

## REFLEXÕES SOBRE O PROCESSO DE TRABALHO NA SAÚDE E SUAS IMPLICAÇÕES NO COTIDIANO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL, NA REALIDADE DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE JUIZ DE FORA<sup>1</sup>

Anna Cláudia Rodrigues Alves<sup>2</sup>

### RESUMO

O trabalho em saúde caracteriza-se por ser um processo eminentemente coletivo, desenvolvido por diferentes profissionais, dentre eles, o Assistente Social. Este artigo pretende apresentar algumas discussões já existentes acerca da temática "processo de trabalho", identificando elementos que influem no processo de trabalho das profissões de saúde, situando em especial, o Serviço Social - seu cotidiano e relações inter-profissionais no interior do espaço hospitalar. Para tanto, utiliza-se de conceitos relevantes como trabalho em equipe e interdisciplinaridade, apontando alguns avanços, potencialidades e desafios à construção de novas práticas assistenciais em saúde.

Palavras-chave: saúde, processo de trabalho, serviço social.

### ABSTRACT

The work in the health area is characterized by a collective process, performed by different professionals, among them, the Social Worker. This article aims to show some discussions already in existence about the "work process", identifying elements that influence the work process of health professionals, focusing on the Social Worker - their routine and interprofessional relationships inside the hospital area. To this end, some important concepts, like team work and interdisciplinarity, are used, showing some advances, potentialities and challenges to the construction of new health care practices.

### INTRODUÇÃO

O processo de trabalho em saúde é um processo que se realiza, predominantemente, em nível institucional, envolvendo os profissionais que prestam assistência (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, etc.), profissionais de nível médio e de apoio (limpeza, copa, lavanderia, etc.), bem como profissionais do setor administrativo (planejamento, gestão, etc.). Processo coletivo que não se constitui de modo espontâneo, mas sim está sujeito à

<sup>1</sup> O conteúdo deste artigo baseia-se na monografia apresentada ao Curso de Especialização Política e Pesquisa em Saúde Coletiva, em 2004: "Reflexões sobre o processo de trabalho na área da saúde: o cotidiano das profissões na realidade do Hospital Universitário de Juiz de Fora".

<sup>2</sup> Assistente Social do Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora. Especialista em Política e Pesquisa em Saúde Coletiva. Mestranda em Saúde Coletiva.

intencionalidade da formação de um projeto que precisa ser compartilhado por diferentes profissionais e assumido pela direção da gestão das instituições públicas.

Nesse sentido, é importante que se busque localizar principalmente as relações estabelecidas entre os diferentes trabalhadores, discutindo o processo de trabalho através da identificação e análise de sua história e dificuldades em desenvolver uma prática conjunta, contribuindo para a ampliação do conhecimento sobre esse processo, no qual o Assistente Social está inserido.

A área da saúde constitui-se, ainda hoje, na maior empregadora de assistentes sociais no Brasil e em Juiz de Fora, segundo levantamento do mercado de trabalho do assistente social, realizado em 2005 pela equipe do CRESS/6ª Região. No entanto, contraditoriamente, a mesma apresenta, no interior da categoria, poucos trabalhos científicos voltados para a discussão de seu processo de trabalho.

(...) a temática saúde vem sendo objeto de estudos por parte da universidade. Mas o número muito reduzido de comunicações oriundas de trabalhos desenvolvidos nos serviços de saúde é preocupante, sobretudo por ser a inserção na saúde o maior campo de trabalho. (MATOS, 2003: 109)

O Serviço Social, na área da saúde, tem pouquíssimos trabalhos nessa perspectiva; a maioria das publicações tem se reduzido à descrição de atividades. (BRAVO, 1996: 24)

Tal carência de trabalhos e reflexões teóricas rebate direta e prejudicialmente no cotidiano profissional dos assistentes sociais, donde se constata a dificuldade dos muitos profissionais em efetivar ações que superem o mero imediatismo, responsável pelo processo de subalternização e desvalorização profissional interna e perante os demais profissionais.

O presente artigo se propõe a identificar algumas potencialidades e limites do processo de trabalho em saúde e suas implicações no cotidiano das profissões de saúde, em especial do Serviço Social, tomando como foco de análise a realidade do Hospital Universitário de Juiz de Fora (HU/UFJF).

Para tanto, foi levado em conta os determinantes histórico-sociais, econômicos e ideoculturais desse processo, de modo a situar e avaliar a profissão em meio ao modelo médico-

curativista vigente e perante o contexto de comprometimento dos direitos e políticas sociais provocado pelo neoliberalismo.

O caminho adotado para esta reflexão partiu de minhas experiências e vivências enquanto profissional inserida na instituição HU/UFJF desde março de 2003, inicialmente, enquanto residente, no período de um ano e, posteriormente, como assistente social efetiva do quadro de profissionais do referido Hospital.

O presente trabalho busca, portanto, analisar o trabalho do Assistente Social como profissional componente do processo de trabalho em saúde, na tentativa de evidenciar as situações que interferem na efetiva cooperação no trabalho cotidiano de uma instituição hospitalar pública de saúde.

#### PROCESSO DE TRABALHO NA ÁREA DA SAÚDE

O trabalho, condição da existência humana, presente em todas as culturas, segundo Antunes (2004) constitui-se na

(...) atividade orientada a um fim para produzir valores de uso, apropriação natural para satisfazer as necessidades humanas, condição universal do metabolismo entre o homem e a Natureza, condição natural eterna da vida humana e, portanto, independente de qualquer forma desta vida, sendo antes comum a todas as suas formas sociais. (ANTUNES, 2004: 46)

Retraduzido para o campo da saúde, o processo de trabalho é atividade voltada a um fim, a produção da saúde, em atendimento às necessidades humanas, que se manifestam por meio do processo de saúde/doença. Sendo comum a todas as formas sociais, o processo de trabalho em saúde está vinculado a determinações históricas, econômicas e educativas nas relações entre trabalhadores.

Tomando como referência a obra de Marx, pode-se afirmar que o trabalho em saúde, assim como o trabalho dos demais serviços, é enquadrado naquilo que denominou de "trabalho improdutivo", isto é, que contribui indiretamente para o processo de acumulação do capital.

A diferença entre trabalho produtivo e trabalho improdutivo é importante com respeito à acumulação, já que só a troca por trabalho produtivo constitui uma das condições da reconversão da mais-valia em capital. (ANTUNES, 2004: 171)

O trabalho em saúde, sendo parte do setor de serviços, situa-se, portanto, na esfera da produção não material, ou seja, o produto ou resultado do trabalho é consumido no ato de sua realização.

Serviço não é, em geral, senão a expressão para o valor de uso particular do trabalho, na medida em que este não é útil como coisa, mas como atividade.(...) Nenhum homem compra 'prestação de serviços' médicos ou legais como meio de transformar em capital o dinheiro assim desembolsado. (ANTUNES 2004: 169)

Embora não participe diretamente do processo de produção de mercadorias, esse tipo de trabalho influi na manutenção da classe trabalhadora e, conseqüentemente, na reprodução da força de trabalho, uma vez que objetiva a qualidade de vida dos indivíduos.

O processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade - a ação terapêutica de saúde; como objeto - indivíduo ou grupos doentes, sadios ou expostos a riscos, necessitando de medidas curativas, para preservar a saúde ou prevenir doenças; como instrumental de trabalho - os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde que é produzida no mesmo momento que é consumida. (PIRES, 1998: 161)

Ampliando esse conceito, Mehry (2002) afirma que o objeto da saúde não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, por meio do qual se crê que se poderá atingir a cura e a saúde, que são de fato os objetivos que se pretende alcançar.

## MARCAS HISTÓRICAS QUE INFLUENCIARAM O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE

Retomando a história da prática em saúde, percebemos que, a partir da segunda metade do século XIX, com a decadência da hegemonia metafísica, emerge o paradigma positivista de ciência, que prega o rigor do método científico, considerando como válidos,

apenas os conhecimentos passíveis de verificação empírica. Esse paradigma vai influenciar o aumento das especialidades na área da saúde, em especial na área médica, prevendo uma metodologia baseada na fragmentação do real e do saber científico, consagrando a proposta das especializações, comprometendo a unificação das ciências humanas, sociais, biológicas e exatas.

Essa concepção foi reforçada pelas recomendações do Relatório Flexner, publicado em 1910, pela Fundação Carnegie, tendo como principais características: o biologicismo (valorização da natureza biológica das doenças em detrimento de seus aspectos psicossociais); o mecanicismo (analogia do corpo humano com a máquina); o individualismo (institui o "biológico" como objeto único da saúde); o curativismo (secundarização da prevenção e das causas das doenças); a tecnificação (valorização das ações de alta complexidade) e a especialização (priorização do conhecimento específico, parcializando abstratamente o objeto global), os quais influenciam o conjunto das profissões de saúde até os dias de hoje.

A especialização, além de ter prejudicado a comunicação e abertura recíproca entre os profissionais, engendrando um acentuado formalismo nessa relação, sofreu, nos últimos tempos, um redimensionamento, traduzido no crescimento das subespecializações que prevê a focalização de um único fator ou aspecto do processo de saúde-doença para fins de estudo e qualificação profissional, potencializando-se o distanciamento entre profissional e objeto/usuário, isto é, aprofundando a alienação do profissional acerca da realidade sanitária de sua clientela.

A concepção fragmentária da Ciência, tal qual foi consolidada pelo Positivismo no contexto do mundo contemporâneo, relaciona-se de forma íntima com um processo de divisão técnica do trabalho humano, que arrasta consigo uma correspondente divisão social do trabalho, diluído no taylorismo/fordismo da ação técnico-profissional. (SEVERINO, 1989: 16)

Cabe ressaltar que o modelo taylorista/fordista de produção, que definiu a organização científica do trabalho, embora tenha influenciado a organização interna de algumas profissões e serviços de saúde, por outro lado não ocorreu plenamente nesse processo de trabalho no que tange à dissociação entre planejar e executar prevista na divisão sócio-técnica do trabalho. Isto porque a produção do ato assistencial em saúde envolve um conhecimento sobre o processo que não é dominado pela administração institucional nem tão pouco existe uma

equipe gerencial que define as técnicas e o papel de cada trabalhador, como ocorre nas empresas da produção material. Os profissionais de saúde dominam os conhecimentos para o exercício de suas atividades específicas, embora as exerçam com autonomia relativa, visto que, em geral, existe no processo terapêutico assistencial uma relação desigual na disputa pelo poder decisório, onde o médico ainda usufrui de maior controle e influência junto ao poder institucional.

Cabe ressaltar ainda que, a aplicabilidade de um processo padronizado, linear, torna-se inviável nessa realidade, uma vez que o objeto do trabalho aqui é o ser humano, carregado de emoções, percepções, sentimentos, imprimindo um caráter diferenciado a esse processo, onde a subjetividade e imprevisibilidade acabam por definir a condução do trabalho em saúde.

Portanto, a cultura das especializações transpôs-se para a formação dos profissionais. Conseqüentemente, segundo Pires (1998), com a emergência do modo capitalista de produção o hospital passa a ser considerado um espaço terapêutico e de formação dos médicos (modelo hospitalocêntrico), o que sucessivamente foi sendo incorporado por outras profissões, reforçando a hierarquização das mesmas e a valorização dos procedimentos em detrimento do cuidado na dinâmica dos serviços.

Trazendo para a realidade do Hospital Universitário de Juiz de Fora, isto pode ser sentido na medida em que o HU ainda constitui-se na grande referência de ensino para a formação médica e, a especialização, no principal norte dessa formação.

Mesmo com a existência de algumas iniciativas embrionárias de cunho interdisciplinar, com vistas à horizontalização das relações inter-profissionais e entre profissionais e usuários, muitas são as dificuldades para a superação desta cultura especialista vide o próprio mercado de trabalho que ainda valoriza a medicina privatista e ratifica a hegemonia do poder médico; o que, de modo acentuado ou subliminar, continua definindo a qualidade do processo de trabalho, distanciando-o dos pressupostos da política de saúde atual.

Entretanto, Barbosa (2002: 144) defende que tal herança negativa não deve ser tomada como impedimento à construção de novas práticas assistenciais, mas ao contrário: “o hospital deve ser recolocado enquanto organização diferenciada e igualmente estratégica, no processo de construção de novos e mais eficientes e eficazes modelos assistenciais”.

Segundo Liedke (in CATANI, 1997) o caráter estratégico do hospital se deve à sua complexidade, visto que constitui-se num espaço de negociação, isto é, de cooperação e

conflito, em que a construção do consenso ocorre, em maior ou menor grau, através de coerção e convencimento. Coerção que pode ser amenizada, aos poucos, pela proposta de formação do trabalho coletivo, tendo em suas bases a construção interdisciplinar e o potencial de desenvolvimento das metodologias de educação em saúde que chamam para si o fortalecimento da democratização e horizontalidade no processo de trabalho.

A interdisciplinaridade - processo de intercâmbio entre os diferentes saberes em torno de objetivos comuns - torna-se, portanto, uma meta indispensável à evolução do trabalho em equipe e, conseqüentemente, do trabalho em saúde, uma vez que restabelece a relação de complementaridade entre formação especialista e generalista.

A interdisciplinaridade, respeitaria a demarcação do limite do conhecimento e da prática, sem pretensão de ultrapassá-los, querendo somente agregar parcerias e alimentar a cumplicidade produtiva.(STEPHAN-SOUZA 1999: 12).

O trabalho em equipe é inerente ao trabalho em saúde, uma vez que o mesmo só se constrói coletivamente, isto é, envolvendo/reunindo diversos profissionais num mesmo projeto terapêutico. No entanto, o direcionamento desse trabalho pode assumir configurações distintas, conforme a concepção e intencionalidade dos seus agentes.

O conceito “trabalho em equipe” é uma preocupação antiga, na medida em que nenhum profissional consegue, isoladamente, alcançar a finalidade do trabalho em saúde. Mas é flagrante, a ausência de sistematização, o que prejudica os trabalhos de melhor qualidade em saúde. Na formação acadêmica, em geral, os profissionais recebem apenas o conhecimento estrito dos conteúdos disciplinares, sem elo de mediação objetiva. (STEPHAN-SOUZA; MOURÃO, 2001-2002: 35)

O caráter interdisciplinar pode ou não estar presente num trabalho em equipe, onde a sua dinâmica pode se dar isolada ou entrosadamente; nesse caso, tendo como base o diálogo, a comunicação, o vínculo, a troca de saberes e experiências em prol da construção de um trabalho comum.

O fato do HU ser um hospital de ensino, propicia no interior do mesmo a construção de novas práticas com vistas à democratização dos saberes e a melhor qualificação do sistema, vide sua própria missão: "formar Recursos Humanos, gerar conhecimento e prestar assistência

de qualidade na área da saúde à comunidade da região." (ALVES, 2004); além da necessidade de acompanhar as definições do Sistema Único de Saúde (SUS), por atender exclusivamente o público deste. Dimensão formativa e assistencial que favorece, portanto, o surgimento de iniciativas inovadoras que primam pela autonomia dos usuários em seu processo saúde-doença, as quais são defendidas pelo Serviço Social em seu cotidiano profissional.

## PROCESSO DE TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL NA ÁREA DA SAÚDE

Segundo Martinelli (2002: 1), a área da saúde é parte da identidade profissional do Serviço Social: "É bastante intensa a relação do Serviço Social com a área da saúde. Mais do que intensa, tal relação é histórica, sendo mesmo constitutiva de sua identidade profissional."

Segundo Matos (2003), no contexto de surgimento do Serviço Social, a atuação do assistente social na área da saúde se prendia à abordagem curativa e individual, porém, com o intenso processo de revisão interno da profissão, no momento em que é gestado o movimento sanitário, revela-se o início da maturidade política da categoria em relação à saúde, primeiro por parte dos profissionais da academia, atingindo mais tarde, os profissionais inseridos nos serviços.

Para Costa (2000), atualmente o Serviço Social vem sendo chamado a intervir na saúde, mais precisamente no Sistema Único de Saúde (SUS), devido às contradições presentes no processo de racionalização/reorganização desse sistema, expressas na incompatibilidade entre as demandas da população e a forma como tais serviços vêm se organizando.

A autora analisa a realidade dos assistentes sociais pertencentes à rede de serviços de saúde, utilizando-se da classificação de suas atividades em campos de ação e núcleos de objetivação. Esses núcleos serão utilizados, a seguir, como categorias de análise para a apresentação do Serviço Social do HU/UFJF, juntamente às indicações de Vasconcelos (2002), que abordam o potencial de realização do trabalho profissional estabelecendo algumas classificações, com o objetivo de apontar os elementos presentes no processo de trabalho.

Vale ressaltar que, segundo Campos (2000):

o núcleo demarcaria a identidade de uma área do 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 teórico-práticas. (CAMPOS, 2000: 220)

O núcleo diz respeito a um saber ou área mais específica, no caso, o Serviço Social, o qual deve reconhecer a necessidade de complementaridade na relação com outros núcleos, isto é, outras áreas ligadas a um mesmo campo do saber, como a saúde, por exemplo.

Nesse sentido, o Serviço Social ao comunicar-se com outras áreas/profissões da saúde, contribuiria com sua formação generalista e preceitos ético-políticos, para a construção de novas práticas assistenciais em prol do fortalecimento dos princípios e diretrizes do SUS e do trabalho em equipe, e seria enriquecido por saberes biopsicológicos: campo e núcleo se auto-influenciando, portanto.

#### BREVE RESGATE DA TRAJTÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL NO HU/UFJF

Historicamente, o Serviço Social teve início no HU em 1970, juntamente com a incorporação da Faculdade de Serviço Social à UFJF. No princípio, sua atuação no Hospital se dava através dos alunos, sem supervisão direta, sendo relegado a uma função paramédica, isto é de função complementar ao trabalho médico, o que fez com que suas atividades fossem encerradas no ano de 1972.

Em 1974, o campo de estágio foi reaberto, contando com a supervisão direta dos alunos por profissionais da Faculdade de Serviço Social, com a contratação de duas assistentes sociais e quatro estagiárias.

A partir desta data, com a incorporação da Faculdade à UFJF, mais profissionais foram contratados, estágios renovados e metodologias de trabalho reformuladas até os dias de hoje. Vale ressaltar que, com a implantação do Programa de Residência em Serviço Social, em 1998, o setor adquiriu maior organização e legitimidade profissional na instituição.

Enquanto a maioria dos hospitais do município de Juiz de Fora contam, em média, com um(a) assistente social para toda a unidade, o HU conta, atualmente, com oito assistentes sociais no quadro efetivo de funcionários da universidade, oito assistentes sociais residentes (sendo quatro do primeiro ano e quatro do segundo ano) e quatro acadêmicos(as) em estágio supervisionado. Isso sem contar os(as) acadêmicos(as) vinculados a projetos de extensão na unidade.

À luz de Vasconcelos (2002), verifica-se que o Serviço Social do HU organiza suas atividades em: plantão, enfermarias e ambulatórios. Embora o serviço de pronto atendimento (emergência) tenha sido extinto do HU em 2004, o Serviço Social mantém o trabalho em plantão, atendendo majoritariamente os casos de demanda espontânea. Nas enfermarias, atende individual e coletivamente, através de projetos de educação em saúde, com equipe multiprofissional, e nos ambulatórios, também atende individualmente ou em grupo os usuários dos diferentes programas, aprofundando a dimensão da integralidade, que significa “escutar e atender, da maneira mais completa possível, as necessidades das pessoas” (CECÍLIO, 2001: 124), e da educação em saúde:

A educação em saúde constitui-se em uma das áreas fundamentais de atuação em saúde. É por seu intermédio que se desdobram processos nos quais o indivíduo e a coletividade podem se tornar conscientes de si e de sua relação com o mundo, rompendo com a visão tradicional ou mágica do processo saúde-doença e podendo, então, apreendê-lo como passível de modificação (BORDIN; SILVA, 1996: 61)

A educação em saúde contribui diretamente para que o usuário torne-se sujeito de seu processo saúde-doença, enquanto a integralidade prevê uma maior integração do sistema tanto em nível micro - maior comunicação entre equipes de um mesmo serviço, quanto uma em nível macro (intersectorialidade) - diferentes serviços de diferentes níveis de atenção articulando-se na busca pela satisfação das necessidades de saúde dos usuários.

Quer tomemos a integralidade como princípio orientador das práticas, quer como princípio orientador da organização do trabalho, quer da organização das políticas, integralidade implica uma recusa ao reducionismo, uma recusa à objetivação dos sujeitos e talvez uma afirmação da abertura para o diálogo (MATTOS, in MATTOS; PINHEIRO, 2001: 61)

## INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS

O plantão do Serviço Social no HU, além do atendimento à demanda espontânea, destina-se ainda, segundo o Plano de Trabalho do referido setor, a apresentar o Serviço Social ao usuário, informando suas funções e objetivos junto ao público-alvo; informar o usuário acerca da dinâmica hospitalar: normas de funcionamento, acompanhamento, termos de

responsabilidade, etc.; e instrumentalizar os usuários para uma efetiva participação na defesa de seus direitos sociais, visando a garantia da cidadania e dignidade destes.

Quanto aos procedimentos, destaca-se a entrevista de internação, em que são colhidos dados de identificação dos usuários, bem como informações referentes a sua realidade sócio-econômica, identificando possíveis demandas a serem atendidas num segundo momento - acompanhamento social nas enfermarias - dando suporte, portanto, a esse trabalho, mediando os encaminhamentos do Serviço Social junto às famílias no momento da visita, objetivando agilizar a alta hospitalar, as transferências, a documentação, a orientação referente à Seguridade Social, dentre outras providências.

Ainda com relação aos atendimentos em enfermaria, em nível individual, o Plano de Trabalho do Serviço Social do HU aponta como procedimentos mais comuns: o estudo de prontuário (em que são colhidos dados referentes ao histórico clínico, familiar e social do paciente, bem como as informações registradas durante a entrevista de internação); a abordagem social (conduta em que são ouvidas as demandas sobre a realidade biopsicosocial do paciente e sua família); encaminhamentos (aos profissionais, serviços e/ou instituições públicas, privadas ou terceiro setor que direta ou indiretamente contribuam para a garantia à saúde e continuidade no tratamento pós alta); orientações às diferentes políticas (passe livre, tratamento fora de domicílio, mandado de segurança, etc., predominando as trabalhistas, previdenciárias e assistenciais).

Para Costa (2000), a entrevista faz parte do *núcleo de objetivação* - "levantamento de dados", o qual

(...) responde pela necessidade de sistematizar informações sobre as condições de vida dos usuários, da sua família ou do grupo de referência, com a finalidade de: 1. conhecer as variáveis que interferem no processo saúde/doença, no diagnóstico e no tratamento; 2. identificar as possibilidades e condições de participação da família, dos empregadores, agregados, vizinhos, etc., na consecução de meios viabilizadores do diagnóstico e tratamento do paciente. (COSTA, 2000: 46)

Vale ressaltar que, independente da entrevista, o Serviço Social também utiliza-se do prontuário, como forma de registro para seus atendimentos, socializando informações dos usuários que sejam de interesse de toda a equipe multiprofissional que os acompanha, bem

como para efetuar a contra-referência, retornando o usuário para os serviços de saúde, a partir da elaboração do parecer social.

Segundo Vasconcelos (2002), a documentação dos atendimentos é utilizada, basicamente, para garantir a continuidade das ações por outro profissional - seja ele outro assistente social ou qualquer dos demais profissionais de uma equipe.

Outro núcleo de objetivação apontado por Costa (2000) e que é um instrumento de trabalho bastante presente na realidade do Serviço Social do HU, diz respeito aos *procedimentos de natureza socioeducativa*, em que a linguagem e o conhecimento são fundamentais à sua efetivação:

em todos os tipos e fases do atendimento e acompanhamento (individual ou coletivo), e em todas as unidades de saúde, o assistente social realiza ações voltadas para a “educação em saúde”, por meio de orientações e encaminhamentos individuais e coletivos. (COSTA, 2000: 52)

O trabalho informativo acerca dos direitos dos usuários ocorre tanto em abordagem individual (junto ao leito ou durante as consultas) quanto coletivamente, através do trabalho com grupos, isto é, com o desenvolvimento de projetos/programas de cunho socioeducativo e interdisciplinar. Tais projetos, voltados ao público de diferentes especialidades (diabetes, hanseníase, mulheres climatéricas, etc.), possuem uma metodologia de troca de informações, experiências, vivências entre equipe profissional, usuários e seus familiares (acompanhantes e cuidadores), sendo em sua maioria, coordenados pelo Serviço Social, principalmente, os desenvolvidos em enfermaria. Isso pode ser explicado, em parte, pela maior facilidade ou habilidade que o assistente social apresenta, no geral, para trabalhar em equipe, visto que é preparado para tal desde a formação acadêmica, pela tendência de seu trabalho realizar-se coletivamente. Esta formação, de orientação política e generalista, reforça o olhar integral, isto é, a visão do todo acerca da realidade a ser trabalhada e/ou investigada - reforçando a atual concepção ampliada de saúde -, em contraposição à metodologia científica funcionalista/positivista, responsável pela concepção fragmentada dos fenômenos sociais.

Na realidade do HU, muitos profissionais das áreas biológicas ainda não se identificam com o trabalho grupal por não verem nele uma realidade viável dentro do espaço hospitalar, mas na atenção primária apenas, concebendo-o como uma atividade secundária ao tratamento clínico e, portanto, opcional. No entanto, a reversão deste quadro é necessária, e o

Serviço Social desenvolve um trabalho para superação desta dificuldade, sabendo que o processo de trabalho em saúde requer a contribuição do conjunto dos profissionais de saúde, face a dimensão multifatorial do processo saúde-doença.

Embora, formalmente, a maioria dos projetos desenvolvidos no HU prevejam a interdisciplinaridade e a educação em saúde como referências para operacionalizar o trabalho com grupos, percebe-se que, na prática, tais propostas ainda constituem-se num grande desafio à maioria dos profissionais de saúde. Isso porque esses profissionais, principalmente os das ciências biológicas, ainda concebem o "inter" como sendo "multi", e a educação em saúde como simples transmissão de informações, concepção decorrente também da formação profissional.

Equipe de saúde dá a idéia de trabalho coletivo, formado por profissionais, no sentido da interdisciplinaridade, em que os diversos profissionais contribuem com avaliações específicas e diferentes abordagens para o entendimento da totalidade. No entanto, na prática assistencial em saúde, a equipe é um grupo de profissionais de saúde que desenvolvem atividades parcelares e, na maioria das vezes, desarticuladas. (PIRES, 1998: 161)

Vale ressaltar que muitos profissionais de saúde costumam confundir e reduzir o trabalho em equipe ao trabalho com grupos, isto é, concebem a simples reunião de profissionais numa mesma atividade (projeto/programa) como sendo trabalho em equipe, ou ainda, associam a interdisciplinaridade apenas ao trabalho grupal e não ao processo terapêutico como um todo, negando-se o caráter coletivo do trabalho em saúde.

O trabalho em equipe diferencia-se do trabalho em grupo. No grupo as pessoas interagem para trocar informações e tomar decisões, para realizar melhor suas tarefas individuais, sendo o resultado a soma das partes. Na equipe, é o resultado maior que a soma das partes individuais. A verdadeira equipe é a integração de talentos individuais em uma habilidade coletiva para produzir serviços de forma eficiente e efetiva. (MOTA apud FRIEDRICH, 2004: 16)

No HU, ainda persiste um certo isolamento entre as categorias no cotidiano profissional; a discussão de casos, por exemplo, é algo realizado mais internamente, ou seja, cada especialidade se reúne para discutir casos polêmicos, condutas/encaminhamentos a serem adotados, decisões a serem tomadas, etc., sem que um profissional saiba o que o outro profissional faz em relação ao mesmo paciente, salvo algumas exceções.

(...) a simples reunião de profissionais não leva à formação de um corpo de idéias, nem articula o espaço adequado, onde sejam expostos confrontos e críticas para redefinir os encaminhamentos do trabalho. O trabalho em equipe é uma proposta necessária, devendo fazer parte de um projeto a ser construído no campo da formação profissional e da administração dos serviços públicos de saúde. Esta proposta seria aprendida por cada profissional, de acordo com sua especificidade, porém sem abandonar a perspectiva do conjunto. (STEPHAN-SOUZA; MOURÃO 2001-2002: 37)

O Serviço Social assume uma posição a frente nesse processo, visto que encontra-se em sintonia com o conceito ampliado de saúde e com os demais princípios e diretrizes do SUS, orientando-se pelos pressupostos de modelos que primam pela discussão da saúde como qualidade de vida, reforçando a priorização das tecnologias leves, isto é, não materiais - humanização, acolhimento, vínculo, etc. - (defendida por MEHRY, 2002) na organização dos serviços de saúde, com vistas à integralidade das ações.

Constitui-se, assim, na referência profissional que tem buscado resgatar e viabilizar a real essência dessas perspectivas - interdisciplinaridade, educação em saúde, etc. - no interior do espaço hospitalar (no caso, do HU) e, conseqüentemente, redimensionar o trabalho coletivo com vistas ao trabalho em equipe. Essa preocupação pode ser sentida na própria apresentação do Serviço Social em seu Plano de trabalho no HU:

O Serviço Social, na área da saúde, trabalha com uma concepção ampliada da mesma, entendendo-a como sendo condicionada por fatores biopsicossociais, dentre eles: a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer, bem como o acesso aos bens e serviços essenciais(...). Levando em conta esse conceito, o Assistente Social reconhece o processo de educação em saúde como sendo de fundamental importância na prevenção e promoção da mesma. (Plano de trabalho do Serviço Social/HU, 2004)

As salas de espera são atividades complementares aos programas/projetos, onde se é trabalhado o conteúdo informativo de caráter preventivo junto aos usuários que aguardam consulta para as diferentes especialidades nos ambulatorios, sendo apresentados, ainda, os objetivos, serviços e equipes desses projetos.

Outras demandas atendidas pelo Serviço Social do HU provêm dos encaminhamentos feitos pelos diferentes profissionais, interna (da instituição) e externamente (de outras

unidades ou serviços). Muitos desses encaminhamentos demonstram o reconhecimento das necessidades sociais dos usuários, por parte dos profissionais, que recorrem ao Serviço Social em busca de orientação.

A supervisão de alunos, outra demanda dirigida ao Serviço Social, se dá no interior do HU pelo fato do mesmo constituir-se num campo rico para a formação profissional, na medida em que permite aos alunos entrar em contato com as mais diferentes manifestações da questão social num mesmo espaço de trabalho, oportunizando também o contato com outros profissionais da saúde.

No entanto, embora se constate atividades de ordem mais ampla e coletiva no cotidiano profissional do assistente social na área de saúde, como as de dimensão socioeducativa e mobilizadora, por exemplo, Costa (2000) afirma que

a maioria das atividades do assistente social, em todos os tipos de unidades de saúde (...), consiste em tomar providências no sentido de atender às urgências sociais que envolvem o processo de prestação de serviços, tais como providenciar transporte, mobilização de recursos assistenciais. (COSTA, 2000: 55)

Atividades que podem ser compreendidas como parte do *núcleo de objetivação* - "agenciamento de medidas de caráter emergencial":

Em suma, (...) tudo o que compromete, dificulta ou prejudica a qualidade do atendimento ao usuário é passível da intervenção do assistente social, independentemente do local de ocorrência (...) Esse dado também demonstra que a participação dos assistentes sociais nos processos de trabalho nas instituições de saúde tem a singularidade de 'repor' com a sua ação, as lacunas da parcialização, fragmentação e terceirização do trabalho. (...) a objetivação do trabalho do assistente social na área da saúde, cumpre a tarefa de restabelecer o elo orgânico entre setores, profissões e instituições, quebrado pela burocratização e verticalização das ações que se revelam tanto nas relações internas às subunidades do SUS, quanto entre este e as demais políticas e instituições sociais. (COSTA, 2000: 69)

Entretanto, embora as demandas mais recorrentes ao Serviço Social, principalmente nos hospitais, sejam de natureza imediata/emergencial (devido à própria rotatividade de usuários nesses serviços), há que se ter clara a necessidade de se problematizar essas demandas aparentemente burocráticas, de modo a redimensioná-las, através da construção de novas práticas de saúde. Práticas que demonstrem que: educação em saúde, prevenção e

promoção da mesma, acolhimento, trabalho com grupos, trabalho em equipe, humanização, relações de responsabilização e vínculo, referência e contra-referência etc., podem e devem ser uma realidade no interior do espaço hospitalar, seja no trabalho em enfermaria, seja no atendimento ambulatorial; o que já vem sendo buscado e trabalhado pelo Serviço Social do HU nos atendimentos individuais e coletivos.

O trabalho em equipe é compreendido de forma associada ao enfoque educativo e sua importância se centra na valorização da individualidade, da privacidade e da dignidade e também no incentivo aos usuários, para que façam escolhas e conheçam os riscos que cercam sua saúde. Sob este enfoque, o profissional precisa compreender as crenças do universo cultural do usuário e, ao mesmo tempo, aprender a comunicar os conteúdos do seu próprio conhecimento. (STEPHAN-SOUZA; MOURÃO, 2001-2002: 38)

No HU, o Serviço Social pauta seus atendimentos na perspectiva da humanização, porém, devido à subjetividade que esta imprime ao processo de trabalho, muitas vezes, o profissional apresenta dificuldades em tornar visível os resultados deste trabalho, num espaço em que ainda se credita maior "status profissional" àqueles que trabalham prioritariamente com tecnologias de alta complexidade (tecnologias duras, segundo MERHY, 2002). Embora, vale ressaltar que o Assistente Social ao atuar com perspectivas de natureza subjetiva, inerentes ao desenvolvimento das tecnologias leves, já definidas anteriormente, é um profissional portador de saberes e técnicas específicos que instrumentalizam e orientam sua prática; saberes teórico-metodológicos que constituem as chamadas tecnologias leve-duras, também conceituadas por Mehry (2002), as quais encontram-se presentes na formação e realidade de todas as profissões de saúde.

Vasconcelos (2002) acrescenta que, diante do aprofundamento da exclusão social, em decorrência da afirmação neoliberal, é preciso que os profissionais se utilizem também de outros instrumentos legais, como os espaços de participação social (Conselhos) de modo a buscar respostas às questões emergenciais, de modo coletivo, evitando-se, assim, que o profissional se restrinja a tomar medidas pontuais ou de iniciativa pessoal, diante da carência ou ausência de políticas ou recursos na comunidade. No HU, essa inserção dos assistentes sociais em instâncias deliberativas ainda não ocorre, dificultando a ampliação de sua atuação e impossibilitando esses profissionais de acompanhar diretamente a atual configuração da política de saúde em nível local.

A autora coloca que ações imediatistas são, por vezes, necessárias, mas é preciso ter consciência de que estas não são suficientes, e sim, paliativas. Cabe ao assistente social, portanto, instrumentalizar o usuário, reforçando sua emancipação.

Desse modo, (...) cabe ao Serviço Social na saúde tematizar, publicizar e ampliar o direito à saúde, possibilitando a busca de saúde e atenção à saúde pelo paciente/usuário do serviço público mediadas pelo direito à oferta de serviços que a própria população desconhece, pelo direito ao saneamento, pelo direito às condições de trabalho, às condições e estilo de vida (cultura), à educação em saúde, como direitos sociais e obrigação do Estado. (VASCONCELOS, 2002: 442)

Para essa autora, tal direcionamento em favor dos interesses dos usuários e de sua mobilização social, muitas vezes, repercute em sua autonomia profissional, permitindo-se trabalhar as potencialidades reais e profissionais.

Essa autonomia pode ser sentida na capacidade e liberdade de escolha dos assistentes sociais perante as demandas que lhes apresentam, conforme seu projeto ético-político, ou seja, na inserção ou não dos profissionais em determinados programas/projetos ou na priorização de determinadas ações, justificadas às respectivas chefias de unidade.

Como revelado pelos assistentes sociais, se o Serviço Social, por um lado, não possui autonomia quanto aos recursos que gostaria de ter no atendimento aos usuários, por outro, ainda que sobrecarregado de demandas, possui no interior das unidades de saúde autonomia na direção dada às suas ações, ainda que nem sempre faça uso dela, para projetar e realizar seu trabalho. (VASCONCELOS, 2002: 234)

Portanto, é possível imprimir outra direção à profissão, isto é, priorizar demandas e ações que sejam condizentes com o projeto ético-político profissional, em meio a pressões internas (institucionais) e externas (contexto político-econômico). Mais ainda, é possível imprimir novos rumos ao modelo organizacional das unidades, uma vez que, inseridos num processo de cooperação, marcado por conflitos e negociações, os assistentes sociais podem exercer sua relativa autonomia na construção de projetos terapêuticos de dimensão cuidadora.

Segundo Costa (2000), os núcleos de objetivação, se, por um lado, revelam uma ampliação e redimensionamento das atividades/qualificações técnicas e políticas dos assistentes sociais, por outro, denunciam a refuncionalização de antigas práticas aos

profissionais na área da saúde. Práticas antes movidas pela ideologia da ajuda, mas que agora são determinadas por uma política de restrições desencadeada pelo Estado. Concepção também compartilhada por Trindade (apud AMORIM; CAVALCANTE; LINS, 1999), a qual complementa:

O espaço sócio-ocupacional do Serviço Social nas políticas de Seguridade Social está condicionado pelo atual processo de reordenamento dessas políticas, marcado por uma significativa contradição: a existência de garantias legais de universalização e descentralização e as possibilidades institucionais para o exercício do controle e da fiscalização dos serviços por parte dos usuários, estão tangenciados por políticas de cortes nos gastos sociais e de dismantelamento institucional, o que dificulta a operacionalização desses princípios legais. (TRINDADE apud AMORIM; CAVALCANTE; LINS, 1999: 306)

Para Vasconcelos (2002: 435), o trabalho do Serviço Social só tomará a direção e dimensão pretendida com a atualização permanente dos profissionais, visto que "só se democratizam profissionalmente conhecimentos e informações que se adquiram sistematicamente, através de estudos e pesquisas". A autora chama os assistentes sociais a buscar o aprofundamento de sua formação de modo a combater a "função quase sempre silenciosa, de administrar o que é impossível de ser administrado" (COSTA, 2000: 66)

(...) analisar a realidade na procura de suporte e fortalecimento na viabilização política social redirecionada em favor dos usuários e da saúde. Tirar a realidade do anonimato, desvendá-la, publicizá-la diante do conjunto dos assistentes sociais e de todos é a base de sustentação para enfrentar, com altivez, segurança, firmeza, confiança e superioridade das propostas, o medo da demissão, a subalternidade diante dos demais profissionais de saúde, a inferioridade na apresentação de propostas, a submissão aos ditames institucionais (...). (VASCONCELOS, 2002: 242)

Costa (2000), entretanto, considera que, para a reconstrução dos processos de trabalho em saúde e, conseqüentemente, do assistente social, a luta pela superação do modelo hegemônico biologicista é condição essencial.

Para tanto, é preciso uma atualização permanente, mas que se proponha não só a mudar a estrutura organizacional do Serviço Social, isto é, suas ações, e sim, as de todo o coletivo de profissionais com os quais o assistente social se relaciona cotidianamente. Isto

porque, o Serviço Social só se constrói na interação com outros profissionais, logo, seu processo de trabalho não lhe é exclusivo, como defende Iamamoto (1998).

Esse redimensionamento das ações deve ser feito, portanto, numa dupla direção: incluindo o projeto da reforma sanitária e o projeto ético-político da profissão, como defende Matos (2003). Juntos, preconizam uma série de princípios constitucionais compatíveis com a perspectiva humanizadora e com o projeto terapêutico de dimensão cuidadora. Projeto capaz de promover novas relações inter-profissionais, pautadas na valorização das tecnologias leves (de dimensão cuidadora), facilitando a construção de novas práticas de saúde, que respondam às demandas por integralidade e resolutividade das ações.

O assistente social é chamado a atuar nesse processo cooperativo buscando a inversão do modelo hegemônico, articulando-se com os demais profissionais em favor da democratização do processo decisório e da efetivação dos princípios e diretrizes do SUS.

As contribuições de Costa (2000) acerca da função do planejamento e gestão no espaço hospitalar, ampliam a noção dessa esfera, em geral, tomada meramente em sua dimensão administrativa, para uma dimensão também ideo-política, indispensável à construção de um novo modelo assistencial.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao apresentar algumas das particularidades do processo de trabalho em saúde, refletindo sobre suas relações e determinações, pôde-se perceber alguns avanços nesse processo.

O espaço hospitalar, tradicionalmente organizado de modo a priorizar a formação médica, seguindo o modelo conservador flexneriano, de orientação biologicista, curativista e especialista, começa a demonstrar sinais de mudança, na medida em que vem assumindo tarefas, até então, atribuídas exclusivamente às unidades de nível primário, como o desenvolvimento de projetos educativos, ampliando sua missão, bem como sua assistência. E o nível primário, por sua vez, percebe atualmente a necessidade de integração mais sistemática com os demais níveis, de média e alta complexidade.

Os profissionais de saúde começam a atentar para a necessidade de se pensar novas formas de produzi-la, dado o esgotamento do referido modelo em responder às reais necessidades de saúde da população.

O Serviço Social, única ciência social aplicada presente no processo de trabalho em saúde, vem sendo chamado a atuar na construção de novos espaços ou projetos assistenciais, voltados para a integralidade das ações e a humanização da assistência, devido à sua orientação política e identificação com modelos teóricos que primam pela saúde como qualidade de vida.

As mudanças significativas observáveis representam um avanço em termos de relações de trabalho e qualificação da assistência, proporcionado pelas conquistas legais expressas na Constituição de 88, mas compõem um movimento ainda embrionário, que deve ser ampliado e reforçado no cotidiano dos serviços de saúde de modo a superar, definitivamente, o modelo médico-curativista ainda hegemônico, bem como as deficiências de operacionalização do SUS. Deficiências como a escassez de recursos destinados ao setor, a heterogeneidade populacional e a tendência à privatização dos serviços agravadas pela atual política-econômica neoliberal, a qual defende a desresponsabilização estatal frente aos direitos e políticas sociais, o que vem restringindo o acesso a esses serviços, pondo em risco o efetivo êxito da política do SUS.

Essa política de dismantelamento do sistema expressa-se não só através dos poucos investimentos no setor, mas também por meio de iniciativas que prevêm o resgate de antigas práticas de saúde, como a reiteração do ato médico, pauta recente de discussões no Congresso Nacional, que defende a centralidade da categoria médica nas decisões e condução do processo de trabalho em saúde. Um retrocesso, na medida em que desrespeita a autonomia dos demais profissionais da área, reforça relações hierárquicas de poder, aborta a possibilidade de um trabalho interdisciplinar e desqualifica a assistência, devido ao seu caráter antidemocrático.

Nesse contexto, torna-se imperativo, a todo o conjunto de profissionais da saúde, a condução de seus saberes e técnicas em favor de projetos que apostam "nos processos de fabricação subjetiva" (MEHRY, 2002), ou seja, na relação direta que estabelecem com os usuários como possibilidade de se imprimir novos rumos ao trabalho e, conseqüentemente, à configuração das instituições.

Inserido nesse processo cooperativo e conflitante, o Serviço Social é convocado a participar dessa luta pela qualidade da assistência à saúde, juntamente com os demais profissionais, contribuindo com sua formação política e vivência coletiva de modo a promover uma inversão de valores, principalmente no espaço hospitalar, onde o protagonista ainda é o médico, e a humanização ainda é reduzida a chamar o paciente pelo nome.

Nesse sentido, o processo de trabalho do Serviço Social na área da saúde vem sendo configurado por demandas tanto de cunho sócio-político, com projetos, muitas vezes, encabeçados pelo Serviço Social, que zelam pela resolutividade das ações de saúde, quanto de natureza individual/emergencial, decorrentes da precarização das condições de vida e de trabalho da população, engendrada pela atual política econômica do governo. As demandas emergenciais revelam, portanto, o caráter excludente da política de assistência social e o comprometimento das demais políticas sociais.

Mesmo diante dessa contradição, verificou-se que o Serviço Social do Hospital Universitário de Juiz de Fora orienta suas ações, pautando-se no projeto ético-político profissional, que prioriza os interesses dos usuários, buscando, ainda, no dia-a-dia profissional, imprimir novos rumos às relações inter-profissionais e institucionais com vistas à efetivação de novos modelos de atenção à saúde, através de uma postura participativa e questionadora nesse espaço, utilizando-se de sua relativa autonomia.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, A.G.C.; CAVALCANTE, G.M.M.; LINS, M.A.T. *A inserção dos assistentes sociais em instituições de saúde: tendências do mercado de trabalho profissional*. Trabalho apresentado no X ENPESS (Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social), no eixo temático 2: Formação Profissional e o Processo Interventivo do Serviço Social. Recife, 04 a 08 de dezembro de 2006.

ANTUNES, R. (org.) *A dialética do trabalho - escritos de Marx e Engels*. São Paulo: Expressão Popular, 2004.

BARBOSA, P.R. Gestão em saúde: o desafio dos hospitais como referência para inovações em todo o sistema de saúde. In: *Saúde e democracia – a luta do CEBES*. São Paulo: Hucitec, p.143-161, 2002.

BRAVO, M.I.S. *Serviço Social e Reforma Sanitária: lutas sociais e práticas profissionais*. São Paulo/Rio de Janeiro: Cortez/UFRJ, 1996.

BORDIN, R., SILVA, J.O. Educação em saúde. In: DUNCAN, B.B., SCHIMIDT, M.I., GIUGLIAN E.R.J. (org.). *Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária*. 2ª ed. Porto Alegre, p. 61-64, 1996.

CAMPOS, G.W. Saúde pública e saúde coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n.2, 2000.

CATTANI, A.D. (org.) *Trabalho e tecnologia – dicionário crítico*. Petrópolis: Vozes; Porto Alegre: Ed. Universidade, 1997.

CECÍLIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: MATTOS, R.A.; PINHEIRO, R.P., *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Niterói: IMS – UERJ, ABRASCO, 2001.

COSTA, M.D.H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, ano XXI, n. 62, p. 35-72, mar. 2000.

FRIEDRICH, D.B.C. *Trabalho, trabalho em saúde, trabalho em equipe: uma visão contemporânea*, 2004. Apostila apresentada em sala de aula pela disciplina "Processo de trabalho" do Curso de Especialização "Política e Pesquisa em Saúde Coletiva".

IAMAMOTO, M.V. *Serviço social na contemporaneidade - trabalho e formação profissional*. São Paulo: Cortez, 1998.

RIBEIRO, R.S., SIMÕES, N.L.E., TEIXEIRA, R.P., VAZ, C.P. *Levantamento sobre o mercado de trabalho do assistente social em Juiz de Fora*, Juiz de Fora: CRESS/6ª Região, 2005.

MARTINELLI, M.L. Serviço social em hospital-escola: uma espaço diferenciado de ação profissional. *Serviço Social e Saúde*, Campinas: v. 1, n. 1, p.1-11, 2002.

MATOS, M.C.M. O debate do serviço social na saúde nos anos 90. *Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, ano XXIV, n. 74, jul. 2003.

MATTOS, R.A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos In: MATTOS, R.A.; PINHEIRO, R.P. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Niterói: IMS – UERJ, ABRASCO, 2001.

MEHRY, E.E. *Saúde: cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.

PIRES, D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Confederação Nacional dos Trabalhadores em Seguridade Social, Annablume, 1998.

SERVIÇO SOCIAL DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. *Plano de trabalho - 2004*. Juiz de Fora, 2004. Manuscrito.

SEVERINO, A.J. Subsídios para uma reflexão sobre novos caminhos da interdisciplinaridade. In: SÁ, J.L.M. (org.) *Serviço social e interdisciplinaridade*. São Paulo, p.11-21, 1989.

STEPHAN-SOUZA, A.I. A interdisciplinaridade e o trabalho coletivo em saúde. *Revista de Atenção Primária*. Juiz de Fora, ano II, n. 2, p. 10-14, dez. 2001/maio 2002.

\_\_\_\_\_; MOURÃO, A.M.A. A construção do trabalho em equipe: uma tarefa do coletivo dos profissionais de saúde. *Revista de Atenção Primária*. Juiz de Fora, ano IV, n 9, p.35-37, dez.2001/maio 2002.

VASCONCELOS, A M.. *A prática do serviço social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde*. São Paulo: Cortez, 2002.