



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA- UEPB**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS**  
**DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL**  
**CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**DÉBORA LINS DA SILVA**

**O SERVIÇO SOCIAL E A PRÁTICA INTERDISCIPLINAR NA SAÚDE:**  
**Algumas reflexões**

**CAMPINA GRANDE- PB**  
**DEZEMBRO/2014**

**DÉBORA LINS DA SILVA**

**O SERVIÇO SOCIAL E A PRÁTICA INTERDISCIPLINAR NA SAÚDE:  
Algumas reflexões**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms. Débora Suelle de Miranda Lima

**CAMPINA GRANDE- PB  
DEZEMBRO/2014**

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.

S586s Silva, Débora Lins da  
O serviço social e a prática interdisciplinar na saúde  
[manuscrito] : algumas reflexões / Débora Lins da Silva. - 2014.  
31 p.

Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicada, 2014.  
"Orientação: Profa. Ma. Debora Suelle de Miranda Lima, Departamento de Serviço Social".

1. Serviço Social. 2. Interdisciplinaridade. 3. Saúde. I.  
Título.

21. ed. CDD 362.1

DÉBORA LINS DA SILVA

**O SERVIÇO SOCIAL E A PRÁTICA INTERDISCIPLINAR NA SAÚDE:**  
Algumas reflexões

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Departamento de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) em cumprimento às exigências para a obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Aprovado em 02/12/2014

BANCA EXAMINADORA

Débora Suéle de Miranda Lima  
Prof(a) Ms. Débora Suéle de Miranda Lima  
Orientadora - UEPB

Maria Noalda Ramalho  
Prof(a) Dra. Maria Noalda Ramalho  
Examinadora - UEPB

William Almeida de Lacerda  
Prof. Ms. William Almeida de Lacerda  
Examinador - UEPB

CONCEITO FINAL: 8,5

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à minha mãe Francisca Euzébio de Sousa (in memoriam), com quem adquiri, muito cedo, o valor da persistência e a compreensão que tudo na vida tem um tempo certo para acontecer.

## **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, professora Lúcia Patriota, por não ter desistido de mim e ser exemplo de compreensão e carinho. Aos meus amigos e irmãos, especialmente a Maria José (Bebé) e Sérgio Sousa, que me incentivaram de forma incondicional

“Para navegar contra a corrente são necessárias condições raras: espírito de aventura, coragem, perseverança e paixão.” (Nise da Silveira)

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>08</b>
<b>2 A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL DA DÉCADA DE 1930 AO SUS: A construção de uma nova visão interdisciplinar.....</b>	<b>11</b>
<b>2.1 A POLITICA NEOLIBERAL E SEUS REBATIMENTOS NA AS.....</b>	<b>14</b>
<b>3. ALGUNS PONTOS SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE.....</b>	<b>17</b>
<b>3.1 O SERVIÇO SOCIAL E A INTERDISCIPLINARIDADE NA SAÚDE.....</b>	<b>20</b>
<b>4. REFLEXÕES SOBRE OS LIMITES E AS POSSIBILIDADES DA PRÁTICA INTERDISCIPLINAR NA SAÚDE.....</b>	<b>22</b>
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>28</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>31</b>



# **O SERVIÇO SOCIAL E A PRÁTICA INTERDISCIPLINAR NA SAÚDE:**

## **Algumas reflexões**

**DÉBORA LINS DA SILVA**

### **RESUMO**

O presente artigo, trata-se de um estudo bibliográfico de caráter exploratório e tem como principal objetivo fazer uma breve reflexão sobre o serviço social e a prática interdisciplinar na saúde, buscando desvelar as possibilidades e limites dessa prática no contexto atual. Para tanto, buscou-se fazer o percurso histórico da política de saúde no Brasil, bem como, da profissão, além da conceituação da interdisciplinaridade, relacionando as mudanças ocorridas em ambos as modificações sociais no contexto neoliberal. A partir do estudo realizado, constatou-se a existência de diversas barreiras para a efetivação da prática interdisciplinar, dentre elas destaca-se, o individualismo próprio das relações sociais capitalistas, a precarização do trabalho no contexto neoliberal e a hierarquização das profissões. O resultados apontam para a necessidade de avanços na busca da consolidação desta pratica na saúde.

**Palavras - Chaves:** Saúde; Serviço Social; Interdisciplinaridade.

### **INTRODUÇÃO**

Este artigo toma como objeto refletir sobre a prática interdisciplinar no campo da saúde, destacando o papel do assistente social e os limites e possibilidades para consolidação desta prática na referida área no contexto atual.

Ao abordarmos a interdisciplinaridade no campo da saúde, nos dispomos a estudar uma área de bastante relevância no cenário das políticas públicas no Brasil, tendo em vista que, se trata de um componente de primeira necessidade para a população. Desse modo, falar de saúde pública nos dias de hoje, remete a necessária compreensão de como tal questão se expressa ao longo da história da sociedade, posto que desde os primórdios ela é vista de diferentes formas, quer do ponto de vista teórico, político ou cultural.

Em um primeiro momento a saúde é vista de maneira focalista e imediatista, centrada na figura do médico, se propondo apenas a realizar ações curativas, posteriormente ela passa a ver usuário como um todo, não só se preocupando com a

cura de uma determinada enfermidade, mas com a prevenção desta, recorrendo as mais diversas especialidades e profissionais.

Dentre as profissões que atuam na área de saúde está o Serviço Social, que surge no Brasil na década de 1930, tendo como característica um caris filantrópico fundamentado em uma relação íntima com a Doutrina Social da Igreja Católica. Essa relação estava presente em suas ações caritativas, no que tange aos serviços de saúde prestados aos mais necessitados atendidos pelos serviços emergenciais (SILVA, 2010), sobretudo, na década de 1940 período em que a ação profissional do Assistente Social na área da saúde se fundamenta em uma *“prática educativa com intervenção normativa no modo de vida da ‘clientela’, com relação aos hábitos de higiene e saúde, e atuou nos programas prioritários estabelecidos pelas normatizações na política de saúde”* (BRAVO, 2004, p. 29).

Assim, nas décadas posteriores a saúde torna-se campo de importante atuação para os assistentes sociais, em um recorte histórico de transformações sociais complexas. Nessa conjuntura, inicia-se um movimento significativo na saúde conhecido como Movimento de Reforma Sanitária, bem como no Serviço Social ocorre o Movimento de Reconceituação, que permite a ampliação do debate teórico e da incorporação de algumas temáticas relevantes para a sociedade culminando na adoção ao marxismo.

Contudo, em meados da década de 1970 o mundo do trabalho sofreu modificações importantes que afetaram o movimento da classe trabalhadora e o movimento sindical. A crise estrutural do capital levou a um processo de reestruturação capitalista. Neste processo, ocorreu à expansão das políticas neoliberais no mundo que passaram a comandar o que seria implementado nos países de economia capitalista (SODRÉ, 2010).

O Welfare State - “estado de bem estar social” passou por um processo de regressão, neste contexto houve a reestruturação capitalista a partir das privatizações das empresas estatais e as políticas fiscais vinculadas aos organismos mundiais financeiros. É neste modelo de política que há a perda dos direitos sociais dos trabalhadores, juntamente com a ideia de um subjetivismo e individualismo próprios do modelo de política pregado pelo neoliberalismo.

Apesar do contexto mundial, no Brasil na década de 1980 houve grandes avanços nas políticas sociais, dentre elas podemos destacar a política de saúde que a partir da Constituição Federal de 1988 passa a ser vista como “direito de todos e dever o

estado”, em um cenário no qual a sociedade defendia a existência de um setor público capaz de gerenciar as políticas públicas as direcionando de acordo com as demandas da população (BRAVO, 2001).

Com esse avanço, a saúde assumiu uma dimensão política vinculada às ações da democracia brasileira, alimentando o Movimento de Reforma Sanitária. A saúde passa a ser vista como um processo de prevenção contínuo em substituição ao modelo curativo e imediatista, dando ao cidadão uma ampla gama de serviços resguardados de maneira universal em lei.

A construção deste novo modelo de saúde, requer uma atuação interdisciplinar, já que, a mesma, passa a ser vista como resultante das condições de vida da população passando o sujeito a ser visto de forma holística, pois a interdisciplinaridade é compreendida como um processo que envolve reciprocidade, enriquecimento mútuo, horizontalização das relações de poder entre os campos do saber e principalmente a construção de uma plataforma de trabalho conjunto, esta não se efetua por simples adição ou mistura e sim por uma combinação de elementos internos, democratizando as relações de poder entre as profissões (MIRANDA, 2012).

Porém, já na década de 1990 no Brasil, com a introdução da política neoliberal o papel do Estado é redirecionado, indo de encontro aos direitos sociais garantidos com a promulgação da Constituição de 1988. Assim, as políticas sociais passam a ser comprometidas com a inserção das regras e ditames do neoliberalismo nos governos de Fernando Collor de Melo, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso.

O movimento de contrarreforma fez o Estado se desviar das funções para o qual fora criado passando a atender ao setor produtivo. O produto dessas ações trouxe a descentralização, o controle dos resultados, a redução dos custos da produtividade e a eficiência. Este modelo de política passou a gerar desemprego em massa, a precarização das condições de trabalho e o sucateamento das políticas de saúde e educação (BRAVO, 2001).

A proposta das políticas sociais construídas na década de 1980 com a participação da sociedade civil entra em crise, pois as mesmas passam a ser gerenciadas pela lógica do Mercado e não pelo Estado. A sociedade civil passa a assumir as responsabilidades sociais.

Estes rebatimentos também incidiram no serviço social desmontando seu projeto de ruptura com o conservadorismo, pondo em xeque a nova visão adquirida com o Movimento de Reconceituação, que previa uma postura crítica, alicerçada no referencial

marxista. Já na saúde, em específico no SUS, a visão de um trabalho interdisciplinar foi comprometida, e a tarefa de sua implementação nos serviços se torna um grande desafio a ser alcançado, tendo em vista que esse processo está em construção: *“Ela é antes algo pressentido, desejado e buscado, mas ainda não atingido”* (SEVERINO, 2001, p. 11).

É neste contexto de crise das políticas públicas que nos propomos a discutir sobre a interdisciplinaridade no campo da saúde, organizando a discussão da maneira que se segue.

Em um primeiro momento realizamos uma contextualização da saúde pública no Brasil, destacando seu papel junto à população e os avanços que foram sendo gestados ao longo de décadas, enfatizando a conjuntura neoliberal implantada no Brasil e seus rebatimentos na política de saúde e no SUS.

Em seguida, tratamos da interdisciplinaridade e seus conceitos, destacando a sua importância dentro de um cenário de múltiplas profissões e o papel do serviço social na política de saúde e a sua relação com a prática interdisciplinar,

Por último, tratamos da interdisciplinaridade, desbravando possibilidades e limites para a sua efetivação.

Esperamos com esta pesquisa dar visibilidade a uma questão de extrema importância no campo da saúde pública, a prática interdisciplinar.

- **A SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL DA DÉCADA DE 1930 AO SUS: A construção de uma nova visão interdisciplinar**

A Política de saúde surge no Brasil, atendendo alguns direitos sociais da classe trabalhadora em alinhamento com transformações econômicas e políticas vigentes, que exigia do poder estatal uma resposta as novas demandas da sociedade.

Apenas no século XX, mais especificamente em 1923 foram criadas as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), lançando as bases do sistema previdenciário brasileiro, de forma contributiva e restritiva ao trabalhador. Estas Caixas proporcionaram aos operários o direito a uma assistência médica curativa, medicamentos, aposentadorias, pensão para os dependentes e auxílio funeral. A crise de 1929 alavancou mudanças importantes em todo o mundo, tanto econômicas quanto políticas.

Até 1930 no Brasil, predominava a política do café com leite em que São Paulo e Minas Gerais se revezavam na Presidência da República, só sendo rompida com Getúlio Vargas o que ocasionou mudanças importantes dentro do cenário político. Nesse período foram criados o “Ministério do Trabalho”, o da “Indústria e Comércio”, o “Ministério da Educação e Saúde” e uma nova constituição foi promulgada em 1934.

A partir de então, a saúde pública brasileira, passa por renovações importantes, sobretudo, com a criação do Ministério da Saúde em 1953, pela Lei nº 1.920, sendo desmembrado do antigo “Ministério da Educação e Saúde”. Com sua criação o aparato estatal passou, mesmo que de forma incipiente, a gerir e criar mecanismos de promoção e atenção à saúde da população.

Segundo Bravo (2008, p. 92):

A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. [...] A situação da Saúde da população, no período de 1945 a 1964 (com algumas variações identificadas principalmente nos anos de 50, 56 e 63, em que os gastos com saúde pública foram mais favoráveis, havendo melhoria das condições sanitárias), não conseguiu eliminar o quadro de doenças infecciosas e parasitárias e as elevadas taxas de morbidade e mortalidade infantil, como também a mortalidade geral.

Com as reformulações societárias gestadas a partir dos [anos de 1960](#) no Brasil, com a Ditadura Militar (1964-1985), a saúde, a educação e demais políticas públicas, e de forma geral o mundo globalizado, passam por dificuldades que vão desde a ampliação dos serviços e dos recursos disponibilizados até os embates entre os setores estatal e empresarial, contribuindo com o avanço das desigualdades sociais. Os direitos passam a ser usurpados de forma impositiva, gerando problemas sociais crescentes em todos os setores da sociedade.

Algumas dessas mudanças e reformulações são apontadas por Polignano (2005, p. 13):

O movimento de 64 contava com suportes políticos extremamente fortes. A maioria da burguesia defendia a internacionalização da economia e das finanças brasileiras, ampliando o processo que era ainda obstaculizado, segundo os capitalistas, pela proposta populista de fortalecimento das empresas estatais e de economia mista do governo João Goulart. Havia ainda uma preocupação crescente em relação à proliferação do comunismo e do socialismo no mundo, especialmente na América Latina, e que punha em risco os interesses e a hegemonia do capitalismo, especialmente do americano nesta região, era o período da chamada guerra fria.

Bravo (2008, p. 94) conclui afirmando que nesse período:

A política nacional de saúde enfrentou permanente tensão entre a ampliação dos serviços, a disponibilidade de recursos financeiros, os interesses advindos das conexões burocráticas entre os setores estatal e empresarial médico e a emergência do movimento sanitário. As reformas realizadas na estrutura organizacional não conseguiram reverter a ênfase da política de saúde, caracterizada pela predominância da participação da Previdência Social, através de ações curativas, comandadas pelo setor privado. O Ministério de Saúde, entretanto, retomou as medidas de saúde pública, que, embora de forma limitada, aumentaram as contradições do Sistema Nacional de Saúde.

O Movimento da Reforma Sanitária foi em seu nascedouro um projeto coletivo de grande importância para consolidação da saúde no Brasil, pois representou e representa um conjunto de diretrizes políticas com o objetivo de construir um caminho em que todos tenham direito a saúde.

Feuerwerker (2005, p. 490), aponta as principais ideias-força da reforma sanitária, seriam:

- a) o modelo de democracia: a utopia igualitária (universalidade, equidade), a garantia da saúde como direito individual ao lado da construção do poder local fortalecido pela gestão social democrática;
- b) a proposta de reconceitualização da saúde: reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença, trazendo uma perspectiva de atenção integral às necessidades de saúde da população;
- c) a crítica às práticas hegemônicas de saúde: proposição de uma nova divisão do trabalho em saúde, incluindo um papel ativo do usuário na construção da saúde.

Nesse contexto foi possível perceber que a Reforma Sanitária tinha como bandeira de luta a universalidade, a atenção integral aos usuários e uma nova divisão do trabalho em saúde, em um cenário de reestruturação do capital principalmente após a década de 1970, com o uso de novas tecnologias e a flexibilização que influenciam nas relações de trabalho, maximizando as manifestações da questão social.

A década de 1980 foi um divisor de águas para a sociedade brasileira, pois foi nela que ocorreu a superação do regime de ditadura existente no país desde 1964, como também a ascensão da sociedade civil e movimentos sociais em prol de uma sociedade mais justa e igualitária, em que todos tivessem acesso aos serviços públicos prestados pelo Estado.

Destaca-se nesse período a Constituição Federal de 1988, que determinou ser dever do Estado garantir saúde a toda a população e, para tanto, criou o Sistema Único de Saúde, o SUS, o que não garantiu que os direitos sociais fossem de fato efetivados, pois *“verificou-se o descumprimento dos dispositivos constitucionais e legais e uma*

*omissão do governo federal na regulamentação e fiscalização das ações de saúde em geral” (BRAVO, 2001, p. 14).*

Assim, o SUS passa a ser visto como elemento essencial na concessão dos serviços de saúde a população e coloca assim como objetivo oferecer uma saúde coletiva de maneira preventiva através da promoção, proteção e recuperação com vistas a uma cidadania em construção, sendo concebido como o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas, mantidas ou financiadas com os recursos públicos.

O SUS que é considerado um dos maiores sistemas públicos de saúde do mundo, nasceu com o objetivo de romper com a ideia de que a saúde se resumia às atividades voltadas para a cura de doenças, passando para o entendimento da saúde como direito universal. Até então, os serviços de saúde se resumiam aqueles prestados pelo [Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social](#) (INAMPS), em sua maioria prestados pela iniciativa privada.

O SUS traz como uma de suas principais características o controle social, ou seja, a participação da população na gestão do serviços de saúde, contribuindo com seus ideais e posicionamentos, sendo regido por cinco princípios básico: a universalidade; a integralidade; a equidade em que “todos são iguais perante a lei, sem distinção de qualquer natureza”; a descentralização em que “as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” e a participação popular (BRASIL, 1988).

No que se refere aos princípios, também há relação entre os projetos em debate. O SUS defende a universalidade, equidade, integralidade, intersetorialidade e o controle social. O Serviço Social afirma a importância do acesso universal, da justiça social, dos determinantes sociais, da seguridade social e da participação social (BRAVO, 2007, p. 133).

Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica da Saúde que detalha o funcionamento do Sistema e dar outros direcionamentos para execução do SUS em todo âmbito nacional a partir da máxima constitucional "direito de todos e dever do Estado".

Conforme percebe-se, todos os precedentes foram abertos, diante das modificações ocorridas, para o fortalecimento da prática interdisciplinar na saúde, porém na década posterior as modificações ocorridas com a introdução do neoliberalismo põem em xeque as mudanças supracitadas, criando entraves para a consolidação da interdisciplinaridade nesta política social.

- **A POLITICA NEOLIBERAL E SEUS REBATIMENTOS NA SAÚDE**

Ainda na década de 1990, com o advento do processo de redemocratização, Fernando Collor de Mello chega a Presidência, demonstrando vasto interesse em realizar reformas em todos os setores da sociedade, lançando no cenário brasileiro os ideários neoliberais, tendo como objetivo reorganizar o Estado segundo os interesses do mercado. Esse objetivo fora fortalecido ainda mais com o governo de Fernando Henrique Cardoso em 1994 com o Plano Real e a lógica do controle da inflação.

Para analisar o Serviço social e a saúde nos anos 1990, faz-se necessário ter em mente ser este o período de implantação e êxito ideológico do projeto neoliberal no país, o qual o governo de Fernando Collor de Mello foi o primeiro a tentar implementar. (BRAVO, 2007, p. 129)

As privatizações e o sucateamento dos serviços de saúde, educação e previdência ganharam ainda mais força, na tentativa de impulsionar a lógica do capital financeiro. Essas traziam como lema um forte cunho “democrático”, em que a liberdade era colocada como elemento essencial para o crescimento da população e de seus elementos essenciais (BRAVO, 2001).

Com o avanço da Política Neoliberal o Estado passa a reduzir direitos sociais e trabalhistas, a contribuir com o sucateamento da saúde e educação e com o desmonte da Seguridade Social fortalecendo o sistema contributivo, alimentando um ideário excludente e seletivo. Essas ações fortalecem de forma mascarada o setor privado, dando a ele a oportunidade de atuar em áreas que antes só o Estado estava presente.

Apesar de no Brasil, na década de 1980, as discussões e reflexões acerca da saúde terem tomado lugar de destaque, um desmonte do que fora conquistado estava proposto em 1990. Bravo (2007), diz que o fato de maior impacto na questão da saúde no Brasil, foi à realização da Conferência Nacional de Saúde em março de 1986 em Brasília, com o tema principal versando sobre: 1) A saúde como direito inerente à personalidade e à cidadania; 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde, em consonância com os princípios de integração orgânico institucional, descentralização, universalização e participação, redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, estados, municípios e territórios) na prestação de serviços de saúde; 3) Financiamento setorial (Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1987).



A realização da 8ª Conferência Nacional da Saúde foi uma importante iniciativa da sociedade civil, que viu na coletividade uma abertura de horizontes na efervescência política e ideológica que vivia conforme afirma Sergio Arouca (1998):

"Está em curso uma reforma democrática não anunciada ou alardeada na área da saúde. A Reforma Sanitária brasileira nasceu na luta contra a ditadura, com o tema Saúde e Democracia, e estruturou-se nas universidades, no movimento sindical, em experiências regionais de organização de serviços. Esse movimento social consolidou-se na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, na qual, pela primeira vez, mais de cinco mil representantes de todos os seguimentos da sociedade civil discutiram um novo modelo de saúde para o Brasil. O resultado foi garantir na Constituição, por meio de emenda popular, que a saúde é um direito do cidadão e um dever do Estado."

Assim, a conferência foi um importante marco na história do Brasil no que tange aos serviços de saúde e suas implicações na vida da população ao propor e convocar a todos para o bojo das discussões com o objetivo de envolver usuários e sociedade como um todo. Através da Constituição Federal de 1988 a maioria das propostas elencadas na 8ª Conferência Nacional da Saúde foram atendidas, representando uma vitória para o movimento sanitário.

Os artigos 196 a 200 da Constituição Federal de 1988 referem-se à saúde, e afirmam a saúde como direito:

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

Porém, esta mesma Constituição Federal enfatizou a saúde como direito universal, mas também assumiu um projeto de saúde articulado ao mercado privatista, definindo que se o setor público for insuficiente para atender a demanda de serviços a contratação de serviços privados pode socorrer claro que atendendo aos princípios básicos e normas técnicas do SUS, voltado para a política de ajuste, contenção dos gastos, racionalização da oferta e a descentralização dos serviços públicos primando pela isenção de responsabilidade do Estado, fator que fortaleceu a criação e o avanço dos planos de saúde na atualidade.

A saúde é colocada nesse cenário como moeda de troca, como elemento secundário, levando ao avanço da terceirização e privatização dos serviços de saúde, desresponsabilizando o Estado de sua função. Apesar disso não se pode negar, conforme ressalta Bravo (2007), que essa conferência representou um marco, pois

introduziu a sociedade no cenário da discussão sobre a saúde. Os debates saíram dos seus fóruns específicos e foram para as entidades representativas da sociedade civil: sindicatos, associações de moradores, associações profissionais de saúde, partidos políticos, reivindicando não somente a criação de um sistema único de saúde, mas também, a efetivação de uma reforma sanitária.

Muito longe de ser uma “caixa vazia”, cada trabalhador e cada usuário tem ideias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. E todos os trabalhadores fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, de acordo com seus valores e/ou interesses. (HELMAN, 2003 apud FEUERWERKER, p. 501).

O avanço do sistema capitalista ocorrido na década de 1990 impulsionou mudanças não só na saúde, o desenvolvimento tecnológico próprio desse período proporcionou o desaparecimento de inúmeras profissões, gerando o desemprego estrutural, a inserção de máquinas cada vez mais sofisticadas substituindo cada vez mais a mão de obra humana, exigiu um trabalhador multifuncional e fragmentado não detentor do processo de produção como um todo. Assim, a precarização se efetiva cada vez mais nas relações de produção deixando aqueles direitos garantidos em lei para trás, características presentes em todas as áreas.

Essas novas configurações sociais vão afetar diretamente as relações de trabalho na saúde, criando um contexto desfavorável a consolidação de uma prática interdisciplinar, já que esta é qualificada como àquela que possibilita a interlocução horizontal entre diversos saberes e práticas, sem considerar as particularidades de cada profissão (ORTIZ, 2010), presumindo a coletividade em lugar da individualidade imposta pelo neoliberalismo.

- **ALGUNS PONTOS SOBRE A INTERDISCIPLINARIDADE**

Mas afinal, o que é interdisciplinaridade? Segundo Severino (2001, p. 11),

A conceituação de interdisciplinaridade é, sem dúvida, uma tarefa inacabada: até hoje não conseguimos definir com precisão o que vem a ser essa “vinculação, essa reciprocidade, essa interação, essa comunidade de sentido ou essa complementaridade entre as várias disciplinas”. É que a situação de interdisciplinaridade é uma situação da qual não tivemos ainda uma experiência vivida e explicitada, sua prática concreta sendo ainda processo

tateante na elaboração do saber, na atividade de ensino e de pesquisa e na ação social. Ela é antes algo pressentido, desejado e buscado, mas ainda não atingido. Por isso, todo investimento que pensadores, pesquisadores, educadores, profissionais e especialistas de todos os campos de pensamento e ação fazem, no sentido de uma prática concreta da interdisciplinaridade, representa um esforço significativo rumo à constituição do interdisciplinar.

Nesse sentido, percebemos que o trabalho em equipe compreendido pela ótica do autor nos aponta um complexo desenrolar exigindo de todos que compõe esse processo uma interação e reciprocidade tamanha, pois só assim será possível a realização de uma tarefa eficaz e eficiente.

Além disso, essa equipe deve buscar uma atitude interdisciplinar capaz de criar e fortalecer a totalidade, visto que só existe um todo porque suas partes se unem de forma harmônica, criando mecanismos e características que permitem vê-la de maneira homogênea, mesmo que múltipla, pois assim também é o homem.

O homem é uma unidade que só pode ser apreendida numa abordagem sintentizadora e nunca mediante uma acumulação de visões parciais. De nada adianta proceder por decomposição, análise e recomposição de aspectos: esta soma não dará a totalidade humana. É preciso, pois, no âmbito dos esforços com vistas ao conhecimento da realidade humana, praticar, intencional e sistematicamente, uma dialética entre as partes e o todo, o conhecimento das partes fornecendo elementos para a construção de um sentido total, enquanto o conhecimento da totalidade elucidará o próprio sentido que as partes, autonomamente, poderiam ter. (SEVERINO, 2001, p. 17).

Dentro dessa lógica, será possível a articulação de saberes e responsabilidades para que juntos possamos defender e articular bem aquilo que nos propomos a fazer, sem anular saberes, conceitos e práticas, tendo como meta construir algo novo sem impedir a contribuição importante de todos os envolvidos nessa tarefa.

Assim, compreende-se que a interdisciplinaridade não anula ou reprime “especialismos”, mas sim, lança o desafio de colocar vários saberes atuando em um mesmo ambiente, permitindo uma troca de opiniões e questionamentos a cerca de uma mesma realidade vivenciada, e para isso “exige que cada especialista ultrapasse os seus próprios limites, abrindo-se às contribuições de outras disciplinas”. (VIANA E SANTA-RITA, 2000)

O trabalho dentro do Sistema Único de Saúde, requer essa mesma postura, possibilitando elaborar e formular estratégias para a consolidação dos direitos a saúde, ultrapassando barreiras e limites. É nesse véis que o Serviço Social atua na Saúde

através de quatro eixos a saber: atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional, permitindo uma atuação ampla e objetiva dentro dos serviços de saúde, o que requer um cuidado no que se refere ao campo de atuação de cada profissional que compõe a equipe interdisciplinar, sendo conscientes de que cada um persegue o objetivo em comum e não interesses particulares.

O trabalho em equipe merece ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os demais profissionais, resguardando-se, assim, a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde. Iamamoto (2002, p. 41) afirma que “é necessário desmistificar a idéia de que a equipe, ao desenvolver ações coordenadas, cria uma identidade entre seus participantes que leva à diluição de suas particularidades profissionais”. A autora considera que “são as diferenças de especializações que permitem atribuir unidade à equipe, enriquecendo-a e, ao mesmo tempo, preservando aquelas diferenças” (IAMAMOTO, 2002, p. 41).

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde. A partir do exposto, identifica-se que cada um desses profissionais, em decorrência de sua formação, tem competências e habilidades distintas para desempenhar suas ações.

Concorda-se com Iamamoto (2002) que o trabalho coletivo não dilui as competências e atribuições de cada profissional, mas, ao contrário, exige maior clareza no trato das mesmas. A atuação em equipe, portanto, vai requerer do assistente social a observância dos seus princípios ético-políticos, explicitados nos diversos documentos legais (Código de Ética Profissional e Lei de Regulamentação da Profissão, ambos datados de 1993, e Diretrizes Curriculares da ABEPSS, datada de 1996). (CFESS, 2010, p. 46)

Diante desta lógica múltipla de profissões e trabalhos coletivos, competências e habilidades, percebemos que o agir profissional vai determinar a qualidade e a eficiência do serviço prestado, exigindo de cada um olhar sempre atento a realidade social vivenciada de forma coletiva e ao mesmo tempo particular, visto que cada profissional em sua especialidade será capaz de contribuir nesse processo, demonstrando sua visão do real de acordo com seus princípios éticos e morais característicos de um profissional.

É nesse cenário de transformações societárias que novos desafios são gestados, exigindo de cada profissional um aparato ideológico técnico operativo capaz de alimentar uma prática cada vez mais desafiadora. Esse desafio nos leva a tentar vislumbrar como se dá o Serviço Social e sua atuação dentro de uma prática multiprofissional em saúde, percebendo os entraves, dificuldades e ganhos de uma atividade que requer um conhecimento múltiplo que só é possível a partir de vários profissionais de diferentes áreas do conhecimento.

Muito longe de ser uma “caixa vazia”, cada trabalhador e cada usuário tem ideias, valores e concepções acerca de saúde, do trabalho em saúde e de como ele deveria ser realizado. E todos os trabalhadores fazem uso de seus pequenos espaços de autonomia para agir como lhes parece correto, de acordo com seus valores e/ou interesses (HELMAN 2003 apud FEUERWERKER, 2005, p. 501).

Os desafios são postos por uma sociedade capitalista e excludente que adentrou em todos os setores da sociedade, dentre eles a saúde, e é aí que o serviço social enfrenta um grande empecilho na efetuação de seu agir profissional fundamentado em seu projeto ético político e não em um posicionamento particular, pois é exigido dele uma postura fundamentada na efetuação de direitos, de forma democrática e universal.

Desse modo, o trabalho do assistente social e de todos os profissionais dentro das unidades de saúde enfrentam um grande desafio, tendo em vista os embates da política neoliberal e a Contra- Reforma do Estado que assume uma característica de manutenção e expansão do modelo privado em detrimento do estatal. Nesse viés, a precarização atinge toda estrutura do Sistema Único de Saúde, afetando a todos, num processo de redução dos direitos socialmente conquistados ao longo de décadas de lutas.

### **3.1 O SERVIÇO SOCIAL E A INTERDISCIPLINARIDADE NA SAÚDE**

O Serviço Social no Brasil tem seu nascedouro nos anos de 1930, articulada a burguesia industrial, num cenário político importante para a história do país, influenciado pela Igreja Católica e sua Doutrina. A primeira escola de Serviço Social foi implantada em 1936 em São Paulo (PUC-SP), sendo reconhecido seu ensino em 1953 e

regulamentada em 1957 com a lei 3252. Em suas origens já encontramos uma relação estrita com a saúde, esta fazia parte da formação profissional do futuro assistente social. Nesse contexto, o mundo vivia um período entre guerras, mais precisamente com a Segunda Guerra Mundial (1939 a 1945) o que traz consequências sociais profundas para o mundo, que sofria com a perda de entes queridos e o massacre de inocentes formando um exército de órfãos e mutilados.

A implantação do Serviço Social se dá no decorrer desse processo histórico. Não se baseará, no entanto, em medidas coercitivas emanadas do Estado. Surge da iniciativa particular de grupos e frações de classe, que se manifestam, principalmente, por intermédio da Igreja Católica (IAMAMOTO & CARVALHO, 2005, p.127).

Nesse contexto social em curso, o Assistente Social atuou tendo a tarefa educativa em relação aos hábitos de higiene e saúde dos assistidos pelos serviços de saúde emergenciais que eram prestados em hospitais e tendas montados próximos aos locais de conflito armado. Sua atuação era o elo entre a população e a instituição, viabilizando direitos e serviços, proporcionando o acesso dos usuários, montando assim, um encadeamento de serviços para melhor suprir as necessidades da população.

No Brasil, o Serviço Social demarcou sua entrada no campo da saúde pública pelo viés dos trabalhos com comunidade, por meio de práticas educativas sobre procedimentos de higiene aplicados à vida privada, incentivando o controle de natalidade, o controle de doenças infantis, de higiene bucal, de saneamento para a criação das primeiras políticas urbanas de saúde, muitas vezes realizado por meio de um trabalho educativo baseado em proporcionar acesso à informação sobre o próprio corpo e a higiene do mesmo. Esse era um trabalho que se mostrava necessário a um país sem escolaridade, com grande parte da população em condição de miséria e revelando desconhecimento sobre o próprio corpo. (SODRÉ, 2010, 456)

Esses avanços no campo de atuação do Assistente Social foram construídos ao longo de décadas, em que a profissão é questionada, como aponta Netto, (2007) começa a aparecer nos anos 60, mas é silenciado pelo golpe militar de 64. No período de 65 a 75, o Centro Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio em Serviços Sociais (CBCISS), principal responsável pela elaboração teórica do Serviço Social, difundiu a ‘perspectiva modernizadora’, adequando a profissão às exigências postas pelos processos sociopolíticos emergentes pós-1964.

Essa tarefa imprimia no profissional uma mudança social importante, a ênfase no trabalho em equipe o que ampliou o leque de possibilidades na abordagem em saúde, pois aquele modelo caritativo e filantrópico daria lugar a partir de agora a um caris

crítico, influenciado pela corrente hegemônica do Serviço Social, o Marxismo conforme afirma Bravo (1996) apud Bravo e Matos (2008, p. 204):

Num balanço do Serviço Social na área da saúde dos anos 80, mesmo com todas essas lacunas no fazer profissional, observa-se uma mudança de posições, a saber: a postura crítica dos trabalhos em saúde apresentados nos Congressos Brasileiros de Assistentes Sociais de 85 e 89; a apresentação de alguns trabalhos nos Congressos Brasileiros de Saúde Coletiva; a proposta de intervenção formulada pela Associação Brasileira de Ensino de Serviço Social (ABESS), Associação Nacional dos Assistentes Sociais (ANAS) e Conselho Federal de Assistentes Sociais (CFAS) para o Serviço Social do INAMPS; e a articulação do CFAS com outros conselhos federais da área da saúde.

No entanto, esta postura é confrontada pelo modelo privatista que vê no Assistente Social uma ferramenta importante de capacitação e aperfeiçoamento dos serviços, pois estes profissionais atuam muitas vezes no recrutamento de mão de obra capacitada e selecionada conforme os ditames do sistema econômico vigente.

Bravo e Matos (2008, p. 206) relatam essa demanda:

O projeto privatista requisitou, e vem requisitando, ao assistente social, entre outras demandas: seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial através de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo através da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando, como demandas, que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã.

O Projeto privatista rebate o Serviço Social seu projeto ético-político e os princípios do projeto de reforma sanitária, exigindo destes um posicionamento cada vez mais alinhado ao mercado capitalista e excludente, o impedindo de funcionar como um elemento de conscientização e promoção dos direitos e deveres da sociedade para com os seus cidadãos.

A interdisciplinaridade, que surge no processo coletivo de trabalho demanda uma atitude ante a formação e conhecimento, que se evidencia no reconhecimento das competências, atribuições, habilidades, possibilidades e limites das disciplinas, dos sujeitos, do reconhecimento da necessidade de diálogo profissional e cooperação. (CFESS, 2007, p. 39).

O Trabalho do profissional do Serviço Social deve ser articulado aos demais profissionais no setor de saúde, tendo atuação contínua com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar de saúde.

- **REFLEXÕES SOBRE OS LIMITES E AS POSSIBILIDADES DA PRÁTICA INTERDISCIPLINAR NA SAÚDE.**

Ao longo das décadas percebemos transformações societárias importantes, o mercado e sua lógica de consumo vem incidindo na vida das pessoas de várias formas, o crescimento e avanço do capital vem acompanhado da maximização da “questão social” que se apresenta como manifestação das desigualdades sociais, sendo objeto de atuação do assistente social, segundo aponta Iamamoto (2001, p.10).

“diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades sociais engendradas na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana—o trabalho, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos”.

Assim, as manifestações da questão social vão a cada dia se apresentando de maneira diferente, atingindo um espaço cada vez mais abrangente, cabendo ao trabalhador atender ao modelo e as exigências do mercado, desempenhando as funções que vão surgindo de acordo com as novas demandas e necessidades que este mesmo vai criando.

Deste modo, compreendemos que qualificação profissional está associada à detenção de conhecimentos em uma determinada área do saber, com o objetivo de aprimorar suas habilidades para executar funções específicas de acordo com as necessidades do mercado de trabalho o que requer um aprimoramento constante. Isto provoca uma corrida exaustiva em busca de capacitações e aperfeiçoamentos o que muitas vezes não garante ao trabalhador um lugar no mercado de trabalho, alimentando ainda mais o desemprego.

No contexto atual de mudanças no mundo do trabalho, as transformações não ocorrem apenas nos instrumentos de trabalhos industriais, mas nas relações sociais e nas organizações do campo profissional. Elas ultrapassam as barreiras históricas do modelo de trabalho, construindo um caris ideologicamente alienante, que requer profissionais



sempre dispostos a renunciar seus interesses em prol de um bem maior, entenda-se este bem maior como avanço do mercado e crescimento dos lucros em detrimento das melhorias trabalhistas.

"um mercado não se estrutura para o agente profissional mediante as transformações ocorrentes no interior do seu referencial ou no marco de sua prática; antes, estas transformações expressam exatamente a estruturação do mercado de trabalho", posto que uma profissão não "se constitui para criar um dado espaço na rede sócio ocupacional, mas é a existência deste espaço que leva à constituição profissional". (Netto (1992:68) apud Costa 1998, p. 2)

A qualificação profissional transformou-se e ganhou mais ênfase em virtude dos valores políticos e morais atribuídos na qualidade dos serviços prestados à população. De acordo com Vieira (2007, p. 247):

A questão própria do sentido de trabalho relaciona-se com a produção de identidades, já que as identidades profissionais são as formas socialmente construídas pelos indivíduos de se reconhecerem uns aos outros no campo do trabalho e do emprego. O trabalho aparece, assim, como importante para o reconhecimento de si, para um espaço de conversas, um campo de problemas, de incerteza e de múltiplas implicações.

Neste sentido, podemos perceber que na atuação profissional se encontram os desafios inerentes a cada área do saber, propício para a construção de suas identidades enquanto categorias profissionais, sendo o trabalho fomentador de desafios e possibilidades, e o reconhecimento do trabalho a partir das vivências institucionais, o que enriquece o trabalho em equipe.

No entanto, nas nossas equipes, é comum alguém dizer: "trabalhamos interdisciplinarmente". Então, como se configura essa interdisciplinaridade, se não sei quem é a/o psicóloga/o que assinou o documento e muito menos conversei com ela ou com ele, para saber o que está pensando sobre aquele assunto? Na verdade, não basta conversar com o/a psicólogo/a sobre a demanda do/a usuário/a. É preciso minimamente conhecer qual é a concepção de mundo, de homem, e de sociedade que esse profissional tem, para podermos identificar possíveis pontos de diálogo e de intercessão no nosso trabalho (ORTIZ, 2011, p.194).

Nesse sentido, compreende-se que não basta cada profissional atuar de acordo com sua especialidade ou função, mas sim trabalhar em cadeia, isto é, saber qual a função de cada membro de forma articulada, conhecendo o profissional, tendo um noção de sua maneira de pensar e ver o mundo ao seu redor.

Para uma profissão adquirir legitimidade perante as demais profissões, se faz necessário que a mesma seja dotada de uma base de cientificidade e tenha um objeto a

ser estudado, caso contrário adquire um status do fazer a partir das vivências do senso comum, com ausência de legitimidade científica, isto é, a credibilidade sendo associada assim a um caris profissional em que a teoria não pode estar dissociada da prática.

O assistente social tem tido, muitas vezes, dificuldades de compreensão por parte da equipe de saúde das suas atribuições e competências face à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde determinadas pelas pressões com relação à demanda e à fragmentação do trabalho ainda existente. Entretanto, essas dificuldades devem impulsionar a realização de reuniões e debates entre os diversos profissionais para o esclarecimento de suas ações e estabelecimento de rotinas e planos de trabalho (CFESS, 2010, p. 47).

Desse modo, cada profissão tem um objeto definido de atuação e dentro no cenário de trabalho estas especificidades se fazem necessárias por permitir uma divisão de funções e tarefas direcionando a cada profissional uma atividade específica, atendendo a demanda e ao mesmo tempo aprimorando os serviços prestados, tendo em vista que, cada um passou por um processo formativo que o qualificou para tal atividade.

Quando observamos, porém, na realidade, vamos geralmente deparar com equipes interdisciplinares, nas quais o trabalho vai acontecer de duas formas: ou cada profissional entra numa determinada fase do atendimento e emite uma opinião, isto é, o/a usuário/a é atendido pelo/a assistente social, que o/a encaminha para o/a psicólogo/a, e este em seguida direciona-o/a para o/a médico/a. Cada um registra um parecer sobre a demanda daquele/a usuário/a. Costumo chamar esse tipo de prática multiprofissional ou multidisciplinar, pois há vários/as profissionais respondendo à mesma demanda, mas não necessariamente dialogando sobre ela (ORTIZ, 2011, p. 194).

No ambiente hospitalar essa característica não foge à regra, pois há uma divisão sempre presente de tarefas e especialidades que giram em torno do modelo “medicocêntrico”, em que todas as demais profissões tem seu campo de atuação direcionado ao trabalho do médico, pois ele é a cabeça dos serviços prestados. Esse fator muitas vezes dificulta a prestação de serviços à população, pois não há diálogo entre as partes envolvidas o que cria barreiras, impossibilitando que dúvidas e experiências sejam trocadas.

No entanto, se quisermos efetivamente lançar mão dessa possibilidade de trabalho, no caso interdisciplinar, é importante qualificá-la. Uma atuação interdisciplinar é, portanto, aquela que possibilita a interlocução horizontal entre os diversos saberes e práticas, sem desconsiderar as particularidades de cada profissão, nem a natureza da contribuição de cada um dos sujeitos profissionais envolvidos. Quando falo em relação horizontal, parece uma coisa óbvia, mas não é. Sabemos que, nas instituições, geralmente há aquele tipo de profissional que é considerado prioritário/a diante dos/as demais. Na

fábrica onde eu trabalhava, era o engenheiro de produção. Posso, então, qualificar essa relação de interdisciplinar? Não é possível. Em uma unidade de saúde, geralmente é o médico; em uma unidade de saúde mental, é o psiquiatra. Nesse último caso, não é possível discutir com esse profissional. Primeiro, porque ele é médico, segundo, psiquiatra. Relações, portanto, pautadas por essa condição do agente prioritário não favorecem a constituição de uma relação interdisciplinar e sequer multiprofissional (ORTIZ, 2011, p. 195).

As dificuldades são muitas e nos levam a refletir de que maneira podem interferir no trabalho multiprofissional e interdisciplinar, tendo em vista que no ambiente hospitalar ou em qualquer outra área, pensar de uma forma hierarquizada, é pensar em profissionais que tem respaldo e importância diferenciada dentro da equipe, abrindo brechas para que pacientes também possam ser vistos de forma diferenciada.

O trabalho em equipe pressupõe que as especificidades dos trabalhos convivam com o diferente, pois as diferenças técnicas mostram que a divisão do trabalho nada mais é do que uma organização que se propõe a melhoria dos serviços prestados. Assim, a especialidade evidencia que o trabalho é realizado com presteza e eficácia contribuindo para uma melhor prestação de serviços.

A interdisciplinaridade é compreendida como um processo de desenvolvimento de uma postura profissional que viabilize um olhar ampliado das especificidades que se conjugam no âmbito das profissões, através de equipes multiprofissionais, visando integrar saberes e práticas voltados à construção de novas possibilidades de pensar e agir em saúde (MIOTO; NOGUEIRA, 2006, p. 6-7).

Desse modo, de acordo com documento oficial do CEFESS (2009, p. 24)

Dessa forma, o trabalho interdisciplinar em equipe deve ser orientado pela perspectiva de totalidade, com vistas a situar o indivíduo nas relações sociais que têm papel determinante nas suas condições de vida, de modo a não responsabilizá-lo pela sua condição socioeconômica. O Código de Ética Profissional de assistentes sociais psicólogos(as), por exemplo, estabelece direitos e deveres que, no âmbito do trabalho em equipe, resguardam-lhes o sigilo profissional, de modo que estes(as) não podem e não devem encaminhar, a outrem, informações, atribuições e tarefas que não estejam em seu campo de atuação. Por outro lado, só devem compartilhar informações relevantes para qualificar o serviço prestado, resguardando o seu caráter confidencial, assinalando a responsabilidade, de quem as receber, de preservar o sigilo. Na elaboração conjunta dos documentos que embasam as atividades em equipe interdisciplinar, psicólogos/as e assistentes sociais devem registrar apenas as informações necessárias para o cumprimento dos objetivos do trabalho (CEFESS, 2009, p. 24).

Assim, além de demonstrar uma maneira eficiente de trabalhar a interdisciplinaridade, contribui também para a superação de uma atividade fragmentada, permitindo ainda que se tenha um aperfeiçoamento teórico e prático das mais diversas especialidades de forma integrada e articulada às políticas setoriais em pauta. Assim, especificidades são mantidas e ações em comum são executadas de maneira que saberes são articulados, estas montam um projeto assistencial construído pela equipe.

A atuação interdisciplinar requer construir uma prática político-profissional que possa dialogar sobre pontos de vista diferentes, aceitar confrontos de diferentes abordagens, tomar decisões que decorram de posturas éticas e políticas pautadas nos princípios e valores estabelecidos no Código de Ética Profissional. A interdisciplinaridade, que surge no processo coletivo de trabalho, demanda uma atitude ante a formação e conhecimento, que se evidencia no reconhecimento das competências, atribuições, habilidades, possibilidades e limites das disciplinas, dos sujeitos, do reconhecimento da necessidade de diálogo profissional e cooperação (CEFESS, 2009, p. 26).

Portanto, se essas ações são escassas os conflitos vão surgindo dificultando as relações de trabalho, dentro de uma prática interdisciplinar, criando barreiras sociais e ideológicas que vão desde os salários mal pagos até as condições de trabalho. Esses entraves minam não somente as relações, mas também a qualidade dos serviços, alimentando um estereótipo negativo que a sociedade criou ao longo dos anos de que os serviços públicos não prestam ou não atendem à demanda redirecionando-as ao setor privado.

Desse modo, a consolidação de uma prática interdisciplinar requer que os limites culturais, profissionais e econômicos sejam rompidos ou ainda que estes sejam utilizados como elementos capazes de contribuir, somar e não de dividir ou separar, pessoas ações e serviços. Com isso, será possível criar ou aperfeiçoar caminhos para que a saúde ou qualquer outro serviço prestado ao cidadão seja feito com qualidade respeito e acima de tudo colocando o cidadão como centro de um política pública consolidada. É neste âmbito que o assistente social pode contribuir, sendo ele o elo entre a população e a instituição que atua, não permitindo que este processo seja desviado de sua tarefa última de garantir que todos tenham os mesmos direitos e deveres perante a lei e sociedade.

- **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Ao desvelarmos os desafios e possibilidades de um trabalho em equipe interdisciplinar na saúde percebemos que nesse cenário os profissionais de modo geral, bem como, os assistentes sociais enfrentam desafios importantes, mesmo já possuindo seu espaço garantido, o que não significa que este seja percebido e valorizado como tal.

A lógica mercadológica influencia no trato, nas relações e na qualidade dos serviços prestados à população. Dentro de uma realidade hospitalar, em que múltiplas especialidades atuam em conjunto, é desafiante uma prática alicerçada na troca e partilha de experiências e conhecimentos, pois a lógica imposta na sociedade se opõe a isso, alimentando a competitividade e a busca incessante por conhecimento e reconhecimento em detrimento muitas vezes de um serviço prestado de forma humana.

Um trabalho interdisciplinar requer uma visão de totalidade, em que todos os profissionais envolvidos tenham como objetivo utilizar seu aparato técnico operativo em prol de um conjunto, afastando a ideia de que a especialidade afasta o entendimento de um todo, enriquecendo os resultados e os alavancando. Assim, a especialidade deve ser vista não apenas como um conhecimento mais específico de uma determinada realidade, mas sim como uma oportunidade de se trocar conhecimentos específicos que permeiam uma realidade complexa que compõe a realidade humana.

Ao longo de nosso estudo foi possível perceber que os desafios são gigantes, pois além das dificuldades impostas pelo sistema, ainda destacamos as relações interpessoais e profissionais hierarquizadas. Isso se apresenta principalmente por ter sido criado ao longo dos anos um falso estereótipo de que determinadas profissões são mais importantes do que outras, e por isso devem ser mais valorizadas, e, portanto, melhor recompensadas socialmente e financeiramente. Esses entraves dificultam a prestação de serviços à população, pois a maioria dos serviços em saúde tem na figura do médico como primordial.

Outro ponto que cabe destacar nesse itinerário é que em muitas situações os assistentes sociais são obrigados e instigados a executar uma função ou tarefa que não é atribuição sua, sendo confundido muitas vezes como técnicos de nível médio ou fundamental, marcando exames, recepcionando pacientes ou ligando para comunicar óbito. Essa questão impedi que este profissional tenha seu agir profissional reconhecido

perante os seus colegas de trabalho que por desconhecerem sua prática real, acreditam que todos podem fazer o que o assistente social faz.

Em todos os setores de trabalho a eficácia e importância do trabalho em equipe requer troca de conhecimentos e dentro da saúde isso se manifesta ainda mais, pois o paciente precisa ser visto como um todo, tratado e cuidado de acordo com suas necessidades eventuais ou permanentes com vista um processo de cura e resolução de seus problemas.

Desse modo, é de suma importância que o assistente social e as demais profissões, rompam com as barreiras impostas a um trabalho coletivo interdisciplinar, cumprindo nesse espaço sócio ocupacional sua tarefa de intervir sobre a questão social e suas manifestações.

Pensar uma atuação comprometida do Serviço Social na área da saúde de ter como pressupostos: estar articulado e sincronizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; facilitar o acesso do usuário aos serviços de saúde da Instituição e não submeter a operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta do SUS; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas instituições que garantam a participação popular nas decisões a serem tomadas; buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como estar atento sobre a possibilidade de investigações sobre temáticas relacionadas à saúde e sua relação com o Serviço Social. (BRAVO, 2007, p. 144)

Assim, o Assistente Social “É crítico diante da realidade, é criativo diante das dificuldades e limites, é competente do ponto de vista teórico e interventivo, e comprometido com determinados valores ético-políticos”. (ORTIZ, 2011, p. 198), e será também capaz de se afirmar enquanto profissional à luz dos preceitos éticos pelos quais deve ter sua carreira iluminada.

Diante disso, constatamos que mesmo com todas as dificuldades presentes dentro de uma lógica interdisciplinar, os profissionais devem buscar trabalhar em conjunto, vencendo barreiras, ultrapassando imposições mercadológicas. Não basta ter uma visão especializada do seu objeto de trabalho mais sim refletir e questionar o porquê de sua contribuição nesse desenrolar. Intervir sobre uma realidade não significa somente agir sobre uma realidade social em construção, mas entender as motivações que a levaram a ser dessa forma, só assim poderemos ter uma noção mais ampla daquilo que vivenciamos cotidianamente em nossos ambientes de trabalho.

## **ABSTRACT**

### **SOCIAL SERVICE AND PRACTICE INTERDISCIPLINARY HEALTH: some thoughts**

This Article, it is a bibliographic study of exploratory and aims to make a brief reflection on the social service and interdisciplinary practice in health, seeking to uncover the possibilities and limitations of this practice in the current context. Therefore, we sought to outline the history of health policy in Brazil, as well as the profession, beyond the concept of interdisciplinarity, relating the changes in both the social changes in the neoliberal context. From the study, it was found that there are several barriers to the realization of interdisciplinary practice, among which stands out, individualism itself of capitalist social relations, precarious employment in the neoliberal context and the hierarchy of professions. The results point to the need for progress in the search for consolidation of this practice in health.

Key - Words: Health; Social Work; Interdisciplinarity.

## REFERÊNCIAS

AROUCA, S. **Reforma Sanitária**. 1998. Disponível em: <<http://www.ministeriodasaude.gov.br>>. Acesso em: 21 abr. 2009.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. **Lei Orgânica Da Assistência Social** - lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Brasília, DF: Senado, 1993.

BRASIL. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/NOB-SUS 96** - Brasília: Brasília, DF: Senado, 1993.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais**. 2ª Ed. São Paulo: Cortez. 2007. p 88-93

BRAVO, M. I. S; MATOS, M.C. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: **Serviço social e saúde: formação e trabalho profissional**. 4.ed. São Paulo: Cortez. 2008.

BRAVO, M. I. S. **Serviço Social e Saúde: desafios atuais**. *Temporalis*, ano VII, n, 13, p. 121- 150, jan. -jun. 2007.

BRAVO, M. I. S. ; MATOS, M. C. **Reforma sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para debate**. In BRAVO, Maria Inês Souza (org.). *Saúde e Serviço Social*. São Paulo, Cortez; Rio de Janeiro, UERJ, 2004.

BRAVO, M. I. S. “**As Políticas de Seguridade Social Saúde**”. In: *CFESS/CEAD. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social*. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS, 2000 e “**A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica**”. In: *Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio*. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CFESS. **PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília: CFESS, 2010. Disponível em: <Acessado em <http://www.cfess.org.br>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

CFESS. **Parâmetros para Atuação do/a Assistente Social na Política de Assistência Social**. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, Brasília: CFESS, 2009. Disponível em: <Acessado em <http://www.cfess.org.br>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

CFESS - **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais e psicólogos (as) na Política de Assistência Social**. Brasília, 2007. Disponível em: <Acessado em <http://www.cfess.org.br>>. Acesso em: 08 out. 2014.



COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. *Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, Cortez, n. 62, 2009.

FEUERWERKER, L. M. Modelos tecnoasistenciales, gestión y organización del trabajo em salud: nada es indiferente en el proceso de lucha para la consolidación del SUS. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, v.9, n.18, p.489-506, set/dez 2005.

IAMAMOTO, M. V. e CARVALHO, R. de. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil-17*. ed. São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 2005.

IAMAMOTO, M. V. **Renovação e Conservadorismo no Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2004. 7ª Edição.

IAMAMOTO, M. V. **A Questão Social no capitalismo**. In: *Temporalis/ABEPSS*. Ano 2, n.3 (jan./jun. 2001). Brasília: ABEPSS, Grafile, 2001.

MIOTO, R. C. T. NOGUEIRA, V. M. R. **Sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde**. In: MOTA, A. E. et al (Org). *Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*. São Paulo, OPAS, 2006, p. 273-303.

MIRANDA, D. S. M. de. **O Serviço Social e o enfrentamento da Aids na Paraíba**. Dissertação de Mestrado. Departamento de Pós-Graduação em Serviço Social da Universidade Federal da Paraíba. 2012.

NETTO, J. P. **Ditadura Militar e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós 64–11**. ed. – São Paulo: Cortez, 2007.

ORTIZ, F. da S. G. **Interdisciplinaridade e Assistência Social**. In: O trabalho do/a assistente social no suas: seminário nacional. Brasília: CFESS, 2011. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/arquivos>>. Acesso em: 15 ago. 2014.

POLIGNANO, M. V. **História das políticas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão**. Cuiabá, MT, 2005. Disponível em: <[www.saude.mt.gov.br/arquivo/2165](http://www.saude.mt.gov.br/arquivo/2165)>. Acesso em: 15 ago. 2014.

SEVERINO, A. J. O conhecimento pedagógico e a interdisciplinaridade: o saber como intencionalização da prática. In: FAZENDA, I. C.A. (org). *Didática e interdisciplinaridade*. Campinas: Papyrus, 2001.

SILVA, J. C. M. **O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**. São Paulo- SP. 2010. Acesso em: 10 out. 2014. Disponível em:<[intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/.../2094](http://intertemas.unitoledo.br/revista/index.php/ETIC/article/viewFile/.../2094)>

SODRÉ, Francis. **Serviço Social e o campo da saúde: para além de plantões e encaminhamentos**. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 103, p. 453-475, jul./set. 2010. Acesso em: 10 out. 2014. Disponível em:[www.scielo.br/](http://www.scielo.br/)

VIANA, C. M.; SANTA-RITA, T. Apenas Interdisciplinar? Pós-Graduação em Ciência Ambiental – UFF. *Mundo & Vida* vol. 2 (1) 2000. p. 17-20.

VIEIRA, M. **Trabalho, qualificação e a construção social de identidades profissionais nas organizações públicas de saúde.** In: Trabalho, educação e saúde. v. 5, n. 2. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz. 247 p.