



Este artigo está licenciado sob forma de uma licença Creative Commons Atribuição 4.0 Internacional, que permite uso irrestrito, distribuição e reprodução em qualquer meio, desde que a publicação original seja corretamente citada. [http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt\\_BR](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR)

DOI: 10.15448/1677-9509.2018.1.27325

# O trabalho do/a Assistente Social na Unidade de Terapia Intensiva (UTI): a (in) visibilidade de suas ações x os processos de trabalho em equipe

The social Assistant Work in Intensive Care Unit (ICU): the (in) visibility of its actions x team work processes

RAYANNA BEATRIZ BARBOSA DA SILVEIRA\*

ELIANA ANDRADE E SILVA\*\*



**RESUMO** - O objetivo deste artigo é problematizar o trabalho do/a Assistente Social em uma Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI), destacando os desafios no que se refere à (in) visibilidade de sua atuação. Dessa forma, utilizamos como procedimentos metodológicos a pesquisa bibliográfica, a documental, além da pesquisa de campo a partir de entrevistas do tipo semiestruturadas, realizadas na instituição, com a equipe multiprofissional que atua na UTI. A análise dos dados foi feita através de análise de conteúdo, por meio de categorias. O estudo aponta como o modelo biomédico pode contribuir para a perpetuação de uma prática fragmentada no atendimento à saúde. Os resultados indicam que há diferença entre os processos de trabalho das profissões da área médica (com foco nas especializações) e o Serviço Social com formação generalista; como também não há um trabalho interdisciplinar e que a (in) visibilidade está ligada a dois fatores: ausência dessa metodologia apontada como alternativa ao fazer compartimentalizado, bem como por esta diferenciação de formação profissional.

**Palavras-chave** - Processos de trabalho. Serviço social. UTI. Interdisciplinaridade

**ABSTRACT** - The objective of this article is to problematize the work of Social Worker in an Adult Intensive Care Unit (ICU) highlighting the challenges regarding the (in) visibility of their work. Thus, we used as methodological procedures the bibliographic research, the documentary, in addition to the field research from half-structured type interviews conducted at the institution with the multi-professional team that works at the ICU. The data analysis was through content analysis, through categories. The study points out how biomedical model can contribute to the perpetuation of a fragmented practice in health care. The results indicate that there is a difference between the work processes of medical professions (focusing on specializations) and Social Work with general training. As well, there is no interdisciplinary work and the (in) visibility is linked to two factors: absence of this methodology as an alternative to make compartmentalized, as well as by this differentiation of professional training.

**Keywords** - Work processes. Social service. ICU. Interdisciplinarity.

\* Especialista em Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – área de concentração em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto, Assistente Social da Universidade Federal da Paraíba (UFPB) – Campus IV Litoral Norte, lotada na Coordenação de Assistência Estudantil (CAES) – no Centro de Ciências Aplicadas e Educação (CCA), João Pessoa – PB/Brasil. CV: <http://lattes.cnpq.br/5701949287524816>. E-mail: [rayannabeatriz@hotmail.com](mailto:rayannabeatriz@hotmail.com).

\*\* Doutora em Serviço Social, Professora Adjunta do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN). Docente no Departamento de Serviço Social da UFRN, Natal - RN/Brasil. CV: <http://lattes.cnpq.br/2216989230807890>. E-mail: [andradelili@yahoo.com.br](mailto:andradelili@yahoo.com.br).

Submetido em: maio/2017. Aprovado em: março/2018.

O presente artigo tem como foco central o debate em torno do trabalho do/a Assistente Social em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI), elucidando os desafios no que se refere à (in) visibilidade de sua atuação. Os lócus de pesquisa, no qual foi realizada, é o Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), particularmente a UTI. A escolha por esta unidade de análise está ligada à complexidade do espaço profissional, e também ao fato de que a atuação do Serviço Social neste espaço sócio-ocupacional é pouco estudada. Além disso, o estudo aqui apresentado traz parte dos resultados da pesquisa realizada durante o período de Residência Multiprofissional em Saúde – área de concentração UIT – adulto, como pré-requisito para a obtenção do título de especialista.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Onofre Lopes (HUOL), em consonância com a Resolução nº 466/2012 sob o número CAAE: 55140916.8.0000.5292, no dia 10 de maio de 2016. Partimos do pressuposto de que o modelo biomédico, que prevalece no atendimento à saúde dos usuários internados na UTI do HUOL, é um dos fatores determinantes para a (in) visibilidade do Serviço Social nessa equipe.

As motivações para realizar a pesquisa estão ligadas ao surgimento de questões teórico-práticas, tais como: quais elementos determinam a (in) visibilidade do trabalho do/a Assistente Social na UTI? Questões estas que partiram da experiência vivenciada no atendimento às demandas da UTI, enquanto Assistente Social residente do Programa de Residência Integrada Multiprofissional em saúde do HUOL.

O objetivo deste artigo é problematizar o trabalho do/a Assistente Social nesta UTI, destacando os desafios no que se refere à (in) visibilidade de sua atuação.

Inicialmente, é necessário apresentar o contexto de trabalho da UTI no âmbito do HUOL/UFRN, seus objetivos e suas diretrizes norteadoras. A assistência à saúde no Onofre Lopes está organizada a partir de unidades ambulatoriais das diversas especialidades médicas (conforme preconiza um hospital-escola): centro de diagnóstico por imagem, unidade de internação hospitalar, centro cirúrgico realizando procedimentos da pequena à alta complexidade atendendo aos usuários de todo o Estado do Rio Grande do Norte, dentre outros. No contexto da alta complexidade situa-se a UTI voltada para retaguarda desses usuários nos pós-operatórios críticos. No ano de 2015, o hospital passou a ser referência no tratamento das doenças cardiovasculares em todo o Estado, além de ser o único a atender as urgências de infarto agudo pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Portanto, a existência desta unidade é vital para o sistema de atendimento do HUOL.

Mas, afinal, o que são essas unidades? Segundo a Resolução nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), que dispõe sobre os requisitos mínimos para o funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências, temos que:

XXVI - Unidade de Terapia Intensiva (UTI): área crítica destinada à internação de pacientes graves, que requerem atenção profissional especializada de forma contínua, materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia. XXVII - Unidade de Terapia Intensiva - Adulto (UTI-A): UTI destinada à assistência de pacientes com idade igual ou superior a 18 anos, podendo admitir pacientes de 15 a 17 anos, se definido nas normas da instituição (BRASIL, 2010).

As UTI'S<sup>1</sup> são paramentadas com equipamentos de monitoramento cardíaco, respirador mecânico; bombas de infusão para medicamentos; aparelhos de Raios X exclusivos na unidade, macas, curativos, materiais perfurocortantes e demais elementos que compõem esse espaço tão mecânico.

O conjunto deste aparato técnico faz parte de um modelo médico assistencial baseado na superespecialização do trabalho, onde prevalece o trabalho emergencial/curativo e onde a figura do médico é central. Este espaço de trabalho é baseado no uso de técnicas e procedimentos, com protocolos pré-estabelecidos pelas normas que regem o espaço. Vale ressaltar que neste ambiente é predominante o atendimento curativo e emergencial, em virtude da condição do/a usuário/a crítico/a.

Nestes termos, o trabalho segue em ritmo de rapidez no resultado, o que é vital para a sobrevivência dos/as usuários/as e sua recuperação. No referido espaço, a urgência dos procedimentos, a especificidade do ambiente o torna um “mundo à parte”, isolado do mundo externo. Neste contexto de emergência, à primeira vista, não há espaço para as atuações/reflexões voltadas para as relações macrosociais.

No entanto, mesmo em ambientes como a UTI, o trabalho em saúde requer uma visão ampliada de seu contexto a partir do que Lukács (2012, p. 284) elucidada, quando discorre sobre o real como critério de verdade e o aprofundamento das análises a partir da aparência até a busca pela essência dos fenômenos sociais “[...], é a realidade social enquanto critério último do ser ou do não-ser social de um fenômeno”. E isso significa que é a análise das relações de produção e reprodução social do ser humano como um ser social que pode iluminar a toda e qualquer análise de uma determinada situação real, como no caso supracitado, a saúde e suas relações profissionais nesse campo. Um dos elementos considerados relevantes em nosso estudo está ligado ao modelo biomédico, o qual vem sendo discutido na literatura e, citando Camargo Júnior (2005), temos que o modelo biomédico da saúde está atrelado à vinculação das práticas médicas à biologia, conforme descrito abaixo:

[...] tal perspectiva toma como base a racionalidade mecânica clássica, isolando os componentes<sup>2</sup>, que são reintegrados posteriormente em seus “mecanismos” originais. O todo seria formado pela soma do funcionamento das partes. O adoecimento seria, portanto, um mau funcionamento de alguma das partes. Neste bojo, a biomedicina assume uma perspectiva dual em relação à “normalidade” e à “patologia” (CAMARGO JÚNIOR, 2005 apud LEAL, 2013, p. 46).

Este modelo de atenção fortalece a especialização, sobretudo após a construção dos hospitais, locus no qual o exercício da prática médica vai se dar, através da cooperação horizontal e vertical conforme análise na qual Matos (2013) discorre. Essa cooperação nada mais é do que o princípio da subordinação das categorias dos demais profissionais de saúde à médica. Isso porque, segundo a literatura, esta cooperação horizontal ocorre a partir da expansão de outras profissões ao ambiente hospitalar; já a vertical, há a delegação de parte das tarefas antes realizadas por médicos, sobretudo as de natureza manual. Isso significa que, no limite, essas cooperações desembocam na “supervisão” das atividades de cuidado à saúde. Essa subdivisão entre cooperações, de modo mais explícito, compreende as profissões que prestam assistência à saúde ao lado do médico, porém com um *status* que tende à inferioridade, tendo em vista a cultura hierarquizada que este modelo médico impõe, são exemplos desse processo a atuação dos/as: enfermeiros, fisioterapeutas, farmacêuticos, nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, dentre outros.

A divisão social e técnica do trabalho<sup>3</sup> na sociedade capitalista<sup>4</sup>, sobretudo após o movimento de reestruturação produtiva<sup>5</sup>, intensificou o processo de especialização técnica das profissões em detrimento do conhecimento generalista. Consequentemente, este modelo fortalece hierarquias entre as profissões que são reproduzidas e valorizadas tanto na academia quanto no mercado de trabalho. Assim, a atuação profissional das categorias da área de saúde, por serem coletivas, geram um ambiente de conflitos, devido à natureza de sua formação e ao papel desempenhado nas instituições. É neste contexto complexo que se insere o/a Assistente Social, imerso nessas relações contraditórias, onde profissões, saberes e práticas se relacionam no espaço da UTI.

Dessa forma, objetivamos investigar alguns elementos determinantes da (in) visibilidade do trabalho do/a Assistente Social na UTI, por parte dos profissionais da equipe da UTI.

Em relação aos objetivos específicos da pesquisa delimitamos: 01) realizar um levantamento do perfil desses profissionais que estão trabalhando na UTI; 02) identificar como se dão as relações profissionais dentro da equipe; e 03) analisar de que forma a equipe, que presta assistência à UTI, compreende o trabalho do Assistente Social nessa unidade.

Para realização da pesquisa, definiu-se como procedimento metodológico a pesquisa documental, a abordagem quanti-qualitativa e a revisão de literatura, compreendendo-se que para apropriação do real é necessário dialogar com os valores quantitativos, como também com a análise dos dados qualitativos que possam favorecer uma compreensão detalhada dos significados e de características dos sujeitos entrevistados. Através destes procedimentos, possibilitou-se problematizar as questões apresentadas dos sujeitos entrevistados, dialogando com os documentos (legislações do SUS, portarias ministeriais, legislações da profissão de Serviço Social e outras), bem como fundamentados na literatura disponível que nos referenciam para ampliar as discussões sobre esses processos de trabalho na UTI.

Para tanto, a coleta de dados foi realizada por entrevistas do tipo semiestruturado, através de dois formulários com questões fechadas e abertas, com a possibilidade da inserção de novas questões no decorrer da entrevista, em virtude da natureza da pesquisa qualitativa que proporciona aprofundarmos o conteúdo abordado. Uma entrevista foi realizada com algumas Assistentes Sociais do HUOL que prestam assistência à UTI e a outra direcionada para alguns dos demais profissionais da equipe<sup>6</sup> dessa unidade, representando uma amostragem não probabilística intencional. O quantitativo de entrevistados, com base no critério de estar lotado na UTI há pelo menos 06 meses, ou prestar assistência à UTI nesse mesmo período e, no caso de residentes que estiverem em seu rodízio há no mínimo 03 meses na UTI, levou a uma amostra de 10 profissionais.

Isto posto, o presente artigo está organizado de modo que iniciamos a discussão traçando um perfil profissional dos/as entrevistados/as como um elemento importante para a identificação do sujeitos entrevistados; passamos para uma problematização do trabalho na saúde, sobretudo em UTI, elucidando os problemas que ocorrem diante de uma equipe de profissionais com perspectiva distintas; a seguir apresentamos um breve debate sobre o conceito de trabalho interdisciplinar na UTI e finalizamos com uma apresentação do papel do Serviço Social na assistência ao usuário crítico.

## Perfil profissional dos/as entrevistados/as

Considerando que para a apreensão das múltiplas determinações do real, segundo a teoria que ora nos fundamenta, se faz necessária uma ampliação do olhar sobre determinados fenômenos sociais, políticos, econômicos, culturais, etc., optamos por iniciar o debate a partir de uma apresentação dos sujeitos que fazem parte dessa pesquisa, trazendo elementos que possam traçar um perfil profissional dos mesmos.

*A priori*, podemos perceber, através da Tabela 1, que se trata de profissionais jovens, representados por 60% dos/as entrevistados/as. na faixa etária de 18 a 30 anos, 70% recém-formados e oriundos de instituições federais públicas (100%) (vide Tabela 2), bem como majoritariamente do gênero feminino, totalizando 80% (Tabela 3). São jovens e com pouco tempo de formação e atuação na área. A presença destes profissionais na área de saúde na atualidade está ligada a um aumento da demanda por profissionais em saúde, com o aumento da demanda por saúde pública no país.

**Tabela 1** - Faixa etária dos profissionais entrevistados

Faixa etária	Quantidade Absoluta	Quantidade relativa (%)
18-30	6	60%
31-60	4	40%
Maior de 60	-	-
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa da autora

**Tabela 2** – Identificação das instituições de formação/ano

Instituição de formação/ano	Quantidade Absoluta	Quantidade relativa (%)
UFRN pós 2008	6	60%
UFRN antes de 2008	3	30%
UNIVAST 2013	1	10%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa da autora.

O perfil dos profissionais é majoritariamente feminino, validando a prerrogativa de que as profissões que atuam na saúde: Enfermagem, Nutrição, Farmácia, Fisioterapia, Serviço Social, dentre outras, ainda são buscadas pelo universo feminino e delegado a este as atividades que são associadas ao cuidado. De acordo com o IBGE, no último Censo (2010), há uma predominância feminina em determinadas atividades profissionais, com destaque para a da saúde humana e serviços sociais (74,2%):

[...] existem seções de forte predominância masculina ou feminina. A seção de atividade que mais se destacou pela predominância feminina foi a dos Serviços domésticos, em que as mulheres constituíram 92,7%, vindo, em seguida, as seções da Educação (75,8%) e da Saúde humana e serviços sociais (74,2%). A participação feminina ainda foi mais elevada que a masculina na seção das Outras atividades de serviços (62,5%) e na de Alojamento e alimentação (54,9%) e foi pouco mais da metade na das Atividades financeiras, de seguros e serviços relacionados (50,3%) (IBGE, 2010).

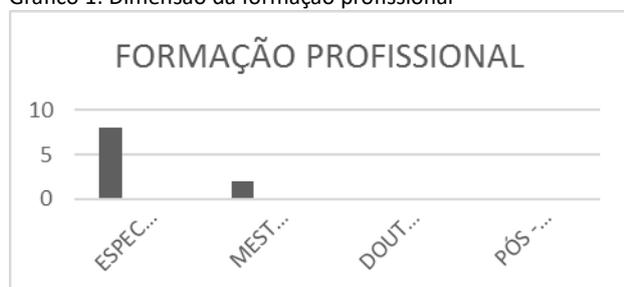
**Tabela 03** - Quantificação do sexo autodeclarado pelos/as entrevistados/as

Gênero	Quantidades Absolutas	Quantidades relativas (%)
Feminino	8	80%
Masculino	2	20%
<b>Total</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>

Fonte: Pesquisa da autora.

Ainda quanto ao perfil, identificamos que os profissionais possuíam uma titulação acadêmica e/ou estava em conclusão. Segundo o Gráfico 1 a seguir, 80% são ou estavam se tornando especialistas e 20% são mestres, comprovando então que a natureza desse trabalho em UTI exige que o profissional busque uma capacitação continuada, pois necessitam estar em constante atualização.

Gráfico 1: Dimensão da formação profissional



Fonte: elaborado pela autora.

Conforme posto anteriormente, o espaço da UTI, em sua natureza, já se configura um espaço tomado por um conjunto de equipamentos que precisam ser manuseados e monitorados constantemente, implicando um fazer direcionado para o manuseio desses aparelhos, condição sem a qual o profissional não fica habilitado a estar lotado nessa Unidade. Há uma verdadeira analogia com o filme “Tempos Modernos”

de Charlie Chaplin, no qual os profissionais são operadores de aparelhos/máquinas de uma engrenagem que não pode haver falhas, e que o processo de trabalho é rigidamente orientado pela especialização técnica. Este processo lembra a rigidez dos processos fabris, onde, através da repetição de mecanismos e da especialização, se atinge um grau de eficiência. Tal processo ocorre sem que haja por parte do trabalhador uma reflexão sobre seu trabalho. Portanto, a divisão social e técnica do trabalho reforça a necessidade por especialização, o que na saúde se amplia por meio do modelo biomédico.

De acordo com a RDC Nº 7 (ANVISA), existem alguns profissionais que devem estar lotados na UTI e serem de atendimento exclusivo a essa unidade, dos quais: médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos, bem como funcionários para a limpeza exclusivos na unidade, porém, como exposto, o/a Assistente Social não faz parte do rol de profissionais exclusivos e de lotação nessa unidade. A sua intervenção profissional faz parte da equipe que presta assistência a esse usuário internado na UTI, porém, segundo a própria RDC Nº 7 (ANVISA) não há obrigatoriedade de esse profissional estar lotado na unidade, o que a regulamentação exige é que a instituição disponha desse profissional para assistência à beira do leito. Isso significa que o/a Assistente Social presta atendimento a todos os usuários no Hospital, desde aqueles que estão internados nas enfermarias até os da UTI, bem como atende os usuários externos que chegam à instituição demandando a sua intervenção:

#### Seção IV Acesso a Recursos Assistenciais

Art. 18. Devem ser garantidos, por meios próprios ou terceirizados, os seguintes serviços à beira do leito: I – assistência nutricional; II – terapia nutricional (enteral e parenteral); III – assistência farmacêutica; IV – assistência fonoaudiológica; V – assistência psicológica; VI – assistência odontológica; VII – assistência social; VIII – assistência clínica vascular; IX – assistência de terapia ocupacional para UTI Adulto e Pediátrica [...] (BRASIL, 2015).

Isso evidencia que se trata de profissões distintas, com processos de trabalho diferenciados, o que reforça o caráter generalista da nossa profissão e a necessária permanência nessa condição, pelo trato específico com as demandas inerentes à determinação social da saúde e doença.

Dando continuidade à análise do perfil, os dados da pesquisa revelaram que os profissionais entrevistados estão majoritariamente exercendo atividade na UTI há um tempo considerado mediano; não muito tempo de experiência na área da saúde e em unidade hospitalar (70% estão na faixa de até cinco anos) e no mesmo tempo médio contabilizando o tempo na instituição, bem como o tempo de assistência à UTI (90% estão na faixa de até cinco anos) – vide Tabela 4. Isso significa que não há uma discrepância temporal relevante, pois a maioria está exercendo suas profissões no mesmo período de tempo, em que, apesar de ser considerado curto, o profissional já tem condições de compreensão e de aprimoramento do seu espaço de trabalho, suas demandas e protocolos inerentes ao *lôcus* de atuação.

**Tabela 4** – Demonstrativo da faixa temporal de trabalho na saúde, em Hospital, no Onofre Lopes e na UTI

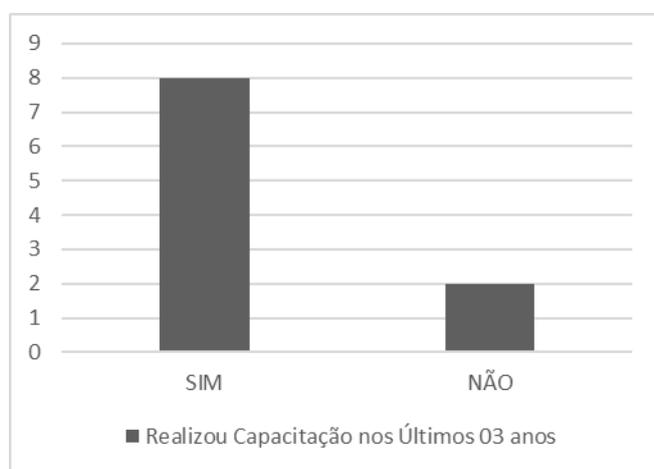
Tempo de trabalho	Faixa temporal	Quantidade absoluta		Quantidade relativa (%)
		Total	Por grupo	
Tempo de trabalho na saúde	Até 5 anos	10	7	70%
	06 a 15 anos		3	30%
	Mais de 15 anos		-	-
Tempo de trabalho em hospital	Até 5 anos	10	7	70%
	6 a 15 anos		3	30%
	Mais de 15 anos		-	-
Tempo de trabalho no HUOL	Até 5 anos	10	9	90%
	6 a 15 anos		1	10%
	Mais de 15 anos		-	-
Tempo de trabalho na UTI	Até 5 anos	10	9	90%
	6 a 15 anos		1	10%
	Mais de 15 anos		-	-

Fonte: Pesquisa da autora.

Complementando a discussão, foi questionado à equipe se realizaram cursos de capacitação nos últimos três anos, no qual obtivemos o seguinte panorama, detalhado no Gráfico 2. Dos 10 entrevistados, 80% afirmaram ter realizado cursos e apenas 20% responderam que não. Esse dado é importante, por considerarmos que para qualquer exercício profissional os sujeitos devem manter-se atualizados com as modificações ocorridas nos campos teóricos e práticos de sua profissão.

É necessário, portanto, um compromisso de cada categoria em buscar uma intervenção qualificada, além de ser uma prerrogativa para trabalhar no Sistema Único de Saúde (SUS), que investe numa política de capacitação permanente. Além disso, no que diz respeito ao Serviço Social, além de ser um compromisso do profissional, é acima de tudo uma exigência legitimada através das normativas legais<sup>7</sup>, como expresso no Código de Ética (1993, p.24) dessa categoria, em seus princípios fundamentais há de se ter um “compromisso com a qualidade dos serviços prestados à população e com o aprimoramento intelectual, na perspectiva da competência profissional”.

Gráfico 2: Quantitativo de profissionais que realizaram capacitação nos últimos 3 anos



Fonte: Pesquisa da autora

Diante disso, os dados indicaram que o perfil em termos de caracterização não apresentou discrepância. No entanto, na questão da formação há grandes diferenciações como se verá a seguir, criando equipes de saúde variadas e com distintos projetos profissionais. A partir dessa análise, partiremos para um adensamento da temática explanando o trabalho em equipe na saúde, evidenciando o campo/espaço pesquisado.

### **A (in) visibilidade do/a assistente social – entre o uno e o múltiplo**

O SUS completou no ano de 2016 vinte e oito (28) anos de sua constitucionalidade, em meio a avanços e retrocessos históricos. Estudar a saúde e os agravos à população é compreender que esse processo saúde-doença não está associado apenas à ausência de doenças, como foi pautado pelo movimento da Reforma Sanitária, na década de 1970, e, na atualidade, vem sendo bandeira de luta da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde.

Ambos fazem frente a um modelo biomédico centrado no procedimento e não na determinação social da saúde, o que culmina em um olhar de promoção e prevenção da saúde em detrimento do curativíssimo ainda persistente.

Falar de saúde no Brasil é entender que existe uma lógica mercadológica que orienta as ações do Estado neoliberal em que vivemos. O que ocorre é o incentivo à iniciativa privada muito forte, ao passo que há uma descaracterização da saúde como dever do Estado e direito de todos, numa inversão de valores que coloca a saúde como uma mercadoria para quem pode pagar por ela. Isso pode ser percebido inclusive no discurso dos profissionais, a categoria “cliente” (utilizada no universo de compra e venda de mercadorias) é usada por profissionais da saúde mesmo atuando no SUS, como expresso através da fala a seguir: “[...], a integralidade do cuidado é uma forma de você garantir que aquele cliente vai ser visto em todas as necessidades, né? De uma forma mais global é tentar atender todas as necessidades dele” (Participante 01) (grifos nossos).

Durante o primeiro período de residência, percebeu-se que as relações de trabalho dentro da equipe da UTI são conflituosas e competitivas, marcadas pela competição dos saberes, hierarquia dentro da equipe, falta de comunicação entre os profissionais de uma mesma categoria<sup>8</sup> como de outras também, entre outras situações, que denotam a complexidade do trabalho em UTI.

No âmbito do modelo biomédico, os processos de trabalho estão ligados predominantemente a operações técnicas, sem considerar o entorno, o que leva os profissionais a um fazer compartimentado, no qual, apesar de autonomia técnica no exercício do seu trabalho e nas tomadas de decisões, é promovida uma cisão em que não se compreende o trabalho como processo e sim como “partes” isoladas. Assim, há uma ausência de controle e de entendimento do processo. Neste contexto, persistem vários conflitos que ora são velados ora são explícitos, envolvendo hierarquias de saberes e de remuneração da força de trabalho dos profissionais.

A especialização faz com que cada profissão e cada profissional fique confinado à sua atuação, à sua escala de trabalho, realizando apenas funções para as quais foi formado. Entretanto, a condição de técnico com formação especializada não condiciona uma necessária fragmentação entre práticas e profissionais. A especialização favorece que haja saberes compartimentalizados específicos, mas que podem e devem dialogar na perspectiva de uma prática comum/coletiva/articulada. Para este movimento é necessário um esforço coletivo das equipes.

Esse cenário de não integração entre os membros da equipe foi evidenciado nas falas dos sujeitos, após indagados sobre a existência ou não de um trabalho interdisciplinar na UTI:

*[...] as coisas acontecem primeiro para depois ficarmos sabendo, muitas vezes se a gente não for atrás só fica sabendo quando mudam a vazão, quando altera a dieta (Participante 05).*

*Bom, eu acho que não tenho propriedade para falar porque não atuo diretamente lá, mas pela experiência, pela vivência que a gente tem aqui no setor, eu acredito que efetivamente não, porque muitas vezes ocorre até a falta de comunicação entre profissionais que estão lá atuando na UTI, então acredito que efetivamente não existe, não se materializa lá (Participante 02).*

Portanto, o Serviço Social está imerso nesse contexto no qual não é compreendido em seu processo de trabalho individual e coletivo, ocasionando uma cobrança/vigilância por parte dessa equipe que vai desde questionamento sobre a atuação do serviço social e a cobrança direta por uma presença mais frequente desse profissional dentro do espaço da UTI, até ao seu papel nessa assistência aos usuários em estado grave e seus familiares.

Como as profissões que atuam na UTI são essencialmente técnicas, baseadas no modelo biomédico assistencial, se configura, de um lado, uma relação entre profissionais com forte identidade baseada na técnica e na ação emergencial curativa (médicos, nutricionistas, enfermeiros) e, do lado oposto, o Serviço Social com atuação ligada não à especialidade técnica, e sim às determinações sociais<sup>9</sup> presentes na saúde dos usuários internados nessa unidade.

A UTI é um espaço onde a hierarquia e o poder são visivelmente percebidos, a partir da centralidade do trabalho médico como “sujeito-chave” na prestação da assistência. Neste espaço em uma escala hierárquica, após os médicos estão os/as enfermeiros/as que organizam a UTI desde a divisão dos processos de trabalho entre os técnicos de enfermagem até o controle e reposição de material desse setor, além, claro, dos cuidados e diagnósticos de enfermagem, que implicam a recuperação desse usuário. Nesse cenário, também figuram fisioterapeutas que diariamente desenvolvem suas atividades solicitadas pelas decisões médicas. Além, por certo, do Serviço Social que carrega em seu lastro, apesar das mudanças das legislações em vigor, um significado subalterno perante os demais profissionais da saúde, o que Leal (2015) descreve como:

A atribuição de um significado subalterno ao Serviço Social na saúde tem a ver, portanto, a concepção de saúde e o embate entre os projetos sanitários (e societários) nos serviços de saúde, ou seja, com o próprio modelo de atenção à saúde, que define quais necessidades são consideradas de saúde, bem como que profissões são ‘importantes’ para a assistência à saúde; com a direção do processo coletivo de trabalho no cotidiano dos serviços; e também com o próprio perfil do trabalho do(a) assistente social, que abrange tanto seus referenciais teórico-metodológicos, éticos-políticos e técnicos-operativos, quanto suas ações (LEAL, 2015, p. 9).

Para uma profissão considerada “paramédica”, nos termos de Leal (2015), e porque não dizer, na atual conjuntura política e de correlações de forças no trabalho coletivo em saúde: o/a Assistente Social tende a ser considerado também um/a profissional “paramédico” como os demais (“para-enfermeiro”, “parafisioterapeuta”, “parafarmacêutico”). Nesse contexto, surge uma cadeia de sucessivos questionamentos ao trabalho do Serviço Social na UTI; o esforço de romper com esse *status* se torna imperativo no cotidiano de trabalho

E, nesse sentido, todas as profissões giram em torno das decisões de apenas uma categoria profissional, conforme descrito abaixo, quando questionados sobre o trabalho interdisciplinar na UTI:

*Existe em partes, não acho que seja completo. Acho que existe a figura do médico realmente como soberano e que os outros profissionais estão meio que de apoio, não que ele use realmente o que cada um tem para oferecer dentro de sua formação, entendeu? Por exemplo, ele escolhe a fisioterapia, escolhe a dieta do paciente, escolhe a terapia, mas, assim, não chama o profissional que é formado naquilo pra (sic) escolhe junto ou opinar junto, entendeu? Às vezes, o que a gente trabalha é em cima dos erros deles e coisas que se a gente trabalhasse juntos a gente não trabalharia em cima dos erros, íamos trabalhar junto para a melhor terapia (falando de minha profissão), acredito que seja nisso, da mesma forma, se eles conseguissem juntos com a fisioterapia uma melhor conduta junto com a enfermagem uma melhor conduta e não a gente tivesse que entrar no erro (Participante 03).*

*Na UTI a gente vê que ainda é muito centrada em uma intervenção biomédica, então, as relações profissionais elas giram em torno da figura do médico, como se as outras profissões elas fossem paramédicas, digamos assim, estão ali para auxiliar o objetivo do trabalho do profissional médico que se volta para a doença, então é voltada a uma concepção de saúde restrita certo? Então, o trabalho dos demais profissionais se dá nesse sentido e muitas vezes atuam quando são requisitados (Participante 04).*

Estes depoimentos revelam uma determinação importante para analisar as relações profissionais na UTI e o papel do Serviço Social. A divisão social do trabalho própria do capitalismo inaugura uma separação entre o saber e o fazer. Os trabalhadores passam a ser separados em *homo sapiens* e *homo faber*. Nesta distinção, a especialização passa a ser um atributo requerido aos trabalhadores – os trabalhadores perdem o controle do processo de trabalho e ficam atomizados em “partes” isoladas de trabalho. E na saúde, onde o trabalho é coletivo e todos estão envolvidos no atendimento à saúde, essa divisão tem um

papel e um significado extremamente importante. Porém, a figura do profissional médico costuma se colocar como o detentor do saber e o responsável por delegar as funções aos demais profissionais, desconsiderando que o resultado do seu trabalho depende do resultado do trabalho de toda uma equipe multiprofissional.

O exercício daquela hierarquia e do poder médico, explicitados no escopo desse trabalho, foram estudadas por Foucault<sup>10</sup> (1979), quando discute, na obra “Microfísica do Poder”, como se deu esse poder médico. Segundo o autor, em meados do século XVIII, com a criação do hospital e a partir do momento em que o poder médico “é concebido como um instrumento de cura e a distribuição do espaço torna-se um instrumento terapêutico, o médico passa a ser o principal responsável pela organização hospitalar” (FOUCAULT, 1979, p. 109).

Essa pode ser considerada uma característica fundamental para se compreender o que está posto, hoje, nesta instituição hospitalar, pois, apesar das suas modificações estruturais, tecnológicas, científicas, de formação profissional das diversas áreas da saúde e as legislações desse campo, ainda se percebe esse exercício do poder, engessado na estrutura organizacional de um Hospital e no cotidiano de trabalho depositado na figura do médico. Trazemos para a reflexão o que o referido autor ilustra sobre a hierarquia do hospital no século referido:

[...] a tomada de poder pelo médico se manifesta no ritual da visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguido de toda a hierarquia do hospital: assistentes, alunos enfermeiras, etc. Essa codificação ritual de visita, que marca o advento do poder médico, é encontrada nos regulamentos de hospitais do século XVIII, em que se diz onde cada pessoa deve estar colocada, que o médico deve ser anunciado por uma sineta, que a enfermeira deve estar na porta com um caderno nas mãos e deve acompanhar o médico quando ele entrar, etc. (FOUCAULT, 1979, p. 110).

Esse cenário, reservadas as devidas proporções, ainda se faz presente no século XXI, quando observado o trabalho na equipe da UTI do HUOL, como um hospital universitário formando diversos profissionais, e que a visita médica é prática diária na instituição nos mesmos moldes descritos acima. Ainda no que se refere ao modelo de saúde fragmentado em seus processos de trabalho e com foco biológico, também é retratado por outros autores:

O modelo assistencial hospitalocêntrico e biomédico pauta-se pela centralidade na estrutura hospitalar e nos atos dos profissionais médicos, em detrimento da atenção em saúde, a partir do planejamento e programação com base nas necessidades de saúde, e não estritamente no trato das doenças (SILVA; MENDES, 2013. p. 50).

O que podemos perceber diante disso é que o profissional de Serviço Social tem um fazer completamente distinto dos demais profissionais da área médica. Nós trabalhamos com uma perspectiva de totalidade, consideramos nosso trabalho como parte de processos coletivos. Contudo, grande parte dos profissionais não veem assim – são formados para especialização e perdem de vista a articulação dos saberes.

O Serviço Social trabalha sob o prisma da determinação social em saúde e eles atuam a partir da cura de enfermidades, através de mecanismos técnicos. Os/as Assistentes Sociais como categoria se preocupam com os elementos que trouxeram o/a usuário/a ao hospital/UTI e as condições de retorno do mesmo ao seu local de moradia. Já os profissionais com formação biomédica analisam o/a usuário/a como um sistema em que alguma parte está em desequilíbrio. Deve-se a isso uma formação cartesiana voltada para mecanismos fechados, enquanto a formação do Serviço Social é baseada na totalidade e na formação generalista.

Diante disso, foi perguntado aos entrevistados o que motivou e/ou levou a trabalhar em UTI e as falas dos sujeitos foram categóricas, no sentido de realização profissional associada ao atendimento de

usuários críticos, ou seja, a busca pelo *status* de trabalhador em ambiente especializado e procedimental. Relega-se o *status* inferior àqueles profissionais que atendem demandas associadas aos cuidados de prevenção e promoção da saúde.

Como podemos observar, as escolhas por esse campo de atuação foram bastante expressivas no que diz respeito ao atendimento ao paciente crítico, à complexidade dos mesmos e ao universo de atendimento estritamente mecanizado e especializado. É uma escolha que remete a um local privilegiado, um *status* diferenciado de trabalhar com um desafio que é o paciente crítico; representa o topo da carreira para determinadas profissões, pois sua capacidade profissional pode ser expressa através de uma escala que separa os degraus da atenção básica e o Hospital, e dentro deste chegar à UTI, vejamos a seguir:

*A complexidade dos pacientes, ou a interação com o paciente em estado grave, basicamente isso (Participante 08).*

*Eu sempre tive uma afinidade por essa área, foi por, não sei, eu achava que era meu lugar dentro da enfermagem na área de terapia intensiva paciente crítico (Participante 01).*

*É pela dinâmica mesmo do ambiente, ser um ambiente que é bem especializado, tem a oportunidade de realizar muitos procedimentos, o cuidado ao paciente grave que é bem diferente, mais especializado do que o de outros ambientes (Participante 12).*

*Perfil de paciente que eu gosto, gosto de paciente grave, paciente crítico (Participante 06).*

*Eu não fiz o concurso para UTI, mas pelo meu perfil profissional, pelo meu histórico curricular definiram que eu viesse para UTI, pois eu já trabalhava com pacientes complexos, pacientes críticos, e particularmente fiquei feliz com isso por que era meu objetivo profissional porque eu acho que quando você chega lá, quando você é delegado, digamos assim, à UTI é por que te acham capaz de atender bem a todos os pacientes, de todas as clínicas (Participante10).*

Portanto, aí se revela o primeiro choque entre as profissões especialistas e as generalistas como o Serviço Social, as cobranças às quais discutimos anteriormente se justificam exatamente por esse confronto de formação: de um lado, um leque de profissões que almejam trabalhar na UTI, em busca de um trabalho especializado e procedimental, que pode levar ao reconhecimento e *status*; do outro, profissões que prestam assistência à UTI voltados a um saber geral, a uma concepção de saúde ampliada.

Esse é um reflexo da natureza do trabalho do Serviço Social, que se diferencia das demais profissões no âmbito da saúde, tendo em vista a sua formação acadêmica/profissional mais generalista em paralelo direto com as especialidades médicas.

Diante disso, essa escolha e/ou definição para atuar na UTI por parte do/a Assistente Social está relacionado a esse caráter generalista da formação profissional, que nos habilita a atuar nos diversos níveis de complexidade da saúde, expresso nas falas abaixo:

*Por ser um profissional generalista, atendemos as demandas da UTI (Participante 02).*

*Na realidade, na época, não foi uma motivação, uma colega queria deixar a unidade de UTI e nós reestruturamos as distribuições das enfermarias e UTI e eu acabei sendo indicada a assumir a Unidade de Terapia Intensiva (Participante 11).*

*Na verdade, não foi a UTI em si que me chamou a atenção, por ser um processo seletivo que tinha mais vagas na UTI foi o que me chamou atenção e me trouxe, eu realmente não conhecia o trabalho em UTI antes de chegar aqui (Participante 04).*

Complementado as falas dos sujeitos, há um subsídio legal que nos respalda para uma atuação na saúde em qualquer nível de complexidade, situado a seguir:

O Assistente Social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma

competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, 2010, p. 46).

Ainda assim, temos as nossas Diretrizes Curriculares (1996) que apontam o perfil do Bacharel em Serviço Social:

Profissional que atua nas expressões da questão social, formulando e implementando propostas para seu enfrentamento, por meio de políticas sociais públicas, empresariais, de organizações da sociedade civil e movimentos sociais. Profissional dotado de formação intelectual e cultural generalista crítica, competente em sua área de desempenho, com capacidade de inserção criativa e propositiva, no conjunto das relações sociais e no mercado de trabalho [...] (ABEPSS, 1996).

Então, o resultado de seu trabalho não é um concreto tangível, e, portanto, não é visualizado por categorias movidas pelo fazer técnico-procedimental.

Diante disso, consideramos que os/as Assistentes Sociais são formados para atuar em qualquer espaço sócio-ocupacional onde as demandas se apresentem. Ainda, podemos afirmar que é um avanço o trabalho dessa categoria em UTI. Por mais que os demais profissionais não percebam as determinações que demandam nossa atuação, estas existem e nós, através de nossa formação, conseguimos compreendê-las. A questão da invisibilidade está ligada ao fato de que, na sociedade capitalista, as determinações estruturais dos processos não são facilmente detectadas pelo senso comum.

Com isso, apenas uma formação generalista e ampla permite esta competência, que é, ao mesmo tempo, teórica e prática. Assim, como as análises foucaultianas, a microvisão impede a ampliação da análise para conhecer para além da nossa área. A ênfase nos processos de trabalho é uma alternativa à formação de saberes compartimentalizados.

Dessa forma, compreendemos que uma das alternativas metodológicas de trabalho que possa levar ao fortalecimento das contribuições das diversas categorias profissionais é através do trabalho interdisciplinar. Na saúde, isso pode romper com o viés fragmentário das ações e levar a uma desconstrução da hierarquia estabelecida, como veremos a seguir.

### **Trabalho interdisciplinar e a (in) visibilidade da atuação do serviço social na UTI**

Discutir o trabalho em equipe também requer uma definição desse trabalho no âmbito da saúde. Conforme Matos (2013), o trabalho coletivo em saúde tem início na década de 1940, nos hospitais, em sua maioria construídos pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPS). Contudo, era um espaço apenas destinado à realização de trabalhos parcelares e autônomos, guiados pelo saber médico. Foi apenas em 1997 que o Conselho Nacional de Saúde destaca que o “reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior constituiu um avanço no que tange à concepção de saúde e à integralidade da atenção” (CNS, 1998, p. 1). Essa definição foi pautada sob a concepção de um trabalho multidisciplinar no campo da saúde com o advento do SUS, e representa um avanço na concepção ampliada de saúde.

A definição do trabalho interdisciplinar por parte dos profissionais expressou um avanço; reforça-se, então, que o trabalho em saúde deve romper com esse viés fragmentado e superar as frágeis tentativas de uma atividade multidisciplinar, isso porque, conceitualmente, há diferenças entre multidisciplinariedade, interdisciplinaridade, pluridisciplinaridade e transdisciplinaridade, que, segundo Sampaio et al. (2010), esses conceitos estabelecem entre si um nível de coordenação e cooperação entre as disciplinas, expressas a seguir:

Por multi e pluridisciplinaridade entende-se uma atitude de justaposição de conteúdos de disciplinas heterogêneas ou a integração de métodos, teorias ou conhecimentos. [...] a transdisciplinaridade seria o nível mais alto das relações iniciadas nos níveis de multi, pluri e interdisciplinar (SAMPAIO et al., 2010, p. 83).

Contudo, o enfoque que trazemos está pautado no conceito de interdisciplinaridade que os referidos autores adotam, no qual está a chave para romper com o modelo de atenção à saúde voltado apenas para a cura (doença) e não à saúde como um todo e sua determinação social, mas que não se desenvolve de modo automático, pois vai depender da criação de consensos.

Na interdisciplinaridade, teríamos uma relação de reciprocidade, de mutualidade, um regime e copropriedade, possibilitando o diálogo, onde as diversas disciplinas levam a uma interação, a uma intersubjetividade, condição para a efetivação do trabalho interdisciplinar (SAMPAIO, 2010, p. 83).

Questionamos os profissionais quanto ao conceito de trabalho interdisciplinar em equipe e obtivemos as seguintes respostas:

*Quando todo mundo vai atender, engajado, cada um dando sua contribuição (Participante 05).*

*É você trabalhar sabendo que não é apenas seu trabalho que vai melhorar o paciente é um trabalho em conjunto que vai melhorar esse paciente (Participante 08).*

*Pra (sic) mim acho que é você conseguir enxergar o que o outro profissional pode lhe ajudar em determinadas situações, é, eu acho, que o saber de cada um é importante, você nunca sabe o suficiente para resolver o problema, então, nossa formação profissional é muito falha em relação a isso; a gente não sabe o que o fisioterapeuta realmente faz o que o enfermeiro realmente faz e, assim, acho que o trabalho interdisciplinar ajuda nisso você reconhecer o trabalho do outro, coisa que é limitado, entendeu? E usar disso em prol de realmente de quem precisa que o paciente que está na ponta e acho que a residência ajudou nisso. Porque eu realmente tinha pouca visão do que os outros profissionais faziam. Acredito que todo mundo tem essa visão (Participante 03).*

As concepções dos profissionais de Serviço Social indicam:

*Você dar uma pausa agora (risos). Olha, aqui no hospital existe trabalho em equipe, mas acho que esse trabalho é muito feito pelos profissionais do serviço social, né, esse trabalho em equipe. Em experiências anteriores já trabalhei com profissionais de outras áreas, então, aqui no hospital, basicamente, o trabalho é feito mesmo pelos profissionais, acho importante essa interação, partilhar experiências, questão muitas vezes de dúvidas que a gente tem; infelizmente, não vejo isso se efetivar com profissionais de outras áreas, é mais o contato mesmo, o repasse de informações, então, eu acho se materializa mais entre os assistentes sociais (Participante 02).*

*O trabalho interdisciplinar é aquele em que a interação entre as várias profissões coloca o conhecimento de cada profissão em prol do usuário, mas de forma integrada e não eu em minha parte específica de assistente social e outra na parte de psicologia, mas uma integração, uma discussão coletiva daquela situação, daquele caso, colocando cada saber em função daquele usuário (Participante 11).*

*O trabalho interdisciplinar ele envolve vários conhecimentos que dialogam na construção de um plano de trabalho, de discutir uma intervenção, mas que tem uma interação entre as disciplinas com um objetivo em comum. Esse seria um trabalho em equipe voltado para uma interdisciplinaridade (Participante 04).*

Como podemos perceber através das falas dos sujeitos, a maioria dos profissionais não se aproximou do conceito de um trabalho interdisciplinar, conforme a literatura discutida nesse texto. O discurso deles se aproxima muito mais de um trabalho multiprofissional, no qual cada um contribui com a sua formação na prestação da assistência de modo isolado.

O trabalho interdisciplinar não é um somatória de intervenções, tampouco a mera existência de uma interação entre a equipe; necessariamente, é um trabalho interdisciplinar, a discussão coletiva pode ou não levar a uma interdisciplinaridade, porque, na realidade, esse modelo de atuação requer um planejamento integrado da equipe, a definição em conjunto de um plano de trabalho, a troca de saberes na condução dos casos, onde todas as profissões dialogam para decidir as condutas com um objetivo comum.

Questionados/as sobre a existência de um trabalho interdisciplinar na UTI, obtivemos as seguintes respostas:

*Não existe. Na realidade, existe um trabalho, vamos dizer, fragmentado, eu não considero que haja um trabalho em equipe, às vezes ocorre uma articulação entre algumas profissões serviço social com a psicologia, mas um trabalho interdisciplinar não existe. É um desafio que se coloca à residência, ela vem aí para estar trabalhando isso desde que começou em 2011 que há esse desafio, realmente, de fazer um trabalho interdisciplinar, mas não existe porque são trabalhos fragmentados cada um em sua área (Participante 11).*

*Olha, eu considero que não, pois na UTI temos dificuldade inclusive de um trabalho multiprofissional e o motivo vem desde a formação das profissões de saúde, que não têm nos seus currículos essa discussão de trabalho interdisciplinar, certo? As formações elas são individualizadas, voltadas para o mercado de trabalho, para a formação de especialidades de intervenção na área da saúde e isso prejudica uma concepção/formação crítica dos profissionais que se voltam para uma interdisciplinaridade (Participante 04).*

Observa-se que dois dos entrevistados relataram a ausência do trabalho interdisciplinar na UTI, reforçado pelo trabalho fragmentário, rotineiro, bem como a falta de uma cultura do exercício profissional em equipe. As ações não são planejadas com todas as categorias que prestam assistência ao usuário crítico e a falha na comunicação prejudica essa assistência, gerando conflitos dentro da equipe e com a família.

Estes elementos expressam as análises do autor, como segue: “A especialidade técnica na saúde criou equipes que não interagem. São profissionais compartimentalizados, como se a vida fosse uma junção de conhecimentos sobre pedaços do corpo humano” (SODRÉ, 2010 *apud* SILVA; MENDES, 2013, p. 54).

O trabalho de assistência ao usuário/a crítico/a exige um fazer integrado, com equipes que dialoguem e problematizem em conjunto as tomadas de decisões quanto à terapêutica a ser adotada, ao tratamento seja ele de recuperação ou reabilitação, à rotina de acompanhamento, dentre outros. Para tanto, a equipe de saúde necessita alinhar as suas condutas e estabelecer um fluxo de comunicação entre os membros da equipe; essa necessidade foi expressiva quando questionados/as sobre as relações profissionais na equipe da UTI, como podemos ver abaixo:

*[...] o contato que a gente tem é via telefone com os profissionais, mas, como eu já disse, há uma falta de comunicação entre os profissionais que estão atuando na UTI e isso interfere negativamente no andamento do trabalho e acaba chegando aqui (no serviço social) (Participante 02).*

*É muito fragilizada, certo? Por falta de interesse dos profissionais em firmar, tornar mais forte essas relações e [...] eu vejo um pouco de egoísmo, muitas pessoas querem fazer o seu e pronto, e desconhece mesmo como fazer uma prática interdisciplinar, formar um cuidado mais integrado com os outros membros da equipe (Participante 01).*

*Acredito que poderia ser melhor explorada, sem dúvida. É algo que se tenta ter essa interdisciplinaridade, multiprofissionalidade, mas acho que ainda é um desafio. Assim, não vejo realmente isso: o chamar a outra profissão, entendeu? A Residência acaba lhe despertando para você saber da importância das outras profissões e onde atua, mas acho que na prática ainda falta acontecer isso: você realmente chamar o outro profissional para atuar junto a você, por mais que você saiba em que momento vai precisar, mas eu não vejo isso constantemente acontecendo (Participante 03).*

*Eu acho difícil as relações da UTI, [...] é um ambiente por si só que não propicia e as pessoas são muito, vamos dizer, fechadas a alguma articulação, a uma discussão coletiva (Participante 11).*

Mas não é só isso, estudos recentes demonstram que existem alguns obstáculos para a real efetivação desse tipo de ação. “[...] Furtado (2007) destaca particularmente três: a tendência das instituições em preservar o *status quo*, o excesso de demandas diante da escassez de recursos disponíveis para seu atendimento e a disputa de poder entre as corporações profissionais” (SILVA, MENDES, 2013, p. 56).

Finalizamos essa discussão trazendo um recorte do olhar que a equipe multiprofissional tem do Serviço Social de forma mais concreta, revelado através das falas dos sujeitos e aproveitamos o momento para uma ligeira apresentação do papel do Serviço Social na assistência ao usuário crítico.

## **O trabalho do serviço social na UTI**

O que se revela de uma profissão é o seu fazer imediato e o seu não fazer à luz das outras profissões. As categorias profissionais estão imersas tanto no seu exercício, nas suas atribuições privativas e competências, que enxergar o outro nesse cotidiano torna-se um desafio, porém isso é cada vez mais negligenciado. Um fazer profissional compartimentado gera um resultado na mesma proporção – os sujeitos são unos –, é um conjunto de particularidades que envolve os aspectos biopsicossociais que precisam ser analisados e problematizados como tais. Quando isso não se efetiva, o atendimento às demandas de saúde se torna fragmentário e não dá conta de todas as dimensões reais e necessidades dos sujeitos.

Indagamos à equipe multiprofissional sobre qual a sua compreensão do trabalho do/a Assistente Social na UTI, as respostas são majoritariamente indicativas de um olhar apenas para o aspecto do atendimento à família, reduzindo o fazer profissional e desconhecendo a sua atuação, e podem ser revelados a seguir:

*Eu aprendi muito aqui no hospital com vocês, antes eu não sabia, tinha uma visão diferente do trabalho de vocês, porque vocês são importantes para fazer esse elo com a família e o social, porque ficamos nesse mundinho (da UTI) e vocês fazem esse contato externo (Participante 05).*

*O Assistente Social? Ele faz aquele vínculo da gente que fica dentro desta “caverna” aqui, com o mundo lá fora (digamos assim). Ele faz o vínculo e intermedeia toda nossa relação com a família, não é? Com os familiares ele está sempre presente no momento de uma notícia boa, que é hora da alta, e no momento de uma notícia ruim que é a hora do óbito, não? (Participante 01).*

*Ai, Deus! Eu acho que é muito a questão de relação com a família, é?! O serviço social, assim para mim é isso (depois você me corrige, risos...), mas o que vejo mais é a questão mesmo de quando a gente precisa que a família venha mais participar da questão do tratamento do paciente, ou então quando o paciente está muito grave e a gente precisa ter uma abordagem mais difícil de dizer de prognóstico, de como ele está progredindo ou então naqueles casos, por exemplo, que às vezes têm um tratamento específico que*

*precise ser feito e a gente precisa que a família autorize isso, o paciente que a família nunca vem, eu acho que é assim o vínculo com a família, quando a gente precisa disso (Participante 06).*

Essa identificação da família com o Serviço Social se revelou também pelas próprias Assistentes Sociais. Percebemos, através dos seus discursos, que os profissionais enfatizam nas famílias e esquecem as determinações sociais em saúde. Não significa dizer que o atendimento do Serviço Social não seja fundamental para a família, porém nosso fazer não se reduz a isso. O trabalho do/a Assistente Social na assistência à UTI requer conhecimentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos que deem conta de problematizar a determinação social no processo saúde e doença, e estejam em conformidade com as normativas que nos respaldam como os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, construído coletivamente pela categoria profissional e consolidado pelo CFESS, observamos a seguir:

*Acredito que seja de acolhimento, de orientação, que geralmente, essa parte do acolhimento é muito importante porque a família fica muito abalada quando o paciente vai para a UTI né, então é essa parte do acolhimento e de orientação mesmo, e algumas intervenções, mediação caso seja necessário (Participante 02).*

*O trabalho do assistente social, vamos dizer, ele não está em sua plenitude, acho que têm muitos limites para desenvolver o trabalho do Assistente Social na UTI. Nós temos um formato hoje que não propicia à gente, tem recursos humanos reduzidos para uma demanda que se coloca para o hospital, isso já vem há algum tempo, aí pela própria dinâmica dificulta você se dedicar e fazer um trabalho realmente que você possa estar trabalhando o usuário, profissional e família. Que a família é extremamente importante nesse processo já que, na UTI, muitas vezes, o usuário lá internado não está em condições de comunicar e muitas vezes a via da comunicação é o profissional e a família. E a gente está deixando a desejar em nossa assistência por várias dificuldades (Participante11).*

A assistência ao usuário crítico por parte do profissional de Serviço Social no HUOL revela outro fazer, paralelo ao que estavam visíveis aos olhos da equipe multiprofissional, justificado, como dito anteriormente, pela dinâmica de atendimento centrado na doença e no atendimento às demandas imediatas de saúde do usuário. É comum, na rotina diária, a equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, dentre outros) estar preocupada apenas com os desequilíbrios fisiológicos e a patologia iminente, em detrimento do sujeito como um todo, em suas múltiplas determinações.

É justamente neste âmbito que a atuação do Serviço Social se insere, buscando-se compreender e traçar mecanismos institucionais para resolução das questões; remete ao conhecimento da rede de serviços a caracterização dos/as usuários/as e suas condições gerais de vida, estabelecendo articulações entre os serviços de várias áreas (saúde, assistência, previdência, educação, controle social, etc.), por esta razão nossa atuação na UTI e mais em outros espaços para que as ações sejam realizadas. Ao contrário de outras profissões, a UTI não dispõe, para o Serviço Social, de mecanismos de trabalho como telefone, computador, documento; estes instrumentos e meios encontram-se em outros locais. Isso justifica porque ficamos “pouco” na UTI como cobram alguns profissionais: as determinações sociais de saúde não podem ser resolvidas dentro da UTI. Esta última diferença é central entre nosso trabalho e os demais profissionais; nosso trabalho possui outros parâmetros de atuação e normatizações.

## **Considerações finais**

O trabalho do Serviço Social na prestação da assistência aos usuários que estão internados na UTI é demandado a ser orientado por padrões de burocratização, protocolos de atuação fixos, requisições

imediatas. Isso provoca um confronto direto entre as suas ações profissionais e a sua especificidade, bem como uma cobrança/vigilância, por parte da equipe multiprofissional que presta assistência à UTI, de suas intervenções, no sentido de questionar aonde está o/a Assistente Social ou o/a Residente de Serviço Social? O que esse profissional faz?

Embora questionado sobre seu fazer, dentro de suas ações, o Serviço Social está realizando o acolhimento aos familiares dos usuários que estão internados na UTI, acompanhamento social, visita aos leitos, atendimento às demandas dos usuários, encaminhamento à rede socioassistencial, comunicação de alta para enfermaria, democratizando as informações, na desburocratização do acesso aos serviços, dentre outras atividades inerentes a essa categoria profissional.

Em suma, temos que a (in) visibilidade é causada por: formação profissional distinta; modelo médico assistencial (com ênfase no médico); conflito entre tendência à especialização x formação generalista, bem como pelo fato de que as determinações sociais em saúde não são reconhecidas pelos demais profissionais.

Nesse sentido, a interdisciplinaridade é uma alternativa para superar esta (in) visibilidade, mas depende das condições institucionais e da postura dos profissionais em questionar as hierarquias existentes. O Serviço Social necessita se fundamentar nas determinações sociais em saúde para expressá-la para os outros profissionais e para os/as usuários/as. A revelação de sua existência profissional não pode ser procurada na especialização e sim nas determinações que geram demandas profissionais.

Então, conforme Silva e Mendes (2013), deve-se provocar o exercício da prática interdisciplinar como uma estratégia para ultrapassar a tendência que as instituições e as equipes de saúde têm de impor barreiras ao exercício profissional do/a Assistente Social, levando a um fazer burocrático, limitando as ações. O trabalho interdisciplinar pode ter a contribuição do Serviço Social no estímulo ao debate e na construção de uma metodologia de intervenção coletiva, pois é intrínseco a essa categoria, expresso em seu Código de Ética (CFESS, 1993) como um compromisso profissional, o incentivo às práticas interdisciplinares.

## Referências

- AMARAL, Â. S., CESAR, M. O trabalho do assistente social nas empresas capitalistas. In: CFESS/ABEPSS. **Anais...** Brasília: 2009. p. 412-425.
- ABESS/CEDEPSS. Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social. **Cadernos ABES**, São Paulo: Cortez, n. 7, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. **Resolução nº 7**, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.
- \_\_\_\_\_. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Trabalho, rendimento, amostra**. Brasília, 2010.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília. 2010. (Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Públicas)
- \_\_\_\_\_. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1993
- CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE – CNS. **Resolução nº 287**, de 08 de outubro de 1988. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/resolucoes/1998/Reso287.doc> Acesso em: 3 nov. 2015.
- FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- IAMAMOTO, M. V., CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 33. ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- IAMAMOTO, M., V. **Serviço social em tempo de capital fetiche**: capital financeiro, trabalho e questão social. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- LEAL, K. E. **Serviço social como profissão de saúde**: contribuições ao debate, 2015.
- \_\_\_\_\_. **Promoção da saúde e serviço social**: uma análise do debate profissional. 2013. Tese (Doutorado em Serviço Social) - Universidade Federal de Pernambuco, Recife.
- LUKÁCS, G. **Para uma ontologia do ser social I**. Rio de Janeiro: Boitempo, 2012.

MATOS, M. C. **Serviço social, ética e saúde**: reflexões para o exercício profissional. São Paulo: Cortez, 2013.

SAMPAIO, C. C. et al. Interdisciplinaridade em questão: análise de uma política de saúde voltada à mulher. In: SEVERINO, Antônio Joaquim et al. (Org.). **Serviço social e interdisciplinaridade**: dos fundamentos filosóficos à prática interdisciplinar no ensino. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SILVA, L. B, MENDES, A. G. Serviço social, saúde e a interdisciplinaridade: algumas questões para o debate. In: SILVA, Letícia Batista; RAMOS, Adriana (Orgs.). **Serviço social, saúde e questões contemporâneas**: reflexões críticas sobre a prática profissional. Campinas/SP: Papel Social, 2013.

---

<sup>1</sup> A UTI Adulto do HUOL possui 19 leitos em funcionamento, dispostos dois a dois em cada compartimento, com o leito 19 reservado para isolamento (precaução para bactérias multirresistentes).

<sup>2</sup> Camargo Júnior (2005) menciona que, em tal racionalidade, o corpo é dividido em sistemas agregados a partir das distintas disciplinas. Há uma correspondência entre a divisão dos sistemas e a clivagem em especialistas da Medicina. O analista exemplifica: o sistema respiratório é terreno das/os pneumologistas; o gastrointestinal, das/os gastroenterologistas; o sistema nervoso, a depender da angulação que se assume, é território da/o psiquiatra ou da/o neurologista (LEAL, 2013, p. 47).

<sup>3</sup> Do ponto de vista teórico: [...], a divisão social do trabalho não se esgota na óptica do intercâmbio de trabalhadores qualitativamente diferentes, que satisfazem variadas necessidades do ponto de vista do valor de uso dos produtos ou serviços trocados. No mundo dominado pelo valor de troca, o indivíduo produz para si ao produzir para a sociedade, na qual cada membro trabalha para ele em outra esfera. [...], implica uma forma específica de divisão do trabalho, cuja condição fundamental é que os sujeitos criem produtos determinados pelo elemento social do valor de troca. [...] (IAMAMOTO, 2010, p. 418-419).

<sup>4</sup> O processo capitalista de produção expressa, portanto, uma maneira historicamente determinada de os homens produzirem e reproduzirem as condições materiais da existência humana e as relações sociais, através das quais levam a efeito a produção (IAMAMOTO; CARVALHO, 2011, p. 36).

<sup>5</sup> [...] como resposta à crise capitalista internacional dos anos 1970 e 1980 [...] é um movimento que visa à recriação das bases de valorização e dominação ideológica do capital [...] no contexto nacional, esse processo implica profundas alterações no “mundo do trabalho” e expressa uma série de transformações que afetam diretamente o conjunto da vida social [...] nesse movimento, a questão determinante é a redefinição do processo de produção de mercadoria que deverá permitir e potencializar o desenvolvimento da dinâmica de acumulação e do processo de trabalho, nas estratégias de gestão da força de trabalho e nos sistemas gerenciais que lhes servem de suporte (AMARAL; CEZAR, 2009, p. 416-417).

<sup>6</sup> Profissionais do quadro efetivo da instituição e também profissionais residentes.

<sup>7</sup> Além de expresso no Código de Ética, o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), em parceria com os conselhos regionais, desenvolve uma política de educação permanente voltada à categoria profissional.

<sup>8</sup> Diante do contexto explicitado, em virtude do excesso de trabalho e da estrutura da UTI do HUOL, pode haver algumas falhas na comunicação entre a equipe, como no momento de passar uma alta do usuário fazendo com que os profissionais busquem a mesma informação mais de uma vez, mesmo após já ter sido comunicado a outro membro da equipe.

<sup>9</sup> Adotamos aqui as contribuições de Leal (2015), que evidencia como perspectiva de análise para a Saúde e seus condicionantes o conceito de determinação social da saúde, conforme a seguir: “Tal perspectiva põe em questão as limitações do modelo biomédico para explicar o processo saúde-doença e defende que a saúde está relacionada à organização da vida social, com base no trabalho e na reprodução social” (LEAL, 2015, p. 9).

<sup>10</sup> Aprendemos que, embora não se alinhe à teoria crítica, o trabalho dele dá contribuições para entender estes meandros das relações microssociais. Sua fragilidade está relacionada ao fato de isolar as análises micro do contexto mais amplo.