



## As expressões das desigualdades sociais e econômicas no contexto da UTI Adulto: desafios profissionais à integralidade do cuidado

*The expressions of social and economic inequalities in the context of the Adult ICU: professional challenges to integral care*

**Maria Márcia de Oliveira Freire<sup>1</sup>**

[orcid.org/0000-0001-5608-4205](https://orcid.org/0000-0001-5608-4205)  
[mariamarcia\\_oliveira@hotmail.com](mailto:mariamarcia_oliveira@hotmail.com)

**Edla Hoffmann<sup>1</sup>**

[orcid.org/0000-0003-3431-9688](https://orcid.org/0000-0003-3431-9688)  
[edlahoff@gmail.com](mailto:edlahoff@gmail.com)

**Adriana Paula da Silva**

**Eleutério<sup>1</sup>**

[orcid.org/0000-0003-0941-5731](https://orcid.org/0000-0003-0941-5731)  
[adrianaeleuterio.as@gmail.com](mailto:adrianaeleuterio.as@gmail.com)

**Recebido em:** 6/4/2020.

**Aprovado em:** 17/9/2020.

**Publicado em:** 23/12/2020.

**Resumo:** Esse artigo objetiva problematizar elementos das expressões das desigualdades sociais e econômicas evidenciadas no contexto da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), destacando algumas estratégias construídas pela equipe multiprofissional para o enfrentamento às demandas sociais apresentadas pelos/as usuários/as tendo por escopo a integralidade do cuidado. É produto de uma pesquisa documental e de campo, orientada pelo método dialético-crítico e desenvolvida durante a Residência Multiprofissional (2017-2019). Caracteriza-se pela abordagem quantitativa e qualitativa, através da realização de entrevistas semiestruturadas com a equipe multiprofissional, e análise documental nos prontuários dos/as usuários/as da UTI, dados submetidos à técnica de Análise de Conteúdo. Os resultados apontam que a equipe multiprofissional da UTI Adulto do HUOL tem construído estratégias para o enfrentamento das demandas sociais, das quais se destacam as visitas e as intervenções multiprofissionais, e a inserção dessa equipe no processo de programação de alta da Unidade em questão, haja vista que são importantes estratégias para a integralidade da assistência. Contudo, nota-se que há necessidade de maior investimento na compreensão das condições sociais e econômicas atreladas ao adoecimento, agravamento do quadro clínico e internações hospitalares para contribuir na melhoria na organização dos processos de trabalho na UTI com vistas a qualificar o cuidado em saúde.

**Palavras-chave:** Desigualdade social e econômica. Trabalho multiprofissional. Integralidade do cuidado. Demandas sociais na UTI.

**Abstract:** This article aims to problematize elements of the expressions of social and economic inequalities evidenced in the context of the Adult Intensive Care Unit (ICU) of the Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), highlighting some strategies constructed by the multiprofessional team to face the social demands presented by the users with the scope of comprehensive care. It is the product of documentary and field research, guided by the dialectical-critical method and developed during the Multiprofessional Residence (2017-2019). It is characterized by a quantitative and qualitative approach, through semi-structured interviews with the multiprofessional team, and document analysis in the charts of the ICU users, data submitted to the Content Analysis technique. The results show that the multiprofessional team of the Adult ICU of HUOL has built strategies to face social demands, which include visits and multiprofessional interventions, and the insertion of this team in the discharge planning process of the Unit in question, given that are important strategies for comprehensive care. However, it is noted that there is a need for greater investment in understanding the social and economic conditions linked to illness, worsening of the clinical condition and hospital admissions to contribute to the improvement in the organization of work processes in the ICU with a view to qualifying health care.

**Keywords:** Social and economic inequality. Multiprofessional work. Integrality of care. Social demands in the ICU.



Artigo está licenciado sob forma de uma licença  
[Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), Natal, RN, Brasil.

## Introdução

O debate concernente à influência dos aspectos sociais e econômicos com o processo de adoecimento da população tem se tornado cada vez mais um tema necessário, a ser discutido nas instituições prestadoras dos serviços de saúde. Constantemente depara-se com situações de saúde que poderiam ter sido evitadas se houvesse uma assistência à saúde adequada. Dado que as condições de saúde da população provêm de um conjunto de fatores que se relacionam com a trajetória de vida das pessoas, dos quais se sobressaem os aspectos sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais etc. (BARATA, 2008).

No contexto brasileiro, percebe-se que a necessidade de maior assistência à saúde recai sobre parcela significativa das pessoas que pertencem aos grupos de menor nível socioeconômico. Contudo, essas são as que têm a menor probabilidade de usufruir desses serviços em tempo hábil, pois mesmo com o avanço no campo da saúde, as demandas<sup>2</sup> pelo serviço permanecem sendo mais elevadas que a oferta e os vazios assistenciais se apresentam como uma grande lacuna a ser superada para que de fato haja uma atenção à saúde<sup>3</sup> resolutiva (PORTO *et al.*, 2014). E, em decorrência da dificuldade de acesso<sup>4</sup> às estratégias de produção da saúde, grande parte da população tem sua inserção efetivada nos serviços com sua situação de saúde agravada, necessitando de uma intervenção com maior nível de complexidade e de capacidade tecnológica (BRASIL, 2009, 2011).

Diante do exposto, o artigo que segue se propõe a problematizar elementos referentes às expressões das desigualdades sociais e econômicas no contexto da Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto do Hospital Universitário Onofre

Lopes (HUOL), situado no município de Natal, estado do Rio Grande do Norte (RN), região Nordeste do Brasil, destacando algumas estratégias construídas pela equipe multiprofissional para o enfrentamento às demandas sociais apresentadas pelos/as usuários/as, tendo por escopo a integralidade do cuidado.

Nesse sentido, compreende-se que a escolha do locus de estudo e a temática abordada justifica-se pelo fato do Hospital Universitário Onofre Lopes ser considerado referência no Estado no que tange as diversas especialidades, tais como: Cardiologia, Nefrologia, Neurologia, Oncologia, Urologia, entre outras (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, 2016), o que permite maior ampliação na identificação dos fenômenos que interferem no processo de adoecimento dos/as usuários/as.

O interesse pela discussão surgiu por intermédio de uma das autoras, em sua inserção no Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (PRIMS), na área de concentração Terapia Intensiva Adulto. A partir da vivência prática com a realidade social dos/as usuários/as atendidos/as nesse Hospital foi possível perceber as ocorrências das internações hospitalares e as fragilidades do seu contexto socioeconômico que impactam na continuidade do cuidado.

Este estudo é produto da pesquisa intitulada "As Expressões das Desigualdades Sociais e Econômicas em um Hospital Universitário de Alta Complexidade no Município de Natal/RN", aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes<sup>5</sup> (CEP/HUOL). Caracteriza-se como um estudo misto, sob abordagem quantitativa e qualitativa, pois é possível compreender as variáveis que permeiam a vida dos indivíduos e procura reconhecer sua singularidade. Fundamentou-se pelo método

<sup>2</sup> As demandas, a rigor, são requisições técnico-operativas que, através do mercado de trabalho, incorporam as exigências aos sujeitos demandantes. Em outros termos, elas comportam uma "teleologia" dos requisitantes a respeito das modalidades de atendimento de suas necessidades. Por isso mesmo, a identificação das demandas não encerra o desvelamento das reais necessidades que as determinam (MOTA; AMARAL, 2010, p. 25).

<sup>3</sup> É tudo que envolve o cuidado com a saúde do ser humano, incluindo as ações e serviços de promoção, prevenção, reabilitação e tratamento de doenças (BRASIL, 2009, p. 41).

<sup>4</sup> Refere-se à oportunidade de utilizar os serviços de saúde e à capacidade de tomada de decisões quanto ao uso desses serviços, pois além da oportunidade objetiva de uso, os indivíduos e as comunidades devem ter autonomia para utilizar os serviços em conformidade com o contexto que estão inseridos (THIEDE; AKWEONGO; MCLNTYRE, 2014).

<sup>5</sup> Pesquisa aprovada por meio do Parecer Consubstanciado n.º 2.685.413 – CAAE: 89038318.2.0000.5292, emitido no dia 30 de maio de 2018. Tal pesquisa foi realizada em conformidade com as determinações da Resolução n.º 510, de 07 de abril de 2016, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), a qual trata sobre a Ética na Pesquisa na área de Ciências Humanas e Sociais.

dialético-crítico, caracterizando-se pela procura constante da essência dos fenômenos, por meio do reconhecimento do movimento da sociedade que é intrínseco à realidade social dos sujeitos; e, nesse constante movimento, é fundamental compreender as contradições presentes e buscar mecanismos para a sua superação através de um olhar crítico da realidade que se apresenta na vida cotidiana (GIL, 1987; PRATES, 2012).

A pesquisa em questão teve como objetivo geral analisar as condições sociais e econômicas dos/as usuários/as internados/as na UTI Adulto do HUOL que contribuem para o agravamento do quadro clínico e das internações hospitalares, o qual se desdobrou em 3 (três) objetivos específicos, a saber: a) caracterizar as condições sociais e econômicas dos usuários/as internados/as na UTI Adulto do HUOL; b) identificar quais as principais causas de internações na UTI Adulto e a clínica médica ou cirúrgica que mais interna na UTI Adulto; e c) analisar o trabalho da Equipe Multiprofissional da UTI Adulto mediante as demandas sociais dos/as usuários/as.

A pesquisa se desenvolveu em três etapas, inicialmente por meio da **revisão de literatura**, realizada em materiais que discutem assuntos relevantes para o estudo, tais como: saúde coletiva, desigualdade social e econômica, condições sociais, entre outras. Posteriormente, a **pesquisa documental**, realizada a partir da coleta de dados em instrumentos normativos, documentos institucionais, prontuários dos/as usuários/as internados/as na UTI Adulto do HUOL no período de julho de 2017 a julho de 2018 etc.; e, por fim, a **pesquisa de campo in loco** na UTI Adulto do HUOL, por meio de entrevistas semiestruturadas, norteadas por um formulário contendo questões fechadas e abertas, aplicadas aos profissionais e residentes vinculados à UTI Adulto.

Nessa perspectiva, para a realização da coleta documental, foram incluídos no estudo os/as usuários/as admitidos/as na UTI Adulto durante o período de inserção de uma das pesquisadoras do artigo na Unidade de Atenção estudada (julho/2017), até o início do segundo semestre de 2018 (julho/2018). Para tanto, se fez necessário

um tempo de internação de usuários/as igual ou superior a duas semanas (14 dias), com idade entre 15-90 anos, uma vez que muitos usuários/as advindos/as das cirurgias internam na UTI para estabilização do quadro clínico e em seguida recebem alta para as enfermarias responsáveis por sua situação de saúde. Dessa forma, foram analisados 71 (setenta e um) prontuários.

Para a realização da coleta da pesquisa documental foi elaborada uma planilha no Programa da Microsoft (Excel) com variáveis relevantes para estudo, das quais se destacam o grau de escolaridade; a profissão; o tipo de moradia; a composição familiar; a renda familiar; a situação de saúde/diagnóstico clínico; o tempo de internação; a alta/óbito; entre outras variáveis consideradas relevantes para o estudo. E, posteriormente, os dados coletados foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo, a qual avaliou a frequência das variáveis descritas acima (FLICK, 2009; PRATES; PRATES, 2009; BARDIN, 2011).

A coleta de dados da etapa de campo contemplou um universo composto pelas categorias profissionais de nível superior atuantes na UTI Adulto: Enfermagem 21 (vinte e um), Farmácia 01 (um), Fisioterapia 10 (dez), Medicina 25 (vinte e cinco), Nutrição 01 (um), Psicologia 01 (um) e Serviço Social 01 (um) e 01 (um) residente de cada categoria profissional que integra o Programa de Residência Multiprofissional e Médica, desde que estivessem realizando o rodízio/estágio nesse cenário de prática no período da pesquisa.

Portanto, a amostra foi composta por 09 (nove) profissionais, definida pela probabilística aleatória simples, por sorteio simples – Enfermagem 03 (três), Fisioterapia 02 (dois) e Medicina 04 (quatro) – e, através da amostra não probabilística intencional em se tratando dos demais profissionais, responsáveis pela atividade na Unidade pesquisada – Farmácia 01 (um), Nutrição 01 (um), Psicologia 01 (um) e Serviço Social 01 (um), acrescida de 01 (um) profissional residente de cada categoria supracitada atuante na UTI Adulto do HUOL –, totalizando 20 (vinte) sujeitos de pesquisa. Os dados coletados na etapa de campo foram submetidos à técnica de Análise de Conteúdo, a

qual consiste em um conjunto de técnicas que tem por escopo a obtenção de informações pertinentes ao estudo (BARDIN, 2011).

Diante do exposto, o artigo encontra-se organizado em 04 (quatro) seções, as quais propõem apontar os principais elementos referentes à discussão anunciada. A **primeira seção**, a introdução, apresenta brevemente a temática, a importância e as contribuições do estudo, objetivo e percurso metodológico referente à pesquisa; a **segunda seção** objetiva apontar de forma sistemática o contexto da UTI Adulto do HUOL, por meio da caracterização do serviço e da equipe multiprofissional atuante na referida Unidade de Atenção; a **terceira seção** elenca elementos acerca das condições sociais e econômicas dos/as usuários/as, destacando os rebatimentos no processo de adoecimento da população internada na UTI Adulto; e, por fim a **quarta seção**, que aponta e problematiza as demandas sociais e as estratégias de enfrentamento da equipe multiprofissional da UTI Adulto a partir da necessidade do/a usuário/a, seguida das considerações finais e do fechamento do artigo.

### Contexto da UTI Adulto do HUOL: caracterização do serviço e da equipe multiprofissional

A Unidade de Terapia Intensiva se constitui como uma área destinada a usuários/as graves, que necessitam de atenção profissional especializada de forma contínua, com o usufruto de materiais e de tecnologias específicas que permitam a realização de diagnóstico, monitorização e uso de terapias necessárias para prolongar a vida. É normatizada pela Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) n.º 7, de 24 de fevereiro de 2010, e n.º 26, de 11 de maio de 2012, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), as quais dispõem acerca dos requisitos mínimos para funcionamento de uma UTI e dá outras providências (BRASIL, 2010, 2012; DRAGOSAVAC; ARAÚJO, 2014).

Conforme descrito na RDC n.º 7/2010, a UTI Adulto é um espaço designado à assistência

de usuários/as com idade igual ou superior a 18 anos, tendo possibilidade de admissão de usuários/as entre 15 a 17 anos definidos em consonância com as normas institucionais. Essa Unidade de Atenção deve dispor de recursos humanos e materiais, de acesso a recursos assistenciais, de infraestrutura física, de organização dos processos de trabalho, de transporte de usuários/as com acompanhamento contínuo, de gerenciamento de riscos e notificação de eventos adversos, de prevenção e controle de infecções relacionadas à assistência à saúde, de avaliação, dentre outros recursos, que proporcionem a melhoria da assistência prestada (BRASIL, 2010, 2012; DRAGOSAVAC; ARAÚJO, 2014).

A UTI Adulto do HUOL tem uma demanda ampla e complexa, uma vez que dispõe apenas de 19 leitos, divididos das seguintes formas: leitos de 01 a 04 (Cirúrgica) – designados para a admissão de usuários/as do pós-operatório imediato, os/as quais se submeteram a cirurgias oncológicas, neurológicas, urológicas etc., e necessitam de suporte intensivo no período mínimo entre 24 a 48 horas, podendo se prolongar, a depender da condição clínica do/a usuário/a; leitos de 05 a 15 (Geral) – indicados para usuários/as com Insuficiência Cardíaca Congestiva (ICC); doenças reumáticas, neoplasias, aneurismas, quadro de sepse etc.; leitos de 16 a 19 (Cardiológica) – reservados, prioritariamente, a usuários/as submetidos/as a cirurgias cardíacas eletivas, pós-operatório imediato das angioplastias e cateterismos (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES, 2016).

Desse modo, é possível inferir a partir da coleta de dados da pesquisa que as clínicas com maior índice de internação na UTI Adulto do HUOL, conforme descrito por um dos sujeitos da pesquisa são:

[...] a Neurocirurgia, Cirurgias Cardíacas, Cirurgias Oncológicas, Cirurgias de grande porte, como duodenopancreatectomia, geralmente como seqüela de neoplasia de pâncreas ou neoplasia de vias biliares... e dos pacientes clínicos, [...] sepse, é a principal causa (Entrevistado/a 12, informação verbal).<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Os/as profissionais de saúde entrevistados/as serão tratados/as de forma anônima, indicados/as com números cardinais para preservar suas identidades.

Além dessas clínicas, tem-se a Nefrologia, Hematologia e Pneumologia, as quais também têm um índice considerável de internações, sendo essas internações oriundas das enfermarias quando acontece uma intercorrência e o/a usuário/a necessita de um suporte intensivo.

Para que o trabalho desenvolvido nessa Unidade de Atenção seja realmente resolutivo, faz-se necessário que a assistência ocorra de forma contínua e por todas as categorias profissionais, cada uma com sua particularidade.<sup>7</sup> Nesse sentido, é fundamental pensar o cuidado em saúde para além das intervenções clínicas, pois o processo de internação hospitalar envolve diversos fatores que precisam ser analisados de forma peculiar, visto que repercute não somente nas pessoas internadas, familiares e/ou visitantes, mas também na equipe que presta o serviço.

Desses fatores, destaca-se o **estresse**. A UTI é reconhecida como um ambiente, por natureza, estressante. Nesse espaço os/as usuários/as e profissionais vivenciam um processo contínuo de desconforto motivado pelas características do próprio ambiente, tais como: a quantidade de equipamentos em uso, os ruídos frequentes, o nível de luminosidade, a rotina intensa no desenvolvimento das ações, a realização constante de procedimentos invasivos, climatização – geralmente muito fria etc. (ROSA, 2014).

Além disso, as pessoas ainda são expostas ao isolamento social, uma vez que durante a internação ficam impossibilitadas de estabelecer contato com o meio externo, como por exemplo, através da proibição do uso do aparelho celular – por causa dos dispositivos que são conectados para auxiliar no tratamento e o risco de infecções. Ademais, há uma quantidade restrita de visitas em horários curtos e específicos e, os/as usuários/as ficam muito tempo acamados/as, com pouca possibilidade de deslocamento (ROSA, 2014).

É importante destacar que mesmo com as limitações próprias do processo do cuidado na UTI, é imprescindível que os/as usuários/as sejam vistos/as para além do adoecimento, que sejam percebidos/as na concepção do conceito

ampliado de saúde, levando em conta o contexto socioeconômico, ambiental e cultural em que estão inseridos/as, pois a partir dessa compreensão é possível identificar qual a melhor alternativa na prestação do serviço. Atuando nessa concepção, o/a usuário/a pode se tornar protagonista do processo do cuidado em saúde, através da ampliação da autonomia e do cumprimento da vontade das pessoas envolvidas, valorizando e incentivando sua atuação na produção de saúde, conforme preconiza a Política Nacional de Humanização (PNH) do SUS (BRASIL, 2013).

Conforme a RDC n.º 7/2010 em sua Seção IV, Artigo 18, que versa sobre o acesso a recursos assistenciais, esses devem ser compostos por aportes nutricional, farmacêutico, fonoaudiológico, psicológico, odontológico, social, clínico etc. e, devem ser garantidos (à beira leito) com recursos próprios ou terceirizados, apontando para a perspectiva do cuidado. E, para que isso ocorra é **fundamental que sempre haja um processo de qualificação do trabalho coletivo**, pois todo/a usuário/a deve receber assistência integral e de forma interdisciplinar, tendo a discussão da sua situação de saúde analisada em conjunto, de forma multiprofissional, no intuito de programar a melhor forma de intervenção possível, visando à particularidade da situação e das pessoas envolvidas (BRASIL, 2010, 2012; DRAGOSAVAC; ARAÚJO, 2014).

Nesses aspectos, conforme a pesquisa de campo em relação à **formação profissional da equipe de saúde**, obteve-se como resultado dados relevantes que merecem ser enfatizados, pois foi possível identificar que 100% dos/as profissionais entrevistados/as já cursaram e/ou estavam cursando algum curso de pós-graduação, dos quais destacam-se Especialização em Gestão Pública; Gestão de Saúde Pública; Gestão da Qualidade Total; Saúde do Adulto; Residência em Cardiologia; Clínica Médica e, principalmente, em Terapia Intensiva, o que se apresenta como um potencial importante no que tange ao processo de **formação profissional e de qualificação no e do serviço**, bem como para a explanação

<sup>7</sup> Diz respeito aos desdobramentos da inserção profissional na divisão sociotécnica do trabalho e suas características históricas (MONTAÑO, 2009).

dos resultados dessa pesquisa, pois trata-se da ênfase na Terapia Intensiva Adulto.

Destacam-se que dos/as 20 (vinte) participantes da pesquisa, 60% (12) dos/as profissionais – cursaram a Residência nessa área de concentração específica, o que proporciona uma melhor qualificação dos serviços prestados nessa Unidade de Atenção à Saúde, visto que são abordadas temáticas específicas que auxiliam na identificação e na intervenção da demanda apresentada na Unidade de Atenção em questão.

O resultado descrito acima pode ser considerado como reflexo das iniciativas tomadas pelo Ministério da Saúde (MS) e do Ministério da Educação (MEC) em parceria com as demais instâncias, as quais buscam alternativas de qualificar profissionais para atuar no SUS, através dos cursos de pós-graduação (especializações, residências, mestrado – profissional/acadêmico – e doutorado). É sabido que em sua maioria, os/as profissionais são inseridos/as nos serviços para cumprir funções assistenciais. No entanto, no decorrer da atuação percebem a necessidade de buscar alternativas de atuação (AKERMAN; FEUERWERKER, 2012), conforme descrito por um sujeito de pesquisa:

[...] eu fiz [...] Gestão Pela Qualidade Total [...] MBA em Auditoria, [...] e fiz o de Cardiologia! Porque como já trabalhava muito tempo e o mercado estava exigindo [...] eu fiz a pós em Cardiologia (Entrevistado/a 1, informação verbal).

Além da afirmativa anteriormente descrita, evidencia-se que, no ano de 2005, o Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde, foi criado por meio da Lei n.º 11.129, de 30 de junho de 2005, Portaria Interministerial n.º 1.077, de 12 de novembro de 2009, e demais Resoluções advindas da Comissão Nacional de Residência Multiprofissional de Saúde (CNRMS). E, tal Programa vem se firmando como um espaço de formação/capacitação profissional para o SUS. Contudo, ainda com inúmeros desafios a serem superados (MOURÃO *et al.*, 2009).

Ressalta-se que apesar da Residência em Saúde inaugurar a modalidade de ensino em serviço no campo das políticas públicas de saúde, com o escopo de qualificar trabalhadores/as para o desenvolvimento de intervenções qualificadas

em suas áreas específicas, os principais desafios têm sido o rompimento (efetivo) com as práticas hierárquicas; a imediatividade das intervenções que dificulta a reflexão crítica acerca da situação vivenciada pelos/as usuários/as e profissionais; a precarização dos espaços ocupacionais, vínculos profissionais e sobrecarga de trabalho; a fragilidade da gestão dos serviços; e a falta de organização dos processos de trabalho (REIDEL *et al.*, 2018).

As problemáticas anteriormente citadas refletem diretamente no profissional residente, pois diante do contexto apresentado, esse tem sofrido com a exaustiva carga de trabalho que tem provocado seu esgotamento físico e mental. E, mesmo a Residência tendo o objetivo de qualificar os/as trabalhadores/as para SUS, esse não desenvolve uma política de fixação dos profissionais egressos dos Programas de Residência para trabalhar no sistema público de saúde, o que tem feito com que parcela significativa de profissionais sejam inseridos/as nos serviços privados, o que vai de encontro com o objetivo da criação dos Programas (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2017; REIDEL *et al.*, 2018).

Em se tratando do ano de formação profissional dos/as entrevistados/as e, a instituição formadora, destaca-se uma variação entre o período de 1993 a 2016, em que a maioria, 80% (16) se formou nos anos 2000, sendo o último ano (2016), descrito pelos/as residentes, os/as quais se encontravam em processo de formação. No que tange às instituições formadoras, tem-se que 85% (17) profissionais se formaram em universidades públicas e apenas 15% (03) em instituições da rede privada. Tal resultado evidencia que apesar da expansão das instituições de ensino privado voltadas para o setor saúde – em decorrência da lei de mercado de oferta e procura –, uma quantidade expressiva dos sujeitos de pesquisa teve como instituição formadora universidades públicas (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2008; BRASIL, 2010). Historicamente, são as universidades públicas que têm sido centros de excelência em pesquisa, ciência e tecnologia, além da produção de conhecimento e da formação de profissionais de diversas áreas. Tudo isso, em um contexto de cortes e sem investimentos na educação pública.

Ainda sobre a formação profissional, os dados expostos evidenciam a importância da formação continuada, por meio dos cursos de pós-graduação, cursos de aperfeiçoamento/treinamentos etc., pois, os/as participantes da pesquisa, consideram a realização dessas atividades como formas imprescindíveis de melhoria e de qualificação do serviço prestado, conforme descrito na fala a seguir:

[...] como é uma UTI [...] sempre é mais estressante [...]. Então, a gente sempre trabalha [...] fazendo de tudo para que [...] a assistência seja feita [...] da melhor forma possível [...] sempre procura chamar os/as meninos/as para fazer treinamentos [...] em relação a mudança para melhoria [...] eu acho que é só treinamentos mesmo [...] quanto mais treinamentos [...] incentivos que puder ser feito para os funcionários [...] as coisas possam fluir até melhor (Entrevistado/a 2, informação verbal).

Vale ressaltar que a formação em saúde se constitui como um processo fundamental para o desenvolvimento do sistema de saúde. Esse trabalho tem como base, necessariamente, o elemento humano, isto é, na sua capacidade de sentir, refletir, agir, pensar, colocar-se no lugar do outro, entender o processo que levou ao adoecimento etc. Ademais, o processo de formação em saúde em âmbito universitário enfrenta diversas problemáticas no que tange, principalmente, aos aspectos pedagógicos, que reflete diretamente na assistência prestada, uma vez que tal formação, ainda se dá de forma compartimentalizada, com métodos de transmissão de conhecimento vertical e incentivo à especialização de forma precoce (CAMPOS; AGUIAR; BELISÁRIO, 2008).

Acerca da carga horária exercida pelos/as profissionais que prestam assistência à UTI Adulto do HUOL, tem-se que 100% (03) dos/as profissionais enfermeiros/as entrevistados/as desenvolvem suas atividades com carga horária de 36 horas semanais, sendo organizada por turno de trabalho (manhã ou tarde, e noturno, quando necessário) ou

plantões de 12 horas (diurno), tendo outros profissionais fazendo a cobertura assistencial no período noturno, uma vez que conforme a RDC n.º 26/2012, que altera os incisos III e V da RDC n.º 7/2010, em cada turno deve existir pelo menos 01 (um) enfermeiro assistencial para cada 10 (dez) leitos.

Nesse sentido, essa categoria profissional acaba exercendo seu trabalho em turnos mais extensos, daí a necessidade de o quadro profissional ser tão ampliado em relação a outras categorias com menor representatividade, visto que o desenvolvimento das suas ações deve ser 24 horas. Quanto aos profissionais médicos, tem-se que 75%, o que corresponde a 03 (três) profissionais, atuam com regime de 24 horas (plantões diurnos ou noturnos) e apenas 25%, que se refere a 01 (um) profissional, com carga horária de 20 horas semanais.

Essa diferenciação de carga horária tem como principal motivador, o vínculo empregatício, pois os que cumprem jornada de 24 horas são profissionais com o vínculo regulado pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), ou seja, são os profissionais vinculados a Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares<sup>8</sup> (EBSERH) e o/a profissional que cumpre a carga horária de 20 horas, pertence ao Regime Jurídico Único (RJU). Essa categoria profissional por compor a equipe assistencial mínima também se faz presente no período diurno e noturno (24 horas) e, é dividida entre médicos/as plantonistas e diaristas (BRASIL, 2010, 2012; DRAGOSAVAC; ARAÚJO, 2014).

Referente aos profissionais da Farmácia e da Psicologia, visualizou-se que esses desempenham suas atividades com carga horária de 40 horas semanais (8 horas diárias e plantões de 12 horas); os/as profissionais da Fisioterapia, da Nutrição e do Serviço Social, com 30 horas semanais (6 horas diárias e plantões de 12 horas). Ressalta-se que das categorias acima, a Fisioterapia é a única que

<sup>8</sup> Regulamentada pela Lei n.º 12.550/2011 – tem sido considerada o mais profundo “golpe” ao sistema hospitalar público brasileiro, o qual é composto por 45 Hospitais Universitários (HUs). Sob o pretexto de “regularizar” a situação dos trabalhadores terceirizados, o Estado aprovou a transferência da gestão e da execução de todo esse complexo hospitalar por prazo indeterminado à EBSERH, uma “empresa pública unipessoal”, criada “com personalidade jurídica de direito privado e patrimônio próprio, vinculada ao Ministério da Educação” (art. 1º). Assim como as demais modalidades antes citadas, a legislação referente à EBSERH torna indisfarçável seu caráter privatista. Em sua fonte orçamentária, fundo público é interpretado como capital social e tem um duplo acesso: seja via “recursos oriundos de dotações consignadas no orçamento da União, bem como pela incorporação de qualquer espécie de bens e direitos suscetíveis de avaliação em dinheiro” (art. 2º) (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2017, p. 19).

compõe a equipe mínima prevista nas Resoluções que estabelecem os padrões de funcionamento da UTI. No entanto, as demais categorias profissionais não são consideradas menos importantes, uma vez que as demandas surgem o tempo todo e, por não ter o serviço no plantão noturno as pendências acabam ficando para dar resolutividade em momentos posteriores. Porém, diversas dessas demandas estão relacionadas às condições sociais de usuários/as, expressam necessidades imediatas que deveriam ser supridas tão logo evidenciadas. São atendidas por profissionais que não compõem a equipe mínima prevista da UTI, mas são indispensáveis diante dessas demandas.

Por fim, tem-se os profissionais residentes (multiprofissional e médica), os quais independentemente de categoria profissional, exercem 60 horas semanais, com pelo menos 02 plantões nos finais de semana de 12 horas, pois de acordo com o regulamento da residência a carga horária é dividida da seguinte forma: 1.152 horas (20%) dedicadas às atividades teóricas e 4.608 horas (80%) às atividades práticas e teórico-práticas (nos serviços do hospital sede e em instituições prestadoras de assistência à saúde que disponha da área de concentração a qual o/a residente está vinculado), totalizando, assim, 5.760 horas, cumpridas em 60 horas semanais (BRASIL, 2014).

Ademais, apesar da carga horária ser extensa e a procura pela inserção nesses Programas ter sofrido um aumento significativo nos últimos anos, essa ampliação não tem sido acompanhada por um processo de qualificação dos/as profissionais envolvidos/as (tutores/as e preceptores/as) e nem mesmo foi desenvolvido um mecanismo de inserção de profissionais residentes para o trabalho no SUS, sendo a maioria dos/as profissionais, absorvidos/as pelo setor privado (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2017).

### As condições sociais e econômicas: rebatimentos no processo de adoecimento da população internada na UTI Adulto

Ao longo de décadas, a política de saúde brasileira vem sendo pauta de discussões relacionadas

à assistência à saúde e, nesse contexto, enfrenta mudanças na sua estrutura de funcionamento, o que promove alterações que refletem diretamente na saúde dos/as usuários/as, uma vez que eles/as dependem da sua organização para ter sua necessidade de saúde atendida. Vale destacar que a política de saúde se encontra na interface entre o **Estado**, por meio da definição de normas e de obrigações, no recolhimento e nas alocações de recursos etc.; a **Sociedade**, através do financiamento como o pagamento dos impostos e das contribuições; e o **Mercado**, na produção dos insumos, na prestação de serviços e na formação dos recursos humanos (FLEURY; OUVÉRY, 2008).

Nesse sentido, os serviços de saúde se encontram estruturados em 03 (três) níveis de atenção crescente, quais sejam: o nível primário (Atenção Básica), o nível secundário (Média Complexidade) e o nível terciário (Alta Complexidade). No entanto, mesmo com a existência desses serviços, muitos usuários/as chegam ao nível terciário devido à ausência da assistência do nível primário, principalmente, por causa da falta de acesso aos serviços – ocasionado por sua má distribuição –, regiões desassistidas em relação a outras, insuficiência de recursos humanos e materiais e, muitos outros elementos que têm relação direta com o processo de adoecimento da população. Visto que os modos de vida em sociedade produzem padrões de adoecimento e de manutenção da saúde com inúmeras variações, a depender do contexto que os indivíduos estão inseridos (BARATA, 2008; BRASIL, 2009).

No contexto da UTI Adulto do HUOL, é possível identificar aspectos sociais e econômicos que se relacionam com o adoecimento da população, pois quando os/as profissionais foram questionados/as sobre a relação da condição social e econômica dos/as usuários/as atendidos/as no HUOL com o processo de adoecimento, agravamento do quadro clínico e internações hospitalares, 100% dos/as entrevistados/as afirmaram perceber alguma relação entre esses processos. Estabeleceram como principal desencadeador a dificuldade de **acesso aos serviços da rede básica de saúde**, sobretudo, para o desenvol-



vimento das ações de promoção da saúde e de prevenção de doenças e agravos. Essa situação foi descrita nas falas a seguir:

[...] tem uma relação direta! Porque, o que nós observamos é que a maioria das doenças que acometem aqueles pacientes poderiam ser tratadas na Atenção Básica de forma inicial [...] não precisaria ter chegado em um estágio mais avançado [...] evoluir para uma doença que não tem mais possibilidade terapêutica de cura (Entrevistado/a 4, informação verbal).

[...] muitas vezes o paciente chega a UTI por falta de assistência básica, então, o problema de saúde vai se agravando, se agravando e aí culmina com a internação na UTI (Entrevistado/a 14, informação verbal).

Sim! Isso é perceptível [...] no caso de UTI está relacionado com dificuldade de acesso aos serviços de saúde (Entrevistado/a 19, informação verbal).

Diante do exposto e baseado no entendimento acerca do acesso, é importante considerar que o conceito de **acesso aos serviços de saúde** pode ser compreendido em uma dimensão multifacetada. Em linhas gerais, o acesso pode ou não ser traduzido através do uso do serviço. Sendo que esse deve estar vinculado com o princípio da equidade, visto que a equidade pode ser considerada como a base do serviço. Nessa perspectiva, é possível afirmar que o **conceito de acesso**, tem como fundamento 03 (três) dimensões, a saber: a) **disponibilidade**, que diz respeito à questão de estar ou não com o serviço disponível em locais, horários adequados e acessíveis a quem necessita, quantidade e qualidade necessária; b) **viabilidade financeira**, que se refere ao "grau de adequação" entre o uso e a capacidade de pagamento dos indivíduos, envolve os riscos e os custos financeiros da doença, o papel do sistema de saúde (SUS) em proteger indivíduos, famílias e comunidades e; c) **aceitabilidade**, que é a natureza da prestação de serviços e a forma como os indivíduos a percebem, relaciona-se ao respeito, ao grau de adequação entre atitudes e comportamentos, entre prestadores e usuários/as, além das expectativas na organização dos serviços (THIEDE; AKWEONGO; MCLNTYRE, 2014).

Associado à dificuldade de acesso à rede bási-

ca de saúde, outros elementos foram elencados como problemáticas resultantes do quadro de saúde da população e, de forma mais expressiva tem-se aspectos referentes à **ausência de recursos financeiros para custear o tratamento**, tais como: condições de uso adequado da medicação; alimentação saudável, hábitos e estilo de vida, acompanhamento clínico após o diagnóstico; vínculo empregatício do/a usuário/a, distância para a realização do tratamento/acompanhamento – em caso de usuários/as que não residem em Natal, RN, entre outros elementos. As falas a seguir ilustram essa questão:

Sem dúvida! [...] o fator social e econômico eu acho que tem muita influência, porque muitos nem fazem o uso direito da medicação em casa e, por não usar corretamente, [...] a tendência é reinternar (Entrevistado/a 1, informação verbal).

[...] algumas complicações, principalmente, das valvulopatias que nós vemos muito aqui, tem uma relação muito íntima com a questão de deixar de fazer o acompanhamento, deixar de usar a medicação [...] e aí o paciente chega na UTI (Entrevistado/a 7, informação verbal).

A discussão sobre **desigualdade social em saúde** geralmente faz referência a situações que implicam algum grau de injustiça, ou seja, trata-se de questões referentes às características sociais que alguns grupos são submetidos, situações essas que os colocam em desvantagem em relação aos demais e contribuem para que a oportunidade de ser ou se manter sadio seja cerceada por diversas circunstâncias (BARATA, 2009).

Por essas razões é que as demandas da sociedade em relação à saúde aumentam e têm ficado cada vez mais complexa na contemporaneidade (CARVALHO; CECCIM, 2014). O interesse em discutir as relações entre o contexto socioeconômico e a saúde tem ressurgido tanto no debate acadêmico, quando em pautas políticas, sobretudo, aquelas vinculadas à discussão da desigualdade social (BARATA, 2012).

Salienta-se que o Brasil é classificado como um país de alta e persistente desigualdade de renda e, essa desigualdade, possui uma extensa variação em conformidade com o território, gênero, cor ou raça/etnia e impacta na forma

como se dá o acesso aos serviços de saúde e a exposição dos sujeitos a fatores de risco, que estão vinculados aos determinantes sociais da saúde<sup>9</sup> (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2015, 2017). Ademais, faz-se necessário compreender esse fenômeno em uma visão multidimensional, pois a concepção de pobreza não se encontra alicerçada apenas a fatores econômicos, mas a fatores culturais, éticos, morais, espirituais etc. (SIQUEIRA, 2013).

Verifica-se que a pobreza evidenciada na contemporaneidade é estrutural e se caracteriza por ser o resultado do desenvolvimento da sociedade capitalista e, na mesma proporção em que o capitalismo tem a capacidade social de produzir riqueza, ele gera a pobreza (absoluta e relativa). Esse processo está relacionado, sobretudo, ao desenvolvimento da sociedade e das relações sociais estabelecidas entre os sujeitos participantes da sua (re)produção (SIQUEIRA, 2013).

Nessa concepção, pode-se afirmar que a pobreza absoluta é "facilmente aceita" entre os/as pesquisadores/as e a pela própria população, visto que existe uma relação direta e imediata entre a privação das necessidades básicas e de saúde. No entanto, a aceitação da pobreza relativa é mais difícil de ser compreendida, pois nessa é necessário pensar as relações em grupos, sem isolá-los dos efeitos, buscando uma mudança de perspectiva, principalmente, no campo teórico-metodológico. Desse modo, tem-se que as desigualdades assumem diferentes formas conforme a organização social e suas manifestações na sociedade (BARATA, 2012).

Nesses aspectos, com base no exposto e através de uma caracterização acerca do perfil de adoecimento dos/as usuários/as atendidos/as na UTI Adulto do HUOL, a coleta de dados documental aponta que dos 71 (setenta e um) prontuários analisados, 41% (29) dos/as usuários/as apresentaram como motivo da internação alguma situação de saúde relacionada às doenças cardiovasculares, tais como: infarto agudo do miocárdio; derrame pericárdico; aneurisma dis-

secante da aorta; estenose mitral, entre outras.

Desse total de prontuários analisados, 21,1% (15) apontaram como motivo das internações as neoplasias, das quais se destacam leucemia mieloide, neoplasia benigna do encéfalo, neoplasia maligna do corpo do estômago, pâncreas e em outras regiões. Em 9,8% (07) dos prontuários a insuficiência renal, foi a principal causa da internação. Outra clínica com uma representatividade significativa, trata-se da neurologia/neurocirurgia, a qual apresentou as seguintes situações de saúde: síndrome de Guillain-Barré; síndrome de Arnold-Chiari; acidente vascular encefálico; hemorragia subaracnóide etc., sendo essa última clínica responsável pelo total de 16,9% (12) das doenças. Destaca-se que outras clínicas, com representatividade menor, revelaram pneumonias, lúpus, erisipela, estenose da uretra e outras.

Tal representatividade das doenças cardiovasculares, neoplasias, nefrologia e neurologia/neurocirurgia, se explica pelo fato de o HUOL ser referência para essas especialidades. Por esse motivo, recebe usuários/as de todo o Estado, regulados/as através da Secretaria de Estado da Saúde Pública (SESAP). Além das condições de saúde supracitadas, muitos/as desses/as usuários/as chegam ao serviço com outras doenças associadas, tais como: hipertensão arterial sistêmica, diabetes Mellitus, doença pulmonar obstrutiva crônica, doença arterial periférica e as septicemias (infecções generalizadas), o que dificulta ainda mais o tratamento e corrobora para que a sua permanência no Hospital seja superior ao estimado.

Essa assertiva foi possível verificar através da coleta de dados documental. A partir dessa visualizou-se o tempo de permanência dos/as usuários/as no Hospital. Desse modo, tem-se os seguintes resultados: a permanência média no Hospital dos/as usuários/as é entre 18 dias (tempo mínimo) a 441 dias (tempo máximo), sendo que desses/as usuários/as, 43,6% (31) tiveram como desfecho o óbito, pois alguns/mas já foram inseridos/as na Instituição em processo de terminalidade de vida.

<sup>9</sup> Refere-se aos fatores sociais, econômicos, culturais, étnico/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco à população (BUSS; FILHO, 2007, p. 78).

Outro resultado relevante aponta que, dos 71 (setenta e um) prontuários analisados, verificou-se que mesmo após o investimento tecnológico adotado, não conseguiram ter a sua situação de saúde reabilitada, uma vez que já se encontravam em estado bastante crítico. No entanto, aqueles que conseguem obter alta hospitalar, ainda necessitam de cuidados após a alta.

Ao visualizar a realidade dos sujeitos foi possível afirmar que muitos direitos sociais se encontram sob violação, pois parcela da população enfrenta condições adversas que se apresentam como empecilhos para a melhoria da qualidade de vida e tais fatores se relacionam com o **baixo nível de escolaridade** e, conseqüentemente, com a **inserção precária no trabalho** – seja formal ou informal (MAGALHÃES *et al.*, 2013). Como pode ser visualizado na pesquisa, referente ao **Grau de Escolaridade** dos/as usuários/as atendidos/as na UTI Adulto do HUOL, tem-se que 21,1% (15) se descreveram como Não alfabetizados; 2,9% (02) Semialfabetizados; 9,8% (07) com Ensino Fundamental Completo; 35,2% (25) possuem Ensino Fundamental Incompleto; 15,5% (11) cursaram o Ensino Médio Completo; 1,4% (01) Ensino Médio Incompleto e, apenas 2,9% (02) tiveram acesso ao Ensino Superior; não obteve-se números de pessoas com Ensino Superior Incompleto e ainda teve 11,2% (08) sujeitos pesquisados cujo grau de escolaridade não foi descrito.

Esses resultados têm reflexo direto na **profissão** que os/as usuários/as exercem e na **renda familiar**, pois foi visualizado que esses/as têm um perfil diversificado, com a presença de pessoas não alfabetizadas; pessoas que cursaram o ensino fundamental (completo ou incompleto); ensino médio (completo ou incompleto) e superior (menor representativo) e, tais elementos são considerados importantes, pois auxiliam na compreensão da inserção desses/as na esfera produtiva, dos quais se destacam as seguintes profissões/ocupações: motorista, artesão/a, agricultor/a, pescador/a, auxiliar de costura, doméstica, professor/a, bibliotecário/a etc.

No que tange a renda familiar, verificou-se que dos 71 prontuários analisados, 18,4% (13)

das pessoas apresentaram renda composta por 01 salário mínimo; 42,3% (30) com variação de 01 a 02 salários mínimos; 9,8% (07) entre 02 a 03 salários mínimos; 7% (05) entre 03 a 04 salários mínimos; nenhuma com variação de 04 a 05 salários mínimos; apenas 1,4% (01) com renda acima de 05 salários mínimos; e 21,1% (15) não foi possível coletar a informação referente à renda por ser variável ou por não constar a informação no registro no prontuário. Vale destacar que as rendas descritas são provenientes de forma mais expressiva das **aposentadorias, pensões por morte, auxílio-doença, benefício de prestação continuada (BPC) e trabalho de familiares**.

Nesse sentido, percebe-se que no atendimento aos/às usuários/as se faz necessário a compreensão do contexto socioeconômico vivenciado por esses/as para que as situações que facilitam a sua exposição ao processo de adoecimento possam ser compreendidas e possam ser elaboradas **estratégias de enfrentamento político-institucional e intersetorial**, pois, assim, será possível a efetivação da continuidade do cuidado à saúde.

Outros elementos imprescindíveis para o entendimento dos rebatimentos no processo de adoecimento da população internada na UTI Adulto se referem ao **local e condições de moradia**, pois foi observado que 66,2% (47) dos/as usuários/as residem na cidade de Natal/RN e Região Metropolitana (Ceará-Mirim; Extremoz; Macaíba; Parnamirim etc.) e um quantitativo de 33,8% (24) das pessoas residentes nos seguintes municípios: Caicó; João Câmara; Montanhas; Mossoró; Ruy Barbosa etc. Contudo, apesar da diferença territorial esses vivem nas mais variadas **condições de moradia**, sendo que em sua maioria, residem em **casa própria, com estrutura de alvenaria, abastecimento de água encanada, fornecimento de energia elétrica, coleta de lixo regular e pavimentação na rua**.

Entretanto, não se pode afirmar que essa população vive em condições sanitárias adequadas, pois esses itens são variáveis complexas de mensurar, uma vez que carecem de uma análise no território para se fazer o comparativo e verificar se realmente são adequadas. Por exemplo, a variável do **abaste-**

**cimento de água**, sabe-se que é um item fundamental para a viabilização da saúde à população, pois abrange um conjunto de obras, instalações e serviços que envolvem diversas funções no intuito de proporcionar consumo de água potável para diversas finalidades (BRASIL, 2009). E, sob

[...] o aspecto sanitário e social, o abastecimento de água objetiva, fundamentalmente, o controle e a prevenção de doenças [...]. Além disso, a água permite e facilita a limpeza pública e as práticas desportivas, propiciando conforto, bem-estar, segurança e o aumento do tempo médio de vida da população [...] (BRASIL, 2009, p. 18).

A **coleta de lixo** e a **pavimentação na rua** também são consideradas variáveis importantes para a avaliação da situação de saúde da população, pois estão diretamente ligadas ao manejo urbano de resíduos sólidos (lixo) e com a possibilidade de ter uma melhoria na qualidade de vida. No entanto, da população estudada tem-se que mesmo com os avanços alcançados ao longo dos anos, **ainda existem pessoas que residem em casa com estrutura de taipa, sem abastecimento de água encanada (água proveniente de poço Cambuci), lixo acondicionado em sacos plásticos e, em seguida, queimados, e rua não pavimentada**, entre outras situações que inviabilizam a prevenção de doenças e/ou não contribuem com a reabilitação.

### As demandas sociais e as estratégias de enfrentamento da equipe multiprofissional da UTI Adulto a partir da necessidade do/a usuário/a

O trabalho em saúde exige dos sujeitos partícipes do processo uma atenção voltada não somente para os aspectos relativos ao adoecimento como: o tratamento mais adequado para determinada patologia; o investimento medicamentoso mais eficiente; a dieta que o/a usuário/a suporta; a ministração do medicamento no horário estimado ou a assistência ventilatória que será utilizada. Mas, também, o que envolve as demais dimensões do ser social, a saber: a inserção do/a usuário/a na esfera produtiva do País; o contexto sociofamiliar; a saúde mental desse/a, que é centro do cuidado

e dos familiares; o entendimento da família e do/a próprio/a usuário/a no que se refere à gravidade da doença; entre outros aspectos.

Nesse processo alguns elementos se mostram essenciais para que isso de fato aconteça, sobretudo, o desenvolvimento de práticas pensadas e realizadas pela equipe multiprofissional, no intuito de romper com a hierarquização do papel do médico, a relação conflituosa entre as categorias da assistência direta, tais como os enfermeiros/as, fisioterapeutas, médicos/as, nutricionistas e farmacêuticos/as. Portanto, se faz necessária mais atenção aos elementos abordados pelas demais categorias como assistentes sociais e psicólogos/as, para que o atendimento ocorra de fato objetivando a efetivação da integralidade do cuidado do/a usuário/a.

Para fundamentar essa discussão relacionada ao trabalho multiprofissional para a efetivação do cuidado integral no contexto da alta complexidade, é necessário situar conceitos como: a) **multidisciplinaridade**; b) **pluridisciplinaridade**; c) **transdisciplinaridade**; e d) **interdisciplinaridade**, os quais se encontram no mesmo campo semântico, mas não podem ser confundidos com a interdisciplinaridade, quanto uma metodologia de trabalho. O primeiro diz respeito a processos realizados de forma isolada, sem compromissos com as trocas de saberes e colaboração das demais áreas; o segundo refere-se ao relacionamento entre as diversas disciplinas sob a coordenação de uma instituição específica; o terceiro se configura como o estágio mais avançado de interação entre as áreas de conhecimento, que leva à realização de intervenções nas diferentes disciplinas, atividades que se assemelham à perspectiva da polivalência; o quarto é construído a partir de um nível avançado de troca de saberes e de colaboração entre as áreas, nesse existe um processo contínuo de socialização do conhecimento, objetivando a facilidade no processo de comunicação, o que contribui para que as práticas entre os/as profissionais ocorram de forma mútua, com reciprocidade, e rompendo com as relações de poder estabelecidas historicamente (SILVA; MENDES, 2013).

Nessa perspectiva, a partir dos conceitos descritos, vale ressaltar que no processo do cuidado em saúde é importante que o **trabalho multiprofissional** vise à perspectiva interdisciplinar para que o cuidado seja conforme preconizam os instrumentos normativos, cada um exercendo o seu potencial de contribuição, aperfeiçoando o seu saber com a preservação dos métodos e dos conceitos aprendidos e, sobretudo, respeitando a autonomia das demais áreas de atuação, compreendendo a natureza de cada categoria profissional representada. Desse modo, compreende-se que a visão da atuação sob uma perspectiva interdisciplinar, corrobora para a ruptura do olhar compartimentalizado, fragmentado e individual que historicamente é exercido nas instituições prestadoras de serviços de saúde (SILVA; MENDES, 2013).

Na UTI Adulto do HUOL, a **intervenção multiprofissional** tem se efetivado de forma mais expressiva, a partir da realização das **visitas multiprofissionais**, a qual pode ser considerada uma **estratégia de enfrentamento às demandas que surgem**. Essas ocorrem diariamente, com a participação de todas as categorias profissionais que prestam assistência à Unidade foco da discussão. No entanto, percebe-se que mesmo com os avanços obtidos ao longo do tempo, ainda se faz necessário progredir para que o trabalho em saúde ocorra realmente de forma coletiva e mais compacta, conforme descrito na fala a seguir:

[...] a equipe se reúne todos os dias para discutir os casos. Nas reuniões a gente acaba trazendo os pontos do adoecimento, não só o clínico, aquela questão biomédica [...] a gente também traz toda a história do paciente, quem é esse paciente? Como é a família? Como é o agravante na internação ou numa possível alta. [...] esses outros aspectos financeiros [...] tudo isso é discutido agora na equipe [...] hoje como essas discussões acontecem sistematicamente, a comunicação é bem melhor e as falhas são mínimas, eu acredito. E lógico como eu disse precisa se melhorar essas discussões [...] o paciente é visto como um todo, de uma forma mais integral... (Entrevistado/a 11, informação verbal).

Entende-se que a integração da equipe multiprofissional possibilita a visibilidade do contexto social e econômico da população atendida e, favorece que a intervenção seja qualificada,

visualizando o/a usuário/a de forma integral. Assim, é perceptível que durante a intervenção multiprofissional, ocorre a identificação dos equipamentos sociais que compõem a rede de serviços (setorial e intersetorial) e, quais serão necessários acionar para contribuir com a continuidade do cuidado. Entretanto, tal identificação requer que haja integração entre essa equipe prestadora da assistência.

Desse modo, percebe-se quão é importante a participação do Serviço Social na dinâmica das instituições prestadoras dos serviços de saúde, uma vez que um dos objetivos de tal profissão na saúde é a **compreensão e a intervenção nos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais, ambientais que interferem no processo saúde-doença** e, por meio dessa identificação, é possível a elaboração de estratégias de enfrentamento no âmbito político-institucional, sempre no intuito da viabilização do direito (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2015).

Como reforço da assertiva acima, tem-se outro elemento visualizado na pesquisa de campo que merece atenção, pois trata justamente dessa discussão. Nessa esteira, muitas vezes, é por meio dessa categoria profissional que aspectos relacionados ao **processo de adoecimento que tem rebatimento direto na continuidade do cuidado são identificados** e que a partir dessa identificação, podem modificar o curso da intervenção ora proposta e/ou pensada pela equipe. Tal afirmação pode ser identificada a partir da fala de um dos sujeitos de pesquisa, o qual fez o seguinte relato:

[...] eu acho que é muito importante! [...] Porque muitas das vezes, entender a questão social, ela ajuda a programar aquilo que a gente está pensando para o desenrolar do caso... pode alterar, inclusive, uma conduta clínica/médica... no que tange, por exemplo, a... procedimentos cirúrgicos, uma necessidade de uma droga, um medicamento, um transplante... tudo isso é influenciado pela questão social [...] Então, eu acho que essa abordagem multiprofissional, com a participação de vocês do Serviço Social tentando situar [...] quem é esse paciente que tem um AVC, mas... é esposo de fulano, tem 02 filhos... mora nessas condições, trabalha nessa empresa [...] ou não trabalha... isso acaba ajudando a entender o que levou ele ter aquele processo de adoecimento e também a planejar, possíveis intervenções futuras... eu acho que é fundamental, cada vez mais, é algo que vai está

mais presente não só na UTI, mas acho que em todos os setores do Hospital (Entrevistado/a 12, informação verbal).

Em conformidade com a **visão da equipe de saúde, no que diz respeito às principais demandas do ponto de vista social** que são apresentadas pelos familiares e/ou usuários/as internados/as na UTI Adulto durante o processo de internação, essas são visualizadas de alguma forma pela equipe no ato do atendimento diário. Dessas demandas, as mais recorrentes tratam da dificuldade de ir ao Hospital (deslocamento para visitas); demandas relacionadas ao acesso aos benefícios previdenciários (auxílio-doença, aposentadorias, licenças, pensões etc.) e benefícios assistenciais (Programa Bolsa Família, Benefícios Eventuais, Benefício de Prestação Continuada – BPC etc.).

Outras solicitações presentes tratam da necessidade de viabilização de transporte junto aos municípios; requerimento de alimentação para acompanhante (alta da UTI ou Visita Estendida); mediação de conflitos familiares; dificuldade financeira para manter gastos com fralda e material de higiene pessoal; preocupação com o fato de estar internado/a e ser o/a único/a responsável pelo sustento da família; e ausência de recursos financeiros para dar continuidade ao tratamento instituído.

Além dessas questões, há a dificuldade de compreensão do quadro clínico e/ou gravidade da doença e adesão terapêutica medicamentosa (pós-alta hospitalar), devido ao grau de escolaridade e ao contexto sociofamiliar; necessidade de comprovar o internamento no trabalho (emissão de laudos, atestados, declarações); orientações acerca do direito à saúde; acesso à informação; visitas fora do horário e/ou ampliação da quantidade de visitantes; entre outros.

Ainda de acordo com os dados coletados, o índice de retorno para a UTI Adulto tem diminuído devido à **aplicação de um checklist** (lista de verificações) de altas para que essa alta ocorra de forma segura, com o/a usuário/a compensado/a clinicamente e não mais necessitando do suporte intensivo. Um elemento que se configura como fator fundamental para a organização dessa alta

segura, trata-se da **inserção da equipe multiprofissional nesse processo da alta**.

No que tange a necessidade de desenvolvimento de ações para a melhoria da qualidade das ações na UTI Adulto, parcela significativa dos/as profissionais elencaram como principal meio de mudança para a melhoria da qualidade da assistência, a ampliação do espaço físico da UTI. Esse é considerado como sendo um espaço pequeno para quantidade de leitos disponibilizados, com muito ruído, obstáculos, passagens pequenas, apenas uma porta de acesso (entrada e saída de usuários/as, familiares, profissionais, pessoal da higienização e manutenção etc.), não possibilidade de visualização do dia e da noite (devido à ausência de janelas), por ser um Hospital-Escola há uma grande circulação de profissionais e estudantes das mais diversas áreas, entre outros aspectos.

Assim, entende-se que o espaço físico da UTI Adulto, estrutura-se de forma inadequada, principalmente se levar em consideração o conceito de ambiência, que versa acerca do tratamento dado ao espaço físico – social, profissional e de relações interpessoais – o qual deve, necessariamente, proporcionar uma atenção acolhedora, resolutiva e humana (BRASIL, 2009).

Diante disso, percebe-se que o trabalho desenvolvido na UTI Adulto do HUOL tem sido constantemente aperfeiçoado, pois alguns mecanismos de intervenção vêm sendo implantados para proporcionar uma melhor qualidade de vida para os/as usuários/as e para os profissionais que prestam serviço à referida Unidade. Mas, destaca-se que ainda precisa avançar muito para que o serviço seja efetivo.

### Considerações finais

A partir do estudo apresentado acerca das expressões da desigualdade social e econômica em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto com enfoque na saúde dos indivíduos, percebe-se o quanto tem se intensificado as situações de saúde que poderiam ter sido evitadas se o/a usuário/a tivesse acesso qualificado às ações e aos serviços de saúde disponíveis em seu território.

Por esse motivo, se faz necessário compreen-

der que as desigualdades sociais e econômicas presentes na sociedade têm rebatimentos diretos na condição de saúde da população e tal entendimento se configura como um importante elemento de promoção da mudança da perspectiva do cuidar em saúde, pois permite visualizar o sujeito para além da necessidade momentânea, o que contribui para que haja maior planejamento das ações visando à integralidade do cuidado e à resolutividade no serviço prestado.

Nessa concepção e com base nos resultados obtidos com a pesquisa em suas três etapas – **Revisão de Literatura, Documental e Campo** – percebe-se que, apesar dos avanços no campo da saúde, uma parcela significativa da população continua tendo acesso tardio aos serviços de saúde. Essa dificuldade tem como um dos elementos centrais os aspectos socioeconômicos, tais como: riqueza/distribuição de renda, educação, trabalho/ocupação, local e condições de moradia, acesso aos serviços de saúde próximo ao seu território de moradia, recursos para custear o tratamento e muitos outros agravantes.

Observa-se que se torna cada vez mais necessário o desenvolvimento de um trabalho multiprofissional em uma perspectiva interdisciplinar, a fim de que o/a usuário/a atendido/a nas instituições prestadoras dos serviços de saúde seja percebido/a como sujeito de direito e que os elementos determinantes do seu processo de adoecimento sejam identificados para que haja uma intervenção qualificada.

Especificamente acerca da UTI Adulto do HUOL, com a pesquisa foi possível constatar que, mesmo que se tenha melhorado muito nos últimos anos, ainda se faz necessário o fortalecimento contínuo de um trabalho coletivo com a participação e a qualificação das diversas categorias profissionais que compõe a equipe de saúde, já que é fundamental que todos/as compreendam as peculiaridades que envolvem os/as usuários/as, para assim, elaborarem em conjunto as respostas profissionais que mais se adequam à situação apresentada.

A partir dessa interação profissional é possível que cada categoria tenha conhecimento das particularidades de cada profissão e desenvolva um

trabalho multiprofissional e interdisciplinar, sem que haja a diluição de atividades específicas de cada profissão, visto que são as diferenciações entre os/as profissionais que permitem atribuição de unidade à equipe, o que enriquece o desenvolvimento e a qualidade das ações e dos serviços prestados mantendo as diferenças preservadas (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2015).

Desse modo, compreende-se que, nesse trabalho em equipe, a participação do Serviço Social se apresenta como fundamental, pois tal profissão atua, sobretudo, na identificação dos determinantes sociais, econômicos, políticos, culturais que interferem no processo de adoecimento. E, ao atuar juntamente com as demais categorias profissionais, torna possível a concretização da integralidade do cuidado, uma vez que sua ação profissional é pautada no conhecimento da realidade – objetiva e/ou subjetiva – visualizando os sujeitos na sua singularidade, possibilitando a elaboração e a escolha de estratégias pertinentes para as diversas situações que se apresentam no cotidiano das instituições (CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL, 2015).

Quanto aos aspectos apontados como importantes para a melhoria do serviço, evidenciou-se que a estrutura física da UTI Adulto do HUOL se apresenta como uma problemática a ser superada, pois foi apontada como elemento dificultador do processo de trabalho e de oferecimento de uma assistência qualificada, há pouca disponibilidade de espaço.

Outros itens destacados foram a necessidade de realização de treinamentos/capacitação para os/as profissionais; a valorização das relações de trabalho; a disponibilização de uma sala para acolhimento/atendimentos; a melhor articulação entre a equipe multiprofissional; o desenvolvimento de ações/atividades envolvendo as diversas categorias (trabalho em equipe), entre outros.

Nessa perspectiva, evidencia-se que o estudo proposto apresentou relevância em vários aspectos, dos quais se destacam a relevância **social, acadêmica e profissional**, uma vez que contou com a participação de diversos sujeitos das profissões de Enfermagem, Farmácia, Fisioterapia, Medicina, Nutrição, Psicologia e Serviço Social, o que possibilitou ter uma melhor percep-

ção acerca das demandas sociais apresentadas pelos/as usuários/as internados/as em uma instituição de alta complexidade e permitiu a compreensão da relação das condições sociais e econômicas apresentadas pelos indivíduos com a sua situação de saúde. Logo, os resultados desse estudo poderão servir de subsídios para os/as profissionais, fundamentando uma melhor compreensão dos aspectos relacionados com o processo de adoecimento e da influência da situação social e econômica da população com a problemática/questão de saúde apresentada, o que resulta na qualificação do serviço prestado, que poderá repercutir em melhores condições de vida e de saúde da população usuária.

## Referências

- ACOSTA, Ana Rojas; VITALE, Maria Amalia Faller (org). *Família, Redes e Políticas Públicas*. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2018.
- AKERMAN, Marco; FEUERWERKER, Laura. Estou me formando (ou eu me forme) e quero trabalhar: que oportunidade de o sistema de saúde me oferece na saúde coletiva? Onde posso atuar e que competências preciso desenvolver?. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2ª ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 171-186.
- BARATA, Rita Barradas. *Como e Por Que as Desigualdades Sociais Fazem Mal à Saúde*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 120 p. (Coleção Temas em Saúde).
- BARATA, Rita Barradas. Condições de Saúde da População Brasileira. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa et al. (org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 167-213.
- BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2011.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Superior. Comissão Nacional de Residência Multiprofissional. *Resolução nº 5, de 7 de novembro de 2014*. Dispõe sobre a duração e a carga horária dos programas de Residência em Área Profissional da Saúde nas modalidades multiprofissional e uniprofissional e sobre a avaliação e a frequência dos profissionais da saúde residentes. Brasília, DF: CNRMS, 2014. Disponível em: <http://pesquisa.in.gov.br/imprensa/jsp/visualiza/index.jsp?jornal=1&pagina=34&data=10/11/2014>. Acesso em: 05 abr. 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010*. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Saúde Legis – Sistema de Legislação da Saúde. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html). Acesso em: 10 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *RDC nº 26, de 11 de maio de 2012*. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026\\_11\\_05\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2012/rdc0026_11_05_2012.html). Acesso em: 10 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios / Ministério da Saúde, Conselho Nacional das Secretarias Municipais de Saúde*. 3. ed. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização (PNH). Rede Humaniza SUS*. 1. ed. 1ª reimp. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf). Acesso em: 10 nov. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. *Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022/Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde*. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
- BUSS, Paulo Marchiori; FILHO, Alberto Pellegrini. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 77-93, apr. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v17n1/v17n1a06.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2019. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>
- CAMPOS, F. E.; AGUIAR, R. A. T; BELISÁRIO, S. A. A formação superior dos profissionais de saúde. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa et al. (org.). Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p.1011-1034.
- CARVALHO, Yara Maria de; CECCIM, Ricardo Burg. Formação e educação s em saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2012. p. 137-170.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). *Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde*. Brasília: CFESS, 2015. (Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais).
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (Brasil). *Residência em Saúde e Serviço Social: subsídios para reflexão*. Brasília: CFESS, 2017. (Série: Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais).
- DRAGOSAVAC, Desanka; ARAÚJO, Sebastião. Resoluções RDC nº7, de 24 de Fevereiro de 2010 e Resolução RDC nº 26, de 11 de Maio de 2012. In: DRAGOSAVAC, D.; ARAÚJO, S. (ed). *Protocolos de condutas em terapia intensiva*. São Paulo: Editora Atheneu, 2014. p. 3-13.
- FLEURY, Sonia; OUVRENEY, Assis Marfort. Política de Saúde: uma Política Social. In: GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa et al. (org.). *Políticas e Sistemas de Saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2008. p. 23-64.
- FLICK, Uwe. *Introdução à pesquisa qualitativa*. 3. ed. São Paulo: Artmed, 2009.



GIL, Antônio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 2 ed. São Paulo: Atlas, 1987.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO ONOFRE LOPES. *Carta de Serviços ao Cidadão*, aprovada pela governança do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), em reunião realizada no dia 07 de maio de 2015. Atualizada em: 06 de outubro de 2016. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/16628/317236/carta+de+servicos+ao+cidadao+pdf/18bd914a-0333-4e95-81b-5-b01b08a85d79>. Acesso em: 10 nov. 2019.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*: 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira*: 2017. Rio de Janeiro: IBGE, 2017.

MAGALHÃES, Kelly Alves *et al.* A Habitação como Determinante Social da Saúde: percepções e condições de vida de familiares cadastrados no Programa Bolsa Família. *Saúde Soc.* São Paulo, v. 22, n. 1, p. 57-72, 2013. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902013000100007>

MONTAÑO, Carlos. *A natureza do serviço social: um ensaio sobre sua gênese, a "especificidade" e sua reprodução*. 2. ed. – São Paulo: Cortez, 2009.

MOTA, A. E.; AMARAL, A. S. do. Reestruturação do capital, fragmentação do trabalho e Serviço Social. In: MOTS, A. E (org.). *A Nova Fábrica de Consensos: ensaios sobre a reestruturação empresarial, o trabalho e as demandas ao Serviço Social*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

MOURÃO, Ana Maria A. *et al.* A Formação dos Trabalhadores Sociais no Contexto Neoliberal. O Projeto das Residências em Saúde da Faculdade de Serviço Social da Universidade Federal de Juiz de Fora. In: MOTA, Ana Elisabete *et al.* (org.). *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 352-380.

PRATES, Jane Cruz. O método marxiano de investigação e o enfoque misto na pesquisa social: uma relação necessária. In: *Textos & Contextos* (Porto Alegre), v. 11, n. 1, p. 116 - 128, jan./jul. 2012.

PRATES, Jane Cruz; PRATES, Flavio Cruz. *Problematizando o uso da técnica de Análise Documental no Serviço Social e no Direito*. Sociedade em Debate, Pelotas, 15, n. 2, p. 111-125, jul./dez. 2009.

PORTO, Sílvia Marta *et al.* Equidade no Financiamento da Saúde, Alocação de Recursos e Utilização dos Serviços de Saúde no Brasil. In: MCLNTYRE, Di; MOONEY, Gavin (org.). *Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde*. Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p.253-279.

REIDEL, Tatiana *et al.* Formação e trabalho das/dos assistentes sociais nas residências multiprofissionais em saúde, na atenção hospitalar no Rio Grande do Sul. In: CLOSS, Thaisa Teixeira; BRANDÃO, Vanessa Maria Panozzo; LIMA, Jéssika Ferreira de (org.). *Serviço Social e residência em saúde no Rio Grande do Sul*. Porto Alegre: Movimento, 2018. v. 1, p. 171-209.

ROSA, Beatriz Angelo. Estresse na Unidade de Terapia Intensiva. In: DRAGOSAVAC, D.; ARAÚJO, S. (ed). *Protocolos de condutas em terapia intensiva*. São Paulo: Editora Atheneu, 2014. p. 1209-1215.

SILVA, Leticia Batista; MENDES, Alessandra Gomes. Serviço Social, Saúde e a interdisciplinaridade: algumas questões para o debate. In: SILVA, Leticia Batista; RAMOS, Adriana (org.). *Serviço Social, saúde e questões contemporâneas: reflexões críticas sobre a prática profissional*. São Paulo: Papel Social, 2013. p. 49-64.

SIQUEIRA, Luana. *Pobreza e Serviço Social: diferentes concepções e compromissos políticos*/Luana Siqueira. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

THIEDE, Michael; AKWEONGO, Patrícia e MCLNTYRE, Di. Explorando as Dimensões do Acesso. In: MCLNTYRE, Di; MOONEY, Gavin (org.). *Aspectos Econômicos da Equidade em Saúde*/ Tradução Vera Ribeiro. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2014. p. 137-161.

---

### María Márcia de Oliveira Freire

Especialista em Residência Integrada Multiprofissional em Saúde na área de concentração em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em Natal, RN, Brasil; residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde na área de concentração em Atenção Psicossocial da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em Natal, RN, Brasil.

---

### Edla Hoffmann

Doutora em Serviço Social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), em Porto Alegre, RS, Brasil; professora da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em Natal, RN, Brasil.

---

### Adriana Paula da Silva Eleutério

Mestre em Serviço Social pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), em Recife, PE, Brasil; assistente social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN), em Natal, RN, Brasil.

---

### Endereço para correspondência

Edla Hoffmann

Universidade Federal do Rio Grande do Norte

Av. Senador Salgado Filho, 3000, Campus Universitário, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Departamento de Serviço Social, sala 32

Lagoa Nova, 59078970

Natal, RN, Brasil