



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
**CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL**

**AMANDA LANES BARBOZA**

**INTERDISCIPLINARIDADE E SERVIÇO SOCIAL: reflexões a partir das vivências  
no campo de estágio na atenção terciária em saúde**

Rio de Janeiro

2024

**AMANDA LANES BARBOZA**

**INTERDISCIPLINARIDADE E SERVIÇO SOCIAL: reflexões a partir das vivências  
no campo de estágio na atenção terciária em saúde**

Trabalho de conclusão de curso apresentado à  
Escola de Serviço Social da Universidade Federal  
do Rio de Janeiro, como requisito para a  
obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Dra. Débora Holanda Leite Menezes

Rio de Janeiro

2024



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO**  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas - CFCH  
Escola de Serviço Social - ESS

**ATA- BANCA EXAMINADORA**  
**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

<b>Estudante (NOME COMPLETO)</b> AMANDA LANES BARBOZA	<b>DRE:</b> 119140737
--	--------------------------

<b>Título do TCC:</b> INTERDISCIPLINARIDADE E SERVIÇO SOCIAL: reflexões a partir das vivências no campo de estágio na atenção terciária em saúde
---

**Composição da banca**

<b>Presidente da banca/orientador(a):</b> Débora Holanda Leite Menezes	 Documento assinado digitalmente <b>DEBORA HOLANDA LEITE MENEZES</b> Data: 05/07/2024 10:36:54-0300 Verifique em <a href="https://validar.it.gov.br">https://validar.it.gov.br</a>
Assinatura: _____	

<b>Membro da banca:</b> Daniel de Souza Campos	 Documento assinado digitalmente <b>DANIEL DE SOUZA CAMPOS</b> Data: 05/07/2024 19:11:21-0300 Verifique em <a href="https://validar.it.gov.br">https://validar.it.gov.br</a>
Assinatura: _____	

<b>Membro da banca:</b> Guilherme Silva de Almeida	 Documento assinado digitalmente <b>GUILHERME SILVA DE ALMEIDA</b> Data: 08/07/2024 17:42:49-0300 Verifique em <a href="https://validar.it.gov.br">https://validar.it.gov.br</a>
Assinatura: _____	

<b>Parecer:</b>
<input checked="" type="checkbox"/> APROVADO* <input type="checkbox"/> APROVAÇÃO CONDICIONADA** <input type="checkbox"/> REPROVADO***

Data de realização da banca      20 | 06 | 2024

\* RECOMENDA PUBLICAÇÃO NA BASE PANTHEON REPOSITÓRIO INSTITUCIONAL DA UFRJ?  
(x) SIM ( ) NÃO

\*\* Em caso de “aprovação condicionada”, pontue as indicações da banca para o TCC, em parecer.

\*\*\* Em caso de “reprovação” pontue as indicações da banca para o TCC e indique uma nova data para a realização de nova banca, em parecer.

<b>OBSERVAÇÕES</b>
--------------------



## **AGRADECIMENTOS**

Dar início a este agradecimento me transporta para o princípio de toda a minha formação acadêmica, me faz lembrar de todos os fortes sentimentos que envolveram a Amanda que sempre estudou com o sonho de obter um diploma para cumprir com o seu objetivo. Assim, relembro desde a garotinha de 3 aninhos que ia para a escola com o sonho de aprender a ler até a mulher de hoje, aos 25 anos, que está tão próximo de concretizar um de seus maiores sonhos, a sua formação como profissional do ensino superior, se tornando assistente social.

Mesmo diante a tantas renúncias de vida, inseguranças, batalhas internas e desafios externos que precisei atravessar durante todos esses anos, chego a esta etapa com a sensação de dever cumprido, por ter conquistado imensas vitórias e aprendizados durante esta intensa jornada até o tão sonhado diploma. Porém, eu não teria chegado aonde estou hoje se não fosse por diversas pessoas que passaram e permanecem em minha vida. Então, serão muitos os agradecimentos a serem realizados neste trabalho de conclusão de curso.

Ao meu pai e minha mãe, Eduardo e Fernanda, que foram os responsáveis por me ensinarem a importância da educação e que estudar é o único caminho possível para mudar a realidade concretamente. Agradeço por sustentarem minha formação desde a infância, pelos apoios e suportes emocionais e materiais que foram primordiais para a continuidade do meu sonho e pela força que sempre transpareceram mesmo nos momentos que tudo parecia perdido. Muito obrigada por estarem sempre ao meu lado, pelos ensinamentos, pelos conselhos e, por muitas vezes, realizarem renúncias em suas vidas em nome da minha formação, se eu estou aqui hoje é por causa de vocês e das suas lutas. Hoje, eu sou essa pessoa porque vocês acreditaram em mim e me orientaram a seguir pelo melhor caminho. Vocês são as pessoas mais importantes da minha vida e para sempre irei amá-los.

À minha avó, Maria José, que sempre esteve ao meu lado me ensinando os pequenos detalhes da vida, a importância de amar e a cuidar de quem se ama. Mesmo você não recordando de nossas memórias juntas, saiba que o nosso amor nunca será esquecido enquanto eu viver.

Aos meus tios e tias, Leonardo, Adriana, Mauricio, Fabiano, Laurinda, Tarcísio, Marcio e Lilia, que sempre me incentivaram a permanecer com os estudos e me aconselharam durante a formação. Agradeço por fazerem questão de estarem

presentes nos momentos importantes da minha vida e a se preocuparem comigo nos momentos de dificuldades. Eu senti toda a torcida que me enviaram nessa caminhada.

À minha irmã de outra mãe, Juliana, a responsável por me apresentar o Serviço Social e me ajudar a definir a escolha que mudaria toda a minha vida. São 18 anos de amizade que só se fortaleceu com o tempo, moramos juntas e viramos família, não há como existir uma realidade sem a sua amizade. Eu agradeço pela escuta e por estar presente em meus momentos mais difíceis da graduação e fora dela, sou grata por ter passado esses 5 anos de curso caminhando lado a lado com você. Obrigada pela sua amizade desde o ensino fundamental e sempre estarei aqui pela gente.

Ao meu namorado, Rodrigo, o presente que a UFRJ me deu e o meu parceiro de vida. Agradeço por todos os abraços, por todo o amor, pela paciência e pelas escutas em momentos de ansiedade. Só eu e você sabemos todas as pequenas nuances que atravessaram este último ano de nossas vidas e os desafios que tivemos que superar para chegar nessa conclusão de curso. Sou grata por ter um homem como você ao meu lado, que me incentiva a sempre ser melhor e nunca parar de me qualificar, obrigada por sempre recolher meus pedacinhos quando eu não aguentava mais de tanta pressão do dia a dia e por sempre escolher a permanecer ao meu lado com tanto amor, zelo e carinho nesses três anos.

Aos meus amigos, Gabriel, Tássia e Thaslayne, nós construímos uma amizade em cinco anos que eu tenho certeza que permanecerá para toda a vida. A gratidão por tê-los nessa trajetória é indescritível, sem vocês a graduação não seria a mesma, nossa “gangue” me fortaleceu e foi um dos pilares para que a permanência na universidade não fosse tão solitária. As trocas de vivências, os debates internos e a rede de suporte que erguemos foi fundamental para o nosso caminho até aqui, então eu agradeço por fazer parte dessa união única. Do lugar que eu menos esperava surgiu uma amizade consolidada e verdadeira, que sejamos para sempre unidos como amigos e profissionais. Da PV para a vida!

Às minhas amigas da escola que estão comigo desde o início, obrigada por entenderem meu distanciamento e faltas. Agradeço pela amizade de tantos anos, pelas trocas, pela permanência em minha vida e pelos incentivos realizados durante essa jornada.

À minha supervisora de campo, Taiane Batista, a responsável por fomentar este tema da prática coletiva em saúde e por me motivar a olhar criticamente as

vivências em campo. Obrigada por se tornar uma referência para mim, por me mostrar como uma ação em campo também pode ser realizada com empatia e que é possível exercer uma prática crítica-reflexiva mesmo em instituições tão precarizadas e com sobrecarga de demandas. Também agradeço por se tornar uma amiga tão especial.

À docente, Lenise Lima, agradeço especialmente e carinhosamente pelos dois anos de monitoria na disciplina de Introdução ao Serviço Social que me permitiu incentivar os calouros a olhar o Serviço Social como uma oportunidade única e rica de conhecimentos. Além disso, me possibilitou olhar para o lado da docência que antes era tão distante para mim. Agradeço pela oportunidade, parceria e trocas.

À minha orientadora, Débora Holanda, agradeço pelas trocas de saberes e pelos alinhamentos das ideias. Principalmente, por me tranquilizar nesta reta final tão intensa e por confiar no meu trabalho, sempre me encorajando a me debruçar sobre o tema e estimulando na continuidade da minha qualificação profissional.

Aos docentes da minha banca, Daniel Campos e Guilherme Almeida, agradeço novamente por aceitarem se debruçarem no meu trabalho de conclusão de curso, pela disponibilidade e na contribuição da minha formação durante esses anos na Escola de Serviço Social.

Aos docentes da ESS/UFRJ, que me incentivaram e contribuíram para o meu acúmulo de saberes durante a minha trajetória acadêmica. E à UFRJ, que propiciou um espaço formativo para a minha inserção no campo da saúde durante a minha formação no curso de Serviço Social.

Aos que já se foram, tia Dede, hoje eu escrevo este agradecimento na data que completa 1 ano de sua partida e não a ter presente é um vazio em meu coração, principalmente em momentos como este em que sempre me incentivou. Sua partida repentina ainda é um acontecimento que não entendo da vida, você foi uma das principais responsáveis pela minha permanência na universidade depois dos meus pais e não tem como eu esquecer de agradecer-lhe apropriadamente.

Além do meu avô, José, e minha avó paterna, Maria, para sempre lembrarei com imenso carinho e amor. Em dias difíceis ainda me agarro nas lembranças felizes que passamos juntos, o amor de vocês sempre irá me dar forças e incentivos. E ao meu tio, Jorge, tenho certeza que seria um dos primeiros familiares a me orientar e participar de todos os meus momentos. Você me ensinou a como valorizar a família e a olhar sempre além do que é possível. A vocês, eu também dedico este trabalho.

*“Em meio à dor e à felicidade da jornada que percorri nos últimos dois anos, eu aprendi a lição mais importante que a vida tem a oferecer e fico feliz por isso.*

*Tudo o que temos é este instante. ”*

Lucinda Riley

BARBOZA, Amanda Lanes. **INTERDISCIPLINARIDADE E SERVIÇO SOCIAL: REFLEXÕES A PARTIR DAS VIVÊNCIAS NO CAMPO DE ESTÁGIO NA ATENÇÃO TERCIÁRIA EM SAÚDE**, em Rio de Janeiro – RJ. Monografia (graduação) – Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

## RESUMO

Este trabalho apresenta um estudo sobre a importância da interdisciplinaridade na atenção terciária do SUS, a partir da visão do Serviço Social adquirida pelas vivências em campo de estágio. Destas experiências emergiu o debate sobre a possibilidade do trabalho interdisciplinar entre as categorias profissionais, visto que este método da prática coletiva é um meio de superar as barreiras de articulação e diálogo entre as equipes multiprofissionais durante as intervenções realizadas aos usuários assistidos pela política pública de saúde. O objetivo deste estudo é analisar criticamente a prática do Serviço Social e das outras categorias para aprofundar a necessidade do olhar ampliado na atenção à saúde, problematizando o impacto da realidade social na continuidade do cuidado e em como as relações sociais são afetadas pela estrutura do sistema capitalista. Para alcançar esse objetivo, foi realizado um levantamento bibliográfico voltado para a temática e uma pesquisa documental qualitativa no site do Congresso brasileiro das assistentes sociais, utilizando a revisão documental e diários de campo produzidos durante a inserção no campo de estágio na unidade hospitalar. Os resultados revelaram a urgência da união dos saberes para a viabilização da integralidade aos usuários, destacando a relevância que as assistentes sociais possuem em integrar as equipes profissionais para atuar nos determinantes sociais que atravessam a prevenção e promoção a saúde dos sujeitos. Portanto, mesmo tendo que superar os desafios impostos pela precarização da política de saúde, é o trabalho interdisciplinar que irá ultrapassar os limites existentes devido a fragmentação dos saberes e da individualização na prática em saúde.

**Palavra-chave:** Interdisciplinaridade; Saúde; Serviço Social; Atenção Terciária

## **LISTA DE SIGLAS**

CAPs	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CBAS	Congresso brasileiro de assistentes sociais
CF	Constituição Federal
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
IAPs	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS	Lei Orgânica de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
SISREG	Sistema de Regulação
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UPA	Unidade de Pronto Atendimento

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>CAPÍTULO 1 – AS PRÁTICAS EM SAÚDE: ANÁLISE SOBRE A ESTRUTURA DO TRABALHO COLETIVO</b> .....	13
1.1. Níveis das práticas coletivas em saúde .....	17
1.1.1. Multidisciplinaridade: .....	18
1.1.2. Pluridisciplinaridade:.....	19
1.1.3. Interdisciplinaridade Auxiliar: .....	19
1.1.4. Interdisciplinaridade:.....	20
1.1.5. Transdisciplinaridade:.....	22
1.2. Breves reflexões sobre as competências dos profissionais e a importância do trabalho interdisciplinar na saúde .....	24
<b>CAPÍTULO 2 – SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: REFLEXÕES À LUZ DA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO</b> .....	30
2.1. Experiência da inserção no campo de estágio realizado no hospital universitário federal do Rio de Janeiro .....	30
2.2. Os limites, desafios e obstáculos para a execução de ações interdisciplinares no campo da saúde .....	41
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	52
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	56

## INTRODUÇÃO

O trabalho aborda sobre a importância da utilização da interdisciplinaridade nas unidades hospitalares existentes na política de saúde brasileira, principalmente a sua possibilidade de inserção no exercício profissional das categorias atuantes nessas instituições e em como a sua execução irá visar o usuário como o principal alvo da prática, visando o olhar amplo e integral a realidade social que é determinante no processo de cuidado da saúde e doença. Além disso, a interdisciplinaridade vem como uma saída para a fragmentação dos saberes, a atuação individualista e a superação da hierarquização nas relações de poder.

A escolha deste tema surgiu a partir das vivências adquiridas no campo de estágio supervisionado em Serviço Social realizado em um Hospital Universitário Federal localizado no Rio de Janeiro, do qual obtive a oportunidade de acompanhar e realizar atendimentos aos usuários e seus familiares nas enfermarias de internação. A partir da oportunidade de observar e refletir sobre as articulações e tentativas de diálogo da equipe de Serviço Social com outras categorias profissionais, emergiu a urgência de efetuar análises críticas-reflexivas durante o estágio e em como foram evidentes que a fragilidade na comunicação do setor afetava diretamente a viabilização do serviço de qualidade e integral da atenção à saúde.

Ou seja, a dificuldade da união de saberes para a realização de intervenções coletivas aos usuários internados e as lacunas existentes na comunicação entre profissionais foram as motivações para o desdobramento do estudo sobre o trabalho interdisciplinar. Mas, a pesquisa para a implementação deste método se deparou com os limites estruturais do sistema capitalista que complexifica a sua efetividade e a falta do debate na formação acadêmica dos profissionais de saúde que se transformam em barreiras que precisam ser derrubadas para fundamentar a interdisciplinaridade desde a base da profissão.

Com isso, a utilização da interdisciplinaridade para a junção de conhecimentos teóricos e ações práticas na conciliação dos diversos pontos de vista da equipe profissional é necessária para fomentar a construção de uma consciência coletiva sob a realidade social do indivíduo para que o usuário seja assistido além das suas condições clínicas. Assim, agindo com o conhecimento da ampla realidade social que

os usuários da política de saúde estão inseridos e compreendendo as demandas que atravessam a saúde do mesmo.

Logo, o propósito de utilizar práticas interdisciplinares não é voltado para a realização de intervenção direta na totalidade do ser social, mas para obter a capacidade de reflexão crítica e coletiva sobre todos os possíveis determinantes que foram responsáveis pelo impacto e agravo na saúde do usuário. Desse modo, sendo capaz de compreender a complexidade e legitimar as diferenças que são impostas a cada indivíduo, efetivando uma proposta de intervenção que utiliza da união dos saberes interdisciplinares para a apreensão das particularidades na realidade social e agregá-las às atuações mais efetivas para os usuários.

Sendo assim, analisar a implementação da interdisciplinaridade no setor terciário é reunir conhecimentos profissionais para a resolução de intervenções completas e coletivas sobre cada caso dos usuários. As práticas interdisciplinares são focadas em atuações ampliadas a todas as áreas da realidade social dos indivíduos, ultrapassando a doença. Com a realização das intervenções interdisciplinares das equipes multiprofissionais, há a prevenção nas reinternações e na manutenção do cuidado além dos muros das instituições. Assim, possibilitando que o usuário tenha maior qualidade de vida e a garantia de seus direitos durante e após a permanência na atenção terciária.

À vista disso, o principal objetivo desta pesquisa é analisar criticamente a prática e a comunicação das categorias profissionais inseridas na atenção terciária, a partir das vivências de estágio, com o aprofundamento no debate da interdisciplinaridade. Além de, problematizar a importância da interdisciplinaridade entre as equipes multiprofissionais inseridas nas instituições de alta complexidade e o seu impacto nas intervenções na realidade social dos usuários. Somado a compreender como o Serviço Social contribui para a ampliação das práticas coletivas e na construção da rede de prevenção e promoção a saúde. Por fim, visa ampliar o conhecimento sobre as relações sociais atravessadas pela estrutura do Capitalismo dependente presentes nas políticas públicas brasileiras.

Foi realizado um levantamento bibliográfico e a leitura das produções de autores que debatem a interdisciplinaridade na visão social e clínica, bem como uma pesquisa documental qualitativa que investiga o nível de aprofundamento do debate

na categoria profissional. Para tal, a pesquisa fez uso do site de busca para a realização do levantamento dos trabalhos de pesquisa publicados nos anais do Congresso brasileiro de assistentes sociais para a obtenção de dados referentes aos temas da interdisciplinaridade na atuação da assistente social.

Além da utilização do Diário de Campo realizado durante o exercício de estágio obrigatório acadêmico, para a coleta de dados com análises críticas sobre a rotina de atuação das equipes multiprofissionais. Deste modo, a presente pesquisa é revestida pela ótica do pensamento social que permite a construção da reflexão crítica, de origem marxista, acerca dos dados materializados na realidade e na construção de conhecimentos. Ademais, a pesquisa não tem por finalidade esgotar a temática, mas identificar lacunas existentes nas práticas profissionais do setor terciário e fomentar debates sobre a execução da interdisciplinaridade neste meio.

Assim, o estudo divide-se em dois principais eixos para o aprofundamento do tema: o primeiro capítulo intitulado “As práticas em saúde: análise sobre a estrutura do trabalho coletivo” que apresenta o debate sobre a relação da teoria e prática no exercício profissional, seguido das definições e algumas exemplificações dos níveis existentes da prática coletiva e finalizando com as competências necessárias que os profissionais de saúde precisam adquirir e aprimorar para a execução da interdisciplinaridade em campo.

Por fim, o segundo capítulo nomeado “Serviço Social e saúde: reflexões à luz da construção do cuidado” que elucida as análises e reflexões críticas realizadas na experiência de campo no estágio e demonstra a urgência do trabalho interdisciplinar na atenção terciária. Como também, explicita os maiores desafios e limites que tanto a implementação quanto a efetivação da interdisciplinaridade precisam defrontar para que ocorra a operação deste modelo de prática coletiva profissional em instituições de atenção terciária no SUS.

## **CAPÍTULO 1 – AS PRÁTICAS EM SAÚDE: ANÁLISE SOBRE A ESTRUTURA DO TRABALHO COLETIVO**

A teoria e a prática são dimensões dependentes e inseparáveis, ou seja, na relação que estas dimensões estabelecem entre si há a existência de uma indissociabilidade. Desta forma, a prática é fundamento e finalidade da teoria, enquanto a teoria será desenvolvida e orientada a partir da prática. Como Vásquez (2007) destaca, apesar de se caracterizarem como dimensões autônomas, a teoria e a prática formam uma unidade dependente e indissociável.

Nesta ótica, a atividade teórica não funciona sozinha, sendo necessário a utilização da prática em conjunto com a teoria para que haja a práxis e a realizações de mudanças concretas na sociedade utilizando esses dois eixos. Segundo Vásquez (2007), há diferentes modos de impactar o social na relação entre teoria e prática e a união delas resulta na transformação dos fatos a algo real, conforme sinaliza o autor:

Assim, enquanto a atividade prática pressupõe uma ação efetiva sobre o mundo, que tem por resultado uma transformação real deste, a atividade teórica apenas transforma nossa consciência dos fatos, nossas ideias sobre as coisas, mas não as próprias coisas. (VÁSQUÈZ, 2007, p.210)

Nesse sentido, a prática é caracterizada pela indissociabilidade estabelecida entre a teoria e prática que confere consequências no fazer profissional. Dentre elas, destaca-se que a instrumentalidade no cotidiano profissional é norteadada e alicerçada pelos saberes de escolha (SANTOS, 2002/2003). Em outras palavras, a prática profissional será vinculada aos pressupostos da teoria, por exemplo, a intervenção nas demandas será pautada pela metodologia que compõe a teoria.

Para Santos (2002/2003), a compreensão da realidade social do qual os usuários estão inseridos é necessário para que haja a concordância entre a prática e os saberes profissionais teóricos que foram adquiridos durante a formação acadêmica. Isto é, ter o entendimento que esta realidade será atravessada por todas as relações existentes no sistema capitalista, desde movimentos pessoais a crises econômicas e políticas, que serão fundamentais para uma atuação efetiva na vida dos indivíduos.

Desta forma, as categorias profissionais podem obter uma visão da totalidade social que permeia o usuário e, conseqüentemente, possibilitando-os de realizar uma prática que proporcione a transformação efetiva e executável de acordo com a

complexidade da realidade que o usuário está inserido. Como explica Forti e Guerra (2010),

[...] para a compreensão do real e sua elaboração para produção de conhecimento, a prática é referência da teoria. Não se desconhece que faz parte da teoria social crítica o entendimento da prática como critério de verdade. Contudo, isso comporta determinada concepção de prática. Ou seja, a concepção na qual a prática não é mera atividade irrefletida, reiterativa, tradução do (certo) automatismo típico das experiências cotidianas dos indivíduos, modos de os mesmos operarem rotineiramente as tarefas simples da vida. (FORTI; GUERRA, 2010, p. 4)

Desta forma, a prática não deverá ser uma ação impensada e automática da atuação do profissional, mas ser diretamente ligada aos conceitos que foram desenvolvidos durante as relações disciplinares dos estudos, pesquisas e experiências somadas durante o cotidiano em campo. Nesse sentido, é basilar que as categorias profissionais atuem em busca de conhecimentos qualificados e interdisciplinares para superar desafios que ocorrem durante sua atuação na complexidade da realidade social dos usuários.

Para exercer a melhor compreensão e escolha sobre um método adequado na realização de práticas coletivas<sup>1</sup> que terão como centralidade o diálogo e a articulação de diversas categorias profissionais, é necessário estudar a prática em campo profissional e a sua importância na área da saúde, principalmente no âmbito do complexo hospitalar de uma universidade pública. Visto que, a prática pode ser interpretada e realizada de diferentes formas a depender da categoria profissional e seu viés teórico.

Nesta ótica, a diversidade de práticas em um mesmo campo é o ponto principal para uma intervenção coletiva, sendo necessário que cada categoria obtenha a compreensão de suas atribuições para a realização de ações em conjunto com outros profissionais e a unificação dos saberes para uma prática construtiva e crítica, evitando realizar ações irrefletidas e conservadoras. Portanto, compreendê-la é fundamental para determinar o nível de prática coletiva mais adequado que focará na

---

<sup>1</sup> A prática coletiva em saúde pode ser compreendida em: “Os grupos de promoção da saúde envolvem conhecimentos, habilidades e atitudes, que compreendem aspectos emocionais, sociais e biológicos, não se configurando apenas como um somatório de pessoas, mas como uma nova entidade com objetivos compartilhados, consistindo em instrumentos de intervenção coletiva e interdisciplinar, com a finalidade de construir relações sociais cooperativas para o desenvolvimento contínuo da autonomia dos seus integrantes. Compreendem, também, um espaço privilegiado para a construção da rede de atenção, efetivando a participação popular e promovendo a educação em saúde.” (FRIEDRICH, 2017, p. 374)

integralidade do cuidado ao usuário. Visto que, “Não há como se operar sem objetividade. As estruturas existem e influenciam a produção do campo da saúde: normas, saberes, culturas, sistemas, instituições.” (CAMPOS, 2000, p. 222).

Ou seja, no campo da saúde, determinar as práticas coletivas é visar a institucionalização dos saberes e a configuração dos núcleos profissionais mediante a organização das atuações (CAMPOS, 2000). Isto é, utilizar os métodos de ações coletivas nas trocas de saberes em instituições de saúde é um caminho para a concretização da democratização dos diversos conhecimentos presentes e criar possibilidades de intervenções sem o absolutismo do único saber que detém do olhar biomédico, visando a produção do saber coletivo e compartilhado.

A institucionalização dos saberes e sua organização em práticas se daria mediante a conformação de núcleos e de campos. Núcleo como uma aglutinação de conhecimentos e como a conformação de um determinado padrão concreto de compromisso com a produção de valores de uso. O núcleo demarcaria a identidade de uma área de saber e de prática profissional; e o campo, um espaço de limites imprecisos onde cada disciplina e profissão buscariam em outras apoio para cumprir suas tarefas teóricas e práticas. (CAMPOS, 2000, p. 220)

Nesse sentido, a aplicação de métodos coletivos entre os profissionais da área de saúde contribui para a desfragmentação dos saberes e a hiperespecialização, garantindo o incentivo da articulação entre categorias (THIESEN, 2008). Com isso, há a oportunidade de estabelecer estudos e atuações que se perpetuam a longo prazo na realidade social dos indivíduos, impulsionando o profissional a enxergar além dos limites das disciplinas específicas de sua própria categoria.

Desta forma, a mistura de conhecimentos intensifica o olhar profissional para as expressões da “Questão social”, políticas e econômicas que atravessam o processo saúde e doença, facilitando o entendimento do impacto desses aspectos no cuidado do usuário. Ou seja, compreendendo a saúde como um conceito ampliado que visualiza o usuário como um ser social completo que precisa do bem-estar físico, social e até psíquico. Segundo Campos (2000),

Em saúde pública poder-se-ia trabalhar com a ideia de mudanças tanto das estruturas, sua democratização, e de normas de direito, quanto da capacidade reflexiva e da iniciativa dos sujeitos individuais e coletivos. A reconstrução da saúde coletiva passaria por um deslocamento de ênfase: antes fora a doença, depois as estruturas, agora se trataria também de valorizar o fortalecimento dos sujeitos individuais e coletivos. No entanto, o deslocamento de ênfase não poderia significar abandono das outras dimensões. (CAMPOS, 2000, p. 229)

Com isso, no âmbito das práticas coletivas há outras concepções de métodos utilizados na cooperação e coordenação entre disciplinas de forma hierárquica e crescente. Como ressalta a autora Luz (2009), há a coexistência entre os modelos no campo da prática que de modo integrado ou paralelo permeiam tanto as relações de saberes disciplinares quanto nas relações das práticas de intervenção e as formas de expressão científica.

Da mesma forma que é o ideal ter a reflexão-crítica da prática profissional, é fundamental obter o domínio sobre os métodos que atravessam as práticas coletivas. A utilização dessas atuações é uma forma de ultrapassar a barreira da atuação fechada e limitada, porém cada nível detém sua particularidade, grau e objetivo. Portanto, conhecer os níveis da prática coletiva é um passo para determinar qual método será o mais efetivo na demanda que se apresentará nas situações em campo. Visto que, são conceitos que se articulam entre si e que se apresentam em diferentes ocasiões nas instituições.

### **1.1. Níveis das práticas coletivas em saúde**

Segundo a obra do autor Vasconcelos (2002), atuar no campo da saúde é ter a consciência que diversas disciplinas estarão interligadas entre si, visto que a intervenção no processo de saúde-doença é realizada em diferentes núcleos dos saberes inseridos nas instituições hospitalares, inclusive o campo social que está presente na realidade dos usuários. Como o autor destaca em,

Se pensarmos em termos de profissões e campos aplicados de conhecimentos envolvidos, essa lista aumenta ainda mais, pois temos ainda profissões e áreas de saber que constituem “recombinações” de uma ou mais disciplinas. Este é o caso do próprio Serviço Social, mas a lista também inclui a enfermagem, a terapia ocupacional, a arteterapia, a fonoaudiologia entre outros, já integrantes há mais ou menos tempo das modernas equipes multiprofissionais de saúde mental e engajadas no cuidado direto a clientela. Como veremos a seguir, é fundamental reintroduzir essa discussão diretamente sobre o campo das profissões, pois os saberes estão sedimentados em instituições e organizações corporativas, e os conflitos socioinstitucionais entre eles na prática assistencial concreta se dão mais diretamente nesse plano. (VASCONCELOS, 2002, p. 44-45)

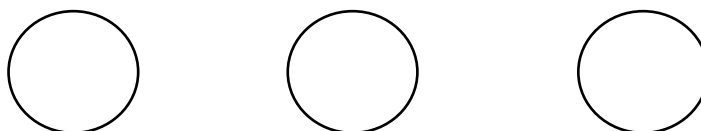
Desta forma, o autor detalha cada nível de prática coletiva que pode ser exercida nos ambientes do campo de saúde e as propostas de integrações dos saberes. Assim, cada grau da prática terá a sua própria conceituação e finalidade executados na intervenção realizada conforme a conjuntura que o usuário estará

inserido. Ou seja, cada metodologia será utilizada para estruturar a construção da ação profissional entre categorias e o nível de aprofundamento na integração entre os saberes profissionais no campo da saúde. Sendo os cinco níveis:

### 1.1.1. Multidisciplinaridade:

Um método que detém de diversas disciplinas que compõem o espaço e atuam simultaneamente na prática profissional, mas que não possuem cooperações e nem comunicação entre elas (VASCONCELOS, 2002). Cada categoria profissional atuando na sua própria competência e em seu próprio objetivo. A multidisciplinaridade é o meio que surge como um sistema que incentiva a desfragmentação dos conhecimentos, principalmente devido à forte incidência de especializações que limitam o saber em uma bolha fechada.

Figura 1 – Configuração da Multidisciplinaridade



Fonte: Vasconcelos, 2002

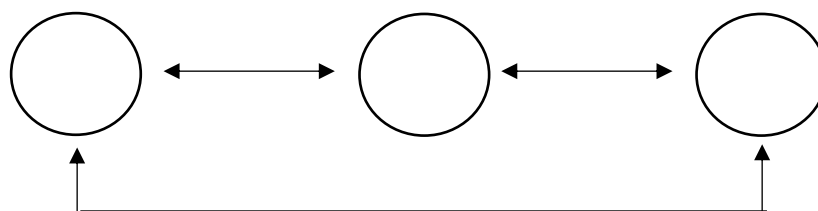
Então, há o objetivo de reunir as diversas categorias profissionais inseridas em suas próprias competências e em sua autonomia para somar determinados saberes, porém é um meio utilizado que permanece sem comunicação e integração dos saberes coletivos. Um exemplo da utilização deste método é nas práticas ambulatoriais convencionais nas clínicas e hospitais, com o perfil de cada profissional exercendo seu trabalho isoladamente e sem trocas de saberes em conjunto (VASCONCELOS, 2002).

Em síntese, para exemplificar o trabalho multidisciplinar realizado no hospital federal universitário do Rio de Janeiro, pode-se citar a prática realizada nas enfermarias de internação, cujo as intervenções realizadas com o usuário ocorrem de forma paralela e independente de outras categorias. Ou seja, vários profissionais estão responsáveis pelo atendimento do mesmo usuário, mas cada um exerce sua prática sem a articulação e comunicação direta com outras categorias, cada um com a sua participação paralela e individual do saber.

### 1.1.2. Pluridisciplinaridade:

O método une várias disciplinas que estão no mesmo nível hierárquico e que reunidas demonstram o tipo de relação existente entre elas, que obtém de cooperação entre si com diferentes objetivos, porém não há uma coordenação que as façam reunir as ações profissionais (VASCONCELOS, 2002). Ademais, a diferença deste método para o multidisciplinar é que mesmo as categorias atuando paralelamente dentro de seus próprios saberes, podem ocorrer certo grau de colaboração entre elas, mas sem ordenação, mesmo que estejam intervindo em um objetivo comum.

Figura 2 – Configuração da Pluridisciplinaridade



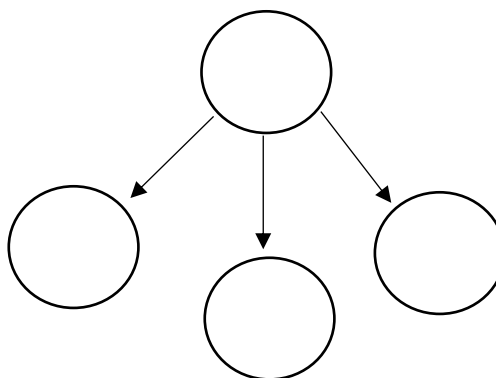
Fonte: Vasconcelos, 2002

Para Vasconcelos (2002), este conceito é realizado, geralmente, quando é necessário realizar o estudo das questões que envolvem um objeto central com o auxílio de outras áreas de conhecimentos. Sendo assim, há a realização de um estudo pluridisciplinar com o intuito de analisar os saberes envolvidos neste caso, isto é, utilizando outros saberes para a resolução e intervenção deste objeto central, mas a finalidade permanece sendo exclusiva e fechada com a disciplina central que está atuando diretamente com o objeto.

### 1.1.3. Interdisciplinaridade Auxiliar:

O autor Vasconcelos (2002) pontua que este método é realizado quando há o auxílio de uma ou mais disciplinas para dominar uma em específico, esta irá desempenhar a função de receptor e coordenador das outras disciplinas auxiliares. Assim, sendo um conceito com o foco na apropriação das informações de outras disciplinas para auxiliar na prática profissional em um caso específico, ou seja, quando é utilizado para criar fundamentos e integrar teoricamente outras disciplinas para desenvolver uma base estrutural de uma intervenção interdisciplinar.

Figura 3 – Configuração da Interdisciplinaridade Auxiliar



Fonte: Vasconcelos, 2002.

Segundo Carlos (2007), esse método é utilizado quando uma disciplina adere métodos e saberes de outras distintas por um tempo para resolver uma demanda provisória ou quando ocorre esse “empréstimo” de saber em situações ocasionais, não sendo uma ação realizada permanentemente pelas categorias profissionais envolvidas. Em contrapartida, a interdisciplinaridade é um método que irá abranger todas as demandas que surgem na instituição, do qual as categorias profissionais vão incorporar este conceito como norte nas atuações profissionais permanentemente e coletivamente.

#### **1.1.4. Interdisciplinaridade:**

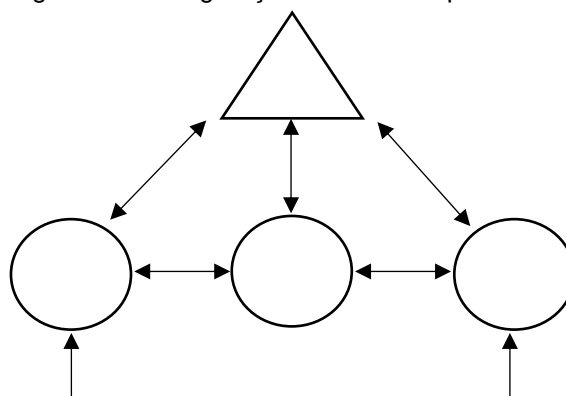
A interdisciplinaridade é a junção dos saberes quando a sua fragmentação encontra uma barreira para o desenvolvimento de uma prática. No cenário interdisciplinar, as categorias profissionais realizam debates e intervenções de forma coletiva, respeitando a autonomia profissional e o saber de cada área da competência envolvida. Ou seja, cada profissional permanece com seu saber individual da categoria com seus limites e capacitação, se unindo para o exercício profissional em grupo e visando a superação da fragmentação do saber.

É o conceito que “um grupo de disciplinas conexas, definida no nível hierarquicamente superior, introduzindo a noção de finalidade, tendendo (mas não necessariamente) para a criação de campo do saber autônomo” (VASCONCELOS, 2002, p. 46). Este método tem como ideal a horizontalização das relações de poder, porém há objetivos múltiplos e coordenação do tipo superior as demais, ou seja, há transferências de métodos e saberes entre os sujeitos envolvidos com o viés democrático e que objetiva a articulação entre redes e equipes profissionais.

Se a coordenação estiver focada na dimensão da horizontalidade e da auto-organização deverá trabalhar com a implementação e nutrir dinâmicas de cooperação; [...] A coordenação atua sobre o processo de comunicação que deve ser dialético (produz consenso, sínteses) e dialógico (não procura resolver as contradições, mas estabelecer um diálogo entre elas). As ações de coordenação devem ser dirigidas para o fortalecimento de vínculos entre as pessoas (confiança, respeito, reciprocidade, compromisso) e o enfraquecimento da dinâmica subordinação-dominação (descentralização, estímulo a lideranças, apoio à produção e distribuição autônoma da informação). (AMARAL, 2008, p. 27-28)

Desse modo, a prática interdisciplinar visa a integração de diversas ciências para obter um conjunto de saberes para a execução de intervenções na realidade de um usuário que está inserido em diversos espaços, principalmente no campo da saúde. Desta forma, conforme a autora Sá (2002), será realizada a visão integral do objeto, com comunicação coletiva e junção dos saberes para o desenvolvimento de uma atuação mais eficaz e adequada para a realidade social do indivíduo alvo da intervenção. Ou seja, há o processo inicial da pesquisa de conhecimentos teóricos, debate dos saberes e a atuação compartilhada com os métodos definidos para a intervenção no objeto central.

Figura 4 – Configuração da Interdisciplinaridade



Fonte: Vasconcelos, 2002.

A autora Pombo (2005) destaca que a interdisciplinaridade realmente não possui uma definição própria e definitiva, visto que a inserir em uma definição única é algo disciplinar, mas pode ser entendida ao desmembrar a palavra em um único núcleo. Sendo ele, a palavra disciplina que permite ter a certeza de que é voltado para a junção das disciplinas e realizar a inter-relação entre elas, ou seja, estabelecer a ação recíproca e ir além do que a disciplina impõe no superficial.

Além do estudo teórico sobre a interdisciplinaridade, deve-se apontar as potencialidades que a sua utilização permite no meio profissional, desde enxergar o usuário na sua totalidade para assegurar seus direitos em todas as possíveis áreas das políticas sociais, o olhar integrado no cuidado a saúde, ampliação na qualificação

da equipe profissional até o fortalecimento do diálogo entre as categorias profissionais com a unificação dos saberes (SÁ, 2002).

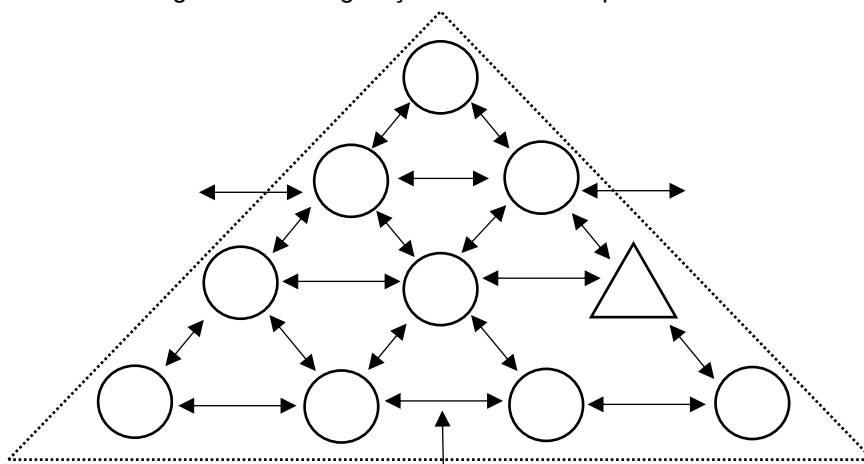
Por outro lado, a interdisciplinaridade também apresenta algumas dificuldades na implementação e efetivação durante o cotidiano nas instituições, sendo elas: a dificuldade da comunicação entre os profissionais devido o ideal de saber único, as práticas realizadas desassociadas da teoria, a ausência do debate interdisciplinar na formação acadêmica e, principalmente, a precariedade na infraestrutura das instituições com a falta de estabilidade nas condições de trabalho (Sá, 2002).

Em síntese, o entendimento é que não há um conceito concreto da interdisciplinaridade, mas a procura de desfragmentar os saberes profissionais para que haja um equilíbrio na união desse conhecimento específico em uma ação coletiva, respeitando a autonomia e especificidade de cada profissional envolvido com viés democrático entre equipes. Sem limitar o conhecimento, a interdisciplinaridade pode ser compreendida como uma manifestação de diversos saberes que tem como foco a integração para o desenvolvimento e construção de meios para o avanço dos saberes.

#### 1.1.5. Transdisciplinaridade:

É o conceito que ultrapassa a interdisciplinaridade, a coordenação é direta com todas as disciplinas e interdisciplinas existentes no campo e detém de princípio geral compartilhado que irá unir a criação de uma autonomia teórica, disciplinar e operativa próprias (VASCONCELOS, 2002). Este conceito irá ter diversos níveis de profissionais com múltiplos objetivos, mas que coordenam uma finalidade em comum e que terá a horizontalização nas relações de poder. Logo, “A transdisciplinaridade supõe a possibilidade de não haver prevalência de uma única lógica, mas sim a integração dos saberes.” (SEVERO; SEMINOTTI, 2010, p. 1689)

Figura 5 – Configuração da Transdisciplinaridade



Fonte: Vasconcelos, 2002.

Para Vasconcelos (2002), este método é uma radicalização da interdisciplinaridade, da qual irá criar uma nova especialização e campo teórico mais amplo que irá flexibilizar as divisões convencionais das especialidades e democratizar as relações de poder entre elas, criando novos tipos de profissionais especializados com um olhar mais amplo nas intervenções e atuações. A transdisciplinaridade é além do conceito interdisciplinar, principalmente por priorizar o diálogo com todas as áreas dos saberes, não separando o objeto do sujeito e considerando toda a complexidade da realidade social. Assim, ocasionando além do domínio do conhecimento, mas a geração da expansão de tudo que as atravessam e ultrapassam.

De acordo com as análises apresentadas, segundo os autores Vasconcelos (2002) e Sá (2002), sobre os níveis existentes das práticas coletivas, pode-se designar o método da interdisciplinaridade como o mais possível do realizável para ser elaborado em conjunto com as categorias profissionais e atribuir em exercício nas instituições de saúde. Visto que, é o meio que tem como eixo somar os diversos olhares profissionais para o mesmo objeto, visando compreender sua complexidade e analisar suas particularidades para a execuções de ações mais efetivas durante as atuações profissionais.

A interdisciplinaridade parte do princípio de uma unidade do saber, em uma ação conjunta da consciência com a demanda do agir. Isto é, este método tem como principal objetivo utilizar o conhecimento como um instrumento que amplia a forma de atuar nas diversas demandas que aparecem na vida privada, no meio acadêmico e profissional, a junção destes conhecimentos é uma expansão na criação de poder e das formas de intervenções. Portanto, a interdisciplinaridade é o nível das práticas coletivas que tendem a ter o maior índice de intervenções integrais na realidade social dos usuários, ampliando o cuidado no processo de saúde e doença.

Dessa forma, com a utilização das práticas interdisciplinares a longo prazo, haverá a criação de saberes na teoria e na ação profissional nesta inter-relação de disciplinas que constroem um saber coletivo, com ênfase na prática democrática entre as relações de poder das equipes de profissionais que exercem este método (SÁ, 2002). Isto posto, para uma plena efetivação das ações interdisciplinares, é necessário que os grupos atuantes tenham princípios e conceitos fundamentais compatíveis para um trabalho coletivo.

Portanto, para pôr em prática o método da interdisciplinaridade é importante a reflexão sobre os autores destas atuações profissionais e as competências necessárias para que a execução do trabalho interdisciplinar tenha efetividade no cuidado ao usuário para além da saúde-doença. Ou seja, para que as ações interdisciplinares atinjam seu objetivo será fundamental compreender todos os nuances que englobam a estrutura do exercício profissional nas instituições inseridas no campo da saúde.

## **1.2. Breves reflexões sobre as competências dos profissionais e a importância do trabalho interdisciplinar na saúde**

O campo da saúde é composto por diversas categorias profissionais que atuam diretamente com a população usuária que estão inseridos em diferentes realidades sociais, sendo assim urge a necessidade da implementação de estratégias para revitalizar programas de saúde e da renovação de diretrizes curriculares dos cursos de graduações pertencentes à política de saúde. Como enfatiza SAUPE *et al.* (2005), que há a necessidade de determinar novas relações na atuação profissional para expandir o desenvolvimento de ações interdisciplinares na efetivação dos princípios da integralidade, equidade e universalidade no cuidado à saúde.

A importância de ultrapassar o olhar biomédico dos profissionais é entendida por Costa Neto (2000) como uma proposta que permite atender as diferenças presentes nas realidades de cada sujeito e as diversas demandas que surgem das expressões da “Questão Social” existentes. Além de ser um meio que não separa as ações clínicas das ações de promoção e prevenção a saúde, superando o modelo centralizado apenas no tratamento da doença.

Está, assim, estruturada na lógica básica de atenção à saúde, gerando novas práticas setoriais e afirmando a indissociabilidade entre os trabalhos clínicos e a promoção da saúde. [...]. Para tanto, é urgente que se estabeleça uma nova relação entre os profissionais de saúde e a comunidade [...]. Configura-se, também, uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre membros de uma equipe, diferentemente do modelo biomédico tradicional, permitindo maior diversidade das ações e busca permanente do consenso. Tal relação, baseada na interdisciplinaridade e não mais na multidisciplinaridade [...] requer uma abordagem que questione as certezas profissionais e estimule a permanente comunicação horizontal entre componentes de uma equipe. (COSTA NETO, 2000, p. 9)

Deste modo, na perspectiva contemporânea, é necessário pensar no meio interdisciplinar como uma tática de superar o modelo tradicional nos exercícios profissionais inseridos no campo da saúde. Visto que, é um meio de superar a “divisão

do trabalho intelectual, fragmentação do conhecimento e pela excessiva predominância das especializações” (SAUPE, *et al.*, 2005, p. 522) presentes no modelo conservador das equipes multiprofissionais nas instituições, priorizando o olhar ampliado da saúde que incorpore todos os princípios do SUS.

Sendo assim, a atuação tradicional tem o olhar para o indivíduo de forma isolada de seus contextos sociais, desprendendo o sujeito das expressões da “Questão social” que faz parte dos determinantes no agravamento da doença e fragmentando os saberes durante as intervenções realizadas nos atendimentos. Sua superação pode ser contemplada pela interdisciplinaridade como Saupe et al. (2005) detalha, em vista que há

[...] o reconhecimento da complexidade crescente do objeto das ciências da saúde e a conseqüente exigência interna de um olhar plural; a possibilidade de trabalho conjunto, que respeita as bases disciplinares específicas, mas busca soluções compartilhadas para os problemas das pessoas e das instituições; o investimento como estratégia para a concretização da integralidade das ações de saúde. (SAUPE; *et al.*, 2005, p. 522)

Como o autor Coutinho (1991) defende que o pluralismo teórico é utilizado para sinalizar e refletir sobre os possíveis erros e limites que podem interferir diretamente ou indiretamente no desenvolvimento das intervenções profissionais. Além disso, o autor enfatiza que as relações sociais são atravessadas pela estrutura capitalista e cada indivíduo irá construir um olhar sobre aquela realidade. Desta forma, constituindo diversos pontos de vistas sob um usuário, mas ao construir um olhar com objetividade é necessário conciliar diversos outros pontos de vista para uma consciência coletiva, logo obtendo uma prática coletiva.

Para a implementação de práticas interdisciplinares nas instituições de saúde também é essencial ter o olhar plural como princípio base da categoria profissional, visto que é uma das competências necessárias para efetivar atuações que tem como objetivo a construção de saberes coletivos. Como a categoria profissional do Serviço Social, que tem como um dos princípios o pluralismo teórico em “VII. Garantia do pluralismo, através do respeito às correntes profissionais democráticas existentes e suas expressões teóricas, e compromisso com o constante aprimoramento intelectual;” (BRASIL, 1993, p. 24).

A atuação isolada das categorias que tem a formação voltada no olhar técnico direcionado para si própria e para as diversas situações que ocorrem em campo profissional isoladamente, ocasiona diferentes intervenções para o mesmo usuário.

Porém, as ações interdisciplinares será a soma entre categorias que acarretará na concretização do cuidado integral a todas as esferas da realidade dos usuários, articulando entre as diferentes profissões da saúde a construção de mediações coletivas em demandas comuns (SAUPE; *et al*, 2005).

Para a realização do trabalho interdisciplinar nas equipes multiprofissionais nas instituições de saúde é necessário que haja determinadas competências que, segundo Saupe e *et al.* (2005), são consideradas nucleares para a mudança no modelo de atenção à saúde. Além disso, essas competências podem ser incluídas em três eixos principais, sendo elas: *conhecimento, habilidades e atitudes*. Visto que, para materializar a interdisciplinaridade na saúde é preciso dominar algumas perspectivas teóricas e concretas para pôr em prática nas equipes de trabalho e desenvolver ações efetivas no cuidado, promoção e prevenção à saúde.

Com isso, o primeiro passo para executar e desenvolver ações interdisciplinares nas instituições é ampliar as competências dos profissionais que estão inseridos no campo da saúde, além de fortalecer habilidades e qualificações já presentes na formação e atuação profissional. Como Saupe, *et al.* (2005) destaca, que para o domínio interdisciplinar é preciso concretizar ações e não isenta o uso de conceitos teóricos para a sua implementação, assim permitindo ultrapassar os limites impostos pelas instituições que visam ações isoladas aos usuários.

Os autores Saupe, *et al.* (2005) separaram os eixos das competências visando detalhar as ações necessárias para o trabalho interdisciplinar. O primeiro eixo é o de *conhecimento* que, inicialmente, há a necessidade de obter o reconhecimento das parcerias para identificar instituições e organizações externas que colaborem com as intervenções coletivas, realizando articulações intersetoriais nos territórios dos usuários.

A reforma do sistema é um ponto chave para a efetivação da interdisciplinaridade, visto que tem como base modificar o modelo de atenção ao cuidado de saúde por via das políticas públicas que objetiva a perspectiva de integralidade. O *conhecimento* também envolve a necessidade de conhecer os conceitos correlatos das terminologias que envolvem as práticas coletivas, para atuarem com clareza sobre o método utilizado. Além disso, é fundamental que tenha

a consciência sobre o papel de cada competência para que os profissionais se apresentem com suas atribuições específicas, atuando em sua própria área de saber.

Em continuidade aos apontamentos dos autores Saupe, et al. (2005), há duas esferas da competência que são basilares para o trabalho coletivo, a educação e saúde. Visto que, tem como fundamento a compreensão sobre o aprendizado tanto no olhar teórico quanto no operacional para uma prática crítica e reflexiva tencionando para a totalidade na saúde, indo além da doença e para o entendimento da realidade que contribua para ações de cuidado integral.

Desta forma, ao construir os conhecimentos do que é a prática interdisciplinar e como ela modifica o modelo tradicional do cuidado à saúde, poderá ter a concepção lógica do objetivo da aplicação prática de ações interdisciplinares para a visualização das potencialidades e desafios que se desdobram nessa execução. Além de possuir os saberes teóricos e práticos desse método, o conhecimento sobre a equipe que estará atuando nessas intervenções será de suma importância para a sua efetivação.

O segundo eixo trabalhado por Saupe, et al. (2005) é o das *habilidades* necessárias para o profissional da saúde que pretende realizar o trabalho interdisciplinar. A aptidão de se comunicar com respeito e disposição para ouvir é o começo para a construção de uma relação atenta ao que a interdisciplinaridade necessita para a sua implementação. Além da boa comunicação com as categorias profissionais, há a habilidade de envolver a comunidade como membro da equipe. Isto é, abranger a participação dos usuários em ações coletivas para as intervenções na saúde. Visto que, segundo Gomes (2016),

A questão da comunicação é relevante na formação de uma equipe interdisciplinar, pois cada profissional deve comunicar seu saber, dar sua contribuição, bem como expor suas limitações, do mesmo modo que ouvir as demais áreas e buscar compreendê-las, sem que isso signifique uma “invadir” ou “ser invadido” em cada área do saber. (GOMES, 2016, p.7)

Além disso, o reconhecimento das situações e problemas que necessitam de uma intervenção da equipe interdisciplinar também é caracterizado como uma competência desses profissionais, visto que nem todos os atendimentos nas unidades de saúde precisam de ações interdisciplinares. Contudo, ao identificar a necessidade desse tipo de atuação é ideal saber propor soluções para chegar na solução da demanda, ao mesmo tempo que é importante reconhecer as possíveis dificuldades

que ocorrem nas ações interdisciplinares mediante a uma reflexão crítica para proporcionar melhorias no método. (SAUPE; *et al.*, 2005)

O terceiro e último eixo proposto pelos autores SAUPE, *et al.* (2005) é o da *atitude* que são competências focalizadas totalmente nos profissionais de cada categoria envolvida no trabalho interdisciplinar. Inicia-se com o respeito à disciplina de cada categoria envolvida para que não haja repressão ou críticas a respeito das atribuições privativas do outro, assim todos podem compreender a potência e importância de cada área de saber durante as atuações. Dando continuidade à essa competência, o profissional precisa exercer o respeito pelo outro, a tolerância, a humildade, a empatia e a ética para a realização de uma prática coletiva benéfica para todos os envolvidos.

Essas *atitudes* somadas às de aceitação de sugestões e o respeito as diferenças das categorias profissionais são essenciais para o desenvolvimento de ações interdisciplinares que vão de acordo aos princípios de integralidade, universalidade e equidade do SUS. Visto que, é uma clara atitude de comprometimento com as mudanças de modelo de atenção ao cuidado à saúde. Por fim, para um trabalho interdisciplinar efetivo é necessário que a mudança comece pela capacitação dos docentes na formação acadêmica para que os estudantes se formem como profissionais decididos a executar o trabalho interdisciplinar e com a certeza da sua importância em campo.

Portanto, analisar as competências necessárias para a realização da prática interdisciplinar nas instituições de saúde é compreender que sua efetivação pode ser alcançada dentro da realidade concreta, visto que são ações inseridas no campo da prática cotidiana e das demandas que surgem durante a atuação das categorias profissionais (SAUPE; *et al.*, 2005). A interdisciplinaridade tem a possibilidade de ser inserida na realidade atual, a partir da construção de um novo modelo de organização tanto curricular acadêmico quanto da prática institucionais.

Sendo que, o método interdisciplinar visa atender os usuários de forma integral, respeitando olhar ampliado de saúde que corresponde aos princípios do SUS e somando os saberes para uma visão unificada para ações coletivas. Com isso, os profissionais tendem a procurar novos caminhos além do tradicional voltado

unicamente para sua categoria e passa a ultrapassar os saberes fragmentados em busca da totalidade do conhecimento. Como pontua a autora Sá (2002)

A ação que passa nesta perspectiva interdisciplinar e proporcionar a cada profissional, enquanto pessoa, questionar, opinar, discutir, atuar com relação a determinada ação. Assim, o profissional não buscará limitar seu espaço de ação fragmentado a questão, numa atitude, de exclusividade, mas o ampliará numa perspectiva conjunta, visualizando a totalidade da questão, e, principalmente, chegando à economia de ação. (SÁ, 2002, p. 68)

Portanto, pode-se entender que a interdisciplinaridade tem a necessidade de caminhar com a prática e a teoria em conjunto para funcionar adequadamente, mas que os profissionais precisam abandonar o olhar individual e fechado durante os atendimentos e passar a se comunicarem entre si para reunir áreas de saberes que irão englobar todas as esferas de cuidado aos usuários, tanto na área biológica quanto a social, isto é, visualizar e intervir com ações que ultrapassam a visão limitada de saúde-doença.

## **CAPÍTULO 2 – SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE: REFLEXÕES À LUZ DA CONSTRUÇÃO DO CUIDADO**

### **2.1. Experiência da inserção no campo de estágio realizado no hospital universitário federal do Rio de Janeiro**

A origem da saúde pública no Brasil é o marco inicial para a compreensão da importância do Serviço Social dentro das instituições hospitalares e das demandas nos atendimentos que advém da “Questão Social” expressas pelas relações sociais no campo da saúde. Conforme o autor Narvai (2002), no Brasil colônia, após a vinda da Corte portuguesa, a área da saúde obteve diversas mudanças e desenvolvimentos com a criação dos cursos de medicina no território brasileiro e as ocorrências de epidemias que surgiam com frequência, levando a necessidade das regulamentações das práticas profissionais no âmbito da saúde.

Segundo o autor Narvai (2022) destaca, foram aprovadas legislações que atuava na regulação das instituições de saúde, em que dividiam as responsabilidades de fiscalização e administração nos órgãos encarregados da saúde pública na colônia entre o governo central, províncias e municipalidades. Ou seja, desde o império a saúde pública se fez presente na realidade dos brasileiros e o Estado já se organizava no controle das questões sanitárias que estavam se intensificando visando não prejudicar o sistema econômico e político do país.

Nesta ótica, a saúde pública esteve voltada para o controle dos saneamentos dos portos e no cuidado redobrado nas exportações, focando na saúde como o caminho mais eficaz para o Estado focalizar antes que as epidemias interferissem no mercado financeiro do Brasil. Com isso, as estratégias sanitárias e higienistas eram o maior objetivo dos profissionais para a intervenção direta na contenção de danos na economia brasileira. Ou seja, o impulso para o desenvolvimento da saúde foi para perpetuar a manutenção do sistema capitalista e visar a melhoria das práticas profissionais para a classe burguesa no território.

Outro ponto importante sobre a saúde pública é o papel primordial do Oswaldo Cruz nas principais mudanças na saúde brasileira, visto que ele foi o profissional que assumiu a responsabilidade de organização das questões sanitárias e no combate às epidemias que ocorriam no país. Com isso, o sanitarista e médico expandiu o seu conhecimento para além da zona urbana, com o objetivo de ampliar a política de

saúde para todos os territórios e expandir a necessidade da garantia do acesso a saúde, principalmente na zona rural. Este breve resgate histórico é fundamental para a compreensão do papel da saúde pública brasileira como um dos pilares da Seguridade social (NARVAI, 2022).

Além da perspectiva histórica, é crucial problematizar como eram a materialização dos ideais que as práticas se baseavam nesta época, visto que a saúde era utilizada como medida higienista pelas categorias profissionais. Conforme pontua Barboza, Rêgo e Barros (2020), a utilização da saúde pública como instrumento de “limpeza” das cidades e controle social eram executadas nas classes mais baixas para as culpabilizarem pelo aumento das doenças, utilizando das forças militares para vacinação e a falta de divulgação das informações propositais, marginalizando esses indivíduos e os arrastando para locais periféricos que eram longe dos centros urbanos.

Porém, as condições no ambiente de trabalho nos portos e ferrovias pioraram e a classe trabalhadora destas instituições, em sua maioria negros, operaram uma organização coletiva entre esses grupos de trabalhadores para a criação das caixas de fundos que serviam como seguro para a aposentadoria e assistências nos problemas de saúde que poderiam acometer os operários devido a sua jornada de trabalho nestes ambientes (COSTA, 2020). Enquanto o Estado focava no acúmulo de capital que essas áreas produziam, a classe trabalhadora organizava uma proteção coletiva para resguardar a saúde dos seus.

Segundo Costa (2020), os trabalhadores começaram a se unir como sindicatos de resistências que reivindicavam melhorias nas questões sanitárias e nas condições de trabalho. Com isso, a própria classe trabalhadora criou por meio das entidades sindicais as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP) como proteção coletiva das explorações e precariedades nas condições de trabalho. Com forte pressão das greves sindicais, os empregadores com o apoio do Estado, concederam uma Caixa Beneficente que tinha como objetivo prover pensões e tratamentos de saúde aos trabalhadores.

Vale ressaltar que ao notar a movimentação de organização sindical da classe trabalhadora atuantes nos principais polos de crescimento econômico do país, o Estado interferiu na administração das caixas de aposentadorias e pensões como forma de controle e apropriação do capital investido nestas CAPs. Visto que, segundo

Costa (2020) a movimentação autônoma, política e econômica da classe trabalhadora eram uma ameaça ao poder do Estado e do sistema capitalista. Em vista disso, foi criada a Lei Eloy Chaves para regulamentar as CAPs, ocasionando uma intensa pressão nas empresas para a expansão na assistência à saúde dos trabalhadores.

A partir da década de 1930, durante a Era Vargas, o Estado foi pressionado pelos militares e parte da massa intelectual para a emergência da oferta de serviços públicos no campo da saúde, assim o governo federal criou o Ministério de Educação e Saúde Pública. Desta forma, há um marco na medicina previdenciária com a criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs) que foram centralizadas pelo Estado e a associação foi realizada por categorias profissionais, substituindo as CAPs que eram organizadas por empresas privadas (MIRANZI; *et al.*, 2010). Somados, a força na criação de centros de saúde para a atenção em programas que tinham a sua base na educação sanitária com o ideal de persuasão e que estabeleceu as tendências de atenção individual na organização das instituições de saúde.

Os autores Miranzi e *et al.* (2010), salienta que no segundo período presidencial de Vargas foi criado o Ministério da Saúde, mas o orçamento destinado era irrisório para atender as demandas necessárias da saúde pública. Porém, nos anos de 1960, a saúde foi utilizada como mercadoria para impulsionar o mercado farmacêutico e hospitalar privado que somadas ao impacto do golpe militar no ministério de saúde ocasionou redução de verbas. Então, o Estado emergiu com o ideal de saúde como aspecto individual e não como uma questão coletiva da população brasileira, assim o governo militar intensificou as ações de saúde com a criação do Instituto Nacional de Previdência Nacional (INPS).

A INPS se instaurou como uma esfera pública que tinha o objetivo de tratar os usuários de forma individual, que passou a estabelecer vínculos com unidades hospitalares privados para atender a classe trabalhadora empregada e o Ministério da Saúde tinha a responsabilidade de elaborar e executar programas sanitários para a população e evitar epidemias. Porém, esse sistema deteve de diversas fragilidades no momento que havia demoras nos repasses de verbas do governo e no pagamento abaixo dos valores de mercado para os serviços de saúde nas unidades hospitalares e para os profissionais do campo.

Assim, em 1974, com a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social foi realizado a incorporação do INPS que o retirou das demandas trabalhistas e renovou a promessa de garantia a saúde para os empregados (MIRANZI; *et al.*, 2010). A partir da Declaração de Alma-Ata<sup>2</sup>, a promoção, proteção e prevenção à saúde da população se instaurou como ponto fundamental para o desenvolvimento econômico e social de um país, além de destacar o direito dos usuários a participar individualmente e coletivamente das ações de saúde. Assim, compreende que a atenção primária à saúde reverbera nas condições socioeconômicas do Estado, isto é, “ao ampliar a visão do cuidado da saúde em sua dimensão setorial e de envolvimento da população, supera o campo de ação dos responsáveis pela atenção convencional dos serviços de saúde” (MIRANZI, *et al.*, p.161).

Então, nas décadas de 1970 a 1990, se destacaram devido ao forte movimento de organização da classe trabalhadora e entidades da saúde para a adoção de modelos assistenciais que se adequassem a realidade socioeconômica do país com o olhar integral aos usuários. Assim, há o marco da Reforma Sanitária que foi um movimento multifacetado que tinha como objetivo a construção do direito ao acesso a saúde de qualidade e a institucionalidade da democracia do Estado, propiciando na VIII Conferência Nacionais de Saúde um relatório para o modelo preventivo em saúde e como força para a elaboração de artigos em defesa da saúde na Constituição de 1988 em conjunto a criação do SUS.

Com a perpetuação das pressões populares e da necessidade do capital em ter a classe trabalhadora apta para vender sua força de trabalho, os programas de saúde pública foram se expandindo em um longo processo até a contraditória criação do Sistema Único de Saúde (SUS) que iria determinar o fim da diferença entre a saúde pública que alguns conseguiam acessar por meios filantrópicos e a assistência advinda apenas da Previdência Social ofertada para quem estava inserido no mercado de trabalho formal. Com isso, o SUS surgiu com o objetivo de assegurar o direito universal à saúde a todos os cidadãos brasileiros e para o fortalecimento do Estado de Bem-Estar Social.

---

<sup>2</sup> Realizada na 1ª Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, organizado pela OMS e UNICEF em Alma-Ata, no Cazaquistão. Da qual, “resultou na adoção de uma declaração que reafirmava o significado da saúde como direito fundamental e uma das mais importantes metas sociais mundiais.” (MENDES, 2004, p.447)

Após o fim da Ditadura Militar, a criação da Constituição Federal de 1988 foi estabelecida e decretou pelo artigo 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. ” (BRASIL, 1996). Com isso, houve o impulsionamento para que o SUS fosse criado a partir dos intensos debates sobre a necessidade de políticas públicas que atuassem diretamente com a assistência universal, para garantir o amplo direito do cidadão sem distinção de classe, gênero e raça.

Em vista disso, o Congresso Nacional decretou a Lei 8.080/1990, a Lei Orgânica da Saúde (LOS), que determina e descreve o funcionamento do SUS, além de definir seus princípios e objetivos na promoção, proteção e prevenção à saúde. Uma vez que, segundo os autores Barboza, Rêgo e Barros (2020), o Estado democrático de direito é o principal assegurador e executor das políticas sociais para endossar um modelo de prática assistencial que visa a universalização dos direitos, transparência das ações governamentais, a democratização das atuações profissionais e a interdisciplinaridade nas execuções das práticas para garantir o acesso ao direito à saúde pública de qualidade a todos.

Desse modo, o SUS é um sistema público de saúde criado com o objetivo de garantir o acesso à saúde, de acordo com a Constituição Federal de 1988, assegurando que todos os indivíduos possuam o direito da assistência à saúde gratuita. A gestão do SUS é realizada com a participação do Ministério da Saúde, dos Estados e Municípios, visto que as instituições e serviços são divididos conforme os níveis de atenção à saúde. Desta forma, a rede que o compõe é ampliada para abranger todos os níveis de assistência, ações sanitárias e farmacêuticas conforme o território e a complexidade do atendimento.

Segundo a Lei Orgânica de Saúde, o Sistema Único de Saúde exige obedecer três principais princípios que asseguram os serviços prestados na política de saúde. O primeiro princípio é o da universalidade, do qual o SUS deve ofertar seus serviços em todos os níveis de assistência, ou seja, deve assegurar o cuidado a saúde como construção de cidadania e que todos devem ter acesso aos atendimentos necessários, independentemente da sua classe social, gênero ou raça. Já o princípio da equidade tem o objetivo de garantir o acesso à assistência conforme a

complexidade que cada usuário exige, mesmo que todo indivíduo seja igual perante ao SUS, cada um terá as especificidades assistidas e atendidas individualmente na proporção que suas demandas necessitam.

O terceiro princípio é a integralidade que consiste em olhar o usuário como um ser humano completo, isto é, focar em atender todas as demandas que estão presentes na realidade social e que são determinantes para a promoção, prevenção e proteção à saúde (BRASIL, 2022). Porém, é o principal princípio que foca na priorização das práticas entre as categorias profissionais e o diálogo entre redes interinstitucionais para a garantia da qualidade da assistência à saúde. Desta forma, o usuário terá seu direito assegurado sendo assistido integralmente para a recuperação de sua saúde, com um olhar bio-psico-social dos serviços prestados.

Nesta ótica, a prática da interdisciplinaridade é o método que irá abranger todos os princípios do Sistema Único de Saúde para uma visão integral de todos os determinantes que estão presentes no cuidado aos usuários da saúde pública brasileira, sem a distinção de classe, gênero e raça. Com um atendimento de diversas categorias profissionais que estão articuladas entre si para atender os usuários conforme sua complexidade exige, assim exercendo intervenções coletivas para a construção de ações e intervenções condizentes com a realidade social dos usuários, respeitando os princípios exigidos pela CF/88 para o funcionamento adequado dos serviços prestados pelo SUS.

A organização do SUS é realizada conforme os níveis de complexidade dos atendimentos fornecidos a partir dos parâmetros determinados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), visando a garantia do acesso ao direito à saúde em todas as instâncias do cuidado. O primeiro nível e a porta de entrada para o sistema público de saúde é a atenção primária, são realizadas pelas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e tem como objetivo executar ações para prevenção e promoção à saúde. Como pontua Matta e Morosini (2009),

[...] 'Atenção Primária à Saúde' (APS) como uma estratégia de organização da atenção à saúde voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada à maior parte das necessidades de saúde de uma população, integrando ações preventivas e curativas, bem como atenção a indivíduos e comunidades. (MATTA; MOROSINI, 2009, p. 23)

Logo, é o nível de atenção que irá focar no cuidado contínuo que irá incorporar ações visando os usuários individualmente e focando na consciência preventiva da

comunidade inserida em um determinado território. Ademais, as atuações na atenção primária são focalizadas em práticas coletivas especializadas em saúde da família que visam no cuidado e assistência focalizado no território, promovendo a qualidade de vida integralmente e na redução de agravamento de possíveis doenças (BRASIL, 2022).

Na atenção secundária, como média complexidade, a assistência em saúde é realizada com o atendimento direcionado para uma especialidade específica médica que são realizados em hospitais e em Unidades de Pronto Atendimento (UPA), efetivando os encaminhamentos das instituições da atenção básica ou emergenciais. Na atenção terciária, a alta complexidade, são atendimentos que ocorrem com encaminhamentos regulados pelo SISREG por terem o nível de especialidade avançado. Isto é, instituições que ofertam serviços que necessitam de procedimentos complexos como UTI, centros cirúrgicos de grande porte e tratamentos que demandam alta tecnologia.

A inserção da experiência de estágio em Serviço Social ocorre no Hospital Universitário Federal do Rio de Janeiro, uma instituição que pertence a atenção terciária de alta complexidade do Sistema Único de Saúde. A instituição é referência para o tratamento, procedimentos inovadores e estudos pioneiros com parcerias de instituições nacionais e internacionais. O hospital tem como objetivo realizar a articulação de ensino, pesquisa e extensão por ser parte de uma universidade federal, sendo reconhecida pela ampla atuação de equipes multiprofissionais.

O hospital universitário é vinculado tanto ao Ministério da Educação quanto ao Sistema Único de Saúde e oferece consultas via SISREG aos pacientes oriundos da Atenção Primária de Saúde. Além de ter como propósito a construção de ensinar e realizar pesquisas somados a sua função social de prestar assistência e saúde, promovendo a população usuária o atendimento das demandas com um olhar ampliado da saúde (RIOS; SOUSA; CAPUTO, 2019). Um de seus maiores obstáculos é a negligência do Estado com a instituição, uma vez que há diversos cortes na verba e orçamentos que dificultam a melhoria da infraestrutura e impedem a contratação de novos profissionais.

O trabalho do Serviço Social nesta instituição tem como alicerce conhecer e analisar as condições de vida e trabalho do usuário, buscando reconhecer as

expressões da “Questão Social” que se materializa na realidade do usuário. Visto que, a assistente social na saúde tem como finalidade compreender os determinantes sociais que interferem no processo de saúde e doença dos usuários, assim sendo capaz de efetuar a intervenção ideal de acordo com as particularidades de cada indivíduo.

Geralmente, o hospital reúne pacientes com múltiplas comorbidades que possuem ou não suporte familiar favorável ao seu bem-estar, havendo a possibilidade de alta social prolongada ou acompanhamento integral. Portanto, o Serviço Social possui articulações com redes intersetoriais e interinstitucionais para viabilizar intervenções que são direcionadas para as demandas trabalhista, previdenciária, assistenciais, sociojurídicas e dentre outras.

Desta forma, o conjunto das demandas exigem das profissionais do Serviço social o domínio sobre a materialização das múltiplas expressões da “Questão Social” no campo da política de saúde. Especialmente, frente ao contexto de crise e austeridade política e econômica, cuja severidade vem ocasionando significativa regressão das políticas sociais públicas e o sucateamento das instituições pertencentes aos pilares da Seguridade Social.

A estratégia técnica das assistentes sociais da instituição consiste em realizar as Entrevistas Sociais que podem ser realizadas nos leitos das enfermarias de internação ou nas salas do ambulatório com os usuários e, em algumas situações, com os familiares. Nesse momento em que a profissional aborda o usuário, é realizada uma conversa que consiste em conhecer a realidade do mesmo com o máximo de aproximação possível e anotar essas informações nas fichas de Avaliação social, que consiste em um instrumento de registro para a continuidade do atendimento e de comunicação com outras categorias sobre o usuário nos prontuários.

Ademais, com o reconhecimento das demandas após este contato, a profissional realiza as orientações e encaminhamentos necessários para a viabilização do acesso a direitos e benefícios e, frequentemente, ocorre a escuta ao usuário e o acolhimento de suas indagações. Além disto, a equipe de Serviço Social desta unidade hospitalar efetua reuniões mensais para debater e articular casos sociais que estão internados ou em acompanhamento prolongado pelas assistentes

sociais dos setores e também participam dos grupos de pesquisa e extensão que ocorrem na instituição.

Além disso, o Serviço Social desempenha diversas mediações ou tentativas de comunicação com profissionais de outras categorias para a articulação de intervenções coletivas para assegurar a qualidade de acesso à saúde. Também é realizado diversos contatos com redes intersetoriais e interinstitucionais para acionar outras políticas sociais que vão complementar na construção compartilhada do cuidado. Com isso, as assistentes sociais do hospital universitário atuam com o objetivo de realizar ações que visam o fortalecimento da rede de proteção social dos usuários para minimizar os possíveis impedimentos da perpetuação do cuidado a saúde com a qualidade necessária, evitando o seu agravamento.

Durante o estágio foi observado que a prática profissional da assistente social é sistematizada, isto é, há o alinhamento entre as dimensões da prática profissional onde a assistente social é capaz de realizar uma leitura da realidade social, realizando a atribuição de compreender a singularidade do sujeito e a totalidade na qual ele se insere na sociedade, uma vez que a relação estabelecida entre o sujeito e uma determinada expressão da “Questão Social” é única e singular.

Porém, o Serviço Social é uma categoria profissional inserida na divisão social do trabalho e deve seguir as normas estabelecidas pela instituição que está atuando, ou seja, as profissionais detêm de uma autonomia relativa na instituição. Com isso, a atuação é confrontada por diversos desafios e obstáculos que limitam a prática integral das assistentes sociais durante a mediação na realidade social dos usuários (ALBIERO; LEITE, 2018). Do qual, tem que mediar as demandas presentes baseados nos princípios do projeto ético-político em meio os dilemas existentes na estrutura do sistema capitalista que afetam a realidade social dos usuários.

Nesta ótica, no cotidiano do fazer profissional na política de Saúde, a assistente social tem a atribuição de analisar, formular e implementar intervenções sociais em casos que evidenciam as fragilidades estruturais da própria formulação da política de saúde. Estas fragilidades representam falhas para a efetividade dos princípios, objetivos e finalidade da política pública. Diante disso, o Serviço Social vivencia as próprias contradições inerentes da execução das políticas, experimentando em sua prática o agravamento das múltiplas expressões da “Questão Social”.

Em suma, segundo Albiero e Leite (2018), as assistentes sociais devem estar preparadas para atuar assertivamente e com reflexão-crítica sob as manifestações das expressões da “Questão Social”. Visto que, há o aumento nas condições e qualidade de vida da classe trabalhadora devido o avanço do neoliberalismo<sup>3</sup> no sistema capitalista que, por consequência, provoca o aumento da pobreza, maior número de desemprego, crescimento nas reduções de verba para políticas sociais e o sucateamento das instituições públicas.

Dessa maneira, a profissão precisa se desdobrar para realizar ações que consigam ser efetivas dentro desta realidade, assegurando os direitos sociais dos usuários, tentando evitar que haja a negligência por parte da categoria e da instituição e se fazendo presente na mediação de relações conflituosas entre equipes profissionais, familiares e a instituição para buscar a viabilização dos direitos que não estão sendo assegurados aos usuários.

Nessa esteira, a prática profissional do Serviço Social na política de saúde é atravessada pelo desafio de garantir a efetividade no atendimento aos usuários e de formular intervenções sociais fundamentadas no conceito ampliado de saúde, considerando todos os determinantes sociais que atravessam a saúde e doença, bem como as especificidades que cada usuário vivencia na sua realidade. Sendo assim, um dos desafios latentes na Saúde é construir no fazer profissional a visão crítica acerca da própria prática profissional que se realiza nesta política.

O processo de formação de equipes interdisciplinares deve começar antes de tudo, pela compreensão da historicidade do processo de produção do conhecimento, sua relação com o modo de produção capitalista e o reconhecimento da necessidade de interação profissional para compreender e responder às complexidades da sociedade oriunda dessas relações. (GOMES, 2016, p. 8)

Em vista disso, um dos maiores entraves na efetivação da integralidade do SUS são as falhas na articulação e comunicação multiprofissional com as equipes de cada

---

<sup>3</sup>Segundo Behring (2018), o neoliberalismo é decorrência da reação burguesa à sua própria crise e que tem como objetivo central uma intensa ofensiva sobre a classe trabalhadora, para obter a melhor condição na extração do mais valor, principalmente em países dependentes que tem como eixo a superexploração da força de trabalho e alta intensidade na produtividade do trabalho. O neoliberalismo age na reestruturação da superexploração relativa e nas alterações das condições de oferta do trabalho, com as expropriações recorrentes como elemento fundamental na recuperação das taxas de lucros e com fortes medidas de ajustes fiscais e contrarreformas como estratégias, ações que tem como consequência o aumento da barbarização da vida social da classe trabalhadora.

enfermaria e ambulatório do hospital universitário federal do Rio de Janeiro. Visto que, o Serviço Social não participa de várias reuniões dos Rounds Multiprofissionais dos acordos para a realização da alta pensada além da saúde dos usuários e a falta de clareza que as categorias detêm sobre quais são os papéis de cada profissional no trabalho em saúde.

Na instituição, há situações em que o médico libera a alta para o paciente sem dialogar com outras categorias que estão assistindo o tratamento e prestando o auxílio necessário para a continuidade do cuidado pós-alta, a pressão por liberação de leitos da internação sob as equipes multiprofissional, a falta de registros interdisciplinares com emissões de opiniões técnicas sobre intervenções realizadas na continuidade do cuidado e a escassez da compreensão das atribuições privativas das categorias profissionais presentes na saúde entre as próprias equipes. Por esse motivo, há fragilidades na comunicação entre profissionais do hospital universitário que dificultam a atuação interdisciplinar que poderia ser possível nesses espaços.

Com isso, a falta de diálogo e do debate multiprofissional sobre os pacientes entre as equipes multiprofissionais impacta e fragiliza diretamente a construção de intervenção nos determinantes sociais para o cuidado à saúde, prejudicando a ação da universalidade no atendimento ao usuário, provocando complicações nos pós alta e ocasionando um alto número de reinternações hospitalares. Uma vez que, é necessário a apreensão sobre o compromisso ético dos profissionais para uma prática coletiva em saúde que tenha capacidade de compreender a realidade dos indivíduos.

Deste modo, a importância de implementar práticas coletivas entre todas as categoriais profissionais presentes no ambiente hospitalar para a realização dos melhores métodos de intervenção clínicas e sociais, é um dos meios para viabilizar os princípios do SUS no direito à saúde a todos os usuários. Visto que, a articulação entre as equipes profissionais com o Serviço Social auxilia na viabilização e implementação das políticas sociais, no bem-estar dos usuários e na integralidade da política de saúde.

Desta forma, foi observado durante o estágio no hospital universitário que as falhas de comunicação entre as categorias profissionais afetavam diretamente no acesso integral dos usuários da internação e do ambulatório aos serviços de saúde fornecidos pela instituição. Ou seja, a fragmentação dos saberes é um dos maiores

impedimentos que ocorre para a execução efetiva da articulação entre as equipes do hospital, principalmente pela hierarquização do conhecimento que os profissionais são submetidos durante as atuações de trabalho.

Portanto, segundo Gomes (2016), a necessidade da interdisciplinaridade se destaca nessa conjuntura do individualismo e hiperespecialização que são estruturadas pelo sistema capitalista, que expõe a ineficiência das atuais práticas isoladas diante da complexidade da realidade social e reivindicações de direitos dos usuários. Isto é, implementar a prática interdisciplinar é um meio de superar esses obstáculos e viabilizar as melhores atuações possíveis para a garantia da concretização dos princípios do SUS, porém há diversos desafios estruturais que devem ser enfrentados para efetuar o trabalho interdisciplinar em sua plena execução.

## **2.2. Os limites, desafios e obstáculos para a execução de ações interdisciplinares no campo da saúde**

O Serviço Social no âmbito da saúde é necessário para atuar frente aos determinantes sociais e para a viabilização dos direitos advindos das políticas sociais, visando a articulação das dimensões da prática profissional como método de materializar os desígnios do projeto ético-político da profissão, sendo capaz de pensar a realidade social dos usuários e oferecer resoluções às expressões da “Questão Social” presente na política de saúde.

Visto que, as assistentes sociais no campo da saúde precisam atender aos usuários para apreender quem são esses sujeitos e analisar os determinantes sociais que podem impedir ou agravar no cuidado a saúde. Ou seja, entender a realidade socioeconômica da qual o usuário está inserido é essencial para identificar possíveis lacunas e obstáculos que podem estar impossibilitando a continuidade do acesso a saúde de qualidade, garantindo sua efetividade dentro e fora das instituições públicas.

Um dos desafios que deve ser superado pelo Serviço Social e por outras categorias é conseguir intensificar a importância de estudar e conhecer quem são esses usuários que estão sendo atendidos e quais são as suas maiores demandas. Visto que, os profissionais precisam se aproximar o máximo possível da realidade social dos indivíduos assistidos para conseguir intervir de maneira efetiva sob suas particulares e demandas coletivas (MIOTO, 2009).

Com o intuito de abranger a totalidade dos usuários e atender o princípio de integralidade do SUS, urge a necessidade de conhecer o perfil dos usuários como: a sua identidade de gênero, a raça/cor, a orientação sexual e a rede de apoio familiar que está presente em seu cotidiano que podem ser fundamentais no cuidado à saúde. Com isso, “Devem reconstruir processos sociais geradores de tal situação tendo em consideração o conjunto de relações e determinações sociais para permitir um conhecimento mais amplo e profundo e uma interpretação crítica da situação. ” (MIOTO, 2009, p. 10)

Assim, há a apreensão que as demandas dos sujeitos estão inseridas em contextos estruturais do sistema capitalista que são reconhecidas como expressões da “Questão Social” que se manifestam coletivamente, sem a culpabilização das necessidades dos usuários como incompetência individual (MIOTO, 2009). Desta forma, a profissão intervém em ações diretas nas lacunas existentes nas políticas inseridas na Seguridade Social e desenvolve medidas focalizadas sob as demandas sociais dos usuários. Visto que, segundo o Código de Ética do Serviço Social, algumas das competências da profissional são

I- Elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares;

II- Elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil;

III- encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população;

V- Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos;

X- planejamento, organização E administração de Serviços Sociais e de Unidades de Serviço Social; (BRASIL, 1993, p. 44-45)

Estas principais competências são essenciais para o entendimento do fazer profissional da assistente social inserida no campo da saúde, que são materializados nas orientações e atendimentos diretos aos usuários e familiares presentes na instituição. Assim, possibilitando que a profissional execute a política de saúde conforme as diretrizes e princípios que baseiam o Serviço Social e fazendo o possível para mediar a garantia do acesso a saúde imposto pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1993).

Nessa ótica, o Serviço Social na saúde deveria ter sua prática focalizada nas atribuições privativas da profissão que estão baseadas em seu Código de Ética, porém as assistentes sociais são submetidas as medidas impostas pela instituição ao qual estão encarregadas. Isto é, as profissionais são subordinadas a uma autonomia relativa que é condicionada ao que é posto pelo espaço que está atuando, provocando a indispensabilidade da profissional atuar de forma crítica-reflexiva mesmo com a imposição de deveres que não fazem parte da obrigação do Serviço Social e defender as atribuições privativas que lhe confere e faz parte do projeto Ético-político.

Desta forma, é essencial mediar as correlações de forças que atuam nos interesses baseados nos ideais de classe, poder e exploração advindos do sistema capitalista. Como o princípio do Serviço Social é defender intransigentemente os direitos humanos e lutar em conjunto com a classe trabalhadora para o fim da exploração e dominação entre classes, há o confronto direto dos interesses com a burguesia e com o sistema capitalista.

Então, este embate de forças opostas dificultam o exercício profissional e sua autonomia dentro dos campos de atuação nas políticas sociais. Além disso, a atuação é confrontada pelas barreiras estruturais que impossibilitam o acompanhamento integral do usuário, introjetando a prática tecnicista e burocrata que podem levar o profissional a se alinhar apenas com as diretrizes da instituição e abandonar seu compromisso ético-político.

Nesse sentido, as correlações de forças estão imbricadas com a institucionalização das práticas profissionais que são submetidas nos ideais neoliberais, do qual são impostos a redução do papel do Estado e a priorização do acúmulo de capital nos objetivos das instituições públicas. Desta forma, as práticas das categorias são mergulhadas na visão neoliberal do sistema, provocando ações que visam e dependem da manutenção do sistema capitalista. Como destaca Faleiros (2014),

A relação profissional está inserta no contexto da produtividade, das exigências burocráticas, da exiguidade de recursos, das normas para reduzir custos, do corte de verbas no neoliberalismo.

Nesse contexto, é preciso levar em conta as condições de trabalho e ao mesmo tempo os interesses, os desejos e as demandas da população, que podem ser pessoais e coletivas, exigindo uma diversidade de intervenções e ações com estratégias complexas nas correlações de forças em presença. (FALEIROS, 2014, p. 720)

Assim sendo, a negligência e o desmonte da política da saúde realizada pelo Estado se torna uma forte barreira no atendimento do Serviço Social aos usuários da instituição, visto que a falta de recursos materiais e o sucateamento estrutural prejudica diretamente a prática das profissionais por afetar as condições objetivas e subjetivas de trabalho. Isto entrelaçado com a tentativa da implementação de novos modelos de gestão compartilhada, como a EBSERH, introjeta nos espaços de trabalho das assistentes sociais a lógica gerencialista que pressiona a alta rotatividade de leitos e faz com o Serviço Social seja confrontado pela retroalimentação de práticas típicas do ideário conservador.

Como pontua Vasquez (2007), existe um “senso comum” que é um ponto de vista generalista que a sociedade utiliza fundamentado apenas na visão da prática pela prática e sem bases teóricas que a fundamentam, estabelecendo um ideal de mundo com intensos estigmas conservadores. Isto é, indivíduos são impostos a concepções de sociedade prática que não há construções no pensar e se tornam sujeitos com pensamentos generalizados, automáticos e alienados, conforme a classe burguesa impõe baseado nas estruturas do sistema capitalista.

Desta forma, um grande desafio para os profissionais da política de saúde é a quebra do “senso comum” e a ruptura da dominação estrutural do capitalismo para evitar a fragmentação dos saberes contribuindo para a efetivação das diretrizes do SUS e mediar atuações que contemple a complexidade das relações sociais dos assistidos pela política pública. Visto isso, a superação da alienação capitalista é um dever ético do cotidiano profissional para a realização de intervenções integrais, universais e igualitárias a saúde.

Segundo a obra do autor Vasconcelos (2002), as abordagens utilizadas no campo da saúde têm grande diversidade de disciplinas para uma atuação sob a totalidade dos usuários e na execução da política social exercida na instituição. Por essa razão, a profissional de Serviço Social deverá exercer seus saberes acumulados durante a sua formação para a efetividade de sua prática, além de deter a consciência que haverá outras categorias envolvidas atuando com seus saberes individuais para a constituição da rede de apoio e assistência aos usuários, visando se atentar a complexidade de cada indivíduo.

Ou seja, a proposta de utilizar práticas interdisciplinares tem como objetivo compreender as condições que podem colocar os indivíduos em circunstâncias de maior fragilidade socioeconômica, provocando um maior impacto e agravamento no cuidado da saúde. Conseqüentemente, também é um meio de compreender a complexidade de cada ser e legitimar as diferenças para a realização de propostas de intervenções, utilizando a junção dos saberes interdisciplinares para analisar as particularidades da realidade social.

Assim, há diversos desafios que limitam a realização do trabalho interdisciplinar e que dificultam a efetividade do olhar integral ao usuário realizado pelas equipes profissionais das instituições. Pode-se pontuar que uma das maiores barreiras foram constituídas no processo de inserção histórica na divisão social e técnica do trabalho, do qual a construção dos saberes é utilizada como estratégia de poder e que cada categoria se impôs no mercado de trabalho para conquistar seus espaços e legitimação diante da sociedade.

Então, com a formalização das profissões e reivindicações de atribuições privativas para cada categoria, o Estado e sociedade designou patamares de poder que legitimou as influências dos profissionais dentro das políticas sociais. À vista disso, é possível destacar a hierarquização de poderes que ocorrem nas instituições de saúde os profissionais, do qual o papel do médico é culturalmente imposto a assumir a identidade social do detentor do saber e o responsável pela última palavra para executar intervenções aos usuários, por exemplo na alta hospitalar e na continuidade da internação. (VASCONCELOS, 2002).

Desta forma, o médico é visto como o autor principal do saber dentro da instituição, principalmente pela elitização ocorrida com a categoria desde seu surgimento, visto que, na maioria das vezes, são pessoas que fazem parte da classe burguesa. Logo, o médico toma a centralidade e o autoritarismo dos saberes, dificultando o diálogo e a articulação entre equipes para a prática interdisciplinar. Como Vasconcelos (2002) pontua,

Assim, a proposta de interdisciplinaridade convive na prática com uma “sombra” espessa de um conjunto de estratégias de saber/poder, de competição intra e intercorporativa e de processos institucionais e socioculturais muito fortes, que impõe barreiras profundas à troca de saberes e a práticas interprofissionais colaborativas e flexíveis. (VASCONCELOS, 2002, p.53)

Logo, a centralidade que há na instituição sobre uma categoria profissional permite que exista saberes que serão impostos como prioritários, ocasionando a sobreposição às outras e impossibilitando a prática interdisciplinar, principalmente se a categoria central for usada para atender os interesses do Estado e do sistema capitalista. Desse modo, no âmbito da saúde brasileira, analisa-se estes aspectos como desafio para a implementação do trabalho interdisciplinar nas unidades hospitalares inseridas no SUS, uma vez que ela pode romper com a centralidade do saber único e da fragmentação de intervenções.

Devido a isso, a implementação da prática interdisciplinar é vista como um risco ao poder médico, uma ameaça à segurança de sua influência na instituição e a exposição de possíveis fragilidades dos seus fazeres profissionais, provocando resistência nesse diálogo horizontal proposto pela interdisciplinaridade. Os autores Ribeiro e Ferla (2016) pontam que os médicos sempre interferiram na concepção de saúde e nas escolhas de como atuar nos cuidados a saúde.

Em vista disso, o modelo biomédico foi instaurado como a interpretação do que é saúde e na determinação das hierarquias presentes nas instituições hospitalares, ocasionando a institucionalização do saber médico como autoridade máxima entre as relações profissionais. Conseqüentemente, o modelo de atenção à saúde é centrado na imagem do médico como detentor de saberes que é priorizado nas intervenções, porém são atuações que objetivam a resolução da doença e descartam outros determinantes sociais que podem afetar a saúde dos usuários (RIBEIRO & FERLA, 2016).

Além disso, a quebra do modelo biomédico que é centrado na categoria dos médicos foi um ideal instaurado por profissionais que tem o perfil de homens cis, brancos, conservadores e da elite burguesa, ou seja, uma classe que historicamente constrói e reproduz hierarquizações entre classes e implantam suas concepções de mundo nas relações sociais. Somados a como “A medicalização da vida cotidiana se constitui como exemplo de como o poder médico unido a lógicas e interesses de mercado podem afetar a sociedade, em especial em contextos urbanos pobres” (RIBEIRO & FERLA, 2016, p. 310)

Com isso, para produzir um cuidado completo à saúde da população é necessário focar na integralidade baseada nos princípios do SUS, que irá visar um

trabalho interdisciplinar que considere perspectivas socioculturais e econômicas que são determinantes na realidade dos usuários. Ou seja, rompendo com os padrões das ações tradicionais biomédicas dos profissionais na saúde. Segundo Sá (2002), para superar essas barreiras é necessário que

A interdisciplinaridade exige que cada especialista ultrapasse os seus próprios limites, abrindo-se às contribuições de outras disciplinas. A interdisciplinaridade é uma relação de reciprocidade, de mutualidade, que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida frente ao problema de conhecimento, isto é, substituir a concepção fragmentária pela unitária do ser humano. (SÁ, 2002, p. 82)

Como o seu principal objetivo é estudar um objeto central com a união de diversas disciplinas com outras, a prática interdisciplinar é utilizada no diálogo que ocorre entre profissionais e seus diferentes conhecimentos para uma articulação na estruturação do saber ou intervenção específica por meio horizontal do diálogo. Logo, esta estratégia irá ocorrer apenas se os profissionais envolvidos houverem a vontade de compartilhar o domínio do conhecimento, saindo da zona de conforto do seu linguajar técnico e participando da zona de saber coletiva, do qual todos podem cooperar e dominar igualmente.

Com isso, a estratégia interdisciplinar utilizado nas práticas coletivas tem o objetivo de unir conhecimentos teóricos e ações práticas na conciliação dos diversos pontos de vista da equipe profissional e fomentar a construção de uma consciência coletiva da realidade social do indivíduo, sendo primordial para que o usuário seja assistido além das suas condições clínicas.

Como os autores Rios, Sousa e Caputo (2019) sinalizam, o trabalho interdisciplinar possibilita a atuação ampliada da saúde aos usuários que estão inseridos na política para a obtenção do conhecimento das demandas que atravessam a saúde dos indivíduos, problematizando as intervenções que são utilizadas e possibilitando realizar ações profissionais que são acessíveis à realidade dos usuários.

Nesta ótica, há a necessidade de ampliar o foco das abordagens presentes nessas instituições e trabalhar para romper com as delimitações dos saberes tradicionais na área de saúde, buscando uma nova recomposição de conhecimentos sustentados sobre a premissa de novas conjunturas e objetivos, e que não seja apenas um novo somatório dos antigos saberes parcializados (RIOS; SOUSA; CAPUTO, 2019). Possuindo o entendimento que a área da saúde é um espaço que

haverá diversos profissionais com saberes únicos e que tendem a sobrepô-los durante sua atuação e, em conjunto, haverá os desafios políticos e econômicos que atravessam a política pública.

Por esse motivo, a necessidade de ter ações de caráter interdisciplinar nas instituições de saúde no setor terciário é garantir que não haja intervenções individualistas, visto que os profissionais têm diversas direções políticas sobre a visão do que é a melhor intervenção para o usuário. Segundo Santos e Cutolo (2003), é necessário que tenha o cuidado de pensar nas intervenções que superem a individualidade que estruturam as profissões, pensando a atuação conforme a realidade social dos indivíduos e não dificultando a construção de uma rede de apoio intersetorial e interinstitucional no cuidado à saúde.

Deste modo, aprofundar o debate da interdisciplinaridade e implementar suas práticas é reconhecer as diferentes formas de impacto dos determinantes sociais que irão afetar cada ser social de uma forma única. Para o Serviço Social, compreender que os determinantes são expressões da “Questão Social” e que resultará no agravamento da saúde dos usuários é essencial para pensar na intervenção coletiva, superando a individualidade e o funcionalismo das profissões.

Assim, sendo capaz de efetuar seu dever de incentivar a comunicação interdisciplinar com outras categorias profissionais e com as instituições. Sobretudo, por esse dever de incentivar, sempre que possível, a prática profissional interdisciplinar está presente no Código de Ética da assistente social sobre as relações da profissão com outros profissionais (BRASIL, 1993).

Ou seja, mesmo que faça parte do dever da assistente social colaborar e estimular a interdisciplinaridade, a categoria não tem se aprofundado nos debates para a materialização desse ideal nas instituições. A prática interdisciplinar é um meio de garantir os princípios do Serviço Social e concretizar as diretrizes descritas no Código de Ética, porém ao analisar o banco de trabalhos apresentados para os 15º ao 17º Congresso Brasileiro de assistentes sociais (CBAS) foi observado que existem apenas 21 produções de artigos de pesquisa sobre a temática da interdisciplinaridade e apenas 5 trabalhos são focados no âmbito da política de saúde.

Com isso, observa-se que o campo de pesquisa e debate do Serviço Social não está dando o devido aprofundamento que a interdisciplinaridade e a visão integral ao

usuário submetem como dever da categoria, visto que esta estratégia pode ser utilizada como potência para vencer algumas lacunas das articulações que perpetuam entre as políticas sociais, principalmente os pilares da Seguridade Social. Desta forma, é de profunda emergência a expansão da discussão do uso e ensino da interdisciplinaridade tanto em campo profissional quanto durante a formação de novos assistentes sociais, fomentando a garantia do dever da profissão com a prática interdisciplinar.

Com isso, a inserção do Serviço Social no âmbito da saúde emerge da demanda da promoção da integralidade do Sistema Único de Saúde, mas que é envolto por tumultuadas questões durante o processo de trabalho e da autonomia relativa devido às fragilidades das relações de poder institucional. Porém, o trabalho da assistente social é confrontado por diversas contradições, na medida em que é seu dever seguir o projeto ético-político da profissão ao mesmo tempo que é necessário mediar as demandas que a instituição impõe no fazer profissional que, muitas vezes, tem caráter imediatista e tecnicista.

Sendo assim, a assistente social poderá trabalhar com as informações colhidas em suas abordagens sociais em conjunto com toda a equipe profissional, aplicando todos esses saberes acumulados envolvidos para constituir uma rede de conhecimentos no cuidado à saúde com os usuários, seus familiares e cuidadores. Porém, a complexidade da interdisciplinaridade será nesta união de profissionais, do qual os desafios dessas relações sociais são atravessados pela estrutura do Capitalismo dependente presentes nas políticas públicas, que são sucateadas pelo sistema, devido à crise atual do Estado e às conseqüentes políticas de ajustamento neoliberais.

Então, a necessidade da análise crítica sobre a prática do Serviço Social que estão inseridos nas instituições da atenção terciária é a ponta inicial para fomentar o debate da interdisciplinaridade no campo da saúde. Em vista que, ter uma assistente social no meio hospitalar e integrando a equipe multiprofissional é possibilitar ações que visam garantir a Seguridade social como uma totalidade. Além de trazer a análise crítica sobre a realidade do usuário para a equipe dos setores hospitalares, assim a profissional poderá articular a troca de saberes para consolidar e sistematizar as práticas interdisciplinares das instituições.

Além da prática voltada para as ações realizadas pelos profissionais, há o desafio de construir registros para a materialização das intervenções coletivas realizadas. Visto que, é uma forma de construir instrumentos interdisciplinares em campo para haver a emissão técnica sobre as atuações de todas as categorias envolvidas. Posto que, a criação de uma ferramenta que concretize fisicamente as ações tomadas em conjunto, auxilia na continuidade de debates e contribui para o seguimento do trabalho interdisciplinar para a comunicação com futuras outras equipes tanto da saúde quanto em outros campos (GOMES, 2016).

Assim, partindo da reflexão nas ações profissionais de cada categoria quanto da precarização da saúde pública, como o sucateamento da atenção primária que retarda o tratamento de doenças, provocando a agravamento na saúde e a sobrecarga de demanda no setor terciário com maiores cuidados paliativos, pode-se salientar o grande desafio que é superar os problemas estruturais da política social. Como pontua Vasconcelos (2002) em,

Criar uma cultura profissional adequada ao contexto da saúde pública, em que os profissionais possam aderir às propostas de mudanças de suas identidades profissionais convencionais para se engajar em práticas interdisciplinares, exige um mínimo de reciprocidade em termos de salários dignos, boas condições de trabalho, jornada de trabalho que evite multiemprego excessivo e investimento em treinamento e supervisão. (VASCONCELOS, 2002, p.57)

Desse modo, é nítido que as estruturas das políticas sociais foram diretamente afetadas pela crise do Estado e pelo ajustamento neoliberal impostas as instituições públicas que afetaram todos os setores inseridos na oferta de serviços públicos a sociedade. Posto isso, as práticas das categorias profissionais são afetadas continuamente pelo sucateamento da política de saúde, visto que é árduo tentar implementar práticas coletivas quando não há condições mínimas para a realização do fazer profissional com a qualidade necessária prevista pela legislação.

Com a precariedade da política de saúde ocorrendo de forma intensa e prolongada, as infraestruturas físicas dos hospitais são afetadas diretamente ao ponto de não possuir enfermarias ou salas adequadas para o uso profissional ou dos usuários. Além disso, a falta de mão de obra também é um dos determinantes que impedem a expansão e o debate para mudanças na prática profissional das equipes inseridas em campo, visto que a diminuição do corpo profissional provoca a sobrecarga de demanda e não possibilita tempo para as qualificações de formação.

Além da dificuldade na disponibilidade de horários livres e remuneração para conseguir focar no aprimoramento do seu exercício profissional.

Portanto, pensar na implementação da interdisciplinaridade no setor terciário é reunir conhecimentos profissionais para a resolução de intervenções completas e coletivas sobre cada usuário, mas não excluir as questões externas estruturais que afetam diretamente as possíveis melhoras no agir profissional. Com a realização das intervenções interdisciplinares das equipes multiprofissionais, há a prevenção nas reinternações e na manutenção do cuidado fora das instituições. Assim, possibilitando que o usuário tenha uma maior qualidade de vida, garantindo seus direitos durante e após a permanência na atenção terciária. Desta forma, assegurando a viabilização dos princípios do SUS e legitimando o direito à saúde pela Constituição Federal de 1988.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio no Hospital Federal Universitário do Rio de Janeiro tem equipes de profissionais que atuam de forma isolada e que, muitas vezes, não possuem e nem dão a devida importância para a articulação entre outras categorias profissionais. Com isso, a interdisciplinaridade surge como um ideal de estratégia para superar os obstáculos que dificultam a intensificação do diálogo entre esses trabalhadores da saúde e com os usuários assistidos pela instituição, visando a viabilização do olhar amplo e integral no cuidado desses indivíduos. Como pontua Rios, Sousa e Caputo (2019),

[...] a proposta interdisciplinar tem sido apontada como alternativa à produção de conhecimentos na busca de respostas não encontradas nos moldes do conhecimento simplificador, dicotômico e disciplinar da ciência moderna. O reconhecimento das limitações apresentadas pelo paradigma simplista ao desenvolvimento científico – que, segundo Almeida-Filho, teria exaurido a capacidade de apreensão da complexidade das realidades concretas da natureza, da história e das culturas humanas – reivindica a interdisciplinaridade que: “[...] ao invés de se apresentar como alternativa para a substituição de um jeito de produzir e transmitir conhecimento, se propõe a ampliar a nossa visão de mundo, de nós mesmos e da realidade, no propósito de superar a visão disciplinar.” (RIOS; SOUSA; CAPUTO, 2019, p. 3, *apud* ALMEIDA-FILHO, 2005, p. 527)

Devido a isso, o debate sobre o trabalho interdisciplinar realizado dentro das perspectivas e no contexto da saúde pública brasileira, é fundamental para iniciar o fomento da discussão que considera a importância das articulações entre categorias profissionais como ponto chave das intervenções no cuidado a saúde dos assistidos pela política de saúde. Assim, elevando o conceito da visão ampliada da saúde para além do modelo biomédico, abrangendo para o olhar social, psicológico, econômico e cultural que irá determinar a continuidade da atenção à saúde.

Porém, há a necessidade de determinar a perspectiva crítico-dialética como concepção da realidade social nas atuações profissionais para que não haja a culpabilização do usuário pela sua condição social, visto que só haverá a superação das expressões da “Questão Social” quando houver mudanças nas estruturas e na reprodução das relações sociais do sistema capitalista. Logo, a necessidade da interdisciplinaridade se fez presente para superar o individualismo e a fragmentação dos saberes gerados pelo Capitalismo, devido à complexidade social dos usuários (GOMES, 2016).

Com isso, a mudança para a implementação do trabalho interdisciplinar tem que ocorrer durante a formação de graduação dos profissionais inseridos na política de saúde para ultrapassar a idealização de atuações isoladas e das hiperespecializações, capacitando os profissionais para a construção dos saberes interdisciplinares nas unidades hospitalares. Assim, possibilitando que as categorias profissionais consigam reconhecer suas limitações e não abandonar o aprimoramento intelectual das competências adquiridas. Desta forma, cada profissional tem sua qualificação aprimorada para contribuir coletivamente durante a comunicação na equipe multiprofissional. Porém,

[...] a interdisciplinaridade se deixa pensar, não apenas na sua face cognitiva – sensibilidade à complexidade, capacidade para procurar mecanismos comuns, atenção a estruturas profundas que possam articular o que aparentemente não é articulável – mas também em termos de *atitude* – curiosidade, abertura de espírito, gosto pela colaboração, pela cooperação, pelo trabalho em comum. Sem interesse real por aquilo que o outro tem para dizer não se faz interdisciplinaridade. Só há interdisciplinaridade se somos capazes de partilhar o nosso pequeno domínio do saber, se temos coragem necessária para abandonar o conforto da nossa linguagem técnica e para nos aventurarmos num domínio que é de todos e de que ninguém é proprietário exclusivo. (POMBO, 2005, p. 13)

Desta forma, o Serviço Social tem o papel para ser um dos principais articuladores nessa prática coletiva na política de saúde, além de ser uma competência que faz parte do Código de Ética e atende aos princípios do Projeto Ético-Político da profissão. A assistente social é a profissional que tem como objeto de trabalho as expressões da “Questão Social” que são cruciais no cuidado a saúde e se faz necessário agir sob as necessidades desses usuários. Visto que, o SUS não contempla muitas demandas dos assistidos e a profissional tem o dever de planejar e construir projetos de intervenções adequadas para suprir ao máximo as lacunas presentes na saúde pública.

Com isso, há de construir ações coletivas entre o Serviço Social e outras categorias para enfrentar em conjunto os desafios estruturais da instituição e da política de saúde, assim intervir nos elos “invisíveis” que dificultam a implementação do trabalho interdisciplinar. Além disso, cada profissional atenderá aos usuários com as atribuições já definidas pela sua formação acadêmica somadas as competências aprimoradas para o desenvolvimento das práticas coletivas, que juntos podem materializar as ações integrais prevista pelo princípio do SUS (SAUPE *et al.*, 2005).

Sendo assim, pode-se ultrapassar os fundamentos estruturais que o modelo biomédico instaurou nas instituições e nas concepções de saúde impostas aos próprios profissionais das unidades hospitalares, ou seja, superando o saber médico que naturaliza as desigualdades sociais instaladas nos espaços institucionais e a hierarquização das categorias que impossibilitam a implementação do trabalho interdisciplinar entre equipes. Assim, proporcionando maior índice de comprometimento a não padronizar os usuários e não reproduzir as desigualdades inerentes a estrutura capitalista.

Ademais, é importante destacar que para a implementação das práticas interdisciplinares nas instituições de saúde é necessário que aja o recrutamento de profissionais aptos para realizar condutas democráticas com decisões horizontais e que abandonem os privilégios corporativos. Além da necessidade de profissionais flexíveis para executar um projeto teórico-político e assistencial que seguirá de acordo com a nova perspectiva de intervenções interdisciplinares, somados a possuir competências alinhadas ao objetivo da efetuação desta nova conjuntura no exercício profissional (VASCONCELOS, 2002).

Na visão da prática coletiva, a tática de negociação dentro do serviço para afirmar a autonomia e defesa das categorias profissionais é a garantia que as atuações do modelo tradicional biomédico não serão conservadas durante as ações interdisciplinares. Assim como, a criação de instrumentos coletivos e institucionais para incentivar a análise crítica das demandas e a concretização das trocas de saberes, estruturando uma barreira para possíveis conflitos institucionais e políticos existentes. Logo, havendo a oportunidade de implementar abordagens socioclínicas para um processo de maior contribuição coletiva possível (VASCONCELOS, 2002).

O papel da formação acadêmica na efetivação do trabalho interdisciplinar é essencial para a sua execução na política de saúde, visto que a incorporação deste método durante o ensino mostrará concretamente a relevância e a diferença que a interdisciplinaridade produz na realidade do usuário. Além disto, a integração de supervisões de estágio podem ser um diferencial na sua implementação e democratização dos saberes, uma vez que, ter estudantes em campo inova as análises críticas-reflexivas constantes dos profissionais e no surgimento de novas possibilidades nas técnicas praticadas nos serviços de campo.

O autor Vasconcelos (2002), pontua que uma das recomendações para a efetividade da interdisciplinaridade é a participação dos usuários e seus familiares, visto que eles são os principais sujeitos das ações e que poderão expor com clareza sobre a totalidade de sua realidade socioeconômica, abrangendo suas especificidades e construindo em conjunto as intervenções mais adequadas à sua condição. Ademais, é um meio de incentivar a recuperação da complexidade das diversas dimensões e conjunturas da vida humana que atravessam os usuários.

No entanto, para realizar o trabalho interdisciplinar é preciso debater e lutar a favor da garantia de legislações profissionais e institucionais que viabilizam a aplicação deste método coletivo. “É preciso criar bases jurídicas “preventivas” que sustentem os processos de democratização das equipes interdisciplinares, e que ao mesmo tempo assegurem e ampliem os interesses já conquistados pelos usuários [...]” (VASCONCELOS, 2002, p. 60). Ou seja, não adianta pensar nas competências dos profissionais se não houver subsídios que permitam a efetividade estrutural das intervenções coletivas.

Por fim, sabe-se que há muito o que modificar nas concepções dos profissionais da saúde e na própria base da política de saúde para a implementação efetiva e integral da interdisciplinaridade nas instituições, visto que é pela base das categorias profissionais que se deve iniciar os debates sobre os métodos das práticas coletivas e o reconhecimento das especificidades de cada realidade social dos usuários presentes na política de saúde. Desse modo, apesar da precarização do SUS, a priorização da atenção à saúde do usuário de forma integral é o objetivo da ampliação do trabalho interdisciplinar.

## REFERÊNCIAS

- ALBIERO, Célia Maria Grandini; LEITE, Rogério Silva. A atuação do assistente social: correlações de forças na saúde. **Revista Multidebates**, v.2, n.2. Palmas, Tocantins. 2018.
- ALMEIDA, Marcio; MARANHÃO, Efrem. **Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos universitários da área de saúde**. Londrina: Rede UNIDA, 2003.
- AMARAL, Vivianne. REBEA: processos e desafios de horizontalização. **Rede Brasileira de Educação Ambiental**, n.3, Brasília, p. 15-33, 2008.
- BARBOZA, Nilton Anderson Santos; RÊGO, Tatiane Dias de Moraes; BARROS, Thayane de Moraes Rêgo Ribeiro Pinto. A história do SUS no Brasil e a política de saúde. **Brazilian Journal of Development**, Curitiba, v. 6, n. 11, p. 84966-84985, 2020.
- BEHRING, Elaine Rossetti. Neoliberalismo, ajuste fiscal permanente e contrarreformas no Brasil da redemocratização. **Anais do XVI Encontro de Pesquisadores em Serviço Social**, v.1, n.1, 2018.
- BOGDAN, Robert C; BIKLEN, Sari Knopp. **Investigação qualitativa em educação: uma introdução à teoria e aos métodos**. Editora Porto, Porto, 1994.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, [2016]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 05 de fevereiro de 2023.
- BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.
- BRASIL. Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre a transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde explica. **Atenção Primária e Atenção Especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo.** Brasília, 2022. Disponível em: <[www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo#:~:text=Os%20níveis%20de%20atenção%20e,primária%2C%20atenção%20secundária%20e%20terciária.](http://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo#:~:text=Os%20níveis%20de%20atenção%20e,primária%2C%20atenção%20secundária%20e%20terciária.)> Acesso em: 11 de maio de 2024.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência & Saúde Coletiva**, São Paulo. 2 ed. 2000.

CBAS. XV Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. **80 anos de Serviço Social no Brasil: a certeza na frente, a história na mão.** Pernambuco, 2016. Disponível em: <<https://cbas2016.bonino.com.br/>> Acesso em: 10 de abril de 2024.

CBAS. XVI Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. **40 anos da virada.** Brasília, 2019. Disponível em: <<https://broseguini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/index>> Acesso em: 10 de abril de 2024.

CBAS. XVII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. **Crise do capital e exploração do trabalho em momento pandêmico: repercussões no Brasil e na América Latina.** 2022. Disponível em: <[https://cbas.com.br//portal/conteudo/trabalhos\\_cbas17](https://cbas.com.br//portal/conteudo/trabalhos_cbas17)> Acesso em: 10 de abril de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. Código de Ética profissional do/a assistente social. Brasília, 1993.

CARLOS, Jairo Gonçalves. **Interdisciplinaridade no Ensino Médio: desafios e potencialidades.** Editora: Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciências, Brasília, 2007.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. **Revista Serviço Social & Sociedade**, Editora Cortez, São Paulo, n.62, 2000.

COSTA NETO, Milton Menezes (Org.). **A implementação da Unidade de Saúde da Família.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde, Departamento de Atenção Básica, 2000.

COSTA, Gracyelle. Trabalhadores negros na origem da política social brasileira. **Em Pauta**, Rio de Janeiro, n. 46, v. 18, 2020, p. 68 - 84.

COUTINHO, Carlos Nelson. **Pluralismo: dimensões teóricas e políticas**. Cadernos ABESS, n.4, São Paulo, Cortez, 1991.

CUNHA, Carmen Lúcia Nunes da. **O Assistente social na saúde: perfil dos usuários e trabalho interdisciplinar na área hospitalar**. II Seminário Nacional de Serviço Social, Trabalho e Políticas sociais - UFSC, Santa Catarina, 2017.

DELORS, Jacques. **Educação: um tesouro a descobrir**. São Paulo/Brasília: Cortez/MEC/UNESCO, 1998.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O Serviço Social no cotidiano: fios e desafios**. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n.120, p. 706-722, out. /dez. 2014.

FORTI, Valeria; GUERRA, Yolanda. **Na prática a teoria é outra?** In: FORTI, Valeria; GUERRA, Yolanda. Serviço Social: temas, textos e contextos. Rio de Janeiro: Lumen e Juris, 2010, pp. 3-21.

FRASÃO, Gustavo; RIBEIRO, Karol. **Atenção primária e atenção especializada: Conheça os níveis de assistência do maior sistema público de saúde do mundo**. GOV.BR, 2022. Disponível em: <[FRIEDRICH, Thaís Lopes; et al. Motivações para práticas coletivas na Atenção Básica: percepções de usuários e profissionais. \*\*Interface – Comunicação, Saúde, Educação\*\*, p.373-385, 2017.](http://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/marco/atencao-primaria-e-atencao-especializada-conheca-os-niveis-de-assistencia-do-maior-sistema-publico-de-saude-do-mundo#:~:text=Os%20n%C3%ADveis%20de%20aten%C3%A7%C3%A3o%20e,prim%C3%A1ria%2C%20aten%C3%A7%C3%A3o%20secund%C3%A1ria%20e%20terci%C3%A1ria.> Acesso em 07 de abril de 2024.</a></p></div><div data-bbox=)

GOMES, Nilvania Alves. **Serviço Social e Interdisciplinaridade: confluências e desafios**. 4ª Simpósio Mineiro de assistentes sociais. Minas Gerais, 2015.

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

LEIS, Héctor Ricardo. Sobre o conceito de Interdisciplinaridade. **Caderno de pesquisa interdisciplinar em Ciências Humanas**, Florianópolis, n. 73, 2005.

LUDKE, Menga; ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária, 1986.

LUZ, Madel Therezinha. **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.

MATTA, Gustavo Corrêa; MOROSINI, Márcia Valéria Guimarães. Atenção Primária à saúde. **Dicionário da educação profissional em saúde**, v.2, p. 23-28, 2009.

MENDES, Ernani Costa; VASCONCELLOS, Luiz Carlos Fadel de. **Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS**. Saúde Debate, Rio de Janeiro, v.39, n.106, p 881-892, jul. – Set 2015.

MENDES, Isabel Amélia Costa. Desenvolvimento e saúde: a declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Revista Latino-americana de enfermagem**, v.12, p.447-448, 2004.

MIOTO, Regina Célia Tamaso; NOGUEIRA, Vera Maria Ribeiro. Política Social e Serviço Social: os desafios da intervenção profissional. **Revista Katál**. Florianópolis, v.16, n. esp., p. 61-71, 2013.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. **Estudos Socioeconômicos**. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1992.

MIRANZI, Mário Alfredo Silveira, et al. **Compreendendo a história da saúde pública de 1870-1990**. Saúde Coletiva, v.7, n.41, p.157-162, 2010.

NARVAI, Paulo Capel. **SUS: uma reforma revolucionária: Para defender a vida**. 1. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2022.

PERINI, Edson; PAIXÃO, Helena Heloísa; MÓDENA, Celina Maria; RODRIGUES, Roberto do Nascimento. O indivíduo e o coletivo: alguns desafios da epidemiologia e

da medicina social. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.5, n.8, p. 101-118, 2001.

POMBO, Olga. Interdisciplinaridade e Integração dos saberes. Congresso Luso-Brasileiro sobre Epistemologia e Interdisciplinaridade na Pós-Graduação, **Revista IBICT**, v. 1, n. 1, p. 3-15, 2005.

RIBEIRO, Andrea Cristina Lovatto; FERLA, Alcindo Antônio. Como médicos se tornaram deuses: reflexões acerca do poder médico na atualidade. **Psicologia em revista**, Belo Horizonte, v.22, n.2, p. 292-312, 2016.

RIOS, David Ramos da Silva; SOUSA, Daniel Andrade Barreto de; CAPUTO, Maria Constantina. Diálogos interprofissionais e interdisciplinares na prática extensionista: o caminho para a inserção do conceito ampliado de saúde na formação acadêmica. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v.23, 2019.

ROQUETE, Fátima Ferreira et al. Multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade: em busca de diálogo entre saberes no campo da saúde coletiva. **Revista RECOM**, Centro Oeste, p. 463-474, 2012.

SÁ, Jeanete Liasch Martins de (org.), et al. **Serviço Social e Interdisciplinaridade: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino, pesquisa e extensão**. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

SANTOS, Cláudia Mônica dos. **As dimensões da prática profissional no Serviço Social**. *Libertas*, Juiz de fora, v.2, n.2, jul. /dez. 2002 – v.3, n.1 e n.2, jun./dez. 2003, p. 23-42.

SANTOS, Marco Antonio Merechia; CUTOLO, Luiz Roberto Agea. **A Interdisciplinaridade e o Trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família**. *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Santa Catarina, v.32, n.4, 2003.

SAUPE, Rosita. **Proposição de uma metodologia para avaliação de cursos de graduação em enfermagem**. 1979. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

SEVERO, Silvani Botlender; SEMINOTTI, Nedio. Integralidade e transdisciplinaridade em equipes multiprofissionais na saúde coletiva. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 15, 2010.

SILVA, Gicelia Almeida da; BEZERRA, Wglaenia Carlos; ANDRADE, Maureni Freitas de Almeida. **Serviço Social na política de saúde: os desafios da prática interdisciplinar**. 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. Brasília, 2019.

SOUZA, Fátima Valéria Ferreira de (org.), et al. **Assistência social em debate: interface de uma política em construção**. 1.ed. Rio de Janeiro: UFRJ, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Escola de Serviço Social, 2021.

SPÍNOLA, Moacir Roberto de Pinha; PEREIRA, Evaristo Manoel. **Avaliação de programas: uma metodologia**. *Projeção*, v.7, n.1, p.26-32, 1976.

SPÍNOLA, Moacir Roberto de Pinha; PEREIRA, Evaristo Manoel. **Avaliação do programa Imposto de Renda**. *Projeção*, v.19, Supl. Esp., p.26-32, 1976.

THIELSEN, Juarez da Silva. A interdisciplinaridade como um movimento articulador no processo ensino-aprendizagem. **Revista Brasileira de Educação**, v.13, n.39. Rio de Janeiro. Set. /Dez. 2008.

TRIVINOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1987.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão (org.), et al. **Saúde Mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

VÁSQUEZ, Adolfo Sanches. **Filosofia da práxis**. Trad. Maria Encarnación Moya. Buenos Aires, Argentina: Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales; São Paulo: Expressão Popular, 2007.

VILELA, Elaine Morelato; MENDES, Iranilde José Messias. Interdisciplinaridade e saúde: estudo bibliográfico. **Revista Latino-am Enfermagem**, São Paulo. 2003.

WEISSHAUPT, Jean Robert. **As funções sócio-institucionais do Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1998.