, em direção a uma abordagem mais humanizada. Não se trata apenas de considerar o indivíduo sob o prisma biológico, mas sim de adotar uma visão holística, que englobe os aspectos físico, psíquico, social e espiritual. O autor enfatiza ainda a necessidade de priorizar a dignidade do ser humano.

Nesse contexto, a Saúde Coletiva assume uma concepção diferenciada da que era praticada no campo da saúde a partir da primeira ruptura epistemológica. Uma concepção que não se limita ao corpo biológico, mas considera a complexidade no processo saúde-doença e suas inúmeras determinações. Portanto, este novo campo científico que se estabelece leva em consideração os múltiplos determinantes da saúde, visando superar a crença que os problemas de saúde seriam resolvidos com o avanço da ciência (JUNGES; ZOBOLI, 2012).

### 3. O CONTEXTO HISTÓRICO DA REFORMA SANITÁRIA

A Reforma Sanitária Brasileira foi um marco importante na saúde pública do Brasil. Ela emergiu em um período de mudanças políticas e sociais, quando o país buscava redefinir suas políticas de saúde. Nesse momento, houve uma crescente conscientização sobre a necessidade de universalizar o acesso aos serviços de saúde, promover a participação da sociedade civil e garantir a equidade no sistema. A análise do contexto histórico nos permitirá compreender os desafios enfrentados na época e as motivações por trás dessa reforma.

Sobretudo a partir da década de 1970, a insatisfação diante da política sanitária do Regime Militar possibilitou a mobilização de intelectuais, na sua maioria, ligados a universidades e institutos de pesquisas, e lideranças sociais, de movimentos de base e sindicatos, que passaram a reivindicar a saúde como um direito social (COSTA, 2014).

Durante o período ditatorial, a saúde pública claramente não era uma prioridade; na verdade, a saúde sequer era considerada um direito. As escassas políticas de saúde eram direcionadas a grupos específicos, como funcionários públicos e trabalhadores assalariados, deixando de atender as camadas da população com pouco ou nenhum recurso financeiro para cobrir os custos com cuidados de saúde.

Naquele período, não existia um sistema de saúde devidamente estruturado, semelhante ao que conhecemos atualmente. O modelo brasileiro assemelhava-se ao norte-americano, no qual a saúde é tratada como uma questão de interesse privado. A assistência médica era precária e muitas vezes inacessível para a população. A falta de investimento e planejamento adequado resultou em uma rede de saúde deficiente, com recursos limitados e pouca capacidade de atendimento. Além disso, uma parcela significativa desses recursos era repassada à iniciativa privada.

No Brasil, a saúde estava atrelada à Previdência Social, sendo o acesso à assistência médica restrito aos trabalhadores que contribuía com a Previdência. Os trabalhadores com vínculo empregatício formal, os chamados trabalhadores com carteira assinada, poderiam acessar os serviços de saúde através de institutos conveniados, que custeavam os gastos com atendimentos médico-hospitalares. Estes privilegiados, que tinham acesso aos serviços de saúde, possuíam o status de beneficiários.

Dentre os institutos conveniados, destaca-se o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), criado em 1974 e vinculado ao Ministério da Previdência e

Assistência Social. A principal função deste instituto era conceder assistência médico-hospitalar aos trabalhadores do setor privado e aos funcionários públicos regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). A fonte dos recursos para as despesas de saúde provinha do próprio beneficiário, através das suas contribuições previdenciárias, do empregador e da União. O Inamps ficou marcado pelos grandes escândalos de corrupção e por sua grave crise financeira, pois as despesas com os serviços médicos e hospitalares eram superiores aos valores arrecadados.

A fórmula de proteção à saúde inaugurada por Vargas era a de um modelo de seguro no interior do sistema previdenciário. Sua massificação durante o regime militar, ampliando significativamente o escopo da cobertura, fazia com que o direito a serviços públicos de saúde ficasse restrito apenas aos trabalhadores formais que pagavam contribuições ao Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). Neste, uma única agência federal - o Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (Inamps) - estava encarregada do financiamento e gestão da assistência médica, bem como da seleção, contratação e pagamento dos provedores de serviços no nível nacional. (ARRETCHE, 2005, p. 287)

Por outro lado, grande parte da população não estava apta a acessar os serviços vinculados à Previdência Social, principalmente os desempregados e trabalhadores informais. Para os mais pobres, restava procurar por assistência médica nos poucos serviços gratuitos ou padecer à míngua. Aqueles poderiam recorrer apenas às instituições filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia, aos escassos serviços públicos municipais ou estaduais, ou ainda aos hospitais universitários.

E quanto aos não-assalariados, aos segmentos situados em situação de pobreza abaixo daquela dos assalariados, a estes eram destinados serviços estatais de saúde pública concebidas sob o modelo de higienização da sociedade, seja em termos do controle das epidemias que representavam prejuízos econômicos à economia exportadora, seja em termos de educação sanitária. Já quanto às necessidades de atendimento hospitalar, estas eram supridas pelo segmento filantrópico da saúde e pelas organizações de ajuda mútua. (COHN, 2005, p. 387)

Podemos observar que o acesso aos serviços de saúde era extremamente limitado, já que parcela significativa da população não possuía vínculo empregatício formal. Além disto, havia uma grande concentração dos serviços médicos nas cidades mais populosas, o que agravava ainda mais a situação para os grupos que viviam distantes dos grandes centros. Porém, o acesso limitado à saúde não era o único problema enfrentado pela população. As condições de vida

durante o período ditatorial alcançaram níveis alarmantes, o que se tornou um motivo ainda maior para o descontentamento com o regime.

Na verdade, a principal preocupação do governo militar era com o crescimento econômico e com a industrialização do país. Esta preocupação se traduz no chamado “milagre econômico brasileiro”, como ficou conhecido um período de grande crescimento econômico e de industrialização (1968-1973). A promessa dos militares era alavancar o Produto Interno Bruto (PIB) do país a patamares jamais vistos. De fato, a economia cresceu, estima-se que a taxa anual de crescimento tenha alcançado os 13,9% em 1973 (MENEZES *et al.*, 2010).

A economia brasileira cresceu sob forte dependência dos empréstimos contraídos do capital estrangeiro. A dívida externa que estava na casa de US\$ 13,8 bilhões no ano de 1973, atingiu a marca de US\$ 52,8 bilhões em 1978 (MENEZES *et al.*, 2010). O crescimento econômico deixou como herança uma dívida praticamente impagável, que ainda consome anualmente aproximadamente 50% do orçamento da União para o pagamento de juros e amortizações, limitando investimentos em diversos setores importantes, inclusive impactando o orçamento do Sistema Único de Saúde (SUS).

Portanto, o crescimento econômico verificado no “milagre brasileiro” não foi motivo de muita comemoração, uma vez que os impactos positivos não foram sentidos pela maioria da população brasileira (OSMO; SCHRAIBER, 2015). Em vez de melhorar as condições de vida, esse crescimento resultou em grande concentração de renda e aumento da desigualdade social, cujo reflexo pôde ser notado nas demandas recorrentes por serviços sanitários (PAIM *et al.*, 2011).

Durante esse período, houve uma clara priorização do crescimento econômico e estabilização do crescimento industrial, em detrimento da melhoria da qualidade de vida da população. O então ministro da Fazenda do regime militar, Delfim Netto, afirmava que era necessário primeiro “fazer o bolo crescer, para depois dividi-lo”. Esta célebre expressão ilustra a ideia de que o desenvolvimento social viria posteriormente, na esteira do desenvolvimento econômico.

Dessa forma, ao se confundir desenvolvimento econômico com industrialização, e como consequência automática o desenvolvimento social, atribui-se às políticas sociais um papel secundário, voltado para os setores assalariados do mercado formal de trabalho do setor privado da economia, tendo como resultado a constituição de um modelo de proteção social calcado na concepção meritocrática e contributiva (COHN, 2005, p. 387)



Não há dúvidas de que, ao priorizar o crescimento econômico e negligenciar o desenvolvimento social, o modelo político e econômico adotado pelo regime militar teve consequências desastrosas (ESCOREL, 1999). Esse cenário acentuou a desigualdade social, com grande parte da população vivendo em condições precárias, enfrentando limitações no acesso a alimentos saudáveis, moradia e serviços de saúde. Assim, o país enfrentou uma grave crise social e sanitária, que afetou principalmente as camadas mais pobres, com epidemias e surtos de doenças tornando-se mais frequentes.

No ano de 1975, a mortalidade infantil era de 113,9 a cada mil nascidos vivos (PAIM *et al.*, 2011), atualmente esta taxa é de 12,59 (BRASIL, 2024). Para se ter uma ideia da gravidade do problema, a taxa de mortalidade infantil daquele período pode ser comparada à de países de extrema pobreza da atualidade. O número é o dobro da taxa de mortalidade de Uganda e quase três vezes superior à do Haiti.

As epidemias de meningite de 1974 e 1975 faziam parte dessa crise: o Governo censurou energicamente qualquer notícia sobre o assunto, aumentando a desinformação e o pânico; no seu ‘agir atabalhado’, determinou a vacinação em massa, e para isso financiou a instalação, na França, de uma fábrica de vacinas antimeningite. Na verdade, essas epidemias, assim como o aumento da mortalidade infantil e da desnutrição em São Paulo e em outros centros urbanos, eram “o reverso do milagre: a deterioração das condições sanitárias, e a queda na qualidade do ar e da água, levaram ao surgimento das grandes epidemias nas regiões metropolitanas, afetando, invariavelmente, as populações mais pobres da periferia. (ESCOREL, 1999, p. 146).

Na contramão disto, a política sanitária adotada pelos militares privilegiava o aparato médico-hospitalar e equipamentos de alta tecnologia. Para os estudiosos isso não repercutia de forma significativa nos índices de saúde. Além disso, como já destacamos, a assistência à saúde não era um privilégio de toda a população, limitava-se a uma parcela dos trabalhadores formais, contribuintes da Previdência Social (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008).

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

A política de saúde era pautada no modelo curativista e hospitalocêntrico, que não era efetivo para promover melhorias nas condições de saúde da população. Em suma, a política de saúde do regime militar se caracterizava pela baixa eficácia da assistência médica, elevados custos com equipamentos de alta densidade tecnológica, inserção de profissionais altamente especializados, e pela baixa cobertura populacional dos serviços, que não atendiam às reais necessidades da população (PAIM, 2008).

Os serviços de saúde disponíveis priorizavam o diagnóstico e o tratamento de doenças, utilizando insumos tecnológicos sofisticados. No entanto, não conseguiam atender às necessidades mais básicas da população, especialmente em relação à prevalência de doenças infecciosas e parasitárias. Neste contexto, mesmo que houvesse uma ampliação do acesso, os resultados não seriam promissores, visto que as causas das principais doenças permaneceriam inalteradas.

A saúde pública, relegada a segundo plano, tornou-se uma máquina ineficiente e conservadora, cuja atuação restringia-se a campanhas de baixa eficácia. A carência de recursos – que não chegavam a 2% do PIB – colaborava com o quadro de penúria e decadência, com graves consequências para a saúde da população. Os habitantes das regiões metropolitanas, submetidos a uma política concentradora de renda, eram vítimas das péssimas condições de vida, que resultavam em altas taxas de mortalidade. Este quadro seria ainda agravado com a repressão política que atingiu também o campo da saúde. (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005, p. 61)

Diante disto, os sanitaristas passaram a perceber que as patologias mais recorrentes estavam intimamente ligadas às condições sociais que a população estava submetida. Portanto, as reivindicações não poderiam se limitar à construção de mais hospitais, à contratação de mais médicos ou ao aumento na oferta de atendimentos. Em vez disso, era crucial lutar por um quadro mais amplo de melhorias, que incluísse a resolução das causas subjacentes dessas enfermidades, ou seja, combater as condições de vida precárias e as desigualdades sociais.

Nesse sentido, as discussões que ocorriam nas universidades apontavam para uma relação causal entre o modelo socioeconômico, que era gerador de desigualdade social, e as condições de saúde dos brasileiros. Logo, podemos afirmar que esse modelo político passou a ser visto, por assim dizer, como gerador de doenças. Para promover melhorias na saúde, tornava-se imperativo implementar mudanças significativas nas condições sociais vigentes. Com isso, o Movimento de Reforma Sanitária (MRS) não se limitou a defender mudanças na assistência à saúde; lutou também contra o regime político que perpetuava esse desequilíbrio social.

Em diversos locais, especialmente nos Departamentos de Medicina Preventiva de algumas Universidades, foi possível promover discussões e estabelecer propostas de mudanças nos serviços de saúde e na organização sanitária do País numa perspectiva crítica e abrangente em termos do saber médico, uma vez que, essas discussões estabeleciam a correspondência das condições de saúde da população com as suas condições sócio-econômicas mais gerais, ouvindo e mobilizando as comunidades. (CONASEMS, 2007, p. 36)

Desta forma, ao invés de focar apenas na ampliação do acesso aos serviços de saúde, o Movimento Sanitário defendia que era necessário acontecer uma transformação profunda na conjuntura política. Assim sendo, para se ter uma mudança no quadro sanitário, seria preciso ocorrer uma mudança estrutural, envolvendo a base do sistema, já que a maioria das enfermidades e outros problemas da população estaria associada às condições socioeconômicas.

Nesse sentido, passou-se a perceber que as reformas necessárias não deveriam se restringir apenas ao setor da saúde, mas precisavam estar atreladas a um conjunto de reformas sociais mais profundas que culminavam na própria derrocada do governo ditatorial e no avanço da democracia, sem os quais a consolidação do direito à saúde seria inviabilizada (PAIM, 2008).

Portanto, o MRS adquiriu um caráter intelectual e político, alinhando-se à agenda de reformas sociais no contexto do processo de redemocratização do país. A democracia passou a ser vista como sinônimo de saúde. Não é por acaso que o lema “Democracia é Saúde” marcou a 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), ocorrida em 1986 em Brasília-DF, ocasião em que os ideais da Reforma Sanitária foram reafirmados e onde foi amadurecida a proposta de um sistema de saúde público e universal.

Desta forma, a queda do regime militar abriria novos horizontes para a melhoria de aspectos diretamente relacionados à saúde das populações mais pobres, que frequentemente eram ignorados e negligenciados. Problemas como a falta de saneamento básico, a fome e a miséria precisariam ser combatidos, pois não seria possível melhorar o quadro sanitário brasileiro sem enfrentar as principais causas associadas ao adoecimento e morte das pessoas em vulnerabilidade.

Nesse cenário, o movimento reformista da saúde adquiriu abrangência popular, contando com o apoio de diversos setores sociais, incluindo estudantes, professores universitários, profissionais da saúde, sindicalistas, setores da igreja católica, entre outros. Nesse contexto, o engajamento de múltiplos segmentos sociais conferiu ao movimento um caráter político, ultrapassando os limites do setor de saúde e transformando-o em um movimento social abrangente, que se uniu aos esforços na resistência contra o regime militar.

O sanitaria Sergio Arouca, em entrevista ao CONASEMS, exaltou a participação popular no processo de Reforma Sanitária. Ele ressalta a importância da criação de espaços democráticos, como as conferências de saúde, onde os cidadãos poderiam contribuir com ideias, debater propostas e formular diretrizes para as políticas públicas relacionadas à saúde. Essa abordagem participativa teria sido determinante para o surgimento do Sistema Único de Saúde (SUS), que se tornou um exemplo na América Latina.

O inédito em nosso trabalho é essa articulação que ninguém fez, aí ninguém fez mesmo. Não aconteceu na Educação, na Assistência Social, uma movimentação para fazer articulação entre a Universidade, o pensamento crítico, e a organização de serviços, a montagem de um projeto alternativo novo. Tanto assim que quando vem a redemocratização e fomos para VIII e para Constituinte [...] a coisa caminha para criação do SUS de maneira quase natural [...] Tivemos uma grande vitória, num primeiro momento, que talvez tenha sido até surpreendente, porque o texto que fala da Constituição foi o único que nasceu de uma emenda popular, com mais de cem mil assinaturas no Brasil inteiro. Eu tive o privilégio de apresentar essa emenda popular na Constituinte. O SUS nasceu, num primeiro momento, de base social, ao criar essa estrutura democrática, ter conferência, ter conselho. Não existe nada parecido com o SUS na América Latina. (CONASEMS, 2007, p. 55).

Esse contexto demonstra a relevância da mobilização coletiva em prol da luta pela universalização do direito à saúde e pela defesa dos princípios democráticos. Esse movimento foi responsável por expressar a indignação da sociedade perante as desigualdades sociais e à mercantilização da saúde.

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

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

pessoal na área da saúde (PAIM, 2008). Ambas atrelavam produção teórica ao engajamento político.

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

Não obstante, a Reforma Sanitária não deve ser entendida como um conjunto de mudanças ocorridas apenas no âmbito institucional e administrativo, cuja materialização geralmente se associa à democratização do acesso à saúde com a institucionalização do SUS (PAIM, 2008). Mas, configura-se como um processo amplo de transformações que extrapolam os limites de uma reforma setorial, perpassando pela própria concepção de saúde. O modelo assistencial se apoiava em uma determinada forma de se compreender o processo saúde-doença. Portanto, a superação do modelo hegemônico não poderia vir desvinculada de uma crítica à concepção que lhe fundamentava.

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

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

Portanto, percebe-se a necessidade de uma reforma geral no campo da saúde, em que a reorganização da atenção deveria vir acompanhada da crítica e superação da concepção de saúde até então hegemônica. Deste modo, para entendermos como a Saúde Coletiva busca superar o modelo biomédico, será importante recuperar as suas raízes históricas na Medicina

Social e na Medicina Preventiva. Em seguida, iremos refletir sobre a base teórica encontrada na sociologia marxista e a fundamentação teórica no conceito de determinação social da saúde.

## 4. OS PRESSUPOSTOS TEÓRICOS DA REFORMA SANITÁRIA

### 4.1. As raízes históricas da Saúde Coletiva: o “social” na saúde

A pretensa efetividade do modelo biomédico é colocada em xeque no Brasil nas décadas de 1970 e 1980, quando começa a dar sinais de esgotamento frente à grave crise social e sanitária testemunhada no país. Para Laurell (1983), este contexto de crise social, experimentado também por outros países da América Latina, foi um fator determinante para que alguns intelectuais da saúde percebessem as limitações do paradigma médico-biológico e buscassem formular um outro modelo explicativo.

Diferentes pesquisadores se aglutinaram a partir das críticas direcionadas à concepção biológica da doença e à prática clínica que lhe é correspondente, possibilitando assim o surgimento de um novo campo científico, que se tornou conhecido na América Latina como Saúde Coletiva. Esta se constituiu como um campo de conhecimentos e práticas, comprometido com a tarefa de superar o modelo médico clássico, a partir de um novo fundamento teórico, portanto a produção científica estava atrelada à luta política (PAIM, 2008).

Entre as diversas forças sociais de resistência à ditadura militar estava um grupo de pessoas com formação universitária, a maioria na área das Ciências Médicas e Biológicas, as quais, numa aproximação com as Ciências Sociais, passaram a compor, em meados da década de 70, os Departamentos de Medicina Preventiva e Social de algumas universidades brasileiras. Embora as universidades estivessem vivendo uma experiência de repressão ainda em meados dos anos 70, esses Departamentos constituíram-se num espaço de discussão da Saúde Pública estreitamente interligado com a questão social. (CONASEMS, 2007, p. 38-39)

Os teóricos deste campo encontraram nas Ciências Sociais, sobretudo na Sociologia Clássica, os subsídios necessários para a construção de uma análise crítica do modelo biomédico (IANNI, 2011). Esse modelo é visto como incapaz de dar respostas eficazes aos recorrentes problemas de saúde da região, justamente porque se baseia em uma perspectiva restrita, que considera apenas os fatores biológicos como causadores de doenças. Desta forma, a Saúde Coletiva incorpora outros fatores, além dos biológicos, na compreensão da saúde e da doença, pois parte do pressuposto que as doenças são multifatoriais.

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

Nesse sentido, os fatores sociais se tornaram fundamentais para a explicação dos problemas de saúde, principalmente quando se trata de países fortemente marcados pela desigualdade social, como é o caso do Brasil. Portanto, a doença passou a ser vista muito mais como um produto das condições socioeconômicas do que um evento exclusivamente biológico. No entanto, a consideração dos aspectos sociais em saúde não é uma ideia que surge com a Saúde Coletiva. A compreensão de que os fatores sociais desempenham um papel significativo na saúde remonta a séculos atrás.

Desde o século XIX, havia abordagens que consideravam os aspectos sociais na explicação da doença, devido principalmente ao surgimento de demandas importantes de saúde pública, decorrentes de transformações ocorridas na sociedade capitalista. Segundo Nunes (1994), a Saúde Coletiva encontrará suas raízes em duas destas abordagens, a Medicina social e a Medicina preventiva, não pelo alinhamento com estas perspectivas, mas pela ruptura com elas.

A Medicina Preventiva surge a partir de 1950 como crítica à medicina altamente especializada nos Estados Unidos, cuja prática demandava elevados custos. Assim, propõem-se mudanças no ensino médico das faculdades norte-americanas, com a inserção da noção de prevenção. Pretendia-se com isto provocar transformações na saúde pública, de modo que o médico seria o principal protagonista, por meio de sua conduta individual.

Para o sanitarista Sergio Arouca (1975), o preventivismo incorpora uma perspectiva ideológica de cunho liberal, que está associada à diminuição da intervenção do Estado na saúde pública. Isto porque atribui-se ao profissional médico, por meio de sua prática individualizada, a responsabilidade pela saúde dos indivíduos. A análise crítica do autor à Medicina Preventiva é o tema central de sua tese de doutorado intitulada “O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva”, que é considerada uma referência na Saúde Coletiva.

[...] um movimento ideológico que tinha como projeto a mudança da prática médica através de um profissional médico que fosse imbuído de uma nova atitude. Como projeto de mudança da prática médica, a medicina preventivista representou uma leitura liberal e civil dos problemas do crescente custo da



atenção médica nos EUA e uma proposta alternativa à intervenção estatal, mantendo a organização liberal da prática médica e o poder médico. (AROUCA, 1975, p. 177)

O preventivismo chega na América Latina na segunda metade da década de 1950, através dos seminários patrocinados pela Organização Pan-americana de Saúde (OPAS). Nestes seminários, recomendava-se a inclusão de novas disciplinas na formação médica como a epidemiologia, ciências da conduta (sociologia, antropologia e psicologia), administração de serviços de saúde e bioestatística (NUNES, 1994). Desta forma, procurava-se superar o ensino biologizante, orientado para as práticas individuais e para a área hospitalar, através da ampliação da formação médica.

Como apontou Schraiber (1989), essas propostas pretendiam uma reforma da prática médica, mas pressupunham que essa reforma seria alcançada pela formação do médico, como se cada médico em sua prática fosse o principal recurso transformador da forma de prestar assistência à população. Esse modo de olhar a reforma da prática médica foi bem caracterizado, como uma leitura liberal e individualizante das questões sociais, bastante próprio à cultura norte-americana relativamente ao papel do Estado na sociedade, por Arouca (2003) em publicação hoje considerada um marco para a Saúde Coletiva brasileira. (OSMO; SCHRAIBER, 2015, p. 208)

Embora o modelo preventivista leve em consideração aspectos sociais na compreensão das doenças, há um engessamento deles. Como resultado disto, há uma tendência à naturalização das doenças, o que contribui para mascarar as desigualdades produzidas pela organização social. Portanto, este modelo não se baseia em uma perspectiva crítica da sociedade, pois não problematiza a estrutura social como geradora das enfermidades e não reconhece a historicidade do processo de geração das doenças (SCOREL, 1999).

Segundo Arouca (1975), essa perspectiva falha ao ignorar os determinantes sociais, econômicos e estruturais relacionados à saúde de uma população. Ele ressaltou as falhas conceituais e metodológicas inerentes a esta prática médica quando aplicada à prevenção. A abordagem em questão não conseguia lidar efetivamente com questões complexas relacionadas à saúde pública.

O sanitarista argumentou que a Medicina Preventiva muitas vezes se concentra em intervenções a nível individual, como exames de rastreamento e promoção de hábitos saudáveis, enquanto negligencia questões estruturais e sociais que afetam profundamente a saúde das populações. Neste sentido, as ações propostas não envolvem mudanças estruturais, ao contrário se restringem a medidas atenuantes, que não tratam as raízes dos problemas sanitários.

No preventivismo, a responsabilidade pela saúde é repassada aos indivíduos, o que para os críticos desta abordagem se coaduna com a visão individualista, próprio da cultura norte-americana. Acreditava-se que a partir do conhecimento a respeito do funcionamento do seu corpo e das principais causas relacionadas às doenças, o indivíduo conseguiria moldar seu comportamento, evitando determinados hábitos considerados nocivos e reforçando aqueles considerados saudáveis.

Nesse sentido, o médico precisaria incorporar a educação sanitária à sua prática cotidiana. No trato com os seus pacientes, ele deveria enfatizar a importância da qualidade da alimentação, da periodicidade das refeições, da prática regular de atividade física ou de exercício físico. Esses são tidos como pilares fundamentais para a manutenção da saúde, funcionando como uma receita do que é necessário seguir para se alcançar um nível considerável de saúde.

Nesta noção, sobressai-se o entendimento de que a saúde é um fenômeno predominantemente biológico. É possível observar como a lógica explicativa baseada na causalidade linear orienta um determinado tipo de conduta. Neste raciocínio, o indivíduo se manteria saudável ao neutralizar as causas do adoecimento. Porém, isto não é determinante para a saúde dos indivíduos, considerando que a saúde não depende apenas de fatores individuais, de uma conduta a ser seguida. Sem falar que a forma como é feita a alimentação muitas vezes não depende da vontade do indivíduo, esbarrando em limitações econômicas e culturais.

Desta forma, contribui-se para a culpabilização dos indivíduos pelos problemas de saúde que porventura venham a enfrentar em sua vida, pois é introjetada a crença de que cada um pode ser responsável pela sua própria saúde. Esta lógica está presente inclusive nas orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a diminuição de custos dos países com seus sistemas de saúde, responsabilizando cada indivíduo pelo gerenciamento de sua própria saúde, dotando-lhe de conhecimentos básicos sobre medidas preventivas, para a adoção de um estilo de vida saudável.

Cabe ressaltar, aqui, o significado da perspectiva biológica fortemente presente na compreensão do conceito de “saúde”. O medicamento, ou qualquer outra fonte medicalizante de cura, só pode funcionar mediante o entendimento de que há em curso uma determinação biológica de causa e efeito. A própria noção de fatores de risco está atrelada a esta idéia. Em tal perspectiva, surgem análises reducionistas, as quais, por fim, leva à ação de “culpabilização” do indivíduo frente ao aparecimento de doenças que, em última instância, poderiam ter sido evitadas, ou ainda, à “naturalização” do processo de adoecimento. (PALMA; ESTEVÃO; BAGRICHEVSKY, 2003, p. 18)

O modelo preventivista pode ser caracterizado como uma abordagem ecológica da saúde, pois considera os fatores ambientais, sociais, econômicos e comportamentais que influenciam a saúde dos indivíduos. Porém, os aspectos sociais estão no mesmo patamar que os demais aspectos relacionados à saúde. Assim, a prevenção se faz a nível individual com base no conhecimento da história natural da doença, ao invés de abordar criticamente os fatores sociais.

Começa assim a delinear-se uma nova forma de discurso médico que recoloca os conceitos de saúde e doença dentro de uma perspectiva ecológica, amplia e define a responsabilidade médica em termos de estabelecer novas relações de trabalho, que se acham inscritos em uma evolução histórica da medicina, na procura incessante da realização de seus maiores objetivos. (AROUCA, 1975, p. 82-83)

A Medicina Social, por sua vez, também desempenha um papel importante na constituição da Saúde Coletiva. O surgimento da Medicina Social está intrinsecamente ligado à consideração aos fatores sociais e econômicos no âmbito da saúde, principalmente durante as transformações ocorridas nas condições de vida com o advento da industrialização no século XIX na Europa.

A industrialização e a urbanização em ritmo acelerado provocaram mudanças profundas na sociedade rural. Em um curto período, a configuração das cidades europeias se transformou radicalmente, especialmente na Inglaterra, onde foi o palco principal da Revolução Industrial. Pequenas cidades, antes habitadas por uma população dispersa no campo, passaram a atrair um grande fluxo populacional devido à concentração de indústrias.

Nas cidades industriais todas essas transformações foram mais visíveis. Estas passaram por um acentuado crescimento demográfico, sem possuir a devida estrutura para tanto, seja em relação a moradias ou serviços sanitários. Para exemplificar, Manchester, na Inglaterra, experimentou um notável crescimento populacional. No início do século XIX, a cidade, que era habitada por cerca de 70 mil pessoas, aumentou significativamente sua população, chegando a aproximadamente 300 mil habitantes, 50 anos depois.

As consequências do rápido aumento demográfico e da urbanização nas cidades industriais se tornaram visíveis, bem como trágicas. Houve um aumento assustador de vários problemas sociais e sanitários, tais como prostituição, suicídio, alcoolismo, infanticídio, criminalidade, violência e surtos de epidemias de tifo e cólera, que dizimaram parte da população.

A esperança de melhoria na saúde e na qualidade de vida, aguardada com expectativa durante o período de industrialização, infelizmente, só se concretizou para as parcelas média e alta da população. Enquanto isso, diversas pessoas se viram confrontadas com condições insalubres e desumanas, tanto em seus locais de trabalho quanto em suas moradias.

A atividade fabril engajou o trabalho de mulheres e crianças em jornadas de trabalho de pelo menos 12 horas diárias, sem direito a férias e folgas de feriado. Tais mudanças ocorridas no modelo de produção afetaram significativamente as condições de saúde dos indivíduos, acarretando o aumento de morbidades, sobretudo em decorrência das extensas jornadas de trabalho impostas, à insalubridade dos locais fabris e aos movimentos repetitivos, somando-se aos problemas provocados pela urbanização, como o acúmulo de lixo, falta de saneamento e condições precárias de moradia.

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

Diante do crescimento das cidades e o aumento das fábricas, os trabalhadores de baixa renda e das regiões periféricas passaram a necessitar de serviços essenciais e básicos. Começou a haver uma preocupação, por parte dos Estados nacionais, com as crescentes taxas de adoecimento entre os trabalhadores. Desta forma, tornou-se imperativo desenvolver ações sanitárias, inclusive dentro das fábricas, para impulsionar o crescimento econômico dos países.

O movimento da medicina social surge na Europa em consequência dos rápidos processos de industrialização e urbanização que se fazem acompanhar por considerável deterioração das condições de vida das classes trabalhadoras. (BARATA, 1997, p. 38)

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

A ideia de que a riqueza principal de uma nação era o seu povo, aliado ao dado objetivo de que o poder político era o poder dos exércitos, fez com que fosse necessário contar o povo e o exército, ou seja, o Estado. A medida do Estado era então estatística. O povo como elemento produtivo e o exército como elemento beligerante precisavam não apenas do número, mas também da disciplina e da saúde. (ALMEIDA-FILHO, 1989, p. 23)

Deste modo, a preocupação com a saúde das populações durante o período de industrialização está intrinsecamente ligada a interesses econômicos. Nesse contexto, as condições de saúde e bem-estar das pessoas eram influenciadas pelas necessidades da economia em crescimento. A busca por mão de obra saudável e produtiva, bem como a redução de custos com doenças e incapacidades, motivava a atenção à saúde pública e a implementação de medidas sanitárias. Essa interação entre saúde e economia moldou profundamente a história e o desenvolvimento das sociedades industriais.

As condições precárias de vida resultantes da urbanização, ao determinarem o aumento das doenças transmissíveis, tornam-se uma ameaça concreta de redução do contingente ainda insuficiente de mão de obra industrial. (EGRY; GARCIA, 2010, p. 86)

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

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

Nessa perspectiva, as Ciências Sociais, em especial a Sociologia marxista, fornecem o referencial teórico para o campo da Saúde Coletiva elaborar uma nova concepção do processo saúde-doença, o materialismo histórico-dialético. Fortalece-se a convicção de que as condições socioeconômicas de uma sociedade refletem diretamente na saúde da população. Com isso, as

desigualdades sociais e as condições de trabalho são tidas como determinantes no padrão saúde-doença. O debate teórico que foi fomentado no ambiente acadêmico, no interior das universidades, ressoou nas mobilizações em prol de mudanças nas políticas de saúde brasileiras.

#### **4.2. O conceito de Determinação Social da Saúde**

A compreensão do fenômeno da saúde, conforme defendida durante a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), baseia-se na noção de determinação social da saúde. Essa abordagem transcende a perspectiva restrita ao organismo biológico, pois considera outros determinantes no processo de adoecimento. Reconhece principalmente a importância que os aspectos sociais, políticos e econômicos desempenham nas condições de saúde da população (FLEURY, 2009a).

No entanto, ao contrário de outros modelos explicativos da saúde, como os da Medicina Preventiva e da Medicina Social, os fatores sociais não são considerados isoladamente. Apesar dessas duas abordagens considerarem a dimensão social em suas análises, elas não partem de uma leitura crítica da organização social instituída. Com isso, não tomam como pressuposto o fato de a sociedade capitalista ser geradora de iniquidades em saúde.

A construção dessa concepção crítica de saúde se origina das leituras da obra de Karl Marx (1818-1883) e no entendimento de seu método, o materialismo histórico-dialético. Embora em sua época não tenha recebido muita atenção no campo da saúde, hoje seu pensamento possui grande relevância. A teoria marxista ganhou força na América Latina, sobretudo no século XX, na chamada Epidemiologia Social e na Saúde Coletiva.

As bases teóricas que fundamentaram a construção deste projeto da reforma sanitária podem ser encontradas na revisão da concepção marxista do Estado e na elaboração de uma leitura crítica do campo da saúde coletiva. (FLEURY, 2009a, p. 746)

Marx é amplamente reconhecido como um dos maiores intelectuais do século XIX. Seu pensamento reverberou em várias áreas do conhecimento. Embora ele não tenha se autodenominado sociólogo, sua influência na Sociologia é inegável. Hoje, ele é considerado um dos autores clássicos desse campo, devido principalmente à sua análise crítica da sociedade capitalista.

Marx assistiu de perto o processo de industrialização e urbanização ocorrido na Europa, principalmente na Inglaterra, onde viveu durante boa parte de sua vida. Com isto, pôde testemunhar os impactos e as consequências desastrosas que a forte industrialização e urbanização tiveram nesta nova sociedade, que estava em pleno desenvolvimento. Ele percebeu que as mudanças ocorridas no modo de produção capitalista provocaram profundas transformações no modo de vida das pessoas.

A preocupação de Marx não era apenas com os problemas sociais próprios do capitalismo, como a pobreza e desigualdade social, mas principalmente com o tipo de ser humano que nos tornamos nesta sociedade, um ser objetificado e alienado. Portanto, não se trata de compreender a sociedade de uma forma mecânica, pois os aspectos econômicos isoladamente não determinam o ser humano, sobretudo porque o autor defende a existência de uma relação dialética entre o modo de produção e a construção da própria essência humana (MARX; ENGELS, 1991).

No pensamento marxista, o homem é produto da sua ação transformadora da realidade, que se dá por meio do trabalho. Com isso, Marx se distancia de toda tentativa de definir o homem por uma essência separada da história (*a priori*), seja por uma via racional ou por uma perspectiva teológica. Portanto, as condições históricas e materiais de existência vão ser fundamentais para compreender o ser humano, pois ele é produto de uma relação dialética.

O materialismo dialético marxista, por sua vez, considera que o estudo de um fenômeno demanda compreender sua inserção na realidade concreta de que é parte, e não a sua abstração, como se fosse independente dela. Dessa perspectiva, não é a ação isolada de variáveis que determina o fenômeno. Tampouco o somatório de variáveis quaisquer, como se de um lado existisse um fato e, de outro, um conjunto de forças que, uma a uma, se imprimissem nele e, por seu somatório, o determinassem. Os fenômenos se constituem e transformam a partir de múltiplas determinações que lhes são essenciais. Elas fazem parte dele, e são também determinadas por e constituintes de outras relações, de tal forma que qualquer fenômeno é parte de uma totalidade que o contém e determina. (BARATA, 1997, p. 35)

O método dialético marxista reconhece a estrutura contraditória do real, ou seja, entende o movimento da realidade pelo antagonismo. Os fatos não são átomos, mas pertencem a um todo dialético e, como tal, fazem parte de uma estrutura dinâmica. Desse modo, todos os fenômenos da natureza ou do pensamento encontram-se em relação de reciprocidade, não podendo ser compreendidos isoladamente, fora das circunstâncias em que são determinados.

O materialismo histórico é a teoria que explica a história por fatores materiais, sejam eles econômicos, técnicos ou científicos. A história não se explica pela ação consciente dos

indivíduos ou pela intervenção divina, como até então era admitido. No lugar das ideias estão os fatos materiais; no lugar dos heróis individuais está a luta de classes. Embora possamos tentar definir o ser humano pela consciência, pela linguagem ou pela religião, o que fundamentalmente o caracteriza é o modo pelo qual produz sua existência a partir das condições materiais (MARX; ENGELS, 1991).

Friedrich Engels (1820-1895), principal parceiro intelectual de Marx, em sua obra clássica intitulada “A situação da classe trabalhadora na Inglaterra”, aborda a condição de vida dos trabalhadores da indústria na Inglaterra do século XIX. Ainda que a saúde pública não seja o foco central da obra, o autor descreve as precárias condições de saúde dos trabalhadores, que na sua análise são reflexo direto das suas condições de trabalho. Esse foi um dos primeiros estudos a considerar a classe social como determinante para as condições de saúde.

O desgaste da classe trabalhadora deteriorava profundamente as suas condições de saúde, conforme mostra Engels em *As condições da classe trabalhadora na Inglaterra*, escrito em 1844, e constituindo talvez o primeiro texto analítico da epidemiologia crítica, já que os demais eram predominantemente descritivos, apesar de relacionar a doença ao contexto social mais amplo. (EGRY; GARCIA, 2010, p. 87)

Engels observou na Inglaterra uma realidade que se tornou característica marcante dos países europeus que passaram pelo processo de industrialização. A maioria dos trabalhadores das fábricas vivia em condições insalubres, em habitações superlotadas e sem ventilação adequada, sem falar nos sérios problemas urbanos, como falta de saneamento básico, tratamento de esgoto e coleta de lixo. Segundo ele, isso estaria relacionado a uma série de doenças, incluindo tuberculose, pneumonia e outras doenças respiratórias.

Além disso, Engels descreveu o trabalho nas fábricas como extremamente exaustivo, com longas horas de trabalho, ausência de dias de descanso e falta de medidas adequadas de proteção à saúde e segurança dos trabalhadores. Isso resultava em acidentes frequentes, amputações e outras lesões corporais. Ele também apontou que os trabalhadores não tinham acesso a cuidados médicos adequados, devido à sua baixa renda e falta de seguro saúde. Como resultado, muitas doenças e lesões eram negligenciadas, levando a condições crônicas e incapacitantes.

Apesar de Marx não ter desenvolvido nenhum estudo específico no campo da saúde, seu pensamento exerceu grande influência nos estudos deste campo. A partir dessa ótica, a saúde e a doença serão compreendidas também como produto da história. É nesse sentido que os aspectos econômicos, sociais, políticos e ideológicos serão tomados como determinantes na



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

O pensamento sociológico marxista possibilitou, portanto, a compreensão de que as condições de vida e trabalho estão diretamente ligadas à saúde e bem-estar. Isso significa que as desigualdades sociais e econômicas, bem como as relações de poder e as condições de trabalho, podem afetar negativamente a saúde da população.

A abordagem crítica, desenvolvida na América Latina, foi fundamental para entender as desigualdades em saúde existentes na região. A maioria dos países latino-americanos enfrentava grandes desafios relacionados à pobreza, desigualdade social, discriminação e exclusão social. Logo, acredita-se que esses fatores têm um impacto significativo no adoecimento das populações.

Nesse sentido, a epidemiologia latino-americana e a Saúde Coletiva encontraram no materialismo histórico e dialético o subsídio teórico necessário para compreender a saúde como reflexo da produção e reprodução social (PAIM, 2008). Assim, aspectos como o trabalho, renda, habitação, meio ambiente, transporte e nutrição, passaram a ser considerados determinantes para o adoecimento, principalmente se tratando de uma região marcada pelas desigualdades e mazelas sociais históricas.

O segundo movimento surge nos países subdesenvolvidos, mais especificamente na América Latina, em um momento de profunda crise econômica e social na qual se evidencia uma intensa repressão política e ideológica. Renasce o interesse pela determinação social do processo saúde-doença, em um movimento denominado “epidemiologia social”, por pretender explicar com elementos científicos as verdadeiras causas das condições de vida e de saúde da grande maioria das populações dessa região que, nesse momento, são comparáveis ou talvez piores do que aquelas existentes em países europeus no século XIX. (EGRY; GARCIA, 2010, p. 92)

Desse modo, o pensamento marxista exerceu grande influência na construção teórica do Movimento Sanitário. Contribuiu especialmente para a percepção da relação entre fatores sociais e econômicos e as condições de saúde dos grupos populacionais. O materialismo histórico-dialético se tornou o principal referencial teórico para a elaboração da crítica ao modelo explicativo unicausal da doença, do paradigma biomédico, e ao modelo multicausal, da epidemiologia clássica.

Na década de 1970, os intelectuais do campo da chamada Epidemiologia Social na América Latina formularam o conceito de determinação social da saúde, tornando-se o principal

fundamento teórico da Reforma Sanitária Brasileira. Destacam-se os trabalhos de Jaime Breilh e Edmundo Granda, no Equador, e Asa Cristina Laurell, no México. No Brasil, Cecília Donnangelo e Sérgio Arouca foram os pioneiros na construção de um pensamento social em saúde, com os trabalhos intitulados “Saúde e Sociedade” e “Dilema Preventivista”, respectivamente.

A chamada Epidemiologia Social ou Epidemiologia Crítica se opõe à Epidemiologia Clássica, a qual é frequentemente associada a uma abordagem funcionalista e positivista. A Epidemiologia Clássica tem suas origens no século XIX e início do século XX, quando se ocupava principalmente em desenvolver estudos que pudessem subsidiar os trabalhos para controlar surtos epidêmicos. Para tanto, buscava-se identificar os principais fatores causadores das doenças, estabelecendo relações causais entre os eventos.

Na perspectiva sociológica funcionalista, a sociedade constitui um todo coeso, composto por partes interdependentes, cada uma desempenhando funções específicas para a manutenção do todo orgânico. De maneira similar, a epidemiologia clássica simplifica as relações de causalidade, buscando identificar uma variável específica que seja a causa de um resultado particular.

O que se deduz é que, apesar de se voltar para o social, a epidemiologia [clássica] passa a se fundamentar nos mesmos paradigmas estabelecidos para as ciências biológicas, baseando-se na naturalização dos fenômenos sociais. (EGRY; GARCIA, 2010, p. 90)

A epidemiologia clássica se baseia na noção de causalidade linear, ou seja, busca identificar fatores específicos que causam doenças em indivíduos. Essa abordagem se alinha com a visão funcionalista de que cada parte do sistema desempenha uma função específica, naturalizando o processo de adoecimento. A crítica que é dirigida a esta abordagem se deve ao fato de ela ter se baseado em uma lógica semelhante à perspectiva biologicista, que reduz o fenômeno e busca isolar as suas causas.

A argumentação partiu especialmente da crítica à abordagem positivista inscrita no modelo da história natural da doença, que interpretava o processo de adoecimento a partir de uma perspectiva 'naturalizada', centrada na causalidade linear e marcadamente biologicista. A abordagem sugerida pela corrente médico-social fundou-se, então, na recolocação da problemática da relação entre o processo social e o processo biológico, a partir da perspectiva da 'determinação'. Compreendeu a produção das doenças no plano da coletividade e construiu uma análise científica dos processos que operam como determinantes destas, por meio da ampliação da explicação do princípio da causalidade. (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017, p. 64)

Dessa forma, essa visão funcionalista tem sido criticada por negligenciar os determinantes sociais e estruturais da saúde. Neste modelo, ocorre um determinismo estrutural estático, sem incluir a historicidade da doença, conseqüentemente esta visão contribuía para a manutenção da ordem capitalista vigente, ao passo que não problematiza os processos sociais gerais que determinam o fenômeno da saúde.

Se no modelo biomédico a saúde é explicada pela lógica da unicausalidade, na epidemiologia clássica adota-se a multicausalidade. Apesar de distintas, ambas as perspectivas são vistas como reducionistas, pois se baseiam na lógica formal, característica da ciência moderna. A identificação das causas torna possível a predição de eventos futuros, significa dizer que, um evento que aconteceu pela ação de determinada causa no passado voltaria a ocorrer no futuro de forma semelhante, mediante a ação da mesma causa.

Os teóricos da Saúde Coletiva e da Epidemiologia Social buscaram se distanciar das explicações baseadas na lógica da causalidade, substituindo pela noção de determinação. Nesse modelo explicativo, considera-se a multifatorialidade (trabalho, habitação, meio ambiente, etc.) no processo de compreensão do desenvolvimento de doenças, porém esses diversos fatores não são tratados como causas e sim como determinantes, pois não é possível dissociá-los.

A noção de causa, baseada no paradigma positivista, pressupõe uma relação de linearidade e universalidade. Assim, a causa vai reproduzir sempre a mesma consequência, mesmo que em situações diferentes. É algo externo, que pode ser delimitado, baseando o seu conteúdo explicativo, na lógica formal. A noção de determinação, ao contrário, pressupõe uma relação dialética entre dois fenômenos não reproduzíveis igualmente em diferentes condições. Englobando a causa, trabalha com a dialética da externalidade e da internalidade dos fenômenos. Pressupõe a realidade em um movimento sujeito a leis, estabelecendo uma relação entre o geral, o particular e o singular. (EGRY; GARCIA, 2010, p. 101)

No modelo da determinação social, os fatores sociais são abordados de forma integrada. Isso implica reconhecer que não podemos considerá-los isoladamente, à parte de suas interconexões com outros elementos que compõem a totalidade. Portanto, nessa perspectiva, a saúde e a doença são consideradas como resultado da produção e reprodução social, em um processo que concorrem fatores múltiplos. Isso possibilita uma compreensão mais ampla do processo saúde e doença.

Nessa abordagem, percebe-se um claro deslocamento no enfoque interpretativo da saúde. Antes centrado em um olhar reducionista, o foco agora se amplia para compreendê-la

como um fenômeno determinado socialmente. Portanto, há uma primazia do coletivo em relação ao individual na interpretação do processo saúde-doença. A saúde e a doença se inserem nos processos de produção e reprodução da vida humana. Os processos sociais que geram as desigualdades sociais são os mesmos que têm consequências deletérias para a saúde de grupos específicos.

A reprodução social é a categoria que nos permite sistematizar o estudo dos condicionantes diretos da qualidade de vida dos membros de uma certa coletividade ou de suas classes sociais. [...] serve como um elo teórico-metodológico que permite ligar as determinações estruturais e gerais com as condições que mais diretamente modelam o perfil de saúde-doença do setor social que estiver sob análise, numa certa etapa do seu processo histórico. (BREILH, 1991, p. 209)

Deste modo, as condições de saúde de uma população não são entendidas apenas por fatores biológicos ou individuais, mas sobretudo pelas estruturas sociais que modelam o perfil saúde-doença das populações. Essas condições estão intrinsecamente ligadas a desigualdades sociais, acesso a recursos, educação, emprego, moradia e outros aspectos que afetam diretamente a qualidade de vida das pessoas (BREILH, 1991). Portanto, o campo da saúde requer uma análise abrangente e uma abordagem que leve em consideração os diversos determinantes que afetam a saúde das pessoas, visando o desenvolvimento de estratégias mais eficazes.

Neste modelo explicativo, o objeto de estudo é o processo saúde-doença, que se manifesta coletivamente. As doenças não atingem as pessoas da mesma forma; alguns grupos estão mais suscetíveis a serem acometidos por determinadas enfermidades do que outros. Desta forma, o conceito marxista de classe social emerge como um marcador fundamental no paradigma da produção social da saúde, principalmente a partir de sua incorporação nos estudos epidemiológicos na América Latina.

O conceito de classe social ocupa um lugar central na obra de Marx. Para o autor, o homem é produto da história, significa dizer que ele próprio produz a si mesmo, mas para tanto depende das condições materiais existentes. Alguns indivíduos compartilham das mesmas características em relação ao modo como produzem suas vidas, pois ocupam a mesma posição no sistema produtivo, na divisão social do trabalho, relacionam-se da mesma forma com os meios de produção, e possuem as mesmas aspirações, logo constituem uma classe social (BARATA, 2009).

O conceito de classe social é abrangente, envolvendo inclusive os aspectos políticos e ideológicos. Nesse sentido, de acordo com Lombardi *et al.* (1988), há uma dificuldade de operacionalizar o conceito marxista de classe social em virtude de sua complexidade. Desta forma, alguns aspectos se sobressaem nas análises das pesquisas epidemiológicas, especialmente os aspectos econômicos.

O conceito de classe engloba, portanto, diferentes instâncias (econômica, jurídico-política e ideológica) que compõem o todo social. As limitações impostas pela técnica de entrevistas através de questionários e as dificuldades metodológicas de delinear indicadores confiáveis sobre a consciência e a prática política das classes tornam praticamente impossível a tarefa de operacionalizar o conteúdo integral do conceito, obrigando a restringir o mesmo ao nível da instância econômica. (LOMBARDI *et al.*, 1988, p. 253-254)

No entanto, apesar de ser considerado difícil de operacionalizar o conceito de classe social nos estudos do campo da saúde, ele tem se mostrado um instrumento teórico de análise fundamental neste modelo. O conceito permite congrega diversas variáveis, o que é de grande valia na explicação do processo saúde-doença.

Embora difícil de operacionalizar, pois a decomposição das dimensões do conceito em variáveis e sua reagregação para compor as classes empíricas exijam um conjunto amplo de questões, o conceito de classe é visto como capaz de apresentar um grande potencial explicativo exatamente por condensar em si tantas dimensões. (BARATA, 2009, p. 25)

Tal modelo propõe que a saúde e a doença são resultado de fatores econômicos e sociais, logo, a classe social do indivíduo seria o fator determinante para o adoecimento, sobressaindo-se em relação a fatores biológicos. Isto é, foi proposto que a depender das condições sanitárias de onde o indivíduo mora, da sua forma de alimentação e outros fatores como o trabalho, tornariam uma pessoa a ser mais propensa a contrair certa doença.

A determinação dos fenômenos de saúde de uma coletividade mostra que eles são a expressão dos processos ou modos de devir dos fatos fundamentais da sociedade em geral, bem como dos que correspondem aos modos de vida específicos dos grupos (classes, etnicidades, gêneros) e dos que fazem parte do movimento das pessoas e suas famílias, com seus estilos de vida. Nesse processo de determinação, já explicamos que esta se move em duas direções: de gênese (que vai do particular para o geral) e de reprodução (que vai do geral para o particular). (BREILH, 2006, p. 260)

Neste contexto, o modelo explicativo da saúde, baseado no conceito de determinação social, abrange uma perspectiva multifatorial do processo saúde-doença. Isso envolve considerar diversos determinantes e condicionantes interatuantes na saúde dos indivíduos, os quais atuam em diferentes níveis e estão correlacionados, desde os processos gerais até os processos particulares.

Assim, entende-se que são diversos os fatores que incidem sobre grupos específicos e indivíduos determinando as suas condições de saúde. Os condicionantes podem se situar em um nível mais geral, como as condições políticas e econômicas, assim como em um patamar mais individualizado como os estilos de vida e processos fisiológicos, mas nenhum deles atuam isoladamente.

[...] a saúde-doença, tanto a coletiva quanto a dos indivíduos, é uma parte do todo social, e os fenômenos epidemiológicos que observamos nesta parte, num dado momento, são dimensões da realidade com história e futuro. A parte (objeto saúde-doença) é produto de sua própria história e da história do todo, o qual subordina o movimento da parte. (BREILH, 1991, p. 202).

Nesse sentido, a abordagem em questão considera a saúde e a doença sobretudo como reflexo das condições econômicas e sociais, tais aspectos estão relacionados com os fatores biológicos, porém os aspectos sociais se sobressaem. Os intelectuais da Saúde Coletiva se preocupam em analisar as relações entre a saúde e as condições sociais e econômicas, bem como em propor políticas e ações que visem a promoção da saúde e a redução das desigualdades sociais.

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

A incorporação à base jurídico-legal do SUS de uma concepção ampliada de saúde, que incluiu os condicionantes econômicos, sociais, culturais e bioecológicos, e uma visão abrangente e integrada das ações e serviços de saúde, busca superar a visão dominante de focar a saúde pela doença, sobretudo nas dimensões biológica e individual. Sem negar o peso e a importância das doenças na configuração de sistemas de saúde e na conseqüente oferta de ações, o entendimento ampliado sobre a produção da

saúde apresenta uma série de novos desafios ao sistema de saúde brasileiro, exigindo-lhes novas concepções e modos de operação. (VASCONCELOS; PASCHE, 2006, p. 532)

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

## 5. AS LIMITAÇÕES DO CONCEITO DE DETERMINAÇÃO SOCIAL DA SAÚDE

A Saúde Coletiva emergiu no Brasil nas décadas de 1970 e 1980 enquanto campo de produção de conhecimento e práticas (PAIM, 2008). Desenvolveu-se no interior das universidades como um movimento intelectual, congregando profissionais de diferentes áreas da saúde, em torno de um projeto de reestruturação da política sanitária brasileira, que incluía a releitura crítica do conceito hegemônico de saúde.

A reflexão crítica sobre as bases conceituais da saúde, que acontecia no ambiente acadêmico, ganhou as ruas e adquiriu caráter político. Tornou-se o substrato teórico necessário para impulsionar o movimento, composto por diferentes atores sociais, que lutava por reformas no setor. A Reforma Sanitária Brasileira (RSB), como convencionou-se chamar este processo, ocorreu em um contexto de redemocratização do país, baseando-se no entendimento que a saúde e a doença são fenômenos produzidos socialmente.

A Saúde Coletiva se apropriou do materialismo histórico-dialético de Karl Marx para repensar as bases conceituais do campo, chegando à formulação do conceito de determinação social da saúde. Não há dúvidas de que essa abordagem trouxe significativas mudanças na forma de entendermos o processo saúde-doença. Em contraste com a perspectiva biomédica, que se limita à consideração dos fatores biológicos, ampliou-se a compreensão do fenômeno, ao reconhecer a multiplicidade de fatores intervenientes, especialmente os aspectos sociais.

A fundamentação teórica na sociologia marxista contribuiu para incorporação da dimensão social em saúde. Embora relevante, isso não é considerado inédito. Outras perspectivas anteriores, como a Medicina Social, a Medicina Preventiva e a Epidemiologia Clássica, já reconheciam a importância dos fatores sociais na explicação do adoecimento. No entanto, alguns críticos argumentam que estas abordagens não problematizaram devidamente a organização social nos processos de saúde e doença. Em outras palavras, não responsabilizaram adequadamente a estrutura social pela produção das desigualdades em saúde (AROUCA, 1975).

Desta maneira, podemos afirmar que o modelo da determinação social da saúde surge a partir de um movimento de ruptura em relação a outras abordagens preexistentes. De um lado rompe com a concepção biologicista, devido às suas reconhecidas limitações na compreensão da saúde, de outro lado rompe com os modelos multicausais da doença, que, apesar de considerarem a dimensão social, baseiam-se em perspectivas acríticas da sociedade.



No entanto, a nosso ver, o paradigma da determinação social ainda apresenta algumas limitações na compreensão do fenômeno da saúde. Essas limitações se devem principalmente aos princípios epistemológicos nos quais se baseia, mas não se restringem apenas ao âmbito teórico; elas também trazem implicações nas intervenções em saúde e na organização dos serviços. Acreditamos que essa pode ser a chave para compreender a dificuldade em superar as características do modelo biomédico.

A maioria das especialidades e profissões de saúde trabalha com um referencial sobre o processo saúde e doença restrito. Predominam os filiados à racionalidade biomédica, o que os leva a pensar e a agir segundo essa perspectiva restrita. Outros tendentes a valorizar o social na explicação desse fenômeno também geram soluções restritas a essa linha de intervenção. (CAMPOS; DOMITTI, 2007, p. 405)

A abordagem em questão não conseguiu superar problemas importantes, como a dualidade entre o biológico e o social, assim como o abismo existente entre os enfoques individual e coletivo. Apesar de diferir em grande medida do modelo biomédico, essa perspectiva ainda se orienta por uma visão reducionista do processo saúde e doença, pois não abandona o modelo científico clássico quando rejeita a ideia de causalidade e incorpora a noção de determinação.

Ainda que diversos pesquisadores da Saúde Coletiva tenham realizado análises críticas relevantes sobre o processo de Reforma Sanitária, especialmente no que diz respeito aos desafios enfrentados para a concretização dos ideais concebidos, boa parte dessas análises não se aprofundou nos fundamentos teóricos subjacentes a esse campo. O conceito de determinação social continua sendo amplamente defendido na literatura acadêmica, mesmo com o surgimento de novas abordagens (NOGUEIRA, 2010). O referencial teórico marxista também não foi abandonado, ao contrário disso, é possível observar muitos autores reforçando a necessidade de retomar as contribuições do sociólogo alemão.

Em 2010, o CEBES organizou um seminário em Salvador para discutir o conceito de determinação social. A partir das contribuições de eminentes pesquisadores que participaram do evento, surgiu um livro. Nogueira (2010), organizador desse livro, enfatiza a pertinência da noção de determinação social nos estudos na área da saúde e os esforços que têm sido empreendidos para resgatar o referencial teórico marxista na compreensão de questões contemporâneas.

O sucesso desse tipo de investigação não depende necessariamente do uso de métodos estatísticos, mas da capacidade analítica de articular adequadamente uma multiplicidade de determinações que têm por base alguma teoria especificamente social da saúde e, portanto, que seja própria do homem. Parte desse esforço analítico em relação aos estudos de determinação social está dirigida justamente a retomar a contribuição do marxismo para entender fenômenos que são peculiares aos modos de trabalho e de vida da sociedade contemporânea. (NOGUEIRA, 2010, p. 9)

A fundamentação teórica no conceito de determinação social não possibilitou a superação do modelo fragmentado, conforme observado nos recorrentes relatos na literatura, apresentados no primeiro capítulo deste trabalho. Portanto, julgamos ser necessário retomar a reflexão sobre o processo de Reforma Sanitária, preocupação compartilhada por diversos autores, sobretudo para revisar suas bases teóricas, no sentido de avançarmos com a Reforma.

A reflexão sobre o conceito de determinação social voltou à tona recentemente na Revista Cadernos de Saúde Pública, com o debate entre Cecília Minayo, Aurea Ianni, Naomar Almeida-Filho e Jaime Breilh, autores importantes que divergem em relação à adoção deste referencial no campo da saúde. A controvérsia observada neste debate, que retomaremos adiante, demonstra que não há um consenso na literatura sobre a abordagem, muito menos trata-se de um assunto encerrado.

Ao trazer à baila as limitações do modelo pautado na determinação social, não queremos em hipótese alguma diminuir ou desconsiderar sua contribuição para o campo da saúde. Porém, acreditamos ser necessário refletir sobre os pressupostos teóricos que orientaram o processo de Reforma Sanitária, a fim de avaliarmos se houve de fato uma mudança paradigmática no campo da saúde.

Interessante lembrar que recuperar a história e desvendar sua composição interna (*epistémé*) tem sido uma das preocupações presentes em diversos trabalhos e análises que vêm acompanhando a própria construção da Saúde Coletiva no Brasil. Esse esforço tem estado presente desde os anos 80 e se estende até a atualidade, buscando fornecer os elementos que configurem nossa identidade e revelem quem somos, onde nos situamos, o que fazemos, quais os produtos de nossas práticas. (NUNES, 2005, p. 14)

## **5.1. Entre o biológico e o social**

O campo da Saúde Coletiva adota uma concepção de saúde distinta daquela que era comumente praticada no campo da saúde; uma concepção que não limita sua compreensão aos aspectos biológicos. Ao incorporar o conceito de determinação social, distancia-se da concepção biomédica, que reduz o fenômeno da saúde a aspectos biológicos e individuais. O biologicismo desconsidera a historicidade da saúde e da doença.

O entendimento de que a saúde e a doença na coletividade não podem ser explicadas exclusivamente nas suas dimensões biológica e ecológica, porquanto tais fenômenos são determinados social e historicamente, enquanto componentes dos processos de reprodução social, permitia alargar os horizontes de análise e de intervenção sobre a realidade. (PAIM, 1997, p. 13)

A fundamentação teórica no conceito de determinação social da saúde permitiu à Saúde Coletiva a crítica ao modelo centrado no indivíduo e no organismo biológico. Ampliou-se, com isto, a compreensão sobre a saúde, deslocando o foco da esfera biológica para os determinantes sociais. Portanto, trata-se de uma perspectiva social e histórica do fenômeno, que reconhece suas múltiplas determinações.

No entanto, isso não significa ignorar os aspectos biológicos, ao contrário, com a formulação do conceito de processo saúde-doença, buscava-se superar essa polaridade. O próprio termo processo pressupõe uma dinâmica de produção da saúde e da doença, que não pode ser entendida pela análise de variáveis isoladamente. Assim, passa-se a considerar que a saúde não pode ser abordada sem a compreensão de que o biológico e o social estão imbricados.

As principais mudanças foram a substituição da noção de causalidade biológica pelo conceito de determinação social, e a formulação do conceito de processo saúde-doença, que propõe a superação dessa polaridade tendo em vista a complexidade desses estados. Com o conceito de determinação social, incorporou-se o princípio da historicidade - política, econômica e cultural -, necessário a qualquer disciplina que se proponha a trabalhar com seres humanos em sociedades; permitiu, também, superar o pensamento linear causal, de bases funcionalistas, abrindo espaço para a compreensão dos contextos complexos e contraditórios. (IANNI, 2008, p. 25-26)

Desta forma, o paradigma da determinação social busca equacionar a relação problemática existente entre as dimensões biológica e social na compreensão do processo saúde e doença. Breilh (2010) defende uma visão integrada, considerando tanto os aspectos biológicos quanto os sociais como partes pertencentes a uma mesma totalidade. O autor se baseia em uma perspectiva dialética na compreensão da saúde. Com isso, as partes que compõem a totalidade não podem ser analisadas fora das relações estabelecidas, pois são instâncias indissociáveis.

La salud humana y los ecosistemas son objetos que incluyen procesos de carácter biológico socialmente determinados. Cuando pensamos sobre dicha determinación social de la salud, si queremos cuidar una perspectiva dialéctica que no recaiga ni en el determinismo biológico ni en el determinismo histórico, tenemos que trabajar las relaciones ‘social-biológico’ y ‘sociedad-naturaleza’, de tal manera que ninguna de las partes pierda su presencia en la determinación (BREILH, 2010, p. 100).

O autor afirma que não há um determinismo biológico ou social, pois, as duas dimensões se fazem presentes nos processos de determinação da saúde e da doença. No entanto, logo na sequência do texto, Breilh (2010) demonstra um posicionamento diferente sobre a relação biológico-social. O autor afirma que os processos biológicos se desenvolvem de forma subordinada ao social, demonstrando que na sua concepção os aspectos biológicos desempenham um papel secundário.

[...] cambio permanente del patrón de transformaciones mutuas que se establece entre aquellos y el ambiente, pero en este cambio incide la determinación social; eso es lo que queremos decir al sostener que lo biológico se desarrolla bajo subsunción a lo social (BREILH, 2010, p. 101).

Nesse sentido, apesar de os autores mencionarem que o paradigma da determinação social engloba os aspectos biológicos na compreensão do processo saúde-doença, não fica claro como essa articulação é feita. A ênfase nos aspectos sociais acaba se sobressaindo, fundamentalmente nas condições sociais de produção, como é facilmente observado nos principais partidários desta abordagem.

A determinação social da saúde, em linhas gerais, se estabeleceu como a forma de entender a saúde para além da seara biológica, mas apreendendo o caráter dialético que possui. No interior de uma relação indissociável entre aspectos biológicos e sociais (nestes, inclui-se aí aspectos culturais, políticos etc.), a saúde humana ganha seus contornos individual e coletivamente, transitando em vários níveis e de diversas formas, **dependendo das relações sociais estabelecidas, em especial as relações sociais de produção** [grifos nossos]. (SOUZA, 2020, p. 176)

Na mesma linha, Laurell (1983) revela a existência de uma hierarquia distinta, em que o social ocupa um lugar privilegiado. A autora entende que os processos de determinação ocorrem em duas direções, uma que vai do particular para o geral, e outra do geral para o particular. Porém, há uma dificuldade de analisar os processos particulares e uma tendência a considerar os gerais.

[...] o vínculo entre o processo social e o processo biológico saúde-doença é dado por processos particulares, que são ao mesmo tempo sociais e biológicos. Por exemplo, o modo concreto de trabalhar, cujo caráter social é evidente, é ao mesmo tempo biológico, pois implica em determinada atividade neuromuscular, metabólica etc. [...] Este modo de entender a relação entre o processo social e o processo saúde-doença aponta, por um lado, o fato de que o social tem uma hierarquia distinta do biológico na determinação do processo saúde-doença. (LAURELL, 1983, p. 156)

Vale destacar no trecho citado a forma como Laurell (1983) esclarece a sua concepção com o exemplo do trabalho. Ela alega que os processos particulares são ao mesmo tempo sociais e biológicos, exemplifica que no trabalho há uma correlação entre a atividade que o trabalhador desempenha e as atividades neuromusculares e metabólicas que ocorrem em seu organismo. Em outras palavras, a depender da atividade laboral, que é socialmente determinada, o indivíduo terá processos metabólicos específicos. Observa-se, neste exemplo, como os processos biológicos ocorrem de forma condicionada aos processos sociais.

Percebemos também que a forma como se produz conhecimento sobre a esfera biológica não foi problematizada. O modelo da determinação social reconhece a incompletude do paradigma biologicista, pois tem um objeto estritamente delimitado, mas não contesta a forma como produz conhecimento. Destacou-se reiteradas vezes a limitação deste, por centrar-se no âmbito individual. Porém, os fundamentos epistemológicos dessa forma de se produzir conhecimento não foram colocados em questão.

Para ilustrar a dificuldade mencionada, utilizamos como exemplo o estudo conduzido por Martins *et al.* (1987) em São Paulo sobre a anemia ferropriva. Os autores se embasaram nas proposições de Breilh e Laurell, os quais afirmam que cada formação social possui um perfil patológico específico. O conceito expressa a visão de que a doença é uma produção social, possuindo historicidade e especificidade, pois, como defendem os autores, os processos sociais e biológicos são indissociáveis.

Este conceito, que permite relacionar, a nível do conhecimento existente, estruturas epidemiológicas de morbidade e mortalidade a estruturas sociais definidas, parece sustentar, de maneira objetiva, a existência de processos particulares definidores dos vínculos presentes entre o processo social e o processo biológico saúde-doença, processos esses tidos ao mesmo tempo como sociais e biológicos. (MARTINS *et al.*, 1987, p. 74)

Os autores (MARTINS *et al.*, 1987) observaram que a anemia ferropriva apresenta características específicas quando analisado o contexto socioeconômico. Nas classes sociais

mais baixas, a ocorrência da patologia não está exclusivamente relacionada à quantidade de ferro ingerido. Outros fatores desempenham um papel significativo, como os inibidores da absorção desse nutriente. Esses inibidores podem ser provocados pelas parasitoses intestinais, que são prevalentes em regiões com saneamento básico precário.

A importância de se considerar na Saúde Pública a problemática da saúde e da enfermidade não de forma isolada mas no contexto de um sistema produtivo mais amplo, gerador de processos específicos determinantes da mesma, fica evidente no caso da anemia ferropriva. Observa-se, de maneira específica, que as condições para a ocorrência dessa carência estão atreladas às condições sociais e econômicas, características das situações de classe (às quais estão adscritos os indivíduos), seja pelas deficiências qualitativas e quantitativas da dieta, seja pela precariedade de saneamento ambiental. (MARTINS *et al.*, 1997, p. 75)

Notamos, neste estudo sobre a anemia, que predomina uma análise socioeconômica da patologia, tomando como categoria de análise o conceito de classe social. Apesar de os autores defenderem a necessidade de uma visão integrada, os processos biológicos não são problematizados, a não ser como polo passivo, o biológico que sofre a ação de causas externas.

A abordagem da determinação social problematiza o reflexo das desigualdades sociais nas condições de saúde, o que possui muita relevância, porém enfrenta dificuldades em sustentar uma visão integrada entre as dimensões biológica e social. Neste sentido, esta concepção está longe de ter superado este problema, sobretudo pela valorização dos aspectos sociais em detrimento dos fatores biológicos. Se por um lado a concepção biomédica valoriza a dimensão biológica, de outro, na perspectiva da determinação social, há centralidade nos condicionantes sociais. Ocorre um deslocamento de um polo para o outro, mas do mesmo modo tem-se uma visão fragmentada.

No nosso entender, os modelos biologicista e da determinação social não se contradizem, ao contrário, se complementam. Visto que, os conhecimentos fisiológicos e fisiopatológicos não foram refutados, ao invés disso, há uma complementação com uma análise mais contextualizada. Com isso, o modelo científico erigido na modernidade, que se consolidou nos séculos seguintes, permanece inabalável.

O presente trabalho partiu da hipótese de que a crítica social ao referencial biomédico manteve-se refém dos marcos biologistas. Ou seja, a crítica social não se orientou por uma (re)visão ou rediscussão da noção de biológico que a biomedicina construiu; refutou esse biológico que é referido como o "apenas biológico", o "menos rico em propriedades" -, incorporando os fatores sociais. O conceito de biológico é mantido intocado quanto à sua construção

epistemológica, o que vai marcar o debate sobre o biológico e o social que se irá desenvolver na Saúde Coletiva, no Brasil, e com ela na Epidemiologia. A Epidemiologia avança extraordinariamente na incorporação dos determinantes sociais, porém sem rediscutir, epistemologicamente, o conceito de biológico, mantendo-se, em certa medida, refém do objeto biomédico que critica. (IANNI, 2008, p. 27)

Dentre os principais teóricos do modelo da determinação social da saúde, Asa Cristina Laurell provavelmente seja a autora que mais reconheça as limitações desse enfoque teórico na resolução da problemática em questão. A autora está ciente que o principal problema carente de resolução no modelo explicativo é a relação entre o social e o biológico.

A evidência empírica, tal como expusemos, permite-nos demonstrar que existe uma relação entre o processo social e o processo saúde-doença. Sem dúvida, esta observação, por si mesma, não resolve qual é o caráter desta relação. Isto porque temos, por um lado, o processo social e, por outro, o processo biológico, sem que seja imediatamente visível como um se transforma no outro. Na verdade, enfrentamos uma “caixa negra”, na qual o social entra de um lado e o biológico sai de outro, sem que se saiba o que ocorre dentro dela. Esse é, talvez, o problema mais candente para a explicação causal social do processo saúde-doença. Este problema não está resolvido. (LAURELL, 1983, p. 156)

Desta forma, percebemos que a relação problemática antiga existente entre a dimensão biológica e a social não foi superada, ao contrário a separação foi mantida com a sobreposição dos aspectos sociais sobre os de ordem biológica, na compreensão do processo saúde-doença (IANNI, 2011).

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

A problemática em questão foi um dos pontos abordados no debate mencionado anteriormente na Revista Cadernos de Saúde Pública. Minayo (2021) destaca que a crítica à biologia funcionalista levou a incorporação de uma noção de social fundamentalmente macropolítica e socioeconômica.

Em contraposição, tais pensadores entronizam um “social” essencialmente macropolítico e socioeconômico, como refere Ianni. E o biológico criticado é

um território implacavelmente marcado por uma biologia funcional, microscópica e fragmentada. Disso tudo, não faz parte nem o contexto ecológico e nem a intrínseca relação indivíduo/sociedade, biológico/social e nem a ação do sujeito. (MINAYO, 2021, p. 2)

Portanto, a dimensão social passa a ser vista como determinante no adoecimento. Vaitsman (1992) critica as abordagens da saúde que, influenciadas pelo referencial teórico das Ciências Sociais, reduzem a produção da saúde e da doença à determinação das formas de organização social da produção. Segundo o autor, uma concepção realmente ampliada de saúde não pode ignorar que ela também seja um fenômeno biológico.

A existência de saúde, que é física e mental - está ligada a uma série de condições irreduzíveis umas às outras. Um conceito ampliado não poderia então considerar saúde só como resultante das formas de organização social da produção. Pois é produzida dentro de sociedade que, além da produção, possuem certas formas de organização da vida cotidiana, da sociabilidade, da afetividade, da sensualidade, da subjetividade, da cultura e do lazer, das relações com o meio ambiente. É antes resultante do conjunto da experiência social, individualizado em cada sentir e vivenciado num corpo que é também, não esqueçamos, biológico. Uma concepção de saúde não reducionista deveria recuperar o significado do indivíduo em sua singularidade e subjetividade na relação com os outros e com o mundo. (VAITSMAN, 1992, p. 171).

Esta dificuldade pode ser compreendida se analisarmos o fundamento teórico deste modelo explicativo. O paradigma da determinação social está fundamentado em uma matriz teórica que possui suas raízes na Sociologia Clássica. Esta ciência historicamente se dedicou à compreensão do mundo social, sobretudo que nasce com o surgimento da sociedade moderna.

Trata-se de uma formulação que encontra bases na sociologia clássica ou nos clássicos da modernidade. Uma ciência social voltada para o social, e que no afã de garantir a sua identidade relegou as coisas da natureza para as ciências naturais, ocupando-se apenas das questões sociais, em especial daquelas relativas ao momento histórico da sua constituição, o século XIX: a formação dos Estados Nacionais, a emergência das classes sociais, o desenvolvimento do processo do trabalho industrial, a urbanização das populações. (IANNI, 2011, p. 34)

A Sociologia surge na modernidade, mais especificamente no século XIX, com o advento da industrialização, enquanto campo científico preocupado em compreender as mudanças sociais que ocorreram com o advento da sociedade capitalista. A Sociologia, de forma pioneira, toma como objeto de pesquisa, sobretudo o mundo das produções humanas, ou



seja, diferentemente das demais ciências ditas naturais, as relações sociais fazem parte de seu escopo.

Não houve, portanto, a preocupação com o natural. Procurou-se explicar os fenômenos sociais recorrendo-se exclusivamente à sociedade e partindo-se do pressuposto de que as causas deveriam ser buscadas principalmente nas relações e fenômenos sociais. [...] Como já se disse, as ciências sociais surgiram com a modernidade. Buscaram traduzir para o campo da sociedade, da cultura e da história os procedimentos que haviam sido elaborados, e continuavam a sê-lo, nas ciências físicas e naturais (Comissão Gulbenkian, 1996). Desenvolveram-se com o Mundo Moderno, preocupadas com suas crises e transformações, envoltas nos temas da comunidade, sociedade, sociedade civil, estado nacional, classes sociais, revolução, ordem e progresso, sagrado e profano, tradição e modernidade. (IANNI, 2011, p. 34-35)

As Ciências Sociais historicamente têm tido dificuldades em considerar a dimensão biológica em suas análises. Com exceção da Antropologia, que tem contribuído para chamar a atenção para a necessidade de se levar em consideração as dimensões espirituais, psicológicas, culturais e a subjetividade nas políticas públicas e no trabalho em saúde, para se alcançar aquilo que se convencionou chamar de cuidado integral.

Saúde e doença, bem-estar e mal-estar são fenômenos não apenas físicos que se manifestam pelo bom ou mal funcionamento de um órgão, mas ao mesmo tempo possuem uma dimensão psicológica que passa pelo vivenciar e pela emoção de cada indivíduo. São fenômenos que possuem uma dimensão sócio-cultural, coletiva, e outra psicobiológica, individual, que não deveriam ser dicotomizadas. Devem então ser compreendidos enquanto parte do modo de organização da vida cotidiana e da história pessoal de cada um. (VAITSMAN, 1992, p. 157-158).

A Antropologia da saúde tem se constituído como um importante campo de estudo, por levar em consideração os aspectos culturais e a diversidade de experiências da saúde e da doença. O homem se constitui de maneira tão particular, através das interações com outros indivíduos e com o meio, ao ponto de se diferenciar inclusive organicamente (SILVEIRA, 2000).

Os estudos nesse campo nos levam a questionar inclusive os conhecimentos de Anatomia e Fisiologia adquiridos. O organismo humano responde de forma dinâmica aos estímulos ambientais, como pressão, temperatura, umidade, luminosidade, a partir daí processa adaptações orgânicas e fisiológicas procurando manter a homeostase, pode-se dizer assim que há uma “inteligência corporal”.

Nessa abordagem, o homem não nasce pronto, mas sim está constantemente se formando e se reinventando. Antes mesmo de nascer o indivíduo já começa a entrar em contato com o conjunto de significados construídos historicamente e que são atualizados a cada geração, por um processo pedagógico de transmissão da cultura que perpassa essencialmente pelo corpo. Não há como dizer que os diferentes hábitos alimentares típicos de uma região, por exemplo, não contribuam para uma constituição orgânica particular.

O corpo é desenvolvido como expressão de subjetividade (LE BRETON, 2010), por conseguinte, não se pode fazer a dissociação entre uma natureza humana biológica e outra cultural. Não há como precisar até onde somos determinados por uma ou por outra, até porque há uma integridade entre essas naturezas. O corpo é formado pelos processos de cultura, mas ao mesmo tempo a cultura é construída cotidianamente a partir de experiências corporais e sensoriais. Portanto, devemos considerar esta dupla dimensão humana, não de maneira separada, mas como partes indissociáveis de um mesmo ser.

## **5.2. O individual e o coletivo**

Em contraposição ao paradigma biologicista, que privilegia o enfoque individualizado, o modelo explicativo baseado na noção de determinação social busca compreender a saúde como um fenômeno que se manifesta na coletividade (LAURELL, 1983). Nessa perspectiva, a saúde é compreendida acima de tudo como um processo socialmente determinado. O recorte epistemológico na esfera individual, por outro lado, não consegue explicar como as condições estruturais de uma sociedade afetam diretamente a saúde da população.

A visão individualizada da saúde é amplamente criticada pelos autores da Saúde Coletiva. Ela é caracterizada como reducionista e restrita, tanto no que concerne à compreensão do fenômeno quanto na sua intervenção. Essa compreensão, baseia-se em uma lógica unicausal, em que os fatores etiológicos são os únicos responsáveis pelo distúrbio fisiológico. Essa leitura leva a uma intervenção do mesmo modo restrita, pois é orientada para a cura e o tratamento de doenças.

A compreensão da saúde como um fenômeno coletivo é compartilhada tanto pela Epidemiologia Clássica quanto pela Epidemiologia Social. No entanto, a Epidemiologia Social busca adotar uma visão crítica da estrutura social, a fim de não naturalizar o adoecimento.

Enquanto a Epidemiologia Clássica se concentra em identificar padrões de morbimortalidade e fatores de risco, a Epidemiologia Social reconhece que a saúde é profundamente influenciada por fatores sociais, econômicos e políticos. Portanto, esta abordagem rejeita a ideia de que o adoecimento pode ser explicado individualmente e destaca a importância de abordar como as desigualdades sociais afetam a saúde das populações.

A ótica de análise passou a ser estabelecida pela abordagem da dimensão coletiva como produtora e reprodutora das formas, tanto de adoecimento, quanto de vitalidade. Ou seja, se a finalidade era compreender a saúde-doença como um fenômeno coletivo, o objeto de estudo não partia mais do indivíduo, mas sim do grupo. Dessa maneira, o objeto de estudo da corrente médico-social envolvido na produção de conhecimento passou a ser o processo saúde-doença coletivo. (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAUJO, 2017, p. 65)

A teoria da produção social da saúde busca superar as análises limitadas dos enfoques parciais, tanto o individual quanto o coletivo, adotando uma perspectiva presumidamente integrada, alicerçada no materialismo histórico-dialético. Essa teoria reconhece que as partes de um todo não podem ser compreendidas de forma isolada. Nessa concepção, o indivíduo é produzido ativamente em sociedade, através de sua ação transformadora, que se dá por meio do trabalho e das complexas relações sociais de produção.

[...] Em termos muito gerais, o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio de processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção. (LAURELL, 1983, p. 157)

Nesse sentido, os teóricos dessa concepção defendem que as condições materiais de produção têm um impacto significativo no perfil de saúde de cada grupo. A posição que o indivíduo ocupa na organização social está diretamente relacionada à sua capacidade de acesso a determinados bens. A depender do lugar que ocupa no processo produtivo, haverá mais facilidade ou dificuldade para acessar bens atrelados a padrões sanitários específicos, como alimentos e água potável.

As condições materiais de produção e as características sociais gerais de uma sociedade são, efetivamente, a base para o padrão sanitário de um povo, assim como a posição de cada indivíduo na sociedade é uma base da própria saúde. É mais do que evidente o grande diferencial de risco ambiental ou físico a que estão cotidianamente submetidos os indivíduos, tanto em seu trabalho como

no domicílio e entorno, conforme a sua posição social. (FLEURY, 2010, p. 38-39)

Nesse contexto, a incorporação do conceito marxista de classe social reforça o caráter coletivo dessa abordagem. Esse conceito se torna uma categoria de análise fundamental para explicar o processo saúde-doença. Apesar da dificuldade em operacionalizá-lo, devido à sua complexidade, acredita-se que ele tenha uma importante capacidade explicativa, por congrega diferentes variáveis. Ele engloba vários aspectos, incluindo os fatores econômicos, políticos e ideológicos.

O primeiro elemento que deveria ser reconhecido é que o caráter social do processo saúde-doença manifesta-se empiricamente mais claro a nível da coletividade que do indivíduo, tal como vimos no início deste trabalho. Isto mostra que nosso objeto de estudo não se situa a nível do indivíduo e sim do grupo. Sem dúvida, não poderia ser qualquer grupo, mas um construído em função de suas características sociais, colocado somente em segundo lugar as características biológicas. (LAURELL, 1983, p.150)

Desse modo, nota-se um deslocamento do enfoque individual para o coletivo, ao passo que este último se torna o principal objeto de estudo desse modelo explicativo. As explicações do adoecimento passam a se dar na esfera da coletividade, a partir da observação de padrões sanitários nos grupos populacionais. A compreensão do fenômeno, sem dúvida, é mais abrangente, porque leva em consideração diversas variáveis.

A área de conhecimento da saúde coletiva é delimitada pela especificidade de seu objeto e da metodologia adotada na produção de conhecimentos acerca do mesmo. O objeto é o coletivo, e o método, o histórico estrutural. O coletivo tomado como objeto pode ser referido como: "o meio objeto privilegiado das práticas de saneamento ambiental e do específico conhecimento que as fundamenta; o agente patogênico e seu campo de expansão e contenção reconstruídos a partir do saber biológico; o social como efeito do coletivo estruturado de práticas. (TEIXEIRA, 1987, p. 94-95)

Nessa linha, a saúde é tratada como um fenômeno essencialmente coletivo, conforme destacado no trecho acima por Sonia Fleury. Apesar de se pretender desenvolver uma concepção ampliada, a ênfase analítica no coletivo é muito clara. Nesta perspectiva, a doença só pode ser explicada adequadamente no âmbito da coletividade, pois é no grupo que se sobressaem determinados padrões.

[...] tomando-se rigorosamente a dimensão coletiva da concepção de classe social, busca-se investigar os padrões de distribuição ecológica dos indicadores de saúde, analisados por sua agregação espacial, pressupondo-se uma distribuição mais ou menos homogênea das classes no interior dos espaços socialmente constituídos. (ALMEIDA-FILHO, 2004, p. 871)

Nesse sentido, prioriza-se a dimensão coletiva para obter uma visão mais abrangente do fenômeno estudado. Em contrapartida, perde-se de vista a dimensão individual, pois nessa ótica a individualidade se dissipa no grupo. Fazendo referência à expressão utilizada por Fleury no trecho abaixo, o indivíduo encontra-se inserido nessa tessitura social, de tal modo que até mesmo as suas características individuais, como seus pensamentos, sentimentos e escolhas, são consideradas produto das relações sociais.

Trata-se, enfim, de apanhar a individualidade humana completamente inserida na tessitura social, como elemento ou momento determinado e constitutivo dessa mesma tessitura; de apreender o homem como substância social, ser específico, com estrutura e dinâmica específicas – substância social que plasma a essência das individualidades em sua interatividade, ao passo que é ela mesma a existência histórica efetiva dessa interatividade de indivíduos reais. O indivíduo é o ser social; seus pensamentos, sentimentos e suas escolhas são configurações sociais determinadas. (FLEURY, 2010, p. 40-41)

Consideramos que a dificuldade em compreender as esferas individual e coletiva de forma integrada pode ser associada novamente ao referencial teórico incorporado neste modelo, oriundo das Ciências Sociais. A Sociologia clássica surgiu como uma ciência que tem como mote a análise do comportamento coletivo. A análise das ações isoladas dos membros constituintes de um corpo social não é suficiente para explicar os fenômenos sociais. Até mesmo, as particularidades do comportamento humano são compreendidas pelos tipos de relações que os indivíduos mantêm em uma determinada sociedade. Assim, as relações sociais são tomadas como fatores condicionantes na formação do caráter individual.

O contraponto biológico-social revela o predomínio, no discurso epidemiológico, da construção teórica da 'determinação social da doença'. Esta formulação, ao reconhecer o social como a esfera de realização do humano e, portanto, da saúde das populações, explicita o que é o substrato da vida: o homem como ser essencialmente cultural, social. Entretanto, ao permanecer atinente às disciplinas sociais, tal como instituídas, no século XIX, acaba por reduzir essa explicação apenas a algumas de suas categorias dessas disciplinas, restringindo o pensamento do que se compreende por esse social e, conseqüentemente, expulsando o biológico, socialmente construído. (IANNI, 2008, p. 35)

Os defensores da abordagem da determinação social buscam compreender a relação entre o individual e o coletivo por meio do conceito marxista de totalidade. Dessa forma, assegura-se que a dimensão biológica não será ignorada na compreensão da saúde, pois ela mantém uma relação dialética com o social, sendo assim indissociável deste.

Esses autores conseguem apreender a saúde numa perspectiva da totalidade, considerando que reconhecem a dimensão social da saúde sem ignorar a importância de sua base biológica, de caráter insuprimível, assim como sua dimensão singular/individual, ainda que a predominância ontológica seja coletiva/social (com a decisiva mediação das classes sociais). (SOUZA, 2020, p. 184)

No entanto, embora essa abordagem almeje uma compreensão abrangente do fenômeno da saúde, percebemos que a matriz teórica que a orienta não possibilita uma visão verdadeiramente integrada. O próprio autor citado acima afirma que há uma “predominância ontológica” do social em relação ao individual, demonstrando que não há um equilíbrio nessa relação, por assim dizer. Além disso, a pretensão de que o conhecimento científico possa abarcar a totalidade nos parece pouco razoável.

### **5.3. Aproximações com o modelo científico clássico**

O paradigma biomédico tem suas raízes no modelo científico clássico. Como discutido no segundo capítulo deste trabalho, este modelo era direcionado às ciências naturais e se caracterizava por uma explicação objetiva e racionalizada dos fenômenos físicos. Nessa abordagem, o corpo humano passa a ser concebido de maneira análoga ao mundo natural, como uma máquina. Os pressupostos desse modelo foram colocados em questão pelos defensores da teoria da determinação social, devido às suas reconhecidas limitações na explicação do fenômeno da saúde.

Desse modo, a Saúde Coletiva se assenta em uma abordagem sociológica, buscando se distanciar da perspectiva mecanicista da saúde. No entanto, neste trabalho, argumentamos que o modelo da determinação social não consegue superar algumas das principais características do modelo científico clássico. Ao invés disso, percebemos uma aproximação com essa racionalidade, pela manutenção de algumas das suas principais características, como a

separação entre sujeito e objeto, a noção de causalidade linear e a disciplinaridade. Esse fato pode ser um dos motivos para a dificuldade em superar o modelo biomédico.

Uma das características do paradigma científico da modernidade é a disciplinaridade, ou seja, a possibilidade de dividir o conhecimento em diferentes campos disciplinares. O impacto dessa racionalidade no campo da saúde é bastante perceptível. No Brasil, há aproximadamente 20 cursos de graduação na área, sem contar as centenas de especialidades. A Medicina, por exemplo, possui 55 especialidades reconhecidas pelo Conselho Federal de Medicina (CFM).

Dessa forma, cada disciplina tem seu objeto de estudo específico e fronteiras bem delimitadas. Assim, os conhecimentos são produzidos por partes separadamente, ignorando as interconexões existentes. Costa (2004) afirma que a integralidade surge como crítica à demasiada valorização das especialidades na formação médica, que se baseia no fracionamento do organismo biológico e na desconsideração dos aspectos sociais e psicológicos.

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

Observamos que o paradigma da produção social não refuta os conhecimentos produzidos por outros campos disciplinares, como a fisiologia, fisiopatologia, bioquímica, farmacologia, entre outros. Ao invés disso, ela complementa esses campos, introduzindo novas variáveis nas análises. Para ilustrar, consideremos o vírus da dengue (DENV): a forma como ele age no organismo não é contestada, mas o que se problematiza é o forte componente socioeconômico. A depender da posição social do indivíduo, ele estará mais ou menos propenso a contrair a doença.

A ideia de causalidade, outra característica da ciência moderna, também não foi definitivamente superada no modelo explicativo da produção social. A causalidade implica em considerar uma relação de causa e efeito entre eventos. No método hipotético-dedutivo, a explicação da causa de um acontecimento é obtida dedutivamente a partir de leis gerais (POPPER, 2007). A causalidade pressupõe regularidade no fenômeno estudado, isto é, ele deve ocorrer sempre do mesmo modo. Assim, a causalidade está intrinsecamente relacionada à

previsibilidade, que é a possibilidade de antecipar acontecimentos futuros a partir da dedução de leis gerais.

Oferecer uma *explicação causal* de certo acontecimento significa deduzir um enunciado que o descreva, utilizando, como premissas da dedução, uma ou mais *leis universais*, combinadas com certos enunciados singulares, as *condições iniciais*. Podemos, por exemplo, dizer que demos explicação causal do rompimento de um fio se asseverarmos que o fio tem uma resistência à ruptura igual a um quilo, e que se prendeu nele um peso de dois quilos. (POPPER, 2007, p. 62)

No campo da saúde, estabelecer relações de causa e efeito entre eventos é extremamente difícil, uma vez que nem sempre é possível isolar todas as variáveis envolvidas. Por isso, as explicações que levam em consideração poucas variáveis são vistas como limitadas e reducionistas. Assim, houve uma pretensão de superar a ideia de causalidade através da formulação do conceito de determinação, reconhecendo a influência de inúmeras variáveis inter-relacionadas no processo saúde-doença. No entanto, é possível notar, nos defensores dessa abordagem, que a noção de causa ainda permeia suas análises.

Em terceiro lugar, na base dos seus modelos teóricos, tanto o enfoque de Breilh & Granda quanto o de Laurell operam uma redução da complexidade social a uma única dimensão da vida social. Nesse aspecto, ambos igualmente têm lutado com veemência contra o monocausalismo, mas permanecem, por sua vez, presos a duas formas distintas de monodeterminismo: Breilh com a categoria de classe social e Laurell com a de processo de trabalho. (ALMEIDA FILHO, 2004, p. 872-873)

Nesse sentido, apesar de considerar a multifatorialidade no processo saúde-doença, a lógica da causalidade não foi totalmente abandonada pelos teóricos. Houve sim uma mudança em relação ao modelo explicativo biomédico, sobretudo pela ampliação do leque de variáveis consideradas. Mas, isso não significa a superação da lógica explicativa característica da ciência moderna. É possível encontrar inclusive o termo “leis” em alguns autores (BREILH, 1991; EGRY; GARCIA, 2010), ao se referirem ao processo saúde-doença.

O processo saúde-doença, como objeto de estudo e de transformação por parte da ciência, apresenta, na sua ordem hierárquica, os níveis coletivo e individual, cada um dos quais demanda para o seu estudo um marco de referência do geral, do particular e do individual. Na saúde-doença, portanto, se devem estabelecer estes níveis. Agora, como é um processo social, o objeto geral corresponde às formas econômicas estruturais em meio das quais ocorrem processos particulares de reprodução social e, como consequência, processos epidemiológicos particulares nos quais podemos situar os processos



dos indivíduos. Vai-se produzindo **legalmente (sujeito a leis)** a saúde-doença [grifos nossos], em cada um dos níveis de generalidade descritos. (BREILH, 1991, p. 198)

A separação entre o pesquisador e o objeto de estudo, estabelecida pelo cartesianismo, é outra característica do modelo científico clássico que não foi devidamente superada pelo paradigma da determinação social. No segundo capítulo deste trabalho, abordamos algumas consequências indesejadas dessa separação, ressaltamos a neutralidade do pesquisador e a dificuldade de levar em consideração a subjetividade.

No âmbito das práticas em saúde, advém dessa racionalidade uma forma de cuidado que é impessoal e unilateral, estando em um polo quem cuida e no outro quem é cuidado. Zoboli e Pegoraro (2007) afirmam que nesse tipo de relação predomina a intervenção de natureza técnica, quem é cuidado não é visto em sua multidimensionalidade, em seus aspectos biológico, psíquico, emocional, espiritual.

As aproximações com a racionalidade científica da modernidade podem ser entendidas pelo referencial teórico adotado, o pensamento sociológico marxista. A Sociologia é uma ciência da modernidade, que surge no afã de compreender e explicar o mundo moderno (IANNI, 1989). Portanto, não é de se estranhar que ela se insira no projeto científico da modernidade.

Em resumo, o conceito “determinação social” se coaduna com o paradigma da sociedade moderna industrial, que fez uma brutal ruptura entre o observador (agente conhecedor) e a realidade (objeto a ser conhecido). Seu intento foi apresentar-nos um mundo externo ao sujeito, ordenado, estável, com determinismo causal e, sobretudo, atemporal. Um mundo em que o pesquisador observa, descreve, decifra e compreende os segredos intrínsecos da realidade, através da mensuração metódica e objetiva. Seu foco está em discernir as coisas, separá-las e estabelecer diferenças, classificá-las para depois rearranjá-las opondo a arte à ciência; o sujeito ao objeto; a objetividade à subjetividade; a natureza à cultura; a emoção à razão e a mente ao corpo. (MINAYO, 2021, p. 4)

Sem dúvida, a obra de Marx possui grande relevância, exercendo profunda influência em diversos domínios do conhecimento. No entanto, ele não conseguiu superar as estruturas do pensamento moderno. Alguns autores têm identificado convergências entre abordagens marxistas e o positivismo. Ao fazer esse apontamento, Minayo (2021) foi duramente criticada. Vale ressaltar que a autora não foi a primeira no campo da saúde a levantar essa questão.

São cada vez mais visíveis os sinais de esgotamento do modelo teórico que sustentou o desenvolvimento da saúde coletiva no Brasil (e talvez na América Latina) nas décadas de 70 e 80. Esse desenvolvimento foi fundado tomando

como paradigma o discurso científico positivista e sua expressão, no campo marxista, o estruturalismo. (COSTA; COSTA, 1990, p. 169)

Ao adotar esse referencial teórico, a Saúde Coletiva herda suas lacunas e limitações na compreensão do fenômeno da saúde. No entanto, é importante ressaltar que o materialismo histórico-dialético foi originalmente desenvolvido para explicar os fenômenos sociais. Portanto, há uma evidente inadequação, a menos que compartilhemos da visão de que a saúde é exclusivamente um evento social.

Essa matriz de pensamento social, filiada às correntes estruturalistas e deterministas, estaria referida à vertente das ciências sociais "mais diretamente vinculada à epistemologia e à metodologia positivistas das ciências naturais", segundo a classificação proposta por Santos (1994). (CARVALHO, 1996, p. 11)

As Ciências Sociais se inspiraram na metodologia das ciências naturais em busca de legitimação e reconhecimento. Inicialmente, inclusive, o trabalho do sociólogo envolvia a formulação de teorias de caráter universal, devido à crença de que haveria leis sociais subjacentes. Apesar das diferentes abordagens existentes, a Sociologia Clássica enfrenta dificuldades para se desvencilhar de algumas características da ciência moderna.

Percebemos que, a despeito do que foi almejado pelos seus teóricos, o paradigma da determinação social não se afasta do modelo científico clássico, que dá sustentação ao modelo biomédico. No entanto, uma importante característica desse modelo não é associada ao fundamento teórico da Saúde Coletiva, o caráter operativo dos conhecimentos produzidos, como veremos na sequência.

#### **5.4. O caráter operativo/instrumental**

O campo da saúde é considerado um espaço de conhecimentos e práticas, ou seja, ao mesmo tempo alia produção de conhecimentos à intervenção prática. A concepção biologicista de saúde, por exemplo, orienta um determinado tipo de assistência que é chamada de curativista. Durante a Reforma Sanitária, houve críticas direcionadas ao modelo biomédico, tanto em relação à concepção de saúde adotada, quanto ao modo de intervenção correspondente a ela.

Essas críticas surgiram porque se defendia que uma visão restrita de saúde inevitavelmente resultaria em práticas limitadas.

Os debates que ocorreram no meio acadêmico, entre intelectuais da Saúde Coletiva, culminaram na elaboração de um novo modelo teórico para o campo. Esse modelo, baseado na determinação social da saúde, visava orientar medidas mais eficazes para o enfrentamento das principais demandas de saúde do país, considerando principalmente os condicionantes sociais e econômicos.

O novo modelo assistencial surge a partir de uma visão ampliada de saúde, reconhecendo que a abordagem estritamente biológica é insuficiente para compreender e intervir no processo saúde-doença. Nesse contexto, a atenção à saúde não se limita ao tratamento de doenças. Por isso, a Atenção Básica adquire importância na reorganização do modelo assistencial. Haja vista que desenvolve ações de prevenção, promoção e proteção da saúde.

Não obstante, os pressupostos teóricos em que esse modelo se assenta são pouco operativos para orientar as práticas de cuidado. Na ausência de um arcabouço teórico para orientar as intervenções em saúde, acaba-se tomando emprestado os conhecimentos e técnicas do paradigma biomédico, pois este, ao contrário, é iminentemente instrumental: “O modelo científico da biomedicina, apesar das graves contradições que gera, apresenta a força de ser operativo, instrumental, utilitário” (CZERESNIA, 2012, p. 66).

A racionalidade científica que orienta o modelo biomédico caracteriza-se por ser essencialmente instrumental, o que reflete na forma de intervenção em saúde já conhecida por nós. Nessa lógica, se o diagnóstico apontar que a causa da doença é um microrganismo, a conduta clínica deve incidir nela, frequentemente envolvendo a administração de medicamentos.

O movimento típico do conhecimento científico moderno é “prático”, transformador de realidades. Conhecimento interventor e classificatório, é verdade, mas com um sentido “construtivista”, de construção de realidades. A razão moderna não apenas explica a realidade, “modela-a”. Para isto intervém nela, ordena-a. Põe ordem na realidade, uma ordem específica, com características próprias, identificáveis. (LUZ, 2019, p. 46)

A abordagem da produção social, por outro lado, mostra-se pouco operativa no trabalho em saúde, uma vez que a matriz teórica em que se funda não possui a característica de produzir um conhecimento de natureza instrumental. A Sociologia se caracteriza por ser uma ciência voltada, sobretudo, para a compreensão e interpretação da realidade social.

Nesse sentido, podemos afirmar que os conhecimentos produzidos na ótica do modelo da determinação social não orientam de maneira direta o trabalho dos profissionais de saúde, ao contrário do que ocorre no modelo biomédico. As análises geralmente abrangentes dessa perspectiva ultrapassam os limites da atuação desses profissionais, exigindo ações que envolvam diferentes atores e pontos de atenção, além de ações intersetoriais. Como consequência, notamos a conciliação entre duas lógicas assistenciais distintas no sistema de saúde brasileiro (CAMPOS, 2007).

O SUS foi organizado de forma hierarquizada, em níveis de atenção, de acordo com a complexidade do serviço. Nessa disposição dos serviços, observa-se que a responsabilização pelo “coletivo” ficou única e exclusivamente sob a responsabilidade da Atenção Básica (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2008), enquanto os demais níveis se dedicam a cura e reabilitação. Porém, mesmo na Atenção Básica, há relatos de ações curativas e reabilitadoras, conforme foi apresentado na revisão sobre a fragmentação.

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

## 6. O PARADIGMA DA COMPLEXIDADE

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

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

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

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

Ora, a complexidade chegou a nós, nas ciências, pelo mesmo caminho que a tinha expulsado. O próprio desenvolvimento da ciência física, que se consagrava a revelar a Ordem impecável do mundo, seu determinismo absoluto e perpétuo, sua obediência a uma Lei única e sua constituição de uma

forma original simples (o átomo) desembocou finalmente na complexidade do real. (MORIN, 2015, p.14)

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

A palavra complexo vem do latim *complexus*, que deriva da palavra *com* (junto) e do verbo *plectere* (tecer, entrelaçar), significando aquilo que está entrelaçado, ou, que foi tecido junto (SCHRAMM, 2010). No sentido empregado nesta concepção, os elementos que compõem esse complexo ou emaranhado interligado seriam os “[...] acontecimentos, ações, interações, retroações, determinações, acasos, que constituem nosso mundo fenomênico” (MORIN, 2015, p. 13). Com isto, a tentativa de conhecer elementos constitutivos do todo separadamente é vista sempre como limitada, justamente por se desconsiderar que eles se encontram interligados, e toda tentativa de parcelar o conhecimento é incompleta.

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

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

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

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

Nesse sentido, Queiroz (2003) nos dá um bom exemplo de como a tentativa de simplificação da realidade é extremamente improfícua para o conhecimento. O autor relata que algumas tentativas de levar plantas medicinais conhecidas pela população ao laboratório, para se extrair os seus princípios ativos, confirmaram-se fracassadas. Não foi possível obter os mesmos efeitos terapêuticos em comparação com a forma como as benzedeiras utilizavam as plantas, o que propiciou a incorporação dos saberes destas no âmbito da assistência à saúde em Campinas (SP).

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

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

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

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

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

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

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

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



com as demais partes do todo, haja vista que a organização dos sistemas não é considerada como uma entidade fixa.

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

Nessa linha, a ordem e os arranjos estruturais dos sistemas não são preestabelecidos, mas emergem da interação entre os elementos, derivam de processos descentralizados, ou seja, que não obedecem a um centro de controle (PEREIRA JÚNIOR; CRUZ; ANDRADE, 2012). Assim, a emergência é outra característica dos sistemas complexos, ela diz respeito ao surgimento de propriedades novas no sistema, isto é, que não estavam contidas nas propriedades iniciais dos seus elementos, portanto é uma ocorrência imprevista que foge às leis tradicionais de determinação e à lógica formal.

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

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

Neste sentido, se aplicarmos este raciocínio para os organismos biológicos ou grupos populacionais, implica dizer que as variáveis intervenientes ou os chamados fatores de risco não são considerados determinantes no adoecimento, pois não há uma dependência causal

direta. Se considerarmos aqueles como sistemas dinâmicos, pressupõe-se que eles não podem ser tratados da mesma forma que um sistema mecânico, cuja reação equivale aos estímulos externos. Nesta concepção, por outro lado, a causalidade é recursiva ou retroativa, dado que os sistemas não são passivos aos fatores externos.

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

Nesta abordagem, as perturbações geradoras pelo entorno e/ou adaptações do sistema não podem ser previstas nem determinadas com precisão. Porém, algumas características do sistema podem contribuir para o colapso, assim como para se adaptar e adquirir resistência às diversas perturbações; esta característica é chamada de resiliência. No contexto da saúde em grupos populacionais o processo de instabilidade pode ser desencadeado por mudanças ambientais, crises de abastecimento, epidemias, conflito por terras, dentre outros.

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

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

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

Uma primeira aproximação mostra que o campo da Saúde Coletiva, talvez por ser novo e existir apenas no Brasil, ou talvez por articular-se também em uma

dimensão mais prática dos serviços de saúde, por vezes confundindo-se com essa dimensão de corte político-administrativo, carece de reflexões mais aprofundadas no campo epistemológico. (OSMO E SCHRAIBER, 2015, p. 214)

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

Entretanto, aqui surge a primeira complicação, pois parece que os caminhos – ou métodos – para lidar com sistemas complexos não são dados a priori, apesar daquilo que nos foi dito e ensinado sobre epistemologia e metodologia durante muito tempo por racionalistas e empiristas, pois não temos um modelo teórico preciso que nos permita compreender tais sistemas. (SCHRAMM, 2010, p. 87)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## 6.1. A Teoria da Complexidade no campo da saúde

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

### Interdisciplinaridade

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

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

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

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

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

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

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

Aliada à já reconhecida complexidade dos objetos de intervenção e dos serviços de saúde, essa fragmentação traz ao centro da cena a temática da

interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade, que no trabalho em saúde liga-se à necessidade de se organizarem os serviços em equipes multiprofissionais, ao invés do trabalho individual e isolado de cada profissional. (PEDUZZI, 2007, p. 28)

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

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

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

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

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

O uso do termo interdisciplinaridade passou a ser frequente no campo da saúde, porém muitas vezes é utilizado de forma trivial (MENDES *et al.*, 2008). Na grande maioria das vezes

a interdisciplinaridade é entendida como uma metodologia de trabalho que envolve profissionais de formações disciplinares diferentes. Talvez isso explique a grande dificuldade de se realizar a articulação interdisciplinar em equipes multiprofissionais, pois o conceito é tido como autoexplicativo. Como questiona Patrick Paul, como é possível haver diálogo entre perspectivas epistemológicas díspares?

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

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

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

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



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

## Transdisciplinaridade

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

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

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

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

Com a ciência moderna ocorre uma ruptura entre o conhecimento científico e o senso comum, a partir de então o único conhecimento considerado válido é de ordem racional. Em decorrência disto, diversas crenças, saberes, conhecimentos populares que fogem desta lógica foram desqualificados. Nesse sentido, Chechetto e Ming (2012) tratam da importância de

superarmos este paradigma científico de natureza limitada em prol de outro modelo que seja possível incluir outros saberes não-convencionais, como os de plantas medicinais, objeto de investigação do trabalho citado. Através da transdisciplinaridade, na perspectiva dos autores, seria possível abarcar a multidimensionalidade característica destes saberes e incorporá-los na educação em saúde.

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

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

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

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

Não obstante, é necessário ter-se em vista que um paradigma não é construído meramente no campo lógico e conceitual, mas é através das práticas dos sujeitos de um campo

científico que tornam real um novo paradigma. Dessa forma, como pontua Almeida Filho (2000), não se pode acreditar que as modificações nas estruturas conceituais são suficientes para mudanças significativas. Portanto, a consolidação de uma transformação paradigmática no campo da saúde se faz a partir de mudanças de práticas.

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

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

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

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

Nesta pesquisa, notamos a existência de vários trabalhos discorrendo sobre a transdisciplinaridade como possível alternativa paradigmática para a Saúde Coletiva, visando uma prática assistencial de maneira integral, apesar destes estudos ainda serem em número reduzido. Além deste aspecto, em alguns casos a transdisciplinaridade é pronunciada sem uma

definição prévia do termo ou é entendida como sinônimo de interdisciplinaridade, talvez pela falta de uma melhor compreensão acerca deste paradigma emergente.

Outra questão de grande relevância trata-se da aplicabilidade do paradigma transdisciplinar, pois como já apontando por Almeida Filho (2000) uma discussão no nível teórico e conceitual não necessariamente reflete em transformações no âmbito das práticas. A necessidade de se refletir sobre os pressupostos epistemológicos que fundamentam a prática são tão fundamentais como a transformação das práticas assistenciais. Como solução a estes problemas, os trabalhos pesquisados apostam em novo modelo de formação em saúde e em ações intersetoriais.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

\_\_\_\_\_. Epidemiologia sem números: introdução crítica à ciência epidemiológica. Rio de Janeiro: Campus/ABRASCO, 1989.

\_\_\_\_\_. Intersetorialidade, transdisciplinaridade e saúde coletiva: atualizando um debate em aberto. *Revista de Administração Pública*. Rio de Janeiro 34(6):11-34, Nov. /Dez. 2000.

\_\_\_\_\_. Modelos de determinação social das doenças crônicas não-transmissíveis. *Ciência & Saúde Coletiva* [online]. v. 9, n. 4, 2004.

\_\_\_\_\_. Transdisciplinaridade e o paradigma pós-disciplinar na saúde. *Revista Saúde e Sociedade*, v. 14, n. 3, p. 30-50, set-dez 2005.

\_\_\_\_\_. Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 2, n. 1/2, p. 5-23, 1997.

ALVARENGA, A.T. A saúde pública como campo de investigação interdisciplinar e a questão metodológica. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v.3, n. 2, p. 22-41, 1994.

ARRETCHE, M.T.S.. A política da política de saúde no Brasil. In: LIMA, N.T. *et al.* (Orgs.). *Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 285-306.

AROUCA, S. *O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva* [tese]. Campinas: Universidade Estadual de Campinas; 1975.

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

BARATA, R.B. Causalidade e epidemiologia. *História, Ciências, Saúde-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, 1997.

\_\_\_\_\_. *Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde* [online]. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2009.

BORGES, M.J.L. *et al.* Trabalho em equipe e interdisciplinaridade - desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(1):147-156, 2012.



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

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil* (1988). Promulgada em 5 de outubro de 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Óbitos infantis no Brasil. 2024. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sim/cnv/inf09uf.def>>.

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

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

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

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

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

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

BREIHL, J. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. São Paulo: Unesp; Hucitec, 1991.

\_\_\_\_\_. *Epidemiologia crítica: ciência emancipadora e interculturalidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006.

\_\_\_\_\_. Las tres ‘S’ de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación de la vida y de la salud. In: NOGUEIRA, Roberto P. (org.). *Determinação social da saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010. p. 87- 125.

CAMPOS, G.W.S.. O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. 1865-1874, Nov. 2007.

CAMPOS, G.W.S.; DOMITTI, A.C.. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.23, n. 2, p. 399-407, Fev. 2007.

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

CARVALHO, A.I.. Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis: Saúde e Cidadania na Pós-modernidade. *Ciência & Saúde Coletiva*. v. 1, n. 1, 1996.

CEBES. Centro Brasileiro de Estudos de Saúde. *A Questão Democrática na Área da Saúde*. Revista Saúde em Debate, nº 9, p.11-14, 1979.

CHECHETTO, F.; MING, L.C.. Transdisciplinaridade e plantas medicinais: uma visão integrada para ações em educação e saúde. *Saúde, Batatais*, v. 1, n. 1, p. 143-162, junho, 2012.

COHN, A.. O SUS e o direito à saúde: universalização e focalização nas políticas de saúde. In: LIMA, N.T. *et al.* (Orgs.). *Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 385-405.

CONASEMS. CONSELHO NACIONAL DE SECRETARIAS MUNICIPAIS DE SAÚDE. *Movimento Sanitário Brasileiro na década de 70: a participação das universidades e dos municípios*. Brasília: CONASEMS, 2007.

COSTA, A.M. Integralidade na atenção e no cuidado a saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 5-15, Dez. 2004.

COSTA, D.C.; COSTA, N.R. Teoria do conhecimento e epidemiologia: um convite à leitura de John Snow. In: Costa, Dina Czeresnia. *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo, HUCITEC, 1990. p.167-202.

CUNHA, W.Q. A crítica de Vico ao racionalismo cartesiano e ao despreço à ciência histórica. *Kínesis*, v. VII, n. 15, p. 29-40, dez. 2015.

\_\_\_\_\_. *A Fragmentação na Saúde: um estudo teórico-reflexivo sob a ótica da Teoria da Complexidade [Dissertação]*. Belém: Universidade Federal do Pará, 2017.

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

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

DEMO, Pedro. *Metodologia do conhecimento científico*. São Paulo: Atlas, 2000.

\_\_\_\_\_. *Pesquisa e construção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2004.

DESCARTES, R.. Discurso do Método: meditações Metafísicas. Tradução: J. Guinsburg e Bento Prado Júnior. São Paulo: Abril Cultural, 1973.

EGRY, E.Y; GARCIA, T.R. *Integralidade da atenção no SUS e sistematização da assistência de enfermagem*. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

ESCOREL, S.; NASCIMENTO, D.R.; EDLER, F.C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T. *et al.* (Orgs.). *Saúde e democracia: histórias e perspectivas do SUS*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 59-81.

FEUERWERKER, L.C.M.; CECILIO, L.C.O.. O hospital e a formação em saúde: desafios atuais. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 965-971, Ago. 2007.

FLEURY, P. Determinação social da saúde e política. In: NOGUEIRA, R.P (Organizador). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

FLEURY, S.M.. Reforma sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. *Ciência & Saúde Coletiva* [Online], v. 14, n. 3, 2009a.

\_\_\_\_\_. Retomar o debate sobre a reforma sanitária para avançar o sistema único de saúde (SUS). *Rev. adm. empres.*, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 472-480, Dez. 2009b.

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

FRANCO, C.M.; FRANCO, T.B.. *Linhas do Cuidado Integral: Uma proposta de organização da rede de saúde*. Secretaria de Estado de Saúde do Rio Grande do Sul, 2010.

GALILEI, Galileu. *O ensaiador*. Tradução de Helda Barraco. São Paulo: Abril Cultural, 1973.

GARBOIS, J.A.; SODRÉ, F.; DALBELLO-ARAUJO, M.. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saúde em Debate* [online], v. 41, n. 112, 2017.

GOMES, R.; DESLANDES, S.F.. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo em construção. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 2, n. 2, p. 103-114, Jul.1994.

GUERRA, A.; BRAGA, M.; REIS, J.C.. *Breve história da ciência moderna: das luzes ao sonho do doutor Frankenstein*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2005.

HARTZ, Z.M.A.; CONTANDRIOPOULOS, A-P. Integralidade da atenção e integração de serviços de saúde: desafios para avaliar a implantação de um "sistema sem muros". *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 2, p. S331-S336, 2004.

IANNI, A.M.. Entre o biológico e o social: um estudo sobre os Congressos Brasileiros de Epidemiologia, 1990-2002. *Revista Brasileira de Epidemiologia* [online]. v. 11, n. 1, pp. 24-42, 2008.

\_\_\_\_\_. Questões contemporâneas sobre natureza e cultura: notas sobre a Saúde Coletiva e a Sociologia no Brasil. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.20, n.1, p.32-40, 2011.

IANNI, O.. A sociologia e o mundo moderno. *Tempo Social; Rev. Sociol. USP*, S. Paulo, 1(1): 7-27, 1 sem., 1989.

JUNGES, J.R.; ZOBOLI, E.L.C.P.. Bioética e saúde coletiva: convergências epistemológicas. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 1049-1060, Abril-2012.

KNELLER, G. A ciência como atividade humana. Rio de Janeiro: Zahar; São Paulo: Ed. da Universidade de São Paulo, 1980.

LANGDON, E.; WIIK, F. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura aplicado às ciências da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 18, n. 3, p. 459-466, 1 jun. 2010.

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

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. D. (Org.). *Medicina social: aspectos históricos e teóricos*. São Paulo: Global, 1983, p. 133-158.

LE BRETON, David. *A Sociologia do Corpo*. Editora Vozes. Petrópolis, 2010.

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

LIMA, C.A. *et al.* Relação profissional-usuário de saúde da família: perspectiva da bioética contratualista. *Rev. Bioética*, Brasília, v. 22, n. 1, p. 152-160, Abr. 2014.

LOMBARDI, C. *et al.* Operacionalização do conceito de classe social em estudos epidemiológicos. *Rev. Saúde públ.*, S. Paulo, 22:253-65, 1988.

LUZ, M.T. Complexidade do Campo da Saúde Coletiva: multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade de saberes e práticas: análise sócio-histórica de uma trajetória paradigmática. *Saúde e Sociedade*. São Paulo, vol. 18, n. 2, p. 304-311, 2009.

\_\_\_\_\_. *Natural, racional, social: razão médica e racionalidade moderna*. Rio de Janeiro: Fiocruz: Edições Livres, 2019.

MALTA, D.C.; MERHY, E.E.. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 14, n. 34, p. 593-606, Set. 2010.

MARTINS, I.S. *et al.* As determinações biológica e social da doença: um estudo de anemia ferropriva. *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, 21: 73-89, 1987.

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

MARX, K.; ENGELS, F. *A Ideologia Alemã: crítica da filosofia*. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 1991.

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

MENDES, J.M.R. *et al.* Saúde e interdisciplinaridade: mundo vasto mundo. *Revista Ciência & Saúde*, Porto Alegre, v. 1, n. 1, p. 24-32, jan./jun. 2008.

MENEZES, A.M.F. *et al.*. *20 Anos da SECEX e 200 Anos de Comércio Exterior*. 1ª edição. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Indústria e Comércio Exterior-MDIC, 2010.

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

MINAYO, M.C.S.. Determinação social, não! Por quê?. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. v. 37, n. 12, 2021.

\_\_\_\_\_. Interdisciplinaridade: funcionalidade ou utopia? *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 42-63, 1994.

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

\_\_\_\_\_. *O Método 1: a natureza da natureza*. Porto Alegre: Sulina, 2016.

NOGUEIRA, R.P (Organizador). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

NUNES, E.D.. Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas. *Physis: Revista de Saúde Coletiva* [online]. v. 15, n. 1, pp. 13-38, 2005.

\_\_\_\_\_. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994.

OSMO, A.; SCHRAIBER, L.B.. O campo da Saúde Coletiva no Brasil: definições e debates em sua constituição. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 24, supl. 1, p. 205-218, Jun. 2015.

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

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

\_\_\_\_\_. Saúde como Paradigma. In: FLEURY, S (organizadora). *Saúde e democracia: a luta do CEBES*. São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

PAIM, J.S.; ALMEIDA FILHO, N.. Saúde coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 32, n. 4, p. 299-316, Ago. 1998.

PAIM, J.S. *et al.* The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *The Lancet* [online], v. 377, n. 9779, p. 1778-1797, 2011.

PALMA, A.; ESTEVÃO, A.; BAGRICHEVSKY, M.. Considerações teóricas acerca das questões relacionadas à promoção da saúde. In: BAGRICHEVSKY, M.; PALMA, A.; ESTEVÃO, A. (Orgs.). *A saúde em debate na educação física*. Blumenau: Edibes, 2003.

PAUL, P. Transdisciplinaridade e Antropofornação: sua importância nas pesquisas em saúde. *Saúde e Sociedade*, v.14, n.3, p.72-92, set-dez 2005.

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

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

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

PEREIRA JÚNIOR, A.; PEREIRA, M.A.O.. Teoria da Auto-Organização: uma introdução e possível aplicação nas Ciências da Saúde. *Rev. Simbio-Logias*, v.3, n.5, Dez/2010.

PESSINI, L.. Bioética e cuidado do bem-estar humano: ética, humanização e vocação como desafio para os profissionais da saúde. *Fragmentos de Cultura*, Goiânia, v. 13, n. 1, p 17-39, jan/fev. 2003.

POPPER, k. *A lógica da pesquisa científica*. Trad. Leonidas Hegenberg e Octanny Silvera da Mota. São Paulo: Cultrix, 2007.

PUTTINI, R.; OLIVEIRA, L.R.; PEREIRA JÚNIOR., A. Modelos Explicativos em Saúde Coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 20 (3), 2010.

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

ROCHA, S.M.M.; ALMEIDA, M.C.P.. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 6, p. 96-101, Dez. 2000.

ROTHER, E.T.. Revisão sistemática X Revisão narrativa. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 20, n. 2, p. v-vi, Jun. 2007.

ROQUETE, F.F. *et al.*. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade - em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. *Rev. Enferm. Cent. O. Min.* v. 2, n. 3, 2012.

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

SILVA, C.R.L.D.; ERNESTO JACOB, K.; BERTONCINI, J.H.. Transdisciplinaridade na educação para a saúde: um planejamento para a graduação do enfermeiro. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 56, n. 4, p. 424-428, Ago. 2003.

SILVA, N.E.K.; SANCHO, L.G.; FIGUEIREDO, W.S.. Entre fluxos e projetos terapêuticos: revisitando as noções de linha do cuidado em saúde e itinerários terapêuticos. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, p. 843-852, Mar. 2016.

SILVEIRA, M.L. *O nervo cala, o nervo fala: a linguagem da doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2000.

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

SOUZA, D.O.. O caráter ontológico da determinação social da saúde. *Serviço Social & Sociedade* [online]. n. 137, pp. 174-191, 2020.

SPAGNUOLO, R.S.; GUERRINI, I.A.. A construção de um modelo de saúde complexo e transdisciplinar. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 9, n. 16, p. 191-194, Fev. 2005.

VAITSMAN, J. Saúde, cultura e necessidades. In: Fleury, S. (Org) *Saúde, coletiva? Questionando a onipotência do social*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 157-173.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. (Org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 531-562.

VILELA, E.M; MENDES, I.J.M.. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 11, n. 4, p. 525-531, Ago. 2003.

WEBER, M. *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo*. Trad. José Marcos Mariani de Macedo. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

ZOBOLI, E.L.C.P; PEGORARO, P.B.B. Bioética e cuidado: o desafio espiritual. *O Mundo da Saúde*, v. 31, n. abr./ju 2007, p. 214-224, 2007.

### **Artigos da revisão**

ANDRADE, M.C.; CASTANHEIRA, E.R.L. Cooperação e apoio técnico entre estado e municípios: a experiência do programa articuladores da atenção básica em São Paulo. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 980-990, Dez. 2011.

ANDRADE, J.M.O., *et al.*. Atenção multiprofissional ao portador de sofrimento mental na perspectiva da equipe de saúde da família. *Revista de pesquisa: cuidado é fundamental*. Rio de Janeiro. online 2013. abr./jun. 5(2):3549-57.

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

ARECO, N. M. *et al.*. Caracterização dos serviços que atendem adolescentes: interfaces entre saúde mental e drogadição. *Psicol. Soc.*, Florianópolis, v. 23, n. 1, p. 103-113, abr. 2011.

ASSIS, M.M.A.; JESUS, W.L.A.. Acesso aos serviços de saúde: abordagens, conceitos, políticas e modelo de análise. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 11, p. 2865-2875, Nov. 2012.

BARRETO, A.J.R. *et al.*. Organização dos serviços de saúde e a gestão do cuidado à tuberculose. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 7, p. 1875-1884, July 2012 .

BAZZO, L.M.F.; NORONHA, C.V.. A ótica dos usuários sobre a oferta do atendimento fonoaudiológico no Sistema Único de Saúde (SUS) em Salvador. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 1553-1564, Out. 2009.

BEATO, M.S.F.; VAN STRALEN, C.J.; PASSOS, I.C.F.. Uma análise discursiva sobre os sentidos da promoção da saúde incorporados à Estratégia Saúde da Família. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 15, n. 37, p. 529-537, Jun. 2011.

BORGES, M.J.L.; SAMPAIO, A.S.; GURGEL, I.G.D.. Trabalho em equipe e interdisciplinaridade: desafios para a efetivação da integralidade na assistência ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids em Pernambuco. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 147-156, Jan. 2012.

CABRAL, F.B.; HIRT, L.M.; VAN DER SAND, I.C.P.. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 2, p. 281-287, Abr. 2013.

CAMPOS, G.W.S.; CHAKOUR, M.; SANTOS, R.C.. Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde (SUS). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 141-144, Jan. 1997.

CARVALHO, M.C. *et al.*. Valores e práticas de trabalho que caracterizam a cultura organizacional de um hospital público. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 746-753, Set. 2013.

COSTA, N.R.. Comunidade epistêmica e a formação da reforma sanitária no Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 3, p. 809-829, Set. 2014.

CUNHA, G.T.; CAMPOS, G.W.S.. Apoio Matricial e Atenção Primária em Saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, Dec. 2011.



DELFINI, P.S.S.; REIS, A.O.A.. Articulação entre serviços públicos de saúde nos cuidados voltados à saúde mental infantojuvenil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 357-366, Fev. 2012.

DIAS, M.A.B.; DESLANDES, S.F.. Cesarianas: percepção de risco e sua indicação pelo obstetra em uma maternidade pública no Município do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 109-116, Fev. 2004.

DUBOW, C. *et al.*. Linha de cuidado como dispositivo para a integralidade da atenção a usuários acometidos por agravos neoplásicos de cabeça e pescoço. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 100, p. 94-103, Mar. 2014.

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

FERRO, L.F. *et al.*. Interdisciplinaridade e intersetorialidade na Estratégia Saúde da Família e no Núcleo de Apoio à Saúde da Família: potencialidades e desafios. *O Mundo da Saúde*, São Paulo - 2014; 38(2): 129-138.

FLOSS, M. *et al.*. A humanização através do programa Recrutadas da Alegria da FURG: um relato de experiência. *Rev. bras. educ. med.*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 3, p. 464-470, Set. 2013.  
GUANAES-LORENZI, C.; PINHEIRO, R.L.. A (des)valorização do agente comunitário de saúde na Estratégia Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 8, p. 2537-2546, Ago. 2016.

GESSNER, R.; PIOSIADLO, L.C.M.; FONSECA, R.M.G.S.; LAROCCA, L.M. O manejo dos resíduos dos serviços de saúde: um problema a ser enfrentado. *Cogitare Enferm.* 2013 Jan/Mar; 18(1):117-23.

KELLY-SANTOS, A.; MONTEIRO, S.; ROZEMBERG, B.. Significados e usos de materiais educativos sobre hanseníase segundo profissionais de saúde pública do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p. 857-867, Abr. 2009.

KLOSSOSWSKI, D. G. *et al.*. Assistência integral ao recém-nascido prematuro: implicações das práticas e da política pública. *Rev. CEFAC*, São Paulo, v. 18, n. 1, p. 137-150, Fev. 2016.

LAVADO, M.M.; *et al.*. Avaliação do processo de trabalho médico no programa saúde da família: uma ferramenta para educação permanente. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Vol. 36, no. 2, de 2007.

LAVRAS, C.. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 867-874, Dez. 2011.

LEITE, R.F.B.; VELOSO, T.M.G.. Trabalho em equipe: representações sociais de profissionais do PSF. *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 28, n. 2, p. 374-389, 2008.

LETTIERE, A.; NAKANO, A.M.S.; RODRIGUES, D.T.. Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 3, p. 467-473, Set. 2008.

LIMA, S.A.V.; ALBUQUERQUE, P.C.; WENCESLAU, L.D.. Educação permanente em saúde segundo os profissionais da gestão de Recife, Pernambuco. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 425-441, Ago. 2014.

MARINHO, C.C.C. *et al.* O olhar de uma equipe multiprofissional sobre as linhas de cuidado: (vi)vendo o tecer dos fios. *Revista Baiana de Saúde Pública*, v.35, n.3, p.619-633 jul./set. 2011.

MARZANO, M.L.R.; SOUSA, C.A.C.. Um relato de experiência de quem vivencia a reforma psiquiátrica no Brasil. *Rev. bras. enferm.*, Brasília, v. 56, n. 5, p. 577-580, Out. 2003.

MEDEIROS, C.R.G. *et al.* A rotatividade de enfermeiros e médicos: um impasse na implementação da Estratégia de Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1521-1531, Jun. 2010.

NÓBREGA, R.G. *et al.* Organização do serviço de controle da tuberculose em distrito sanitário especial indígena Potiguara. Artigo Original *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. 2013 jan/mar;15(1): 88-95. Goiânia- GO.

NORA, C.R.D.; JUNGES, J.R.. Política de humanização na atenção básica: revisão sistemática. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 47, n. 6, p. 1186-1200, Dez. 2013.

PAIM, J.S.; TEIXEIRA, C.F.. Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, supl. p. 1819-1829, Nov. 2007.

PEREIRA, M.O.; SÁ, M.C.; MIRANDA, L.. Um olhar sobre a atenção psicossocial a adolescentes em crise a partir de seus itinerários terapêuticos. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 10, p. 2145-2154, Out. 2014.

PRATA, L.L.; ROSALINI, M.H.P.; OGATA, M.N. Família e cuidado sob os olhares de uma equipe de saúde da família de São Carlos, SP. *Revista de APS*. Juiz de Fora-MG. 2013 jul/set; 16(3): 250-257.

REIS, F.; GOMES, M.L.; AOKI, M. Terapia ocupacional na Atenção Primária à Saúde: reflexões sobre as populações atendidas. *Cad. Ter. Ocup.* UFSCar, São Carlos, v. 20, n. 3, p. 341-350, 2012.

RIBEIRO, H.M.C.B. *et al.* Representações sociais de profissionais de núcleos de apoio à saúde da família sobre interdisciplinaridade. *Trab. educ. saúde*, Rio de Janeiro, v. 13, supl. 2, p. 97-115, 2015.

ROCHA, S.M.M.; LIMA, R.A.G.; SCOCHI, C.G.S.. Assistência integral à saúde da criança no Brasil: implicações para o ensino e a prática da enfermagem pediátrica. *Saúde soc.*, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 25-52, Jul. 1997.

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

ROVER, M.R.M. *et al.*. Da organização do sistema à fragmentação do cuidado: a percepção de usuários, médicos e farmacêuticos sobre o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 691-711, Jun. 2016.

SÁ, E.T.; PEREIRA, M.J.B.; FORTUNA, C.M.; MATUMOTO, S.; MISHIMA, S.M. O processo de trabalho na recepção de uma unidade básica de saúde: ótica do trabalhador. *Rev Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre (RS) 2009 set;30(3):461-7.

SANTANA, F.R. *et al.* Ações de saúde na estratégia saúde da família no município goiano na perspectiva da integralidade. *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. Goiânia-GO. 2013 abr/jun;15(2):422-9.

SANTOS, A.M.; ASSIS, M.M.A.. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, Mar. 2006.

SANTOS, A.M.; GIOVANELLA, L.. Gestão do cuidado integral: estudo de caso em região de saúde da Bahia, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 32, n. 3, 2016.

SENA, L.A.; CAVALCANTI, R.P.; PEREIRA, I.L.; LEITE S.R.R. Intersetorialidade e ESF: limites e possibilidades no território de uma unidade integrada de saúde da família. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. João Pessoa-PB. vol. 16, n. 3, 337-342, 2012.

SHIMIZU, H.E.. Percepção dos gestores do Sistema Único de Saúde acerca dos desafios da formação das Redes de Atenção à Saúde no Brasil. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1101-1122, Dez. 2013.

SILVA, S.F.. Organização de redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde: desafios do Sistema Único de Saúde (Brasil). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 6, p. 2753-2762, Jun. 2011.

SILVA, T.F.; ROMANO, V.F.. Sobre o acolhimento: discurso e prática em Unidades Básicas de Saúde do município do Rio de Janeiro. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 39, n. 105, p. 363-374, Jun. 2015.

STAHLSCHMIDT, A.P.M. Integralidade, construção e socialização de conhecimentos no contexto da educação permanente e atuação de profissionais da área da saúde. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 16, n. 42, p. 819-827, Set. 2012.

TEIXEIRA, S.M.F. O dilema reformista na reforma sanitária brasileira. *Revista de Administração Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 94 a 115, 1987.

TRONCHIN, D.M.R. *et al.* Educação permanente de profissionais de saúde em instituições públicas hospitalares. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. spe2, p. 1210-1215, Dez. 2009.

VASCONCELOS, E.N. *et al.* A normatização do cuidar da criança menor de um ano: estudo dos significados atribuídos pelos profissionais do Programa Saúde da Família (PSF). *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1225-1234, Ago. 2009.

XAVIER, R.B; BONAN, C.; MARTINS, A.C.; SILVA K.S. Riscos reprodutivos e cuidados integrais de gestantes com síndromes hipertensivas: estudo transversal. *Online Brazilian Journal of Nursing*. Dez 2013; 12 (4): 823-33.

XIMENES NETO, F.R.G.; CUNHA, I.C.K.O.. Integralidade na assistência à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino: um estudo de caso. *Texto contexto - enferm.*, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 427-433, Set. 2006.

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