



# 16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: "40 anos da "Virada" do Serviço Social"

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

---

Eixo: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional.

Sub-eixo: Ênfase em Trabalho profissional.

## DO SERVIÇO SOCIAL À UTI. UMA REFLEXÃO SOBRE A INSERÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO AMBIENTE INTENSIVISTA DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE UBERLÂNDIA

Laura Maria de Araújo Vencio<sup>1</sup>

Carlos Cesar de Souza Lima<sup>2</sup>

Carla Aparecida Rodrigues de Souza<sup>3</sup>

**Resumo:** O presente artigo tem como foco central o debate em torno do trabalho do/a Assistente Social em Unidade de Terapia Intensiva Adulto (UTI) do Hospital das Clínicas de Uberlândia. O texto representa a sistematização da prática profissional e faz parte dos intensos debates no cotidiano profissional entre as assistentes sociais residente e o preceptor assistente social responsável pela Unidade.

**Palavras-chave:** Serviço Social; Trabalho; UTI.

**Abstract:** This article focuses on the debate about the work of the Social Worker in the Adult Intensive Care Unit (ICU) of the "Hospital das Clínicas de Uberlândia". The text represents the systematization of professional practice and is part of the intense debates in daily life, between the resident social workers and the preceptor, social worker responsible for the Unit.

**Keywords:** Social Work; Labor; ICU.

### INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), consolidado a partir da Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Saúde (Leis nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990), apresenta-se como universal, integral e equitativo, está inserido em todo o território nacional e articula um conjunto integrado de ações e serviços de saúde nos três níveis de complexidade (primário, secundário e terciário). Dito isto, os (as) autores (as) do texto a seguir compreendem a importância de democratizar e refletir em conjunto acerca do fazer profissional do assistente social na Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Hospital de Clínicas de Uberlândia.

---

<sup>1</sup> Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: <vencio.laura@gmail.com>.

<sup>2</sup> Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal do Rio de Janeiro. E-mail: <vencio.laura@gmail.com>.

<sup>3</sup> Estudante de Pós-Graduação. Universidade Federal de Uberlândia. E-mail: <vencio.laura@gmail.com>.

O universo onde se situa o texto é o Hospital de Clínicas, que, mais tarde, seria vinculado à Universidade Federal de Uberlândia, tornando-se conhecido por “HC/UFU” do município de Uberlândia em Minas Gerais. Esse foi fundado oficialmente em 1970, em meio ao período da ditadura militar, dois anos após a criação da Escola de Medicina e Cirurgia de Uberlândia. Iniciou suas atividades com apenas 27 leitos no ano de 1970<sup>4</sup>, porém atualmente comporta 520 leitos e mais de 50 mil m<sup>2</sup> de área construída. Configurou-se como o maior prestador de serviços pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em Minas Gerais, e terceiro no ranking dos maiores hospitais universitários da rede de ensino do Ministério da Educação (MEC), além de ser referência em média e alta complexidade para 86 municípios da macro e microrregiões do Triângulo Norte<sup>5</sup>. Após a promulgação da Carta Magna, o HC/UFU se integrou ao SUS, sendo hoje um dos principais Hospitais Universitários do Brasil<sup>6</sup>.

Importante destacar que mesmo distante de se concretizar uma proposta interdisciplinar na UTI Adulto do Hospital de Clínicas de Uberlândia, considera-se factual a intervenção das diversas profissões na política de saúde. Dentre as profissões, o Serviço Social se insere dentre outros meios, pelo cotidiano laboral dos (as) assistentes sociais, sendo também a área da saúde um dos principais campos de atuação em número de postos de trabalho, e por que não, em complexidade. Os assistentes sociais direcionam suas ações na perspectiva da viabilização dos direitos sociais e no desenvolvimento de estratégias que proporcionam o enfrentamento das manifestações da “questão social”, nas mais variadas formas em que se apresentam no cotidiano profissional. É imprescindível que o/a assistente social, em consonância com a matriz marxista apresente uma perspectiva teórico-crítica que lhe dê subsídios para desmistificar o que está implícito nas demandas trazidas pelos usuários e que se concentram no âmago das expressões sociais da sociedade capitalista.

No cenário caótico de crise cíclica do capital e contrarreforma do Estado, em que se estabelece o desmonte das políticas sociais e o retrocesso no que tange à conquista de direitos sociais da classe trabalhadora, este artigo tem por objetivo incidir sobre as discussões no âmbito da prática profissional do Serviço Social. Intenciona-se trazer para discussão elementos acerca da intervenção do assistente social na Unidade de Terapia Intensiva (UTI) Adulto do Hospital de Clínicas de Uberlândia (HC/UFU), assinalando os embates e limites profissionais. Ao intervir diante de usuários graves, seus familiares e acompanhantes, o assistente social deve estabelecer como norte de atuação a

---

<sup>4</sup> Fonte: <https://www.hc.ufu.br/pagina/institucional>

<sup>5</sup> Fonte: <https://www.hc.ufu.br/pagina/institucional>

<sup>6</sup> Fonte: <https://www.hc.ufu.br/pagina/institucional>

prestação de um serviço de qualidade, humanizado e democrático, materializando assim os preceitos do SUS e do Código de Ética do Assistente Social.

Para assim realizar essa discussão, foi utilizado o método de revisão bibliográfica em análise qualitativa dos dados observados, em artigos e textos de referência da área do Serviço Social, dando ênfase no documento “Parâmetros para a atuação do assistente social na Saúde”<sup>7</sup> (CFESS, 2009), e para os textos da autora Ana Maria Vasconcelos (2012) os quais trazem subsídio às considerações acerca do Serviço Social no ambiente hospitalar. Também foram expostas as atividades do cotidiano do profissional de referência, neste trabalho, personagens cujo campo de prática em comum é a UTIAdulto. Posteriormente, as demandas foram colocadas em tópicos para melhor visualização. Exemplificando a vivência do cotidiano na Unidade, pede-se a aproximação da congruência entre a prática (sistematização) e a teoria (referencial bibliográfico).

## DESENVOLVIMENTO

A título de contextualização do momento histórico e da profissão faz-se mister um breve resgate do final do século XX e início do século XXI. Assim sendo, o Serviço Social brasileiro é heterogêneo em sua concepção, vista a gênese e posteriormente o processo formação histórico-social se configurarem de formas distintas. No contexto da década de 1960 inicia-se o movimento de “intenção de ruptura”<sup>8</sup> – não de forma estática ou definitiva, mas com as devidas nuances do processo de constituição da profissão nos marcos da sociedade capitalista – com as práticas assistencialistas, de caridade e mediação das tensões sociais entre a classe proletária e a “elite” burguesa<sup>9</sup> que remetem as protoformas do Serviço Social, como exemplifica Nogueira e Sarreta:

A partir da década de 1960 iniciou-se na categoria o movimento de reconceituação que buscou a ruptura com a prática do Serviço Social tradicional, e teve como resultado a definição da direção política e ideológica da profissão, calcada no compromisso com a defesa de direitos da classe trabalhadora com vistas à construção de uma nova ordem societária. Tais preceitos foram incorporados ao Código de Ética Profissional em 1993. (NOGUEIRA E SARRETA, 2016).

---

<sup>7</sup>Fonte: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_a\\_Atuacao\\_de\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saud\\_e.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saud_e.pdf)>.

<sup>8</sup> Conceito utilizado por José Paulo Netto, ao qual pertence a uma das três perspectivas do processo de renovação do Serviço Social: perspectiva modernizadora, perspectiva de reatualização do conservadorismo e a intenção de ruptura.

<sup>9</sup> Fonte: <http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/13/130a0812-1065-4c0b-9ab2-41a70858af1d.pdf>

Um pouco mais além na história, esta a Reforma Sanitária<sup>10</sup>, a qual tem ligação direta com o amadurecimento da tendência marxista na academia e diretorias que incidiu decisivamente na categoria de assistentes sociais na década de 1980. Todavia, os profissionais adeptos à vertente se concentravam em maior número nas universidades tendo pouco apoio nos campos de prática (CFESS, 2009). O CFESS infere que:

A principal proposta da Reforma Sanitária é a defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nessa direção, ressalta-se a concepção ampliada de saúde, considerada como melhores condições de vida e de trabalho, ou seja, com ênfase nos determinantes sociais; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da intersectorialidade, integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais das unidades políticas (União, Estado, municípios, territórios) na prestação dos serviços de saúde; e efetivo financiamento do Estado. (CFESS, 2009)

Após um longo período ditatorial, no qual a resistência parecia natural frente aos estragos do período autoritário, a “Era do Direito”, de Bobbio<sup>11</sup> ascende para marcar um intenso processo de ruptura com o passado. Nesse sentido, a redemocratização brasileira traz à tona, por intermédio da Constituição Federal de 1988, a consolidação dos direitos sociais. Fruto de uma grande mobilização política na sociedade brasileira, a Seguridade Social é o produto final dos intensos debates acerca das políticas sociais voltadas para a saúde, que adquiriu expressividade nos anos 80. O CFESS aduz que:

A concepção de Seguridade Social representa um dos maiores avanços da Constituição Federal de 1988, no que se refere à proteção social e no atendimento às históricas reivindicações da classe trabalhadora. Está inserida no capítulo “Da Ordem Social” e é composta pelo tripé Saúde, Assistência Social e Previdência Social. Representa a promessa de afirmação e extensão de direitos sociais em nosso país, em consonância com as transformações sociopolíticas que se processaram. Nessa direção, destaca-se como significativo na concepção de Seguridade Social: a universalização; a concepção de direito social e dever do Estado; o estatuto de política pública à assistência social; a definição de fontes de financiamento e novas modalidades de gestão democrática e descentralizada com ênfase na participação social de novos sujeitos sociais, com destaque para os conselhos e conferências. (CFESS, 2009)

Isto posto, é possível observar a relação conjuntural entre o ideário do SUS e a concepção presente no Código de Ética<sup>12</sup> do/da Assistente Social, ao qual posteriormente indicaria a defesa e efetivação dos direitos sociais previstos na CF/88

<sup>10</sup>Movimento brasileiro, em meados de 1976, orientado ideologicamente à esquerda e favorável à prestação estatal de serviços de saúde – procurara introduzir mudanças progressivas nas bases de organização do sistema de saúde do país. (PAIVA E TEIXEIRA, 2014 pg. 21) disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>

<sup>11</sup> <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/242925/000936205.pdf?sequence=3>

<sup>12</sup> CFESS, 1993. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf)

(CFESS, 1993). A transformação política e social da época, trouxe à luz problemas de articulação entre a categoria dos assistentes sociais e a ruptura com o conservadorismo, reatualizados na contemporaneidade, portanto, dentro desse contexto um dos obstáculos a serem enfrentados é a crítica endógena ao projeto ético-político.

Em meandros do resgate histórico, o avanço do neoliberalismo na América Latina encontra apoio nos governos de Fernando Collor e Fernando Henrique Cardoso no início da década de 1990, iniciando o projeto privatista, colocando em risco as políticas públicas (CFESS, 2009). Diante dos embates citados para o profissional,

o projeto privatista vem requisitando ao assistente social, entre outras demandas, a seleção socioeconômica dos usuários, atuação psicossocial por meio de aconselhamento, ação fiscalizatória aos usuários dos planos de saúde, assistencialismo por meio da ideologia do favor e predomínio de práticas individuais. Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: democratização do acesso as unidades e aos serviços de saúde; estratégias de aproximação das unidades de saúde com a realidade; trabalho interdisciplinar; ênfase nas abordagens grupais; acesso democrático às informações e estímulo à participação popular. (CFESS, 2009)

Na primeira década do século XXI, o Partido dos Trabalhadores (PT) ascende ao poder (2003 – 2016) e nesse período, de forma sumária, é possível observar uma tendência dúbia em relação ao projeto sanitaria e o privatista, visto que em alguns momentos de gestão ambos foram endossados. Como consequência da falta de investimento na saúde pública, o sucateamento dos aparelhos públicos de saúde ocasionou um aumento das demandas nas unidades de atenção básica e consequentemente nas de atenção especializada e hospitalar. Essa conjuntura se soma aos desafios internos dos profissionais, aos quais o CFESS nota que:

Na saúde, em que esse embate claramente se expressa, a crítica ao projeto hegemônico da profissão passa pela reatualização do discurso da cisão entre o estudo teórico e a intervenção, pela descrença da possibilidade da existência de políticas públicas e, sobretudo, na suposta necessidade da construção de um saber específico na área, que caminha tanto para a negação da formação original em Serviço Social ou deslança para um trato exclusivo de estudos na perspectiva da divisão clássica da prática médica. (CFESS, 2009)

Ainda é possível denotar uma importante peça no enfrentamento às condições objetivas de efetivação do direito à saúde e:

[...]compreende-se que cabe ao Serviço Social – numa ação necessariamente articulada com outros segmentos que defendem o aprofundamento do Sistema Único de Saúde (SUS) – formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto<sup>25</sup>. As dimensões subjetivas devem ser analisadas à luz das condições

de vida e trabalho, ou seja, a partir dos determinantes sociais do processo saúde-doença. 30 ético político profissional tem de, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária. (CFESS, 2009)

É preciso ressaltar que o Brasil é um país de dimensões continentais e que o Serviço Social ocupou campos de trabalho em regiões e épocas diferentes, dado que em 1990 a maturidade teórica da profissão não se alcançaria totalmente nos espaços de acesso a essas discussões, muito menos em espaços sócio-ocupacionais distantes do debate. Sendo assim, é imprescindível a democratização dos parâmetros de atuação profissional, em especial por ser o foco desse trabalho, no âmbito do SUS.

Portanto, as atribuições e competências das (os) profissionais de Serviço Social, realizadas na saúde ou em outro espaço sócio-ocupacional, são orientadas e norteadas por direitos e deveres constantes no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da Profissão, que devem ser observados e respeitados, tanto pelas (os) profissionais, quanto pelas instituições empregadoras.

### **A UTI Adulto HC/UFU**

Segundo o Ministério da Saúde (2009) a UTI situa-se no nível de alta complexidade do SUS, fundamentado em procedimentos que envolvem alta tecnologia e alto custo, com o objetivo de propiciar à população acesso a serviços qualificados, integrando-os aos níveis de atenção básica e de média complexidade. A atenção básica refere-se a um conjunto de ações de saúde que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. A média complexidade caracteriza-se por ações e serviços cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e a utilização de recursos tecnológicos de apoio e terapêutico.

O Hospital das Clínicas de Uberlândia, vinculado à Universidade Federal de Uberlândia (UFU) é uma unidade de alta complexidade, referência para uma população de mais de dois milhões de habitantes, oferece atendimentos de urgência e emergência, ambulatorial, cirúrgico e internação<sup>13</sup>, além de ter uma interface de grande importância com o ensino, pesquisa e extensão. O HC-UFU faz parte da rede de atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) e presta serviço para a gestão municipal de saúde.<sup>14</sup> A UTI Adulto do HC-UFU distribui os leitos em quatro unidades, comportando no total 30 leitos e contam com um quadro profissional composto por Assistente Social,

---

<sup>13</sup> Disponível em: <http://www.hc.ufu.br/pagina/estrutura-fisica>

<sup>14</sup> Disponível em: <http://www.hc.ufu.br/pagina/servicos-prestados>

Enfermeiros, Farmacêuticos, Nutricionistas, Fisioterapeutas, Médicos, Nutricionistas, Psicólogos, Assistentes Administrativos, entre outros profissionais que complementam o atendimento de forma pontual.

O reflexo local da precarização da saúde no Serviço Social pode ser exemplificado pela sistematização do cotidiano profissional dos assistentes sociais, autores e atualmente em prática nas áreas de alta complexidade de urgência e emergência no Hospital de Clínicas da Universidade Federal Uberlândia (HC/UFU). A rotina da UTI e as relações sociais de trabalho e com os usuários do SUS no HC são exaustivas em complexidade e número; o HC/UFU possui 30 leitos de UTI geral adulto, pode receber diariamente até três pessoas por leito no horário regular das 15 as 16 horas; e no horário excepcional estendido das 11 as 20 horas (visita estendida) . Posteriormente discutidos, os tópicos de prática a seguir se referem às anotações e vivências nesse ambiente no período de agosto de 2018 a junho de 2019:

- a. Acolhimento social nos leitos com visitantes/acompanhantes<sup>15</sup> e pacientes;
- b. Identificação de demandas;
- c. Realizar busca ativa e atendimento das demandas espontâneas;
- d. Orientações e suporte social em caso de óbito;
- e. Orientação de requerimento ao seguro DPVAT;
- f. Orientação a respeito de auxílio doença, aposentadoria por invalidez, condição de segurado do INSS bem como benefícios socioassistenciais;
- g. Encaminhamento para casas de apoio;
- h. Orientações à entrada de processos de procuração, tutela e/ou curatela;
- i. Elaboração de declaração de comparecimento;
- j. Informação a respeito de visita estendida, horário de visitante e/ou visita religiosa tal como as normas e rotinas da unidade;
- k. Localização de familiares para acompanhamento da internação, assim como, para a identificação do familiar nos casos de paciente não identificado;
- l. Orientação dos Estatutos (ECA, Idoso, Pessoa com Deficiência);
- m. Notificação aos órgãos de proteção como o Conselho Tutelar, Divisão do Idoso, Secretaria de Desenvolvimento Social;

---

<sup>15</sup> A palavra “acompanhante”, nesse trabalho, se refere a aqueles que estão na Unidade de visita estendida.

- n. Encaminhamento para os aparelhos públicos da seguridade social, segurança pública, exemplo: CRAS<sup>7</sup>, CREAS<sup>8</sup>, UBSFs<sup>9</sup>, Delegacia da Mulher;
- o. Reuniões de discussão de casos e Participação das corridas de leito com a equipe multidisciplinar;
- p. Reuniões com acompanhantes dos usuários com liberação de visita estendida pela equipe multidisciplinar;
- q. Documentação do trabalho em prontuário eletrônico e próprio da Diretoria de Serviço Social;

Dentre estes exemplos, o acolhimento é a primeira fonte de aproximação e vínculo com os usuários. A prática de abordagem do acolhimento, no ambiente em questão, o acolhimento é realizado na maioria das vezes no horário de visita e dentro do leito do paciente, a partir desse primeiro contato os profissionais identificam se há demandas de orientações e encaminhamentos, a qualidade da abordagem é prejudicada pelo fato de o tempo (uma hora) para percorrer em média 4 leitos ou mais quando há somente um<sup>16</sup> profissional em campo. Sobrecarga também problematizada em Vasconcelos (2012)

[...]o trabalho dos médicos, psicólogos, nutricionistas, enfermeiros e assistentes sociais, sem planejamento e sufocado por uma demanda imensa, resume-se à atenção curativa, o que vem reforçar, na população, a busca pelas unidades de saúde somente na doença. (VASCONCELOS, 2012 p.142)

A demanda espontânea caracteriza outro meio de contato com os acompanhantes/visitantes dos pacientes internados na UTI, sendo que, a escuta qualificada desses sujeitos é feita em uma sala de uso multiprofissional dentro da Unidade ou na sala privada<sup>17</sup> de escuta no setor de “Serviço Social das Enfermarias”<sup>18</sup>.

Outra questão, digna de nota, são os atendimentos no setor, os quais por serem de caráter emergencial, são efêmeros. O assistente social, na maioria das vezes, não acompanha os pacientes do começo ao fim da internação, o que leva ao fato da importância da discussão de casos entre os próprios profissionais bem como a reflexão da prática, que tende a ser focalizada, posto o tempo de conclusão. A preceptoria realizada no período em questão auxiliou nas reflexões das demandas postas, discussões as quais boa parte dos profissionais do Hospital de Clínicas não têm a

<sup>16</sup> Quantidade que varia de um a três quando há residentes multiprofissionais pelo MEC atuando.

<sup>17</sup>Respalado por: Lei de Regulamentação da profissão de número 8.662/93, artigo 16 do Capítulo V.

<sup>18</sup> Um dos setores da categoria presentes no HC/UFU. Nele se concentra os profissionais responsáveis pelas Unidades de internação \_ fechadas e enfermarias.



oportunidade de realizar<sup>19</sup>. A respeito disso Vasconcelos (2012) dispõe das opiniões de outros assistentes sociais do campo socio-ocupacional e salienta que:

“Atuar junto à população, buscando e atualizando-me sempre no conhecimento referente a minha profissão e a população com a qual trabalho. Para um futuro mais distante, pretendo voltar a academia para aperfeiçoar meus instrumentos de pesquisa e tentar o magistério”. [...]“Posso não saber o caminho, mas quero progredir, avançar, entender”. (VASCONCELOS,2012, p.283)

Outras atividades citadas envolvem a equipe multidisciplinar da UTI, trabalhos os quais ainda encontram obstáculos culturais e de formação de vínculo no setor, visto que foi recente a admissão do profissional de referência. Para auxiliar na efetivação da presença da categoria foi elaborado um documento<sup>20</sup> com as atribuições e não atribuições do assistente social baseados nos parâmetros disponibilizados pelo CFESS (2009), de forma a contribuir com a democratização do que é a profissão e seus objetivos no contexto intensivista, justificado também por Vasconcelos (2012),

[...] analisar a realidade na procura de suporte e fortalecimento na viabilização da política social redirecionada em favor dos usuários e da saúde. Tirar a realidade do anonimato, desvendá-la, publicizá-la diante do conjunto dos assistentes sociais e de todos é a base de sustentação para enfrentar, com altivez, segurança, firmeza, confiança e superioridade das propostas, o medo da demissão, a subalternidade diante dos demais profissionais de saúde, a inferioridade na apresentação de propostas, a submissão aos ditames institucionais [...] que muitas vezes constroem os profissionais a ferir a ética. (VASCONCELOS,2012, p.243-24)

Entende-se que o processo articulação entre a equipe é gradual e depende em parte do profissional, ao qual se propõe a esclarecer e discutir sobre as determinantes sociais de saúde. Foi percebido também, no período, que o trabalho resumido a apenas receber demandas por telefone não é um formato que qualifique a intervenção do assistente social, visto que a formação de vínculo com a equipe e usuários é prejudicada, todavia já em Vasconcelos (2012) os profissionais apontavam que o que se percebe é um trabalho articulado de alguns profissionais interessados no Programa do que o trabalho de uma equipe articulada, que se trabalha e se planeja. Visto que, quando questionados sobre a forma de se relacionar com a equipe multiprofissional da unidade, os assistentes sociais informaram que ocorre de forma focalizada e as vezes não presencial. Vasconcelos (2012)

---

<sup>19</sup> Sem dados definidos das justificativas.

<sup>20</sup> É digno de nota a falta de um protocolo do Serviço Social homologado no HC/UFU.

Além das atividades realizadas cotidianamente, os profissionais recebem demandas<sup>21</sup> na Unidade que não correspondem às suas atribuições, como:

- a. Realizar ligações de cunho administrativo;
- b. Providenciar locais apropriados para armazenamento de pertences de visitantes/ acompanhantes dos pacientes;
- c. Solucionar conflitos intrafamiliares;
- d. Orientar conduta adequada de comportamento;
- e. Indicar indivíduo a ser restringido em visitas e acompanhamento;
- f. Conduzir visitantes/acompanhantes até outros departamentos, com propósito burocrático/ administrativo.

A maior parte delas são de cunho administrativo, sem conotação social. Para compreender melhor a insinuação de que essas demandas são específicas do assistente social, seria necessária uma pesquisa aprofundada em relação aos profissionais da Unidade juntamente com os profissionais da categoria. Em relação a essas atualmente não são executadas pelo profissional de referência na UTI, todavia em dias e horários não comerciais a Unidade é coberta por uma escala de plantões, na qual se reveza a maioria dos assistentes sociais da Instituição, os quais não têm troca de conhecimento a respeito de suas práticas. Sobre tais práticas, não condizentes com o projeto ético-político, podemos aplicar a essa realidade, também Vasconcelos (2012) a qual analisa os profissionais da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro/RJ

[...] podemos caracterizar o trabalho dos AS da SMS como “tradicional”, no sentido indicado por José Paulo Netto: uma prática empiricista, reiterativa, paliativa e burocratizada”, que na sua vontade/intenção, aspira a uma articulação com as necessidades e interesses da população brasileira, mas na sua ação, esta paramentada por um “ética, liberal, burguesa”. [...]. Daí temos como resultante de que para os pobres basta desejo, boas intenções, boa vontade e não uma ação competente, rica, teórica, ética e politicamente.”(VASCONCELOS, 2012, p. 240.)

Ressalta-se que o período de vivência é curto se comparado à complexidade da atuação na área, todavia a reflexão e construção do texto servir-se-á melhoria e qualificação do atendimento aos usuários.

---

<sup>21</sup>Expostas a título de comparação e reflexão a respeito da visão de outros profissionais das atribuições dos assistentes sociais, e pela própria categoria.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As necessidades de saúde não se reduzem aos atendimentos ambulatoriais individualizados, realização de exames, intervenções hospitalares em geral; não estão relacionadas de forma simplista com a presença ou ausência de doença, mas se coadunam com as condições objetivas e subjetivas dos sujeitos que envolvem todos os aspectos da vida social (CECILIO, 2012). Tentar encaixar o entendimento sobre saúde no molde dos esquemas e procedimentos hospitalares significa desconsiderar os mais complexos estudos e pesquisas já consolidados na esfera científica e desconsiderar o usuário em sua completude. Entretanto, a concepção “hospitalocêntrica”, simplificada do estar ou não estar doente, ainda é considerada hegemônica nas práticas profissionais de saúde. O processo saúde-doença, não sendo a referência nos diversos setores hospitalares reproduzirá essa tendência em mistificar o atendimento, bem como fragmentará o tratamento no que tange às intervenções clínicas e sociais.

Essa linha de raciocínio, condensada no tratamento clínico individual do usuário sem considerar os determinantes sociais em um ambiente fechado que compreende alta tecnologia, adquire novos contornos e impacta de forma mais incisiva na vida dos pacientes. A Unidade de Terapia Intensiva é uma “área crítica (do ponto de vista de sua complexidade) direcionada à internação de indivíduos em estado grave, que requer atenção profissional especializada de forma contínua e organizada, que deve dispor de materiais específicos e tecnologias necessárias ao diagnóstico, monitorização e terapia”, conforme Art. 4º, inciso XXVI, da Resolução da Diretoria Colegiada (RDC) nº 7, de 24 de fevereiro de 2010, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária, que dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências.

Para a real efetivação do SUS e a emancipação do cidadão usuário do sistema de saúde, precisa-se de profissionais engajados com os princípios da CF de 1988, proativos em universalizar o acesso às informações, pautados no compromisso de efetivação das políticas públicas, profissionais ativos e participantes em movimentos sociais compromissados com a luta pelo direito à saúde em seu significado completo.

Sendo assim, é necessário que o assistente social inserido na Unidade de Terapia Intensiva conheça seu local de trabalho, mapeando as principais demandas e seus respectivos encaminhamentos atuando de forma articulada e com ações sistematizadas entre a prática e a teoria, sem engendrar meramente no fazer profissão, é preciso refletir sobre a conduta realizada e quais são os impactos na vida deste cidadão bem como realizar a confecção e/ou atualização de protocolos de atuação para

direcionamento das demandas e ações profissionais congruentes com o projeto ético político, lei de regulamentação da profissão tal como, em consonância com os parâmetros da atuação do assistente social na Saúde proposto pelo conselho da categoria (CFESS) e principalmente em sintonia com o projeto de reforma sanitária da saúde.

Dito isso, é importante salientar que o assistente social tem de estar atento às performances das expressões da “questão social” a fim de garantir ao usuário o acesso aos direitos sociais. Portanto, deve-se estar atento às modificações das legislações vigentes tanto no município de abrangência quanto às normas institucionais para efetivação do acesso aos direitos de saúde. Precisa-se melhorar a qualidade da comunicação entre a equipe multidisciplinar para conseguir atender ao usuário em sua totalidade e não só à resolução de demandas postas por ele. Explicitando a atuação do profissional assistente social dentro da UTI do HC-UFU percebe-se a necessidade da melhora na qualidade da comunicação entre a equipe multidisciplinar, visto a atender ao usuário em sua totalidade proporcionando um acolhimento efetivo e eficiente e conseguir abarcar todas as demandas postas por ele.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Conselho Federal de Serviço Social **Código de ética do/a assistente social. Lei 8.662/93 de regulamentação da profissão.** - 10<sup>a</sup>. ed. rev. e atual. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Hospital de Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. Uberlândia, MG. **Site oficial.** Disponível em: <http://www.hc.ufu.br/>

BRASIL. Ministério da Saúde. RDC nº 7, de 24 de fevereiro de 2010. **Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia e dá outras providências.** Disponível em: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007\\_24\\_02\\_2010.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html).

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **O trabalho em saúde.** Luiz Carlos de Oliveira, Francisco Antônio de Castro Lacaz. Rio de Janeiro: Cebes, 2012.

CFESS. Grupo de Trabalho Serviço Social na Saúde. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde.** Brasília, DF, 2009.

PAIVA E TEIXEIRA. **Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores.** v.20, n.2 Manguinhos, RJ, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>.

NOGUEIRA E SARRETA. IV Simpósio mineiro de Assistentes Sociais. **A inserção do assistente social na saúde: desafios atuais**. Disponível em: <http://cress-mg.org.br/hotsites/Upload/Pics/13/130a0812-1065-4c0b-9ab2-41a70858af1d.pdf>.

VASCONCELOS, A, M. **“A prática do serviço social cotidiano, formação e alternativas na área da saúde”**. São Paulo, SP, 2012.