



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CCSA – CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

NATALI NASCIMENTO CAMILO

**INTERDISCIPLINARIDADE E SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE O SERVIÇO SOCIAL
E A PRÁTICA INTERDISCIPLINAR NA SAÚDE NA CENA CONTEMPORÂNEA**

**CAMPINA GRANDE-PB
OUTUBRO/2016**

NATALI NASCIMENTO CAMILO

**INTERDISCIPLINARIDADE E SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE O SERVIÇO SOCIAL
E A PRÁTICA INTERDISCIPLINAR NA SAÚDE NA CENA CONTEMPORÂNEA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento às exigências para título de Bacharela em Serviço Social.

Orientadora: Prof. Ms. Débora Suelle de Miranda Lima.

**CAMPINA GRANDE-PB
OUTUBRO/2016**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano da dissertação.

C183i Camilo, Natali Nascimento
Interdisciplinaridade e saúde [manuscrito] : reflexões sobre o
serviço social e a prática interdisciplinar na saúde na cena
contemporânea / Natali Nascimento Camilo. - 2016.
28 p.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço
Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências
Sociais Aplicadas, 2016.

"Orientação: Profa. Ma. Débora Suelle de Miranda Lima,
Departamento de Serviço Social".

1. Serviço social na saúde. 2. Interdisciplinaridade. 3.
Transformações Sociais. 4. Assistente social. I. Título.

21. ed. CDD 362.2

NATALI NASCIMENTO CAMILO

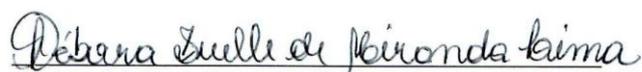
**INTERDISCIPLINARIDADE E SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE O SERVIÇO SOCIAL
E A PRÁTICA INTERDISCIPLINAR NA SAÚDE NA CENA CONTEMPORÂNEA**

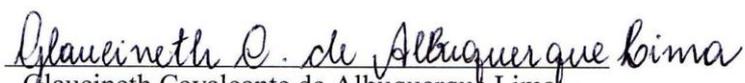
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Curso de Graduação em Serviço Social da
Universidade Estadual da Paraíba, em
cumprimento às exigências para título de
Bacharela em Serviço Social.

Área de concentração:

Aprovada em: 31/10/2016.

BANCA EXAMINADORA


Prof. Ms. Débora Suelle de Miranda Lima
(Orientadora)
Universidade Estadual da Paraíba (UEPB)


Glaucineth Cavalcante de Albuquerque Lima
Assistente social (Avaliadora)


Prof. Ms. Liélia Barbosa Oliveira
Universidade Estadual da Paraíba (Avaliadora)

Ao meu pai (In memoriam), pelos valores deixados e pelo amor a mim ofertado durante todo seu tempo de vida, DEDICO.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo Seu amor incondicional que me fez chegar até aqui. Mesmo em meio às adversidades, não me fez perder a fé.

À minha família, em especial meu esposo, Glaube, o meu maior incentivador, me dando todo suporte e dedicação necessária para que eu alcançasse objetivo do diploma tão sonhado, sendo a primeira pessoa em minha família a obter um curso de graduação superior.

Ao meu corpo docente, responsável por uma troca de aprendizagem e construção da minha carreira acadêmica.

Às minhas queridas companheiras de jornada durante estes cinco anos de graduação, Sara Raquel, Luciene Paes, Layse Araújo e Jailma Ramos, que fizeram desta caminhada uma prazerosa e divertida busca pelo conhecimento.

À minha sobrinha, Damares Rayanne, que me deu apoio intelectual e ajuda na construção dos trabalhos acadêmicos.

À minha orientadora de estágio, Débora Suelle, fonte de conhecimento para conclusão deste curso.

À minha supervisora de campo, a Assistente Social, Glaucineth Cavalcante, pela acolhida e o carinho para com as estagiárias. Por representar graciosamente à categoria mostrando competência e dedicação a profissão. Alguém em quem me espelho profissionalmente.

Meus sinceros agradecimentos.

“Para adquirir conhecimento, é preciso estudar; mas para adquirir sabedoria é preciso observar.”

Marilyn vos Savant.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	7
2. REFLEXÕES DA INTERDISCIPLINARIDADE NO SERVIÇO SOCIAL NA CENA CONTEMPORÂNEA.....	8
3. A INTERDISCIPLINARIDADE.....	13
4. AS TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS E SUAS IMPLICAÇÕES À PRÁTICA INTERDISCIPLINAR DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE.....	16
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	24
REFERÊNCIAS.....	26

INTERDISCIPLINARIDADE E SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE O SERVIÇO SOCIAL E A PRÁTICA INTERDISCIPLINAR NA SAÚDE NA CENA CONTEMPORÂNEA

Natali Nascimento Camilo*

RESUMO

Este artigo é fruto da experiência de estágio supervisionado em Serviço Social realizado no Serviço Municipal de Fisioterapia de Campina Grande-PB durante o período de 28 de março de 2013 a 31 de agosto de 2014, no qual podemos perceber a necessidade da prática interdisciplinar do âmbito da saúde. Deste modo, este trabalho visa problematizar a interdisciplinaridade na saúde no contexto das transformações societárias em curso, buscando desvelar os entraves para sua efetivação. O texto elaborado incita o debate, de forma teórica, acerca do conhecimento interdisciplinar, tratando-se de um estudo bibliográfico trazendo uma concepção do ponto de vista de alguns estudiosos como RODRIGUES (2009); SANTOS (2009), JAPIASSU (1976), GUSDORF (1976) MOTA (1995), entre outros, visando abordar também sobre a interdisciplinaridade no campo da saúde pública dentro dos processos de reforma e contrarreforma aos quais a sociedade e a saúde foram submetidas ao longo dos anos, especialmente a partir das décadas de oitenta e noventa no caso do Brasil. Com este estudo, procuramos dar visibilidade a uma questão de extrema importância no âmbito da saúde pública que é a prática interdisciplinar no contexto do SUS.

Palavras-Chave: Saúde, Interdisciplinaridade, Transformações societárias, Serviço Social.

1. INTRODUÇÃO

A interdisciplinaridade na Saúde é um tema ainda pouco abordado tendo em vista a dimensão de seu papel e suas implicações nas ações do setor, sendo a base para o trabalho neste campo de atuação. A relevância e escolha do tema se deu através do estágio supervisionado em Serviço Social que ocorreu no Serviço Municipal de Fisioterapia de Campina Grande – PB durante o período de 28 de março de 2013 a 31 de agosto de 2014, onde foi, compreendida a necessidade da prática interdisciplinar entre os profissionais no âmbito da saúde, contribuindo no processo de recuperação e prevenção à doenças dos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), assim o tema traz à reflexão o conceito interdisciplinar.

* Aluna de Graduação em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I.
Email: natalinascimento148@gmail.com

Tendo em vista que a origem da interdisciplinaridade no campo epistemológico e na saúde sofreu interferências do contexto sócio-político e econômico, compreende-se que a mesma não se conceitua de maneira unívoca, sendo assim, a falta de compreensão da interdisciplinaridade por parte dos profissionais da área da saúde brasileira faz com que mesmo aqueles que trabalham no Sistema Único de Saúde, não se utilizem desta ferramenta para garantir o direito previsto na Constituição através do artigo 196-200 de uma saúde integral para todos centrada não só na questão da doença, mas em questões econômicas e sociais que envolvem o processo do adoecer e que reivindicam a atuação de diversos profissionais para obter resolutividade.

Sendo assim, este trabalho estrutura-se da seguinte maneira: além da introdução aqui apresentada, no segundo tópico trazemos a discussão sobre a política de saúde no Brasil e a construção de um novo conceito de saúde: primeiros passos para a prática interdisciplinar; no terceiro discutimos especificamente a interdisciplinaridade; no quarto tópico passamos a análise das transformações societárias atuais e suas implicações à prática interdisciplinar do serviço social na saúde. Por fim, trazemos as considerações finais e as referências utilizadas para a construção do texto.

Esperamos que esta construção possa subsidiar estudos e análises em torno da temática abordada, contribuindo para o desenvolvimento da prática interdisciplinar na saúde.

REFLEXÕES DA INTERDISCIPLINARIDADE NO SERVIÇO SOCIAL NA CENA CONTEMPORÂNEA

Para uma melhor compreensão a respeito da interdisciplinaridade na saúde, sua importância, desafios e enfrentamentos para a sua efetivação, se faz necessário relatar um pouco sobre o contexto da política de saúde no Brasil.

A política de saúde no Brasil vem sofrendo uma série de mudanças ao longo de sua história, mudanças essas que ocorreram a partir dos movimentos de lutas pela exigência dos direitos sociais, em particular do direito à saúde. Em 1920, o atendimento neste serviço garantia acesso exclusivo aos que podiam pagar, excluindo grande parte da população da assistência à saúde de modo que, no setor da saúde, as ações sociais eram pautadas em campanhas preventivas de combate as endemias através de pesquisas e vacinas contra doenças infecto contagiosas como a febre amarela, rubéola, caxumba etc.

Durante um longo período não houve políticas de benefícios para a classe operária quando, em 1923, se deu a regulamentação da Lei Eloy Chaves sendo a mesma a responsável por criar as Caixas de Aposentadoria e Pensões CAPs e posteriormente no governo de Getúlio Vargas os IAPs, além de garantir os direitos empregatícios, os quais eram divididos por categoria profissional.

Na década de 1960, o país enfrenta as pressões do regime ditatorial, fato este que ocasionou um retrocesso nas políticas sociais minimamente conquistadas causando a revolta e insatisfação popular (RODRIGUES; SANTOS, 2009). As discussões em torno de uma reforma sanitária ganharam notoriedade na pauta de discussões da exigência na conquista por direitos sociais. No ano de 1975 foi criado o Sistema Nacional de Saúde (SNS), uma forma política que desenvolveu ações em três âmbitos do governo, em 1976 surge o Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento e mesmo com a criação desse serviço o acesso ainda era excludente.

Em 1975 o assunto abordado na V Conferência Nacional de Saúde foi à crise do setor, questões quanto à má distribuição, insuficiência, falta de coordenação dos serviços, incoerência e ineficiência vêm à tona. Surge então uma ideia do Governo Federal da criação do Sistema Nacional de Saúde (Lei 6.229), definindo atribuições a diferentes ministérios comprometidos com a questão saúde, atribuindo também funções às instâncias Municipal Estadual e Federal. (RODRIGUES; SANTOS, 2009).

Durante os períodos entre 1979 e 1988 uma extensa mobilização política a favor da democracia se formava no país, esse movimento combatia duramente o sistema de saúde vigente. Essa mobilização se deu através dos vários segmentos da sociedade e se tornou conhecida como Movimento Sanitário, posteriormente reconhecido como Reforma Sanitária Brasileira (op.cit).

A primeira medida de democratização nos serviços de Saúde acontece em outubro de 1985, quando se dispensa a exigência da apresentação de documentos de trabalho formal ou de beneficiário da Previdência para o atendimento nas suas unidades hospitalares (Inamps), considerado um dos primeiros avanços para universalização do direito à saúde (IDEM, 2009).

Esse momento de efervescência participativa e de enfrentamentos por ampliação da cidadania favoreceu o campo da saúde tornando-o visível na pauta política e divulgando as proposituras no processo de construção da Reforma Sanitária a qual se fortaleceu com a 8ª Conferência Nacional de Saúde (AGUIAR; ZENAIDE; NETO, 2011).

Em julho de 1987 é criado o SUDS, orientado pelo princípio de ações voltadas diretamente ao acesso a atenção à saúde por parte de toda população na intenção de que os

recursos fossem destinados em particular à saúde sem distribuição para outros fins. Esse modelo assistencial apresentou falhas quanto à organização de ações no âmbito burocrático, político e financeiro, reforçando a necessidade de reordenação do modelo em vigor, definindo através da Constituição Federal (CF) adotar por fim o SUS como setor democrático da saúde.

A Constituição Federal de 1988 inseriu a saúde no contexto da seguridade social. Criou uma estrutura de proteção abrangente, justa equânime e democrática rompendo, definitivamente, com o padrão político anterior, considerado excludente e com base no mérito, afirmando o compromisso com a democracia. Através da Constituição, a saúde passa a ser reconhecida como direito de todos e dever do Estado, sendo assegurada por políticas sociais e econômicas que vissem à redução de riscos de doenças e outros agravos e de uma política setorial de saúde para garantir acesso universal e igualitário as ações e serviços de promoção proteção e recuperação da mesma (FERNANDES, 2004, p. 21).

O Sistema Único de Saúde (SUS), criado no Brasil através da CF 1988 visou tornar o acesso à saúde um direito de todo cidadão. O que se pode perceber ao analisar o histórico das políticas de saúde no Brasil, é que antes da criação do SUS, o Estado brasileiro era omissos com relação à saúde da população. A organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública; de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial (PAIM, 2009).

A implantação do SUS unificou o sistema, já que antes de 1988 a saúde era responsabilidade de vários ministérios, e descentralizou sua gestão (BRASIL, 2005), que deixou de ser exclusiva do Poder Executivo Federal e passou a ser administrada por Estados e municípios para o cumprimento da tarefa de promoção e proteção à saúde.

O SUS é organizado conforme alguns princípios e diretrizes previstos no artigo 198 da Constituição Federal de 1988 e na Lei nº 8.080/1990, dentre eles destacamos: Universalidade que deve atender a todos, sem distinção ou restrições, oferecendo toda a atenção necessária, sem qualquer custo, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nos serviços de saúde, públicos ou privados contratados pelo gestor público. É princípio fundamental das mudanças previstas pelo mesmo, garantindo a todos os brasileiros a devida assistência.

O princípio da Integralidade que se dá de forma que o SUS organiza-se de maneira a garantir a oferta necessária aos indivíduos e à coletividade, independentemente das condições

econômicas, da idade, do local de moradia etc., com ações e serviços de promoção à saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação.

O princípio da equidade que abrange a disponibilização de serviços que promovam a justiça social, concentrando maior atenção aos que mais necessitam, diferenciando as necessidades de cada um, investindo mais, onde e para quem as necessidades forem maiores, tendo como princípio a justiça social, objetivando diminuir as desigualdades.

O princípio da Participação que prevê a organização e a participação da comunidade e ocorre de maneira oficial por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde, na esfera nacional, estadual e municipal.

A descentralização, princípio que define que o sistema de saúde se organize tendo uma única direção, com um único gestor em cada esfera de governo. No âmbito nacional, o gestor do SUS é o Ministro da Saúde; no estadual o Secretário Estadual de Saúde; no Distrito Federal/DF, o Secretário de Saúde do DF; e, no município, o Secretário Municipal de Saúde. Cada gestor, em cada esfera de governo, tem atribuições comuns e competências específicas.

O princípio da Regionalização que orienta a descentralização das ações e serviços de saúde, favorece a gestão pactuada, considerando suas responsabilidades, e tem como objetivo garantir o direito à saúde da população, reduzindo desigualdades sociais e territoriais.

E por fim a Hierarquização, que é o princípio que pauta a organização dos serviços e ações para atender às diferentes necessidades de saúde da população. Ou seja, serviços voltados para o atendimento das necessidades mais comuns e frequentes desenvolvidas nos serviços de Atenção Primária à Saúde com ou sem equipes de Saúde da Família, ou serviços que necessitam de equipamentos e profissionais com outro potencial de resolução. Citamos como exemplo: as maternidades, as policlínicas, os prontos-socorros, hospitais, além de outros serviços classificados como de média e alta complexidade, necessários para situações mais graves (BRASIL, 2005).

Portanto, o SUS classifica os três níveis de atendimento, são eles: a baixa complexidade que é a porta de entrada para os serviços de saúde e se desenvolve através da atenção básica por meio de trabalho em equipes inseridas nas (UBSFs) Unidades Básicas de Saúde da Família e nas (ESFs) Estratégia Saúde da Família, dirigidas a populações de territórios definidos, com atendimentos preventivos ao agravamento das doenças; a média complexidade, que é composta por ações e serviços com intuito de atender aos problemas de saúde com agravantes clínicos e dispõe de profissionais especializados e tecnologia de apoio diagnóstico e terapêutico, geralmente ambulatorial; a alta complexidade que é o conjunto de

serviços de alta tecnologia e alto custo e dispõe de ações voltadas às doenças crônicas e tratamentos especializados, integrando a atenção básica e de média complexidade.

Apesar dos avanços obtidos num novo reordenamento da política de saúde, a realidade do SUS se distanciou da propositura desejada pelo movimento da Reforma Sanitária, essas implicações deslegitimam sua ação política e social, travando uma disputa contínua correlacionada à saúde como direito, suas concepções e formas de desenvolvê-las. Essa organização da gestão, ou seja, os modos como se fazem políticas de saúde são fatores relevantes tanto para contribuir quanto para ser obstáculo de mobilização e aglomeração de atores e agentes capacitados em colaborar na conquista de legitimação política e social para o Sistema Único de Saúde, por isso os articuladores das políticas os gestores e todos envolvidos no processo de construção democrática da saúde no país devem ocupar um lugar de destaque em sua agenda política, ao oposto do que acontece hoje (ABEPSS, 2007).

A Constituição Federal ao criar o SUS promove inúmeros desafios, um desses desafios é o de modificação do modelo de assistência à saúde, com características em que predominam a assistência médica individual e curativa, biologicista, fragmentada e hospitalocêntrica, aliado a uma prática tecnológica e medicamentosa com baixa abrangência que minimamente resolvem a problemática de saúde dos cidadãos. (AGUIAR; ZENAIDE; NETO, 2011).

Em conformidade com o novo conceito de saúde apresentado na Constituição compreende-se que o estilo de saúde da população revela a organização econômica e social do país e que este atual conceito de saúde indica o desenvolvimento e o bem-estar da população como fator garantidor da saúde. A saúde deve ser direito de todos e dever do Estado, através de recursos públicos de acordo com o que preconiza a Lei.

Na afirmação de Scliar (2007), os conceitos de saúde e doença não devem ser únicos, devendo ser pensados amplamente, considerando a condição histórica, política, filosófica, religiosa ou científica,

Segundo Almeida, Castro e Vieira (1998), a saúde representa qualidade de vida e constitui-se em um direito reconhecido e inegável a todo cidadão para o exercício da sua cidadania, sendo compreendida pelo poder público como um conjunto de medidas preventivas, técnicas e práticas oferecidas através das políticas de saúde. Compreende-se o processo saúde/doença numa dimensão política, através das relações sociais identificando as necessidades do indivíduo e do coletivo, pela acumulação de forças através do poder interventivo e da garantia do uso de recursos necessários para essa intervenção. É também um processo técnico científico, que se dá através do conhecimento tecnológico da ciência e operativo de acordo com sua evolução.

Sendo assim, esse saber fazer, relacionado à saúde da população através do sistema de saúde, requer um vasto conhecimento humano e científico, aliado a diferentes saberes profissionais, da mesma área, porém em diversificados setores, o que implica a realização de uma prática interdisciplinar como sendo fator imprescindível para que a população tenha um acesso à saúde com qualidade e resolutividade.

2. A INTERDISCIPLINARIDADE

Para dar início ao debate sobre interdisciplinaridade na saúde se faz necessário entender o termo e as diversas compreensões do mesmo, percebendo que não se trata de uma teoria unívoca, devendo levar-se em consideração suas contradições.

O termo interdisciplinaridade despontou na Europa, sobretudo na França e na Itália, aproximadamente na década de 1960, período em que as manifestações estudantis exigiam uma nova regulamentação de universidade e escola, objetivando o esclarecimento e a sistematização temática das proposituras educacionais que tiveram início na época. Já no Brasil, a interdisciplinaridade surgiu no fim dos anos sessenta e, de acordo com Fazenda (1999), de forma gravemente distorcida, como um modismo, um termo usado pelo fato de estar em evidência, mas não porque se compreendia claramente o sentido do mesmo, porém, vale ressaltar que o início da década de 1970 trouxe uma inquietação em específico sobre a necessidade da definição clara da utilização dessa expressão.

De acordo com o autor Japiassu (1976) a interdisciplinaridade é entendida como elemento fundante no aproveitamento das competências científicas, para ele “A interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de interação real das disciplinas no interior de um mesmo projeto...” (p.74). Com Base em Minayo (1994), Gusdorf (1976) compreende o conceito interdisciplinar, numa relação mútua entre os saberes, para o autor essa articulação favorece o diálogo, perpassa os limites para compreensão do objeto em sua totalidade, o mesmo critica duramente o conhecimento fragmentado.

Outro fator considerável para o entendimento do termo interdisciplinaridade se dá pela necessidade de observar diferentes conceitos que apresentam relações semelhantes, variantes apenas em nível de cooperação e coordenação entre as disciplinas, alguns deles se classificam em ordem crescente, são estes:

- Multidisciplinaridade: trabalho isolado, frequentemente com troca e cooperação mínima entre as disciplinas;
- Pluridisciplinaridade: o agrupamento das disciplinas de forma justaposta, com cooperação, todavia cada profissional decide isoladamente;
- Interdisciplinaridade auxiliar: uma disciplina domina mais que outras, coordenando-as;
- Interdisciplinaridade: as relações profissionais e de poder acontecem de forma horizontal, com estratégias simples, estabelecendo uma troca mútua entre os saberes;
- Transdisciplinaridade: a coordenação realizada entre disciplinas e interdisciplinas, propõe a criação de um campo com liberdade teórica, disciplinar e operativa (VASCONCELOS, 1997).

Mesmo que o termo interdisciplinaridade não se caracterize numa concepção generalista, há na verdade um senso comum por parte dos seus vários teóricos, sendo indispensável à integração para que através dos múltiplos conhecimentos se busque uma compreensão de forma coletiva a respeito do conceito interdisciplinar, a priori a interdisciplinaridade se efetua nas diversas formas de observação, percepção e vivência de mundo, bem como na interpretação de diferentes implicações que se desenvolvem ao observar um fato ou um aspecto natural, o que significa entender os fenômenos de forma socialmente ampliada, ou em sua totalidade e sua trama de relações, ou seja, em sua complexidade (FORTES, 2009).

A década de 1980 sofreu forte influência das manifestações populares, firmando o conceito ampliado de saúde que a compreende como resultante das condições de moradia, educação saneamento básico e etc, passando a reivindicar novos debates para produção científica e para a prática interventiva considerando a interdisciplinaridade, porém, só há interdisciplinaridade se a comunicação e o diálogo se integram mutuamente nos conceitos e disciplinas, estabelecendo novo conhecimento ou procurando a solução da problemática tal como ela se apresenta. Esse é o ponto do debate sobre a interdisciplinaridade na saúde diante da complexidade do novo conceito de saúde. Para Mendes e Vilela (2003, p. 5).

Tal complexidade se acentua quando procuramos entender saúde no âmbito coletivo, cujo objeto envolve o biológico e o social, o indivíduo e a comunidade e ainda, a política social e econômica. Como campo político, é um espaço em que a articulação cooperativa entre as disciplinas constitui-se em “um campo de correlação de forças”, relacionado à consciência social e política. Para se chegar a uma Saúde Coletiva é necessário um esforço interdisciplinar.

Ainda na concepção das autoras, MENDES e VILELA, acerca da Saúde Coletiva, pode-se afirmar que:

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. Embora haja dificuldades de construir uma proposta interdisciplinar, essa é vista como desafio possível e desejável na área da saúde, uma vez que há ilimitado campo de possibilidades a ser explorado, pois existe, a seu favor, ligação direta e estratégica com o mundo vivido, o mundo do sofrimento, da dor e da morte (MENDES; VILELA, 2003, p. 5).

Dentre os obstáculos para a efetivação da prática interdisciplinar na área da saúde, evidencia-se a ideia de que a ciência por si só direciona absolutamente o desenvolvimento, de que há verdade sem princípios e ciência sem domínio, o que equivale às dificuldades de ordem psicossocial de predominância do conhecimento, em que a concorrência e a postura defensiva e de estabilidade econômica constituem papel fundamental. A este fator soma-se a forte tendência positivista e biocêntrica no tratamento das questões de saúde, o domínio de umas disciplinas sobre as outras, a estrutura acadêmica no que se refere à pesquisa em departamentos, que em muitos casos não interagem entre si dificultando a vivência interdisciplinar nessa troca de conhecimentos e de compreensão de conceitos práticos.

Esse caráter conservador de formação organizada, especializada e disciplinar em saúde, nos leva a um saber pulverizado dos problemas de saúde dos indivíduos e da população, conduzindo a formação profissional específica, incapaz de superar a real complexidade em sua totalidade. São profissionais tecnicamente dos sujeitos, mas que não estão aptos a compreender o subjetivo e a pluralidade moral social e cultural.

Uma das implicações desta formação seria a dificuldades para entender também a autonomia no cuidado, a educação em saúde, a dificuldade de aceitação ao tratamento, questões emocionais como dor e as perdas, o direito dos indivíduos à saúde e à informação, ou o desejo de ampliação de autonomia dos sujeitos”. Por isso, verifica-se que a prática profissional na saúde vem sendo induzida a algo completamente diferente da interdisciplinaridade, o trabalho em equipe se assemelha ao modelo classificado como pluridisciplinar (VASCONCELOS, 1997), o agrupamento das disciplinas de forma justaposta, com cooperação, todavia, cada profissional decide isoladamente de forma desintegrada.

Em vários programas de saúde a desintegração entre os profissionais passa a ser um obstáculo, de forma que em uma equipe em que atuam o médico, o enfermeiro, o odontólogo e a equipe técnica o nível de formação, considerando princípios éticos e corporativos de cada profissão, é o que se sobressai, ignorando a competência existente em cada membro da equipe. Essa ausência de diálogo entre essas profissões se fundamenta a partir da graduação, de maneira que cada profissional tem em sua formação um distanciamento para com os outros profissionais da saúde, impossibilitando a troca dos saberes em direção ao mesmo objetivo (SANTOS; CUTOLO, 2004).

Nesses termos, uma relação interdisciplinar se qualifica possibilitando um diálogo de mesmo nível entre vários saberes e práticas, considerando as particularidades de cada profissão e o tipo de contribuição oferecido por cada uma delas, se exige de cada profissional comprometido na equipe de caráter interdisciplinar, compreender o significado do objeto de intervenção do outro, numa perspectiva de formação generalista. Esse perfil de formação generalista abre precedentes para a intervenção profissional com forte contribuição nas equipes interdisciplinares, reforçando ainda mais a interação com o usuário na orientação e legitimidade de seus direitos. (ORTIZ, 2004).

Para alguns autores, a prática interdisciplinar não é um simples processo, posto que a ordem burguesa tem comprometido a divisão social e técnica do trabalho, entre outros aspectos a intensa especialização das diferentes práticas e campos do conhecimento torna difícil o processo de implementação no trabalho em conjunto (SEVERINO, 1989).

A força de trabalho em saúde revela sua desvalorização através do processo de desregulamentação do trabalho, o que tem interferido diretamente no processo de consolidação de uma prática interdisciplinar neste campo de atuação, isto acontece devido a problemas como: desestrutura estratégica dos serviços, a interrupção dos programas de assistência, o aumento da jornada de trabalho, a terceirização, baixos salários, a alternância de pessoal e as condições precárias de trabalho comprometendo uma intervenção de qualidade e colocando em risco a vida dos usuários do SUS (SOUZA, 2011). Sobre esta temática discorreremos nos tópicos que se seguem.

4. AS TRANSFORMAÇÕES SOCIAIS E SUAS IMPLICAÇÕES À PRÁTICA INTERDISCIPLINAR DO SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE

A complexidade de uma atuação interdisciplinar decorre não só dos desafios educacionais e pedagógicos de formação, mas também dos enfrentamentos vivenciados pelos profissionais inseridos na lógica capitalista neoliberal, que vem modificando de forma significativa o mundo do trabalho, ocasionando transformações econômicas e sociais no país que está submetido às interferências internas e externas de ordem do capital.

Sendo assim, ao longo de sua trajetória o sistema de saúde passou a incorporar às modificações mundiais de modelos econômicos, sociais, políticos e culturais impostos, modificações estas que atingem diretamente o profissional da saúde enquanto força de trabalho, trazendo uma inserção tecnológica que busca profissionais com maior nível de formação e qualificação enquanto os salários oferecidos são cada vez mais baixos. Este modelo torna o trabalho ainda mais complexo e intelectualizado, autônomo e multifacetado devido o avanço tecnológico que ocasionou novas demandas (DELUIZ, 2001 apud SARRETA, 2009).

Nos anos 1970 uma extensa crise monopolista, sinalizada por uma violenta recessão da economia capitalista internacional, põe em xeque o modelo Fordista organizado na produção em série com base no Keynesianismo e no acordo de classes que culminou no Welfare State, denominado Estado de Bem- Estar Social, que foi afetado pela alta taxa de juros e a diminuição de concentração de lucros. O novo modelo capitalista, aplicado como forma de enfrentar a crise tenta por meio da reestruturação produtiva, apostar no livre mercado por meio de um novo conceito, o de acumulação flexível, causando sérios danos aos direitos trabalhistas (CORREIA, 2007). Segundo Antunes (2002, p.24):

Novos processos de trabalho emergem, onde o cronômetro e a produção em série e de massa são "substituídos" pela flexibilização da produção, pela "especialização flexível", por novos padrões de produtividade, por novas formas de adequação da produção à lógica do mercado, considera-se esse modelo uma nova lógica de produzir mercadorias, fundamentada na administração da produção capitalista de gestão da força de trabalho, cuja importância universal é de criar um predomínio do capital na produção capturando a subjetividade do trabalhador pela lógica capitalista.

A princípio essas mudanças impactaram as economias centrais e em seguida se difundiram para os países subdesenvolvidos, incluindo o Brasil. Essa situação esbarra na acumulação e concentração de riqueza, expansão do desemprego, e a agudização da pobreza, seguindo corporificado por desempregados temporários ou permanentes, ou seja, cidadãos

que dispõem sua força de trabalho, assumindo qualquer tipo de atividade, corroborando para o baixo valor dos salários e condições precárias inconcebíveis de trabalho (MOTA, 1995).

Entre os anos 1980 e 1990 os países enfrentam a crise da dívida, provocada pela sujeição financeira, decorrente da oscilante taxa de juros, os países endividados tornam-se incapaz de saná-las, o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial assumem o papel de controle das políticas econômicas utilizadas pelos Estados Latino Americanos por meio da determinação de programas de estabilidade econômica e de acordo estrutural capitalista, o que resultou na reforma do Estado (CORREIA, 2007).

Neste interim, esteve em andamento uma tendência gradual de repasse do fundo público para o âmbito privado, esta se evidenciou em 1995, no Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado do governo de Fernando Henrique Cardoso, com intuito de que os serviços do Estado fossem apenas de coordenar e financiar as políticas públicas e não de executá-las transferindo essas ações para o setor privado. Os documentos que orientam as contrarreformas na saúde deixam explícito o novo papel regulador conferido ao Estado, o mesmo teve de investir unicamente no financiamento e no controle dos serviços hospitalares e ambulatoriais, ao invés do seu fornecimento direto.

A estrutura das contrarreformas foi direcionada para a redução de gastos sociais de bens e serviços coletivos, no setor da saúde, a proposta é de transferir a gestão do SUS para outras esferas não estatais, por meio dos contratos de gestão e parcerias, através de repasses de recursos públicos, aprovadas pelas Organizações Sociais (OSs) criadas em 1988, Lei 9.637/98; pelas Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIP), criadas em 1999, pela Lei Federal nº 9.790 e pelas Fundações Estatais de direito privado, criadas no projeto de Lei Complementar nº 92/ 2007. A privatização se realiza justamente nesta transferência de recursos públicos para setores não exclusivos do Estado. O projeto das Instituições Estatais segue as diretrizes do Banco Mundial para a política de saúde brasileira, produzindo assim o cenário das contrarreformas do Estado em benefício do projeto capitalista (IDEM, 2007). Para Correia (2007, p. 18).

[...] Essa contra-reforma, que tem acontecido na "contra-mão" do assegurado, legalmente tem deformado as políticas sociais garantidas, rebaixando-as a programas focais, assistências e seletivos, dirigidos aos grupos de maior pobreza, esvaziando seu caráter universal.

Os referidos autores compreendem algumas razões que despertaram o interesse do BM em intervir na área da saúde, são estas: colaborar para o avanço do liberalismo ao contestar de modo incisivo a figura do Estado nas políticas públicas, particularmente na saúde; a necessidade do BM revelar um caráter filantrópico diante da questão social como consequência da introdução do ajuste estrutural nos países periféricos submissos a ele; pelo fato do setor da saúde se transformar numa mercadoria lucrativa para o capital (RIZZOTTO 2000).

A saúde no mercado privado se tornou um dos campos preferenciais desse projeto, constituindo uma das áreas de maior investimento tecnológico do mundo e de grandes possibilidades no mercado privado desde os seguros e planos de saúde para os mais diversos segmentos de renda, indústria de medicamentos e equipamentos de saúde, redes hospitalares, redes de farmácia, ações na bolsa de valores, organizações sociais, fundações etc. apenas no que diz respeito a uma fatia dessa imensa rede de mercantilização da saúde contam com 48 milhões de beneficiários e um investimento de 40 bilhões de reais\ ano” (DERENGOWSKI, apud SOARES, 2004.).

Essa proposta de reforma do Estado ou contrarreforma ocasionou uma divisão no Sistema de Saúde entre o hospitalar e o básico. Nesse sentido, a saúde é tratada como mercadoria a sociedade se torna responsável pela compra dos seus serviços e a venda da sua força de trabalho. Atualmente, os trabalhadores são contratados por meio de cooperativas e/ou fundações estatais de direito privado para efetuarem ações em unidades ou programas ligados ao SUS (SILVA, 2011). Conforme Bravo (2006, p.79),

A tarefa do Estado, nesse projeto, consiste em garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento dos que têm acesso ao mercado. Suas principais propostas são: caráter focalizado para atender vulneráveis, através do pacote básico para a saúde, ampliação da privatização, estímulo ao seguro privado, descentralização dos serviços ao nível local, eliminação da fonte com relação ao financiamento.

A consolidação do SUS no período de 1990 não seguiu a política de efetivação e orientação à formação de seus trabalhadores, negando a proposta de universalidade, integralidade e equidade de forma descentralizada, os efeitos nocivos dessa lógica neoliberal estão presentes mediante a precarização do trabalho e seus condicionantes. A prestação de serviços terceirizados, mudanças nos processos e nos vínculos trabalhistas, o modo de remuneração, tal como o modo de trabalho tiveram variações consideráveis; este foi induzido por atividades competitivas e individuais (SARRETA, 2009). Avesso a esse projeto se

mantém o Projeto da Reforma Sanitária, que apesar dos conflitos enfrentados pelo projeto neoliberal no campo da saúde se mantém firme, através de suas instâncias de controle social como o Conselho Nacional de Saúde e as Conferências de saúde que no decorrer dos anos 1990 e início dos anos 2000, lutaram bravamente e de forma incessante contra os adversários do SUS, a fim de desconstruir os efeitos nocivos causados pelas reformas neoprivatistas (SOUZA, 2011). É nesse campo de tensões entre o projeto público e privado da política de saúde que estão postos os desafios para as categorias profissionais na atualidade.

Tratando-se especificamente da saúde para Bravo (1996), o debate acerca das reformas e contra reformas fica mais evidente na década de 1980, não só no Brasil, mas em vários países da América Latina, que buscavam um novo meio de obter proteção social. Especificamente no Brasil, a década de 1980 é o período que abrange maior mudança para a área de Saúde através da 8ª Conferência Nacional de Saúde, que ocorre mais precisamente no ano de 1986, mudando toda a trajetória da saúde pública até o presente momento.

Almejando uma reforma sanitária, dada à conjuntura política do momento de ditadura militar, a conferência reuniu cerca de 4.500 pessoas prevendo o direito a saúde como cidadania, mudando o cenário da saúde brasileira, aliado a Constituição de 1988 através do artigo 196 – 200 que inscreve que a saúde é um direito de todos e dever do Estado. Durante os anos de 1989 e 1990 se segue uma luta pela participação da comunidade no SUS, baseado em preceitos como universalidade, equidade, descentralização, hierarquização, integralidade da atenção à saúde e a participação social. Porém, no que concerne a profissão,

O Serviço Social na área da saúde chega à década de 1990 ainda com uma incipiente alteração da prática institucional; continua, enquanto categoria, desarticulado do Movimento da Reforma Sanitária, sem nenhuma explícita e organizada ocupação na máquina do Estado pelos setores progressistas da profissão (como estava sendo o encaminhamento da Reforma Sanitária); e insuficiente produção sobre “as demandas postas à prática em Saúde” (BRAVO, 2007, p. 4).

Na vertente privatista e na Reforma Sanitária da década de 1980, o Serviço Social foi requisitado de diferentes formas, sendo o Assistente Social aproveitado no meio privado como figura de referência para aconselhar e de caráter seletivo para critérios de atendimento como na seleção socioeconômica e na Reforma Sanitária o mesmo teria papel de assegurador de acesso a Saúde na garantia do direito de todos, utilizando-se da interdisciplinaridade.

Entende-se que os dois mandatos do governo Lula não alteraram de modo significativo à disputa entre o projeto da Reforma Sanitária e o projeto privatista que se deu desde os anos de 1990, pois em algumas propostas enfatizando a Reforma Sanitária não se observa interesse

do Estado para realização, o que tem existido são políticas focalizadas excludentes de negação dos direitos sociais articuladas ao capital (BRAVO, 2007). Para ABREU; LOPES (2006, p. 126),

No Serviço Social, no entanto, esse movimento de reação conservadora encontrou uma profissão hegemonizada pelo pensamento marxista em sua orientação acadêmico-profissional e em pleno processo de maturidade intelectual e política, com uma produção bastante significativa e consistente, fruto da maturidade e consolidação de pós-graduação e da pesquisa na área. Com esse acúmulo acadêmico e apoiado em uma forte organização acadêmico profissional, o Serviço Social no Brasil continuou fazendo a síntese de um novo projeto profissional no Código de Ética da profissão e nas diretrizes curriculares do curso de graduação que hoje, são sem dúvida, importantes instrumentos de resistência do projeto ético-político profissional contra a reação conservadora que tem invadido todos os setores da vida social.

A chegada dos anos 2000 corrobora para uma inserção dos profissionais da área de saúde em atividades envolvidas com a democratização e difusão dos conhecimentos para o meio social. Neste montante, o Serviço Social se depara com novos desafios, dentre eles a impossibilidade do assistente social, bem como de outros profissionais da saúde, obterem poder de resposta à demanda do governo. Para Bravo (2007, p. 13) durante este processo sociopolítico:

A partir das indicações pontuadas, considera-se que a acessoria às instâncias públicas de controle democrático, articulada aos movimentos sociais, é um espaço de trabalho para os assistentes sociais contribuírem para o fortalecimento dos sujeitos políticos na perspectiva da garantia e/ou ampliação dos direitos sociais, entre eles o da saúde, tendo no horizonte a emancipação humana. Os defensores da Reforma Sanitária, dos projetos Ético-Políticos do Serviço Social e Democracia de Massas só conseguirão contribuir para o enfrentamento das profundas desigualdades existentes na atual conjuntura brasileira aliando-se a um amplo movimento de Massas que exija a redução do fosso entre a política macro-econômica e as políticas sociais com a elaboração de uma agenda que defenda a garantia dos direitos humanos e sociais e a ampliação da democracia nas esferas da economia, da política e da cultura.

Porém, existem ainda mais desafios postos aos profissionais da saúde, de forma que é necessário explanar um pouco sobre a forma de disposição da hierarquia hospitalar e utilização do conhecimento dos profissionais da área, no processo de construção da relação com usuários do sistema de saúde brasileiro.

As profissões de saúde, familiarizadas com o processo de cura, no qual o usuário busca o serviço apenas no momento em que está em risco, vem destacar a posição médica

como forma hegemônica na construção da concepção de saúde, sendo possível identificar a repetição e reprodução deste pensamento por parte dos demais profissionais da área de saúde, estabelecendo com os usuários este ciclo vicioso, sem questionar sobre o conhecimento médico, sem contestar as exposições deste profissional. Os demais profissionais da saúde,

Desse modo, inserem-se na prática na saúde não como profissionais que têm um papel na garantia da integralidade da atenção à saúde e da participação social, mas como profissional “não-médico” ou “para-médico”. Na medida em que vinculam sua ação ao que subsidiário e complementar ao tratamento das doenças, abrem mãos das ações necessárias, definidas nas suas competências e atribuições, para garantia da saúde como direito universal e com controle social, não respondendo pelo papel de profissionais de saúde que foram chamados a assumir no Sistema Único de Saúde (VASCONCELOS, 2007, p. 7).

No que diz respeito à interdisciplinaridade na saúde pública, os processos sociais de reforma e contrarreforma ao longo dos anos evidenciam uma mudança gradual, ainda que mal estruturada do ponto de vista das disposições do Sistema Único de Saúde por parte dos profissionais, de forma que os conhecimentos, antes postos como complementares na construção médica, que evidenciavam o processo de tratamento de doenças, ganham mais força trazendo inicialmente à multidisciplinaridade para debate crítico da saúde. A falha no estabelecimento dos meios preventivos na saúde, se dá muitas vezes, pela falta de domínio das leis que fundamentam a saúde no Brasil, visto que:

Os quadros para a saúde estão sendo formados por profissionais que, mesmo formados após a década de 1980, em sua maioria, não conhecem, não apreenderam e não tomam como objeto de interesse e atenção a lógica e o sentido do Sistema Único de Saúde brasileiro na medida em que desconhecem, antes de tudo, o movimento da Reforma Sanitária do qual o SUS é fruto. Isso os leva, em sua maioria, a conceber a saúde como faz a Organização Mundial de Saúde (OMS): bem-estar físico, mental e social.” (VASCONCELOS, 2007, p. 2).

No campo das correlações de força é que se encontra nitidamente a interdisciplinaridade na saúde, é onde todos os esforços giram em torno do usuário numa melhor disposição dos profissionais e seus serviços, assumindo, cada um, sua especialidade em trabalho concomitante e reconhecendo o meio político, social, econômico e a atmosfera de inserção daquele que busca o serviço.

Sobretudo, é importante destacar a função interdisciplinar em cada detalhe constituinte da saúde pública no Brasil para melhor utilização dos profissionais da área, que mesmo em

meio a tantos percalços tem resistido bravamente à construção e permanência de um direito estabelecido através de muito empenho e luta política e social.

Bravo (1997) ressalta que se tratando do serviço social inserido na saúde, houve avanços na busca de fundamentação e consolidação teóricas nas décadas de 1980 e 1990, porém, a intervenção não é realizada satisfatoriamente. De certo, para que se tenha êxito na profissão no contexto atual, é preciso retomar os espaços da década de 1980 com o projeto da intenção de ruptura, rompendo esta controvérsia na atuação do Serviço Social no campo da saúde o maior setor de trabalho profissional.

Considerando a atuação do Serviço Social no campo da saúde nos anos oitenta, verifica-se uma modificação de posicionamentos, porém compreende-se que as postulações críticas de atuação neste setor não foram suficientes, visto que o Serviço Social no âmbito da saúde chega à década de 1990 com ínfima modificação da prática institucional, não existe uma articulação entre a categoria profissional e o Movimento da Reforma Sanitária, não há uma representação direta do governo por meio dos defensores das políticas sociais sendo escassa a produção a respeito das determinações postas à prática em saúde (BRAVO, 1996).

Sendo assim, mesmo no contexto atual, ao assistente social confere-se uma gama de demandas conservadoras como: triagem socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação como agente fiscalizador dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e hegemonia de práticas individualistas. Todavia, o projeto da reforma sanitária vem requisitando que o assistente social trabalhe algumas questões como: mediar o acesso às unidades e aos serviços de saúde, plano de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens em grupo, acesso democrático às informações e incentivo à participação popular.

Diante do que foi exposto fica claro o vínculo entre o Projeto Ético-político do serviço social e o de Reforma Sanitária, essa relação pode ser observada no Brasil a partir dos anos 1980, quando os movimentos democráticos ganharam forças, através da luta das classes subalternas em favor da redemocratização da saúde.

O que diverge é que nos anos 1990 o Projeto Ético-Político sofre resistência da categoria articulada a profissionais do âmbito acadêmico pelo qual aumentam as discussões da teoria social crítica reflexiva da profissão. Nesse período, novas teorias passam a influenciar, com maior ênfase nos estudos da saúde coletiva, a exemplo dos escritos de Habermas e Foucault, diversos autores começam a debater os conceitos mais abrangentes da saúde, chamando a atenção para o estudo do cotidiano das práticas na política de saúde.

Finalizamos assim, ressaltando que todos esses rebatimentos influenciam diretamente, e de forma negativa, na prática interdisciplinar desenvolvida na saúde, que devido à formação acadêmica individualizada, ao contexto social e econômico que prioriza vínculos precários e trabalhos temporários, aliados ao avanço do conservadorismo e ao enfraquecimento do Projeto de Reforma Sanitária, cria um espaço hostil de disputa entre os profissionais imputando obstáculos para o trabalho interdisciplinar que considere os mais diversos saberes e as suas contribuições.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na seguinte pesquisa compreende-se que na saúde, mesmo em meio às conquistas das políticas sociais após a implantação da Constituição Federal de 1988 e a consolidação do SUS, ainda persiste o embate entre o projeto neoliberal privatista em benefício do capital e o projeto de democratização da Reforma Sanitária. Esse confronto resulta nos condicionantes que atingem a categoria dos profissionais do setor da saúde fazendo persistir a busca constante por um sistema de saúde democrático igualitário a toda população.

Em relação à interdisciplinaridade na saúde pública, fica claro que há ainda muito a ser conquistado a fim de contribuir para a melhoria do atendimento ao público, visto que existe grande debilidade dos profissionais no conhecimento e na utilização da prática interdisciplinar como meio de contribuir na otimização dos serviços de saúde.

No que diz respeito às reformas e contrarreformas no processo de modificação das políticas públicas de saúde, esteve evidente que tudo isso corroborou para uma reconfiguração da saúde no Brasil, mais nitidamente a partir da década de 1990, havendo ainda nos dias atuais a necessidade de reformulação do vínculo usuário-profissional na saúde brasileira, pois na configuração atual o médico ainda permanece como figura central sem ser alvo de questionamentos quando se trata do seu conhecimento, dos laudos e do posicionamento diante de outras classes de trabalhadores da saúde, o que interfere diretamente no processo de interdisciplinaridade e nas melhorias das condições da saúde no Brasil.

O Assistente Social, na esfera da saúde pública, é um dos grandes agentes de mudanças quanto à interdisciplinaridade por ter uma função mediadora entre tratamento e prevenção, considerando todo o meio em que está inserido o usuário.

Por meio deste artigo científico, pudemos compreender a complexidade e pluralidade da temática, objetivou-se agregar conhecimento a cerca do Sistema de Saúde e a utilização da interdisciplinaridade, podendo explicitar aqui as falhas na difusão desta área do conhecimento

na esfera da saúde, de uma forma geral como benefício da construção de uma saúde pública mais efetiva, visando mais do que atender ao artigo da constituinte que assegura direito a saúde de todos, ofertar um sistema igualitário, que utilize seus profissionais da melhor forma.

INTERDISCIPLINARITY AND HEALTH: REFLECTIONS ON SOCIAL WELFARE AND PRACTICE INTERDISCIPLINARY HEALTH SCENE IN CONTEMPORARY

ABSTRACT

This article is the result of stage experience supervised social service held at the Municipal Service Grande-PB Campina Physiotherapy during the period 28 March 2013 to 31 August 2014, in which we can see the need for interdisciplinary scope practice of health. Thus, this work aims to discuss the interdisciplinarity in health in the context of societal transformations underway, seeking to uncover the obstacles to its realization. The drafted text urges the debate, theoretically, about interdisciplinary knowledge, in the case of a bibliographic study bringing a point of view of the design of some scholars as RODRIGUES; SANTOS (2009), JAPIASSU (1976), GUSDORF (1976) MOTA (1995), among others, aimed also address on interdisciplinarity in the field of public health within the reform processes and contrarreforma to which society and health were submitted to over the years, especially from the eighties and nineties in the case of Brazil. With this study, we try to give visibility to a matter of extreme importance in the field of public health that is interdisciplinary practice in the SUS context.

Keywords: Health, Interdisciplinarity, Corporate Transformations, Social Service

REFERENCIAS

Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS\ **Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios**. Ano I, n. 1, (jan.\ jun. 2000) – São Luís: Associação Brasileira da Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, 2007.

ABREU, Marina M.; LOPES, Josefa B. **Formação profissional e diretrizes curriculares**. Inscrita, Brasília, n.10, CFESS, mês 2007.

AGUIAR, Zenaide. **SUS – Sistema único de Saúde: Antecedentes, percurso, perspectivas e desafios**. São Paulo: Martinari, 2011.

ALMEIDA, Eurivaldo S. de; CASTRO, Cláudio G. J. de; LISBOS, C. Alberto. **Distritos Sanitários: Concepção e organização. Saúde e Cidadania – Para gestores de serviços de saúde**. São Paulo: Editora Fundação Peirópolis Ltda, 1998.

ANTUNES, C. **Novas Maneiras de Ensinar- Novas formas de Aprender**. Rio de Janeiro: Artmed, 2002.

BRAVO, Maria Inês Sousa. **Serviço Social e saúde: desafios atuais**. *Temporalis*. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, 2007.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Reforma Sanitária e Projeto Ético-Político do Serviço Social: Elementos para o Debate**. In: *Saúde e Serviço Social* BRAVO, M. I. Set alli (Orgs). São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRAVO, Maria Inês Sousa. **Serviço Social e Reforma Sanitária. Lutas sociais e práticas profissionais**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: Ed. UFRJ, 1996.

Conselho Federal de Serviço Social – CFESS, Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS. V.1. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais** – Brasília: CFESS\ABEPSS, 2009. 760 p. Brasília – DF, 2009.

CORREIA, M.V. Costa. **A saúde no contexto da crise contemporânea do capital: o banco mundial e as tendências da contra-reforma na política da saúde brasileira**. *Temporalis*, Jun 2007.

DAVI, Jordeana; MARTINIANO, Cláudia; PATRIOTA, Lúcia Maria (Orgs.) **Seguridade Social e Saúde: Tendências e desafios**. 2. Ed – Campina Grande: EDUEPB, 2011.

ELY, Fabiana Regina. **Serviço Social e interdisciplinaridade**. *Revista Katálysis*, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 113-117, jan. 2003. ISSN 1982-0259. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/7123/6625>>. Acesso em: 7 set. 2016.

FAZENDA, Ivani. **Interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa**. 4 ed. Campinas: Papyrus, 1999.

FERNANDES, Valdir; PHILIPPI JR, Arlindo. **Práticas da interdisciplinaridade no ensino e pesquisa**. USP, 2015.

FORTES, Clarissa. Corrêa. **Interdisciplinaridade**: origem, conceito e valor. UFCM. 2009.

GOMES, Romeu; DESLANDES, Suely Ferreira. **Interdisciplinaridade na saúde pública**: um campo em construção. Rev. Latino-am. enfermagem – Ribeirão Preto – v. 2 – n. 2 – p. 103-114 – julho 1994.

GUSDORF, G. Introduction aux sciences humaines. 2 ed. Paris, Éditions Ophrys, 1976.

JAPIASSU, Hilton. **Interdisciplinaridade e Patologia do saber**. Série Logoteca. Imago Editora Limitada. Rio de Janeiro, 1976

LEIS, Héctor Ricardo. **Sobre o conceito de interdisciplinaridade**. Cadernos de pesquisa interdisciplinar em ciências humanas. ISSN 1678-7730 Nº 73 – FPOLIS, agosto, 2005.

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

MENDES, Iranilde José Messias; VILELA, Elaine Morelato. **Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico**. Rev Latino-am Enfermagem 2003 julho-agosto.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Interdisciplinaridade**: Funcionalidade ou utopia? Saúde e sociedade 3(2): 42 - 64, 1994.

MOTA, Ana Elizabete. 1995. **Cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo, SP: Cortez Editora.

ORTIZ, Fátima Grave. **O Serviço Social no Brasil: os fundamentos de sua imagem social e da autoimagem de seus agentes**. E-papers Editora Ltda, 2004.

PAIM, Janilson Silva. **O que é o SUS?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

RIZZOTTO, M. L. F. **O Banco Mundial e as Políticas de saúde no Brasil nos Anos 90**: um projeto de desmonte do SUS. Campinas, 2000, 260f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, 2000.

RODRIGUES, Paulo Henrique; SANTOS, Isabela Soares. **Saúde e cidadania**: uma visão histórica e comparada do SUS. Editora Atheneu, 2009.

SANTOS, Marco Antonio Merechia; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. **A interdisciplinaridade e o trabalho em equipe no Programa Saúde da Família**, 2004.

SARRETA, Fernanda de Oliveira. **Educação Permanente em Saúde Para os trabalhadores do SUS**. São Paulo: Editora UNESP; São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SCLIAR, Moacyr. **História do Conceito de Saúde**. PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 2007.

SEVERINO, A. J. **Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade**. In: SÁ, J. L. M. (org.) Serviço social e interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão. São Paulo, 1989.

SOARES, R. C. **Contrarreforma na Política de Saúde e prática profissional do Serviço Social nos anos 2000**. In: MOTA, A. E. (Org.). As ideologias da contrarreforma e o Serviço Social. Recife: Universitária/UFPE, 2010, p. 337-382.

SOUZA, E.R., ASSIS, S.G., DESLANDES, S.F. **Pensando a violência na saúde coletiva: algumas reflexões a partir da epidemiologia e da sociologia**. 1992. (mimeo).

TONET, I. **Educação, cidadania e emancipação humana**. Ijuí: Unijuí: 2005.

_____. **Educação e concepções de sociedade**. In: Universidade e Sociedade, n. 19, 1999.

VASCONCELOS, Ana Maria. **Sistema Único de Saúde, Profissões de Saúde e Formação**. Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, 2007.

_____. **Serviço Social e Prática Reflexiva**. IN: Revista da Faculdade de Serviço Social da UERJ, nº 10, 07/1997.