



**UEPB**

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA  
CAMPUS I  
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**ANA PAULA SOBRAL FERREIRA**

**A ALTA SOCIAL NA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE**

**CAMPINA GRANDE - PB  
2019**

ANA PAULA SOBRAL FERREIRA

**A ALTA SOCIAL NA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso (artigo) apresentado ao Departamento do curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

**Orientadora:** Prof<sup>a</sup>. Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira.

**CAMPINA GRANDE - PB  
2019**

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

F383a Ferreira, Ana Paula Sobral.  
A alta social na atuação do assistente social na saúde  
[manuscrito] / Ana Paula Sobral Ferreira. - 2019.  
26 p.  
Digitado.  
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2019.  
"Orientação : Profa. Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira, Departamento de Serviço Social - CCSA."  
1. Alta social. 2. Serviço Social na saúde. 3. Instrumento técnico - operativo. I. Título

21. ed. CDD 362.1

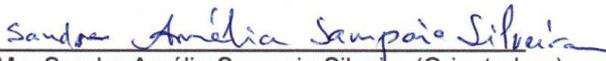
ANA PAULA SOBRAL FERREIRA

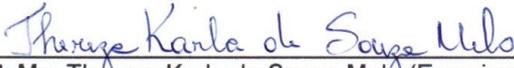
**A ALTA SOCIAL NA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE**

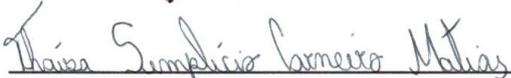
Trabalho de Conclusão de Curso (artigo) apresentado a/ao Coordenação/Departamento do curso Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharela em Serviço Social.

Aprovada em: 09/08/2019.

**BANCA EXAMINADORA**

  
Prof<sup>ª</sup>. Ma. Sandra Amélia Sampaio Silveira (Orientadora)  
Prof<sup>ª</sup>. Universidade Estadual da Paraíba

  
Prof<sup>ª</sup>. Ma. Therezinha Karla de Souza Melo (Examinadora)  
Prof<sup>ª</sup>. Universidade Estadual da Paraíba

  
Prof<sup>ª</sup>. Ma. Thaísa Simplicio Carneiro Matias (Examinadora)  
Prof<sup>ª</sup>. Universidade Estadual da Paraíba

*À minha família por todo o apoio e  
compreensão, DEDICO*

*“A nobreza de nosso ato profissional está em acolher aquela pessoa por inteiro, em conhecer a sua história, em saber como chegou a esta situação e como é possível construir com ela formas de superação deste quadro. Se reduzirmos a nossa prática a uma resposta urgente a uma questão premente, retiramos dela toda sua grandeza, pois deixamos de considerar, neste sujeito, a sua dignidade humana.”*

**(Maria Lúcia Martinelli)**

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	7
2	<b>O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: um breve histórico da profissão na área</b> .....	8
3	<b>INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL: elementos acerca da dimensão técnico-operativa na saúde</b> .....	14
4	<b>ALTA SOCIAL NA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE</b> .....	19
5	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	23
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	24

## A ALTA SOCIAL NA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

Ana Paula Sobral Ferreira\*

### RESUMO

O presente trabalho trata da instrumentalidade do Serviço Social, com ênfase na alta social. Discute o Serviço Social na área da saúde, a dimensão técnico-operativa da profissão e a importância da alta social na atuação do assistente social. Tem como objetivo geral analisar a alta social na atuação do assistente social na saúde e como objetivos específicos discutir a intervenção do assistente social no processo da alta hospitalar e sua importância no contexto da atuação profissional na saúde. Pautou-se numa pesquisa bibliográfica acerca do assunto abordado, como também na observação realizada durante o estágio supervisionado no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), realizado no período de setembro de 2016 a dezembro de 2017. No decorrer da pesquisa observamos uma considerável escassez de produções acerca do tema, que pouco é discutido na literatura da área. Foi possível verificar a relevância da participação do assistente social no processo da alta hospitalar, pois o mesmo é o profissional capacitado para identificar demandas de cunho social que vão além do processo saúde/doença, impossibilitando muitas vezes o retorno do usuário ao convívio social, bem como enfatizamos a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar na saúde, visualizando o indivíduo em sua totalidade, para que seja possível realizar a alta hospitalar concomitante a alta social.

**Palavras-chave:** Alta social; Serviço Social na saúde; Instrumento técnico-operativo.

### ABSTRACT

This paper deals with the instrumentality of Social Work, with emphasis on social high. It discusses Social Work in the health area, the technical-operative dimension of the profession and the importance of social discharge in the role of the social worker in health. Its general objective is to analyze social discharge in the performance of the social worker in health and as specific objectives to discuss the intervention of the social worker in the hospital discharge process and its importance in the context of professional performance in health. It was based on a bibliographic research about the subject, as well as the observation made during the supervised internship at the University Hospital Alcides Carneiro (HUAC), carried out from September 2016 to December 2017. During the research we observed a considerable shortage of productions about the theme, which is little discussed in the literature of the area. It was possible to verify the relevance of the participation of the social worker in the hospital discharge process, because he is the professional able to identify social demands that go beyond the health / disease process, often

---

\*Graduanda em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba – Campus I  
Email: anapaula.anabeatriz@gmail.com

preventing the return of the user to social life, as well as we emphasize the importance of multiprofessional and interdisciplinary work in health, visualizing the individual in its entirety, so that it is possible to carry out hospital discharge concomitantly with social discharge.

**Keywords:** Social high; Social service in health; Technical-operative instrument.

## 1 INTRODUÇÃO

O Serviço Social emerge no Brasil nos anos de 1930 (mas se constitui enquanto profissão apenas a partir da década de 1940), em meio a um cenário de crise econômica e política que, conseqüentemente, ocasionava mudanças no âmbito social. Devido a sua vinculação com a igreja católica e o Estado, é historicamente associado a um caráter assistencialista, de caridade. Segundo Trindade (2001), neste período seu componente técnico-operativo é formado a partir de instrumentos próprios das formas tradicionais de assistência, articulado a orientações doutrinárias católicas<sup>1</sup>, onde eram realizados, por exemplo, visitas domiciliares e aplicação de inquéritos sociais com membros da família, pautados na moral religiosa.

Entretanto, a partir do contexto sócio-político dos anos 1940, quando afloram as contradições decorrentes dos conflitos entre capital e trabalho, exige-se do assistente social práticas mais eficientes, como respostas às várias expressões da questão social, voltadas para o enquadramento do trabalhador aos moldes determinados pelos interesses da burguesia. Neste contexto, a saúde é uma das áreas em que estas expressões da questão social se colocam de forma mais dramática na vida da classe trabalhadora, requisitando a presença do assistente social no setor, levando o Serviço Social a avançar na busca de uma intervenção técnica, planejada e organizada para atender as exigências postas para a profissão, devido às mudanças da configuração da questão social.

O Serviço Social no Brasil, desde o seu surgimento até os dias atuais, vem passando por um processo constante de transformações e amadurecimento, sendo reconhecida como uma profissão inscrita na divisão social e técnica do trabalho. A profissão é regulamentada pela Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, e sua prática profissional é orientada pelo Código de Ética do mesmo ano. A formação profissional de Serviço Social fundamenta-se nas Diretrizes Curriculares de 1996, que delimita os conhecimentos fundamentais ao desenvolvimento das habilidades e competências necessárias ao assistente social, face às novas exigências contemporâneas. Esse aparato legal é fundamental para que se tenha clareza acerca da profissão e para uma intervenção competente.

A escolha do tema abordado neste artigo foi motivada pelas observações realizadas durante o estágio supervisionado que ocorreu no período de setembro de 2016 a dezembro de 2017, no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), onde foi possível identificar

---

<sup>1</sup> “Os referenciais orientadores do pensamento e da ação do emergente Serviço Social tem sua fonte na Doutrina Social da Igreja, no ideário franco-belga e no pensamento de São Tomás de Aquino (séc. XII): o tomismo e o neotomismo [...] É, pois, na relação com a Igreja Católica que o Serviço Social brasileiro vai fundamentar a formulação de seus primeiros objetivos políticos/sociais orientando-se por posicionamentos de cunho humanista conservador contrários aos ideários liberal e marxista, na busca de recuperação da hegemonia do pensamento social da Igreja face à ‘questão social’.” (YASBEK, 2009, p. 146-147).

demandas dos usuários internados no HUAC que ultrapassam o processo saúde-doença compreendido numa perspectiva meramente biomédica.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde de forma ampliada, considerando que a mesma ultrapassa o campo biológico para o completo estado de bem-estar físico, mental e social, porém em nossa sociedade esse conceito ainda não contempla a grande maioria dos cidadãos.

Mesmo que a Constituição Federal de 1988 afirme, em seu artigo nº 196, que a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação, o poder público não atua conforme a lei. O Estado reduz cada vez mais sua atuação na área social direcionando ao usuário e/ou seus familiares a responsabilidade de buscar meios e recursos para solucionar os problemas que interferem na saúde do mesmo. (BRASIL, 1988).

Os problemas de cunho social em sua maioria, como a violência doméstica, desemprego, abandono familiar, entre outros, interferem na alta hospitalar do usuário e/ou influenciam para o retorno do mesmo à internação. Neste caso, a atuação do assistente social é de suma importância para desvendar as demandas implícitas<sup>2</sup> desses usuários.

Dessa forma, o presente trabalho de conclusão de curso tem como objetivo geral analisar a alta social na atuação do assistente social na saúde. Os objetivos específicos são: discutir a intervenção do assistente social no processo da alta hospitalar; e identificar a importância da alta social no contexto da atuação do assistente social na saúde. Para isso foi realizada uma pesquisa bibliográfica, onde se constatou não só a escassa produção acerca do tema específico da alta social no Serviço Social, mas também a que se refere à instrumentalidade da profissão.

O presente artigo está estruturado em torno de três itens: o primeiro traz um breve histórico do Serviço Social na saúde, do seu surgimento no setor até os dias atuais; o segundo trata sobre a instrumentalidade do Serviço Social na saúde, discutindo acerca da dimensão técnico-operativa da profissão; o terceiro discute a alta social na atuação do assistente social na saúde e sua importância no contexto profissional do assistente social nesta área.

## **2 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE: Um breve histórico da profissão na área**

De acordo com Bravo (2006), no Brasil, a atuação do Serviço Social na saúde tem seu início nos primeiros anos da década de 1930. A inserção de assistentes sociais dá-se a partir de alterações na política de saúde do país, que foi organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. Entretanto, ocorre uma expansão após 1945 devido ao aprofundamento do capitalismo, às mudanças no panorama internacional e ao término da segunda guerra mundial, que colocaram novas necessidades à população. Desde então, a saúde foi um dos setores que mais ampliou a absorção do Serviço Social.

Ao abrir este mercado de trabalho para o Serviço Social, o Estado irá requisitar do profissional um perfil que ultrapasse a ênfase na dimensão vocacional e espontaneísta. Para Trindade (2001, p.9)

---

<sup>2</sup>Vasconcelos (2006) refere-se como implícitas as demandas ocultas, que são identificadas durante o acompanhamento e investigação profissional.

A demanda crescente por uma intervenção técnica (organizada e planejada), desencadeada nas instituições de prestação de serviços sociais, está articulada às exigências postas pelas mudanças na configuração da questão social brasileira e às conseqüentes medidas governamentais formuladas para enfrentá-la. Por isso, as ações públicas espontâneas e filantrópicas não são mais suficientes para atender à racionalidade exigida pelo Estado, nas décadas de 30 e 40.

Ainda de acordo com Bravo (2006), o período que compreende os anos de 1945 a 1950 destaca dois fatores que fizeram da área de saúde um setor de significativa absorção da profissão, o primeiro se refere a elaboração do novo conceito de saúde pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1948, que enfoca aspectos biopsicossociais. O novo conceito de saúde, aliado ao agravamento das condições de saúde da população determinaram a requisição de uma equipe multidisciplinar, onde o assistente social consolidou sua atuação numa abordagem educativa e também atuando nos programas prioritários estabelecidos pela política de saúde.

O segundo fator foi a estruturação da Política Nacional de Saúde no país, que ampliou os gastos com a assistência médica pela previdência social mas, por não ser universal, gera uma contradição entre a demanda e seu caráter seletivo. Assim, o assistente social é chamado a atuar nos hospitais mediando a relação entre as instituições e a população, orientando o acesso da mesma aos serviços e benefícios. Sua atuação se dava numa perspectiva paramédica, ou seja, uma prática profissional que pode contribuir com o trabalho do médico, de forma complementar. A organização do trabalho se dava basicamente por meio das seguintes ações: plantões, triagem ou seleção, encaminhamentos, concessão de benefícios e orientação previdenciária. (BRAVO, 2006).

De um modo geral, não apenas na saúde, Campagnoli (1993 apud TRINDADE, 2001) indica que os procedimentos comuns à prática da profissão neste período eram: aconselhamentos; estudo das necessidades individuais; concessão de ajuda material; triagem dos problemas constatados; encaminhamentos, entre outros. A intervenção tinha um cunho individualizado, pautado na manutenção da relação entre assistente social e cliente, mediada por entrevistas e visitas domiciliares.

Embora tenham surgido propostas racionalizadoras na década de 1950, como a medicina integral e a medicina preventiva, influenciadas pelos Estados Unidos, que teve seus desdobramentos na década de 1960, com a medicina comunitária, as experiências brasileiras não repercutiram no trabalho dos assistentes sociais. (BRAVO, 2006).

No entanto, durante a década de 1960 os assistentes sociais começam a questionar os rumos da profissão no Brasil, tendo por lastro o movimento de renovação<sup>3</sup> do Serviço Social, que ocorre no período da Ditadura Militar e ganha forças no âmbito do Movimento de Reconceituação do Serviço Social latino-americano, abrindo espaço para o questionamento do seu conservadorismo. Esse movimento trouxe profundas mudanças no Serviço Social com rebatimentos na área da saúde. Segundo Bravo (1996 apud BRAVO, 2006, p. 31):

---

<sup>3</sup>De acordo com Netto (2011), o movimento de renovação do Serviço Social ocorreu em três direções/vertentes: a modernizadora, que tinha influência do funcionalismo, a reatualização do conservadorismo, orientada pela fenomenologia e a intenção de ruptura que se aproxima do marxismo.

O Serviço Social na saúde vai receber influências da modernização que se operou no âmbito das políticas sociais, sedimentando sua ação na prática curativa, principalmente na assistência médica previdenciária — maior empregador dos profissionais. Foram enfatizadas as técnicas de intervenção, a burocratização das atividades, a psicologização das relações sociais e a concessão de benefícios. Foi utilizada uma terminologia mais sofisticada e coerente com o modelo político-econômico implantado no país.

A referida autora ainda destaca que, até a segunda metade da década de 1970, o Serviço Social na saúde não apresentou alterações, mesmo com o processo de organização da categoria, o surgimento de outras direções teórico-metodológicas para a profissão e o movimento contestatório da sociedade. O processo de trabalho da profissão ainda se pautava na vertente modernizadora, devido às exigências do mercado de trabalho bem como ao modelo autocrático do período.

Embora este contexto de mobilizações influenciasse a ampliação do debate teórico no Serviço Social, impulsionando um processo interno de revisão da profissão e negação do Serviço Social tradicional, não havia umnexo direto com debates mais amplos em torno da construção de práticas democráticas.

Nesse período, em meados da década de 1970, em meio ao contexto de enfrentamentos e lutas contra a Ditadura Militar no país, surge o Movimento de Reforma Sanitária, formado por vários grupos de profissionais da área de saúde, usuários dos serviços de saúde e outros segmentos da sociedade. Este movimento trazia propostas que fortaleciam o setor da saúde pública, fazendo oposição ao modelo médico-privatista, em defesa de mudanças no setor numa perspectiva democrática e universal, visando também melhorias nas condições de vida da população. No entanto, o Serviço Social como categoria profissional não participou diretamente deste processo.

Segundo Kruger (2010), as tendências democráticas que se destacavam nos anos de 1980 impulsionaram a vertente de intenção de ruptura dentro do Serviço Social, porém os profissionais da saúde não avançaram nesta direção, de modo que ainda continuavam com a sua prática subalterna ao protagonismo médico, que dominava a área.

Ainda sobre a década de 1980, Bravo (2006) ressalta que foi um período de intensa mobilização política, bem como de aprofundamento da crise econômica evidenciada no período da ditadura militar. Neste período, há um movimento significativo na saúde coletiva, com a convocação da 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, fortemente marcada pelos princípios da Reforma Sanitária (BRASIL, 2011). Nesta ocasião o projeto de Reforma Sanitária, iniciado na década de 1970, vivenciou um momento de grande importância para a conquista do Sistema Único de Saúde (SUS), instituído na Constituição Federal de 1988 e regulamentado posteriormente pelas leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990<sup>4</sup>, que defendem o caráter universal da saúde, sendo a mesma um direito de todos e dever do Estado. Porém, o SUS já nasce em meio ao processo de contrarreforma neoliberal, que se inicia no Brasil na década de 1990, com fortes rebatimentos nas demandas sociais, em destaque o setor da saúde.

---

<sup>4</sup>A Lei Orgânica da Saúde, que regulamenta o SUS, é constituída pelas leis 8080/90 e 8.142/90. A lei 8080/90 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. A lei 8.142/90 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

De acordo com Matos (2013), a partir da década de 1990 os assistentes sociais incorporam os princípios da Reforma Sanitária, que em sua maioria se constituem nos princípios do SUS. O autor afirma que “[...] diferentes estudos apontam isso, mas é necessário que se façam mais investigações para se certificar se essa incorporação tem alterado o exercício profissional cotidiano” (2013, p.59). Para Vasconcelos (2002, apud MATOS, 2013, p. 59) “no que se refere aos assistentes sociais, a hipótese é que essa incorporação vem se dando através de seu discurso, mas não está devidamente apropriada”. No entanto, se comparado à década anterior, há um grande salto dado pela categoria.

Para Lessa (2011), durante a década de 1990 dois projetos para a saúde coexistiram sob forte tensão: o projeto que defende o SUS, fruto do Movimento de Reforma Sanitária e o projeto de mercantilização da saúde. A autora afirma que esse foi um período de reforma do Estado, com a minimização das políticas sociais, onde houve cortes de verbas constantes para a saúde.

Bravo (1998, apud BRAVO, 2006) observa que a disputa dos dois projetos políticos na saúde, o projeto privatista e o projeto da reforma sanitária, apresenta diferentes exigências ao assistente social. O primeiro requisita ao profissional a seleção socioeconômica do usuário, aconselhamentos, assistencialismo pela ideologia do favor e o predomínio da abordagem individual. O segundo, entretanto, exige do assistente social a busca da democratização do acesso aos serviços de saúde, atendimento humanizado, interdisciplinaridade, abordagens grupais, democratização da informação e estimular o usuário a uma participação cidadã.

No contexto atual, de acordo com Vasconcelos (2002, apud MATOS, 2013), os assistentes sociais que atuam na saúde expressam um compromisso com a população usuária, afirmando uma postura de fortalecimento do SUS bem como do projeto ético-político da profissão, porém, efetivamente não conseguem engendrar uma prática concreta que possibilite avançar nesta perspectiva. Matos (2013, p. 62) aponta dois motivos para essa constatação da autora:

O primeiro se refere à dificuldade de se efetivar, por parte dos governos de diferentes esferas, a política universal e de direitos que o SUS preconiza, bem como à forma como está estruturado o trabalho coletivo em saúde, que se configura por meio de várias ações profissionais fragmentadas, sobrepostas, com pouca ou nenhuma interdisciplinaridade, tendo como objeto de suas ações a doença e não a saúde propriamente dita. Esta problemática não atinge só apenas o trabalho do assistente social, mas, sim, o coletivo dos trabalhadores da saúde. Outro fator refere-se à nebulosa concepção da própria categoria dos assistentes sociais, e também dos outros trabalhadores da saúde, sobre qual a particularidade do seu exercício profissional no âmbito do SUS.

Os desafios e dificuldades impostos para a efetivação do SUS e suas implicações sobre os trabalhadores da saúde são diretamente determinadas pelo processo de contrarreforma do Estado, que teve sua gênese na década de 1990 no governo Fernando Collor de Melo, sendo gradativamente aprofundada nos governos subsequentes. No governo Fernando Henrique Cardoso (FHC), este processo ocorre de forma mais sistemática, por meio da Reforma Administrativa do Estado, segundo a qual a política de saúde não se institui apenas como área exclusiva do Estado, podendo então ter seus serviços geridos por Organizações Sociais (OS's). (SOARES, 2017).

Durante os governos do PT (Lula da Silva e Dilma Roussef), é possível identificar algumas mudanças no que se refere às políticas sociais, bem como às relações com os movimentos sociais. (SOARES, 2017).

A configuração de um novo projeto em disputa no espaço da política de saúde a partir do intenso transformismo de lideranças do movimento sanitário: o projeto que denominamos “SUS Possível” (SOARES, 2010). Tal projeto permitiu agregar os elementos do projeto de reforma sanitária, refuncionalizando-os e retirando lhes a radicalidade, de forma a defender estratégias de privatização da saúde como sendo modernização da reforma sanitária ou atualização dela - como foi o caso das proposições das fundações estatais de direito privado e da Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH). Essas novas modalidades de gestão até hoje são apresentadas por seus defensores não como estratégias privatizantes, mas como estratégias modernizadoras, eficientes e eficazes da gestão em saúde. (SOARES, 2017, p. 121).

A referida autora segue afirmando que no governo do Partido dos Trabalhadores (PT), a política de saúde passa a integrar o projeto neodesenvolvimentista, inserida nas proposições do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC). Assim, além de constituir um direito público também passa a ser considerada como estratégica para o crescimento econômico do país, sendo então vinculada aos interesses da expansão do capital. Em 2015, ainda no governo Dilma Roussef, é possível identificar indícios que apontam para uma forte ofensiva contra o SUS, ao aprovar uma alteração constitucional que autoriza a entrada do capital estrangeiro na saúde. (SOARES, 2017).

Evidenciasse então uma grande contradição durante os governos do PT, na medida em que, por um lado, sua ideologia defende a classe trabalhadora, por outro, fortalece práticas pautadas na lógica privatista no SUS.

Durante o governo de Michel Temer a ofensiva da contrarreforma é retomada de forma drástica para a política de saúde, a lógica privatista é aprofundada, tornando os serviços públicos cada vez mais precarizados, em decorrência de diversos cortes de verbas no setor, a exemplo da Emenda Constitucional nº 95/2016 que congela os gastos com as políticas sociais por 20 anos, trazendo diversos rebatimentos para a garantia do direito a saúde e, portanto, para o Serviço Social como profissão que atua na mediação do acesso aos direitos sociais.

Os assistentes sociais são reconhecidos como profissionais da área de saúde pelo Conselho Nacional de Saúde (CNS) a partir da Resolução nº 218 de 06/03/1997 (CFESS, 2009). Posteriormente a Resolução CFESS nº 383, de 29/03/1999 enfatiza o Serviço Social como profissão da saúde, mas “[...] considerando que o Serviço Social não é exclusivo da saúde, qualifica o profissional a atuar com competência nas diferentes dimensões da questão social no âmbito das políticas sociais, inclusive na saúde”. (CFESS, 1999).

Lessa (2011) atenta para o fato de que nos últimos anos o Estado tem repassado a responsabilidade do setor público da prestação de serviços secundários e terciários na saúde para Organizações Sociais (OS`s), e que essas mudanças rebatem no Serviço Social no campo da saúde pelo menos em três dimensões: a primeira diz respeito às alterações do mercado de trabalho e das condições de trabalho; a segunda remete às novas demandas postas à profissão e a terceira é relacionada à identificação do direcionamento das respostas a tais demandas.

No que se refere às alterações no mercado de trabalho, a autora acima afirma que após a implantação do SUS, houve uma ampliação dos postos de trabalho para

os assistentes sociais na saúde, porém agregada a um processo de precarização das relações trabalhistas e reduções salariais. Para Costa (2000, apud LESSA, 2011), essa ampliação dá-se devido à complexidade do processo de cooperação horizontal (ampliação das subunidades e dos serviços e maior interdependência entre elas), às redefinições das competências oriundas das mudanças tecnológicas e operacionais e à necessidade de administrar as contradições presentes no processo de racionalização do SUS, onde a autora destaca a última como sendo o principal vetor das demandas do Serviço Social no setor. “Assim sendo, a matéria-prima sobre a qual incide o trabalho do assistente social no SUS tem sido, prioritariamente, as contradições, dificuldades de funcionamento e a falta de resolutividade do sistema de saúde.” (LESSA, 2011, p. 110).

A autora segue em sua análise acerca das transformações ocorridas nas últimas décadas, onde as mesmas acarretaram significativas mudanças na prática dos assistentes sociais no setor da saúde, o que levou os profissionais a assumirem novas posturas, como adquirir maior flexibilidade para abranger as novas demandas, tendo em vista que aquele modelo de ação profissional das décadas anteriores já não oferecia resolutividade às demandas impostas na atualidade, conseqüentemente deixando para trás a “identidade profissional” adquirida anteriormente e ampliando a qualificação técnico-operativa e principalmente política. No entanto, para a autora, o grande desafio consiste na identificação de respostas às demandas que estão sendo postas e pressupostas, com a preocupação de estabelecer um nexos com as necessidades sociais que estão implícitas a elas, na busca de seu verdadeiro sentido.

No contexto de desmonte das políticas sociais o Serviço Social tem sido requisitado a colaborar no estímulo à adesão do usuário ao conjunto de medidas da contrarreforma. Segundo Kruger (2018):

Assim, a ascensão da desestruturação do SUS e o gerencialismo da gestão tende a requisitar que os assistentes sociais atuem cada vez mais sobre a doença e os indivíduos, precisamente sobre as mudanças comportamentais de sentido colaboracionistas, restringindo os espaços de atuação que dizem respeito às determinações sociais da saúde e da doença, ao planejamento e à gestão do sistema. Esta conjuntura de empobrecimento crescente dos usuários, enxugamento das políticas de proteção social e da precarização das condições do mercado de trabalho conduz o Serviço Social na saúde a recuperar elementos tradicionais de sua prática como o de pautar sua atuação com ênfase no cotidiano. As exigências são intensificadas para responder a demandas clínicas, curativas e imediatas (a dor, a morte, a fome, o socorro a situações de violência ou desabrigo, falta de medicamentos e de transporte...) não sobrando tempo e nem condições de trabalho para tratar dos temas: financiamento, modelo de atenção, política de recursos humanos, deliberações dos espaços de controle social, modelos de gestão, crescentes desigualdades sociais e desmonte do SUS. ( KRUGER, 2018, p. 139)

Também podemos citar como um dos rebatimentos no Serviço Social os baixos salários oferecidos, que levam muitos profissionais a exercerem uma dupla jornada, trazendo ao mesmo um desgaste físico e mental, comprometendo a atuação do assistente social. Segundo Guerra (2010 apud SANTOS; SERPA, 2017), a inserção socioprofissional em duas ou mais políticas ocasiona uma descontinuidade do exercício profissional, desencadeando cada vez mais uma intervenção pontual e imediatista, sendo essa situação agravada pela rotatividade

constante nos espaços laborais dada ao regime de plantão estabelecido a grande parte dos profissionais.

Segundo os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde<sup>5</sup> (CFESS, 2009, p.23):

A nova configuração da política de saúde vai impactar o trabalho do assistente social em diversas dimensões: nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação da demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais. Amplia-se o trabalho precarizado e os profissionais são chamados a amenizar a situação da pobreza absoluta a que a classe trabalhadora é submetida.

Santos e Serpa (2017) citam alguns desafios enfrentados pela profissão, entre eles a defesa do referencial teórico-metodológico que defende um projeto profissional firmado na negação da mercantilização da vida social, conseqüentemente em defesa da saúde, negando a centralidade na posição biologicista, curativa e terapêutica sobre o processo saúde-doença, que tem sido solo fértil para o Serviço Social Clínico<sup>6</sup>. Assim, uma atuação crítica, propositiva e qualificada frente às demandas e desafios postos requer não apenas competência teórico-metodológica e ético-política, mas também técnico-operativa. Neste sentido, a seguir discutiremos a instrumentalidade do Serviço Social dando ênfase à dimensão técnico-operativa na saúde.

### **3 A INSTRUMENTALIDADE DO SERVIÇO SOCIAL: Um debate acerca da dimensão técnico-operativa na saúde**

Ao abordar o tema da instrumentalidade no Serviço Social temos que compreender que o mesmo ultrapassa os instrumentos e técnicas da profissão, revelando-se em sua capacidade constitutiva de oferecer respostas às demandas postas aos assistentes sociais.

Guerra (2007) ao analisar a instrumentalidade no exercício profissional do assistente social, afirma que a mesma pode parecer referente ao uso dos instrumentos necessários para o agir profissional, porém o termo remete à capacidade, qualidade e propriedade de algo para além destes instrumentos. Nas palavras da autora:

[...] a instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os

<sup>5</sup>Trata-se de um documento de natureza política e técnica, construído na tentativa de responder a demandas da categoria sobre a distância entre o acúmulo teórico-político e metodológico e a materialização do exercício profissional no cotidiano junto a usuários e instituições de saúde. (KRUGER, 2018). O documento foi fruto de uma construção coletiva, elaborado a partir de 52 debates realizados em todo o país, reuniões e Seminário Nacional de Serviço Social na Saúde ocorrido em 2009, promovidos pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e os Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS) de cada região. (CFESS, 2009).

<sup>6</sup>Decorre de um movimento de assistentes sociais com formação especializada em diferentes abordagens clínicas (holística, psicodrama, terapia familiar sistêmica, etc) que vem tensionando discussões e reivindicando junto às entidades da categoria, que se reconheça o caráter clínico ou terapêutico do exercício profissional, numa perspectiva que retoma a ênfase na subjetividade dos sujeitos. (CFESS, 2009). No entanto, a Resolução CFESS n° 564/2010 (fruto de uma longa discussão coletiva, intensa e democrática, da categoria profissional) em seu art. 1º, afirma que a realização de terapias não constitui atribuição e competência do assistente social. (CFESS, 2010).

profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas<sup>7</sup> e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano. Ao alterarem o cotidiano profissional e o cotidiano das classes sociais que demandam a sua intervenção, modificando as condições, os meios e os instrumentos existentes, e os convertendo em condições, meios e instrumentos para o alcance dos objetivos profissionais, os assistentes sociais estão dando instrumentalidade às suas ações. (GUERRA, 2007, p.2).

Para discorrer acerca do debate sobre a instrumentalidade do Serviço Social na saúde, bem como os instrumentos e técnicas utilizados pelos assistentes sociais se faz necessário lembrar que no início da profissão, como já citado no tópico anterior, a ação profissional era voltada para o âmbito curativo pautado em abordagens individuais. O Serviço Social de caso, enfatizando o julgamento moral, era a base da atuação profissional voltada para o indivíduo, que era responsabilizado por seu estado de saúde, pelo seu adoecimento, não abordando a totalidade na qual o mesmo estava inserido.

Fazendo um breve resgate das abordagens utilizadas pela profissão, no Serviço Social de Grupo e Comunidade, Trindade (2001) afirma que o trabalho em grupo vem na mesma perspectiva de casos, entretanto fará um delineamento da realidade social. Para a autora, de modo geral essa abordagem é utilizada com o objetivo de fortalecimento do indivíduo, pois através do convívio grupal o mesmo teria a possibilidade de se ajustar às normas e valores sociais então vigentes, teria um autodesenvolvimento.

Seguindo a análise de Trindade (2001), com o processo de desenvolvimento de comunidade, pode-se observar mudanças no eixo de intervenção dos profissionais, que passam de uma prática individual e grupal centradas na ordem, moral e higiene para uma atuação voltada ao desenvolvimento de práticas que promovessem a harmonia social na relação Estado/Sociedade, pautado numa abordagem mais coletiva. Porém, seguindo a mesma perspectiva de ajustamento e adaptação do indivíduo.

O instrumental técnico-operativo do Serviço Social pode ser identificado no agir profissional do assistente social através dos procedimentos e técnicas utilizados na operacionalização do seu trabalho, mas não se resumem a estas. Vale destacar as ponderações de Sarmiento (2012) acerca dos instrumentos e técnicas do Serviço Social, quando afirma que a técnica remete a um conhecimento empírico, elaborado e desenvolvido pela capacidade humana, como prolongamento de sua racionalidade para realizar coisas.

[...] os instrumentos se constituem e se apresentam como potencializadores das intencionalidades teórico-políticas do profissional para a sua efetivação da ação e, as técnicas, se constituem nas maneiras através das quais ele conduz suas ações ou objetiva suas intencionalidades. (SARMENTO, 2012, p.112).

---

<sup>7</sup> Condições objetivas são aquelas relativas à produção material da sociedade, são condições postas na realidade material. Por exemplo: a divisão do trabalho, a propriedade dos meios de produção, a conjuntura, os objetos e os campos de intervenção, os espaços sócio-ocupacionais, as relações e condições materiais de trabalho. Condições subjetivas são as relativas aos sujeitos, às suas escolhas, ao grau de qualificação e competência, ao seu preparo técnico e teórico-metodológico, aos referenciais teóricos, metodológicos, éticos e políticos utilizados, dentre outras. (GUERRA, 2007).

Para Santos, Souza Filho e Backx (2017), sendo a dimensão técnico-operativa, expressão do “modo de ser” da profissão, onde a mesma é vista e reconhecida, é através dela que se materializa a prática profissional, sem dissociá-las das demais dimensões, teórico-metodológica e ético-política, que integradas possibilitam uma intervenção crítica e objetiva na realidade. Assim, a dimensão técnico-operativa não pode ser reduzida aos instrumentos e técnicas, ela envolve as demais dimensões, sendo a teórico-metodológica um suporte para a análise do real, identificando e investigando novas demandas, e a ético-política propicia a definição de prioridades e alternativas viáveis para projetar ações e avaliar suas consequências.

De acordo com os Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Saúde, independente do espaço sócio-ocupacional, as atribuições, competências, e os direitos e deveres dos profissionais de Serviço Social, são orientados pelo Código de Ética Profissional e pela Lei de Regulamentação da Profissão, devendo ser respeitados tanto pelos profissionais quanto pela instituição empregadora. (CFESS, 2009).

Muitos são os questionamentos acerca do trabalho do assistente social na saúde. Em consonância com os Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Saúde, o profissional atua em quatro grandes eixos na área em questão, são eles: o atendimento direto ao usuário; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação. Em se tratando da materialidade da ação profissional, como já dito antes, a mesma dá-se por meio da dimensão técnico-operativa através de um arsenal de instrumentais do Serviço Social, porém entendemos que se faz necessário que o assistente social tenha um olhar crítico no trato com esses instrumentos, não dissociando-os das demais dimensões, como alertam Santos, Souza Filho e Backx (2017), para que seu fazer profissional não venha a ser uma ação meramente imediatista.

Discorrendo acerca dos eixos de atuação do assistente social, o atendimento direto ao usuário, segundo o supracitado documento, ocorre nos diversos espaços, desde a atenção básica, média, até a alta complexidade. Portanto, abrange as unidades da Estratégia de Saúde da Família (ESF), Centro de Apoio Psicossocial (CAPS), maternidades, hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, dentre outras estruturas da rede de saúde, independente da esfera, seja ela federal, estadual ou municipal. As ações predominantes neste eixo são as sócio-assistenciais, constituídas como principais demandas aos assistentes sociais, as de articulação interdisciplinar e as ações socioeducativas, que consistem em orientações reflexivas e socialização de informações realizadas através da abordagem individual, grupal ou coletivas aos usuários, família e população de determinada área programática. (CFESS, 2009).

O segundo eixo de atuação profissional apontado nos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde envolve um conjunto de ações voltadas para a mobilização, participação social da população em espaços democráticos de controle social, como conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas, com o objetivo de contribuir na organização da população enquanto sujeitos políticos, inscrevendo suas reivindicações na agenda pública da saúde.

No eixo da investigação, planejamento e gestão, o assistente social desenvolve um conjunto de ações na perspectiva do fortalecimento da gestão democrática e participativa, elaborando propostas que viabilizem e potencializam a gestão em favor dos usuários e trabalhadores da saúde, na garantia dos direitos sociais. Ainda dentro deste eixo, outra demanda que vem sendo posta ao assistente

social é a sua inserção nos processos de auditoria de gestão, a partir do monitoramento, investigação, regulação e avaliação dos serviços prestados, visando a melhoria na qualidade dos serviços, superando os impasses vividos na política de saúde no país.

Quanto à assessoria, qualificação e formação, outro eixo de atuação do assistente social, o mesmo visa o aprimoramento profissional, também com objetivo na melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários, envolvendo a educação permanente dos trabalhadores da saúde, da gestão, conselheiros de saúde, representantes comunitários, formação de estudantes da área de saúde e residentes, como também a assessoria. Este eixo engloba ações relacionadas especificamente com a equipe de Serviço Social, como também aos demais profissionais, visando assim a qualificação da equipe de saúde na perspectiva do trabalho interdisciplinar. De acordo com os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde nas atividades de formação profissional estão a criação de campo de estágio, supervisão de estagiários, a criação e/ou participação nos programas de residência multiprofissional e/ou uniprofissional e a preceptoria de residentes. (CFESS, 2009).

Segundo os Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Saúde:

O perfil do assistente social para atuar nas diferentes políticas sociais deve afastar-se das abordagens tradicionais, funcionalistas e pragmáticas, que reforçam as práticas conservadoras que tratam as situações sociais como problemas pessoais que devem ser resolvidos individualmente. (CFESS, 2009, p. 34).

Na da pesquisa bibliográfica realizada, bem como nas observações no campo de estágio, foi possível identificar que o assistente social enfrenta incompreensão acerca das suas atribuições e competências por parte da equipe de saúde. Frente à dinâmica de trabalho imposta nas unidades de saúde, determinadas pelas pressões com relação à demanda e fragmentação do trabalho ainda existente, o assistente social é requisitado diversas vezes a realizar ações que não estão relacionadas com as atribuições profissionais dos mesmos, como: marcação de consultas, identificação de vagas em outras unidades em casos de transferência hospitalar, pesagem e medição de crianças e gestantes, convocação do responsável para informar sobre alta ou óbito, comunicação de óbito, emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por outro profissional, montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órtese, prótese, entre outros). (CFESS, 2009).

Diante dessa dificuldade de compressão acerca das atribuições do assistente social, é importante promover reuniões e debates com a equipe de saúde no intuito de esclarecer sobre as ações, estabelecimento de rotinas e planos de trabalho do profissional do Serviço Social, inclusive com a colaboração de representantes do Conselho da categoria (CRESS).

Recorrendo a Vasconcelos (2006) acerca da prática profissional dos assistentes na saúde, especificamente no setor hospitalar, a autora identificou que a mesma é organizada em regime de plantão, realizando atendimentos individuais por meio de entrevistas, orientações, esclarecimentos, informações, aconselhamentos, atendendo também encaminhamentos de outros profissionais bem como demandas espontâneas. Os usuários normalmente chegam ao plantão do Serviço Social por meio de procura espontânea ou através de encaminhamentos internos e externos.

Porém, não se constitui em uma ação planejada, organizada e nem avaliada, reduzindo-se a ações isoladas e individuais, imediatistas, desenvolvidas para resolver o problema do usuário.

A autora anteriormente mencionada alerta que essa organização resulta em uma recepção passiva das demandas explícitas dirigidas ao Serviço Social, determinando a qualidade, quantidade, caráter, tipo e direção do trabalho realizado pelos assistentes sociais.

A organização do Serviço Social toma relevância, não pelas atividades em si, mas pelo caráter das mesmas, estruturadas com base no Plantão. O Plantão se caracteriza por ser uma atividade receptora de qualquer demanda da unidade/usuários; funciona na maioria das vezes em locais precários quanto ao tamanho, localização e instalação. Assim, um ou mais assistentes sociais, num espaço físico aguardam serem procurados – de forma passiva – por usuários que buscam espontaneamente ou são encaminhados ao plantão do Serviço Social [...]. (VASCONCELOS, 2006, p. 5).

Diante do exposto, para Vasconcelos (2006), a prática dos assistentes sociais no plantão está reduzida a uma prática burocrática e a razão instrumental:

[...] que segue mecanicamente normas impostas pelo regulamento da administração, autoridade ou seu representante, e que ao priorizar um atendimento de escuta/acolhimento/ encaminhamento e/ou preenchimento moroso e mecânico de formulários, questionários, cadastros - que viabilizam acesso a benefícios ou inscrição em programas da instituição - referenda a complicação e morosidade da coisa pública burocratizada, que objetiva dificultar ou inviabilizar o acesso dos usuários a serviços e recursos enquanto direito social. Uma prática que, se atende a alguns dos interesses e necessidades imediatas dos usuários, relacionados à busca por apoio, respeito, consideração, autoestima, como um fim em si mesmo, contribui para impedir e/ou dificultar a capacitação para uma participação consciente de usuários e profissionais envolvidos nesse processo; para impedir e/ou dificultar o controle social; para impedir e/ou dificultar a organização para a luta política; para impedir e/ou dificultar a democratização de informações e saber [...]. (VASCONCELOS, 2006, p. 10).

Nesse sentido, as demandas que extrapolam a lógica burocrática, como a participação e organização para efetivar o controle social entre outras, como afirma Vasconcelos (2006) ficam negligenciadas.

Ainda trazendo a discussão dos Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde, o mesmo cita que outra demanda que deve ser refletida é a alta hospitalar, estabelecendo as atribuições dos profissionais que compõem a equipe de saúde. “Parte-se do pressuposto de que a participação do assistente social no acompanhamento dos usuários e/ou família é que vai indicar se há demanda para intervenção direta do profissional no processo de alta.” (CFESS, 2009, p. 48), o que podemos denominar por alta social, deve ocorrer concomitantemente à alta médica/hospitalar. Não tendo o usuário condições de alta social o profissional do Serviço Social deve notificar a sua intervenção à equipe multidisciplinar, por meio de registro em prontuário.

Na área da saúde o registro do exercício profissional do assistente social é uma expressão da materialização da intervenção profissional. Segundo Matos (2013), em geral nas unidades de saúde, ainda que o assistente social faça relatórios e pareceres, o registro do trabalho profissional dá-se através de diversos

formulários, como encaminhamentos, ficha social, roteiro para visitas domiciliares, registros em prontuários entre outros.

O autor prossegue afirmando que, essas fichas possuem itens que, muitas vezes, o assistente social não pergunta ao entrevistado, prestando por vezes mais atenção aos papéis que ao próprio usuário. Portanto, a partir de tais observações o mesmo ressalta sobre a reflexão acerca do registro profissional do exercício profissional, visando a garantia de um trabalho pautado na concretização dos direitos da população usuária, passando pelo fortalecimento do projeto da reforma sanitária e pelo aprofundamento do projeto ético-político do Serviço Social.

Matos (2013) ainda aponta um grande desafio para o assistente social na área da saúde, que consiste em identificar os aspectos sociais, econômicos, culturais e políticos que ultrapassam o processo saúde-doença vivenciado pelos usuários, familiares e amigos, mobilizando estratégias de enfrentamento das expressões da questão social na vida desses indivíduos, sendo fundamental no processo de alta social, como veremos a seguir.

#### **4 A ALTA SOCIAL NA ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE**

Em meio a um contexto de avanços e retrocessos na área da saúde no Brasil, a atuação do assistente social é de suma importância para o enfrentamento das expressões da questão social, que se manifestam pelas diversas formas, como exemplo, desemprego, alcoolismo, dependência química, abandono familiar, violência doméstica, condições insalubres de moradia entre outras, que tem seus reflexos na saúde da população.

Os assistentes sociais trabalham com a questão social nas suas mais variadas expressões cotidianas, tais como os indivíduos as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc. Questão social que sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem se opõem. É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movido por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. (IAMAMOTO, 2000, p. 27-28).

Essas expressões da questão social, no que se refere à área da saúde, influenciam diretamente na alta hospitalar do usuário, podendo tanto interferir neste processo quanto no retorno desse usuário ao hospital.

Durante o período de estágio supervisionado, ocorrido entre setembro de 2016 à dezembro de 2017, no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), foi possível identificar junto a muitos usuários hospitalizados demandas de cunho social que em sua maioria eram responsáveis pelo adoecimento e/ou seus agravos, interferindo assim no processo da alta hospitalar. Estas demandas chegavam ao Serviço Social encaminhadas pela equipe de saúde, pelos próprios usuários e/ou familiares e, em alguns casos, identificadas pelos próprios assistentes sociais durante as intervenções nas enfermarias. Diante deste cenário, é importante deixar claro como se caracteriza a alta social:

Dado grau de adoecimento e complexidade no processo de saúde-doença, o usuário precisa de atendimentos a serviços de alta complexidade. Dessa

forma, a necessidade de assistência integral ao cuidado e tratamento, opta-se por internar o paciente em ambiente hospitalar. Nessa linha, a internação social ocorre quando o paciente tem condições clínicas de alta médica, ou seja, quando foram sanadas as demandas de ordem biológica, mas ele não tem condições sociais para retornar ao convívio em sociedade, logo o paciente fica internado até as demandas trazidas por ele serem resolvidas, caracterizando-se uma alta social qualificada. (CUNHA, 2018, p. 12-13)

É nesse momento que podemos enxergar a relevância da alta social para esse usuário, e evidencia-se que na condução deste processo o assistente social é o profissional habilitado para realizar a mediação entre as demandas destes usuários e a rede de suporte social.

De acordo com os Parâmetros de Atuação do Assistente Social na Saúde, dentre as demandas que se colocam no cotidiano do assistente social, a alta hospitalar precisa ser discutida pela equipe multidisciplinar, visando a totalidade do indivíduo, abrangendo todas as suas necessidades.

Porém, ainda é comum que a alta hospitalar seja decidida apenas pelo médico, analisando exclusivamente a questão clínica/biológica do usuário, não sendo levado em consideração outros fatores, a exemplo das condições sociais que podem interferir nesse processo. Tal conduta vai de encontro aos princípios da Reforma Sanitária, cujo movimento de maneira geral defendia a consolidação da cidadania, visando melhorias nas condições de vida e trabalho da população prevalecendo, portanto, a prática do modelo biomédico em detrimento do conceito ampliado de saúde.

Por desconhecimento do trabalho realizado pelo assistente social, bem como de suas competências e atribuições, o processo da alta social ainda sofre críticas e impasses dentro da equipe multidisciplinar. Como se trata de um processo que depende diretamente da articulação do profissional de Serviço Social com uma rede de suporte social e/ou com outras políticas sociais, o mesmo nem sempre se dá em tempo hábil à alta hospitalar, o que interfere na atuação do profissional e que em sua maioria é ignorado, atribuindo ao assistente social a responsabilidade da demora em apresentar respostas que contemplam as necessidades do usuário em sua totalidade, sendo exigido do profissional ações imediatas.

[...] as contradições e problemáticas no decorrer da prática profissional, sobretudo com a recorrência de demandas de alta hospitalar, dizem respeito à hierarquização das relações profissionais em detrimento da horizontalidade do diálogo, o que precisa ser rompido urgentemente. (CUNHA, 2018, p. 16)

Durante a condução do processo da alta social, surgem muitos questionamentos, tanto por parte da equipe de saúde como também da direção hospitalar, relacionados principalmente aos custos da permanência desse usuário e ao risco de contaminação do mesmo. Frequentemente são utilizados argumentos de que além do custo com a sua permanência na unidade, o mesmo ocupa uma vaga que pode ser utilizada por outro indivíduo que venha a precisar de internação, há risco do mesmo contrair alguma infecção, podendo desenvolver uma outra enfermidade, bem como podem ser afetadas as condições psicológicas desse usuário que se encontra internado.

Conforme já mencionamos anteriormente, a Organização Mundial de Saúde (OMS) em seu conceito ampliado explicita que a saúde não é apenas a ausência de doença, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social, onde são

levadas em considerações as condições de vida do cidadão em diversos aspectos. Refletindo sobre o conceito ampliado de saúde, é possível afirmar que um indivíduo tem saúde apenas pela ausência dos sintomas da enfermidade que lhe acometeu, sem levar em consideração seus determinantes sociais?

Partindo dessa indagação podemos enfatizar a importância da atuação do assistente social no processo da alta hospitalar por meio da alta social. Onde no decorrer desse acompanhamento o profissional poderá fazer um levantamento acerca das condições de vida desse usuário, podendo identificar fatores que venham a comprometer e/ou agravar o quadro clínico do mesmo, em virtude de condições inadequadas de vida ou trabalho presentes em sua realidade cotidiana, ou ainda a descontinuidade do tratamento em decorrência de questões financeiras que impossibilitem o acesso a medicações necessárias, situação do saneamento básico na rua em que reside, condições de alimentação, presença de conflitos familiares, entre outros.

Segundo os Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Saúde, a alta a pedido é outra demanda que recai sobre a equipe multidisciplinar e, portanto, sobre o assistente social. No caso da solicitação da alta pelo usuário, o mesmo deve ser abordado pela equipe de saúde, no sentido de orientar sobre os riscos e conseqüências deste ato, preservando o seu direito e autonomia na tomada de decisão. Segundo o artigo 46 do código de ética médica, a alta nestas circunstâncias só pode ser recusada em caso de iminente risco de vida, caso contrário deve ser respeitada a decisão desse usuário. (CFESS, 2009)

Os fatores que mais contribuem para a solicitação da alta a pedido são: desinformação quanto ao tratamento e procedimentos; aspectos culturais e religiosos; necessidade de manutenção familiar; demandas das mulheres de cuidado com os filhos, com a casa, com o trabalho, quando as mesmas exercem o papel de chefe de família. Diante desta demanda, a atuação do assistente social consiste na orientação, esclarecimento e reflexão junto ao usuário e a equipe de saúde com relação as condições objetivas que estão impulsionando os usuários a tomarem tal decisão, sendo o médico o profissional responsável pela alta e pelos seus procedimentos e não o assistente social. (CFESS, 2009).

Nesse sentido, é necessário reforçar a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar, no qual os profissionais envolvidos no processo de recuperação e reabilitação desse usuário devem estar articulados, a fim de identificar demandas que ultrapassam o cunho biológico e que estejam interferindo no adoecimento ou que possam vir a interferir na sua recuperação e/ou retorno a internação hospitalar. O trabalho multiprofissional e interdisciplinar se faz necessário para abranger o indivíduo em sua totalidade, atendendo assim suas necessidades específicas. (CUNHA, 2018).

O trabalho em equipe merece ser refletido e as atribuições do profissional de Serviço Social precisam ficar especificadas e divulgadas para os demais profissionais, resguardando-se, assim, a interdisciplinaridade como perspectiva de trabalho a ser defendida na saúde. (CFESS, 2009, p. 46)

A alta social, como afirmam os Parâmetros para a Atuação do Assistente Social na Saúde, deve acontecer concomitantemente à alta hospitalar. Neste processo, a atuação do assistente social é de extrema importância para o desvendamento de fatores de cunho social que venham a interferir na alta hospitalar do usuário, pois é o profissional de Serviço Social que tem o contato direto com a

rede de serviços que oferece o suporte social, bem como busca uma articulação com as outras políticas sociais, de forma intersetorial.

Assim, os profissionais de Serviço Social realizam encaminhamentos dentro da rede de proteção do próprio SUS, como a Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF), farmácia de alto custo, através do Centro Especializado de Dispensação de Medicamentos Excepcionais (CEDMEX) e Tratamento Fora de Domicílio (TFD). Também fazem a articulação com outras políticas e respectivamente sua rede de proteção, como o Sistema Único de Assistência Social (SUAS), quando são necessários encaminhamentos, por exemplo, ao Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) ou Centro de Referência de Assistência Social (CRAS). A necessidade de algum benefício previdenciário ou assistencial, junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), como o Benefício de Prestação Continuada (BPC), auxílio doença, salário maternidade, etc.

Muitas vezes os usuários necessitam desses serviços de apoio para poderem retornar para casa, como condições que irão favorecer o seu processo de recuperação e/ou reabilitação. É neste momento que o assistente social é fundamental para informar, encaminhar e mediar o acesso do usuário a essa rede de suporte e proteção social. Para que ocorram esses encaminhamentos e mediações realizados pelos(as) assistentes sociais são utilizados instrumentos e técnicas, que devem ser definidos levando em conta a realidade concreta, com suas condições objetivas e subjetivas.

[...] vejo a técnica para além de modelos e formas predefinidas de agir e se comportar diante de situações, como se fosse possível utilizarmos manuais para todas as situações que enfrentamos. Entendendo a técnica como criação, enquanto desdobramento da racionalidade, verifico que neste processo de trabalho humano a consciência tem participação ativa, uma vez que elabora finalidades e produz conhecimentos orientando as ações e se constituindo nelas. [...] os instrumentos e técnicas utilizados em nossas ações são objetivos e concretos mesmo não sendo materiais, perpassados pela sociabilidade e subjetividade implícita que compõe esta atividade humana e social. (SARMENTO, 2012, p.112-113)

Apesar da escassez de produções acerca do tema foi possível identificar, através da pesquisa bibliográfica, que as dificuldades enfrentadas pelos assistentes sociais durante o processo da alta social no geral têm relação com a resistência à organização da alta social tanto em virtude da influência do modelo biomédico, ainda muito presente na saúde, como também do desconhecimento acerca da atuação do assistente social na saúde e, conseqüentemente, a dificuldade no trabalho interdisciplinar. (LEAL; XAVIER, 2015).

Para tanto é necessário que os profissionais estejam disponíveis e abertos a conhecer o trabalho desempenhado pelos membros de cada profissão. Neste sentido, a “alta social”, é tema de discussões e até mesmo de impasses na equipe, justamente por desconhecerem o trabalho desempenhado pelo assistente social, e conseqüentemente seus encaminhamentos. O que acaba por reafirmar a lógica do modelo biomédico, separando o sujeito em partes, e não na sua integralidade, o que vai, portanto, contra o conceito de saúde ampliada. Esse desconhecimento se dá a priori pela indisponibilidade de diálogo entre as diferentes categorias profissionais, permeadas por relações hierarquizadas calcadas sob a égide do modelo biomédico ainda presente e latente na instituição hospitalar. (LEAL; XAVIER, 2015, p. 9).

Portanto, identificamos que um dos maiores desafios dos profissionais de Serviço Social é o trabalho interdisciplinar, por motivos que vão desde ao modelo biomédico até a desvalorização da atuação do assistente social, tendo em vista o desconhecimento das atribuições do mesmo pelos outros profissionais da área da saúde.

No decorrer do período de estágio supervisionado no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC) foi possível identificar que os assistentes sociais do referido hospital enfrentam dificuldades durante a atuação profissional, nos casos identificados como alta social. As dificuldades na condução desse processo estão relacionadas à realização do trabalho interdisciplinar e a ação intersetorial, pois a maioria dos encaminhamentos dados pelo assistente social depende do funcionamento de outras instituições, sejam elas inseridas na própria política de saúde, ou em outras políticas sociais. Em alguns casos também foi possível identificar o desconhecimento acerca das atribuições profissionais do assistente social por parte de membros da equipe multidisciplinar, ocasionando o encaminhamento de demandas ao setor que não são relacionadas com as atribuições e competências dos assistentes sociais.

Diante do exposto, o assistente social além de um olhar crítico e reflexivo acerca das demandas, também precisa recorrer a instrumentos e técnicas para dar materialidade a sua intervenção. Além dos instrumentos historicamente conhecidos na profissão, como ficha social, questionários para visitas domiciliares e entrevistas, pareceres e encaminhamentos, podemos considerar a alta social como um procedimento e/ou ação profissional na atuação do assistente social na área da saúde, que contribui para que se tenha uma compreensão do usuário em sua totalidade, já que propicia a identificação dos determinantes sociais que interferem no processo saúde/doença e a orientação do usuário sobre o caminho a percorrer para ter acesso à rede de suporte social, possibilitando ao mesmo se perceber como sujeito de direitos.

## **5 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O Serviço Social enquanto profissão tem como seu objeto de trabalho a questão social e suas várias formas de expressão, que refletem diretamente na saúde da população. Assim, no processo de trabalho na área da saúde o assistente social, além do conhecimento teórico-metodológico e ético-político, precisa se apropriar de forma crítica e reflexiva do arsenal instrumental que compõem a dimensão técnico-operativa da profissão, no intuito de favorecer o acesso do usuário aos seus direitos, muitas vezes desconhecidos pelos mesmos.

A alta social é um exemplo concreto de procedimento que propicia a mediação do acesso dos usuários a direitos sociais fundamentais para a melhoria das suas condições de vida e, portanto, de saúde. No entanto, é notório que o assistente social ainda sofre resistência da equipe multiprofissional, em virtude da forte presença da lógica biomédica na saúde, centralizada na doença e não no indivíduo em sua totalidade, que leva à cobranças de ações imediatista do assistente social frente às necessidades do usuário.

Respaldada na pesquisa bibliográfica e nas observações que tivemos oportunidade de fazer no período de estágio supervisionado em Serviço Social, podemos inferir que frequentemente o usuário recebe alta hospitalar sem que haja o conhecimento das situações de vulnerabilidade social que o mesmo enfrenta,

deixando claro que a alta hospitalar, geralmente, não acontece concomitante à alta social. Muitas vezes é necessário que ocorra reincidência na internação do usuário, ou que este exponha as suas preocupações acerca da sua recuperação plena pós-internação, considerando as suas condições de vida, para que o Serviço Social seja acionado. A partir de então o profissional se depara com o desafio de conduzir a situação, a fim de desvendar as demandas implícitas daquele indivíduo, e buscar respostas para o seu atendimento.

No entanto, na condução do processo da alta social, o assistente social depende de fatores que ultrapassam a sua autonomia profissional, que passam tanto por dificuldades em construir uma ação interdisciplinar (por várias razões, algumas anteriormente mencionadas), como também por inviabilidade de articular ações intersetoriais, tendo em vista a precarização das políticas sociais que compõem a rede de suporte social da qual aquele usuário necessita.

Portanto, o trabalho em equipe é importante no setor da saúde, articulando os diferentes saberes, considerando o conceito ampliado do processo saúde/doença, possibilitando ao usuário ser visto em sua totalidade, rompendo com a visão fragmentada da saúde como apenas ausência de doença, para que se faça possível a condução da alta hospitalar concomitante a alta social do usuário.

O presente trabalho buscou contribuir com a discussão sobre o processo da alta social, porém não pretende esgotar o debate acerca do assunto, tendo em vista haver uma imensa escassez na literatura sobre o tema, o qual se faz necessário um aprofundamento teórico.

Entendemos que o assistente social, enquanto profissional da área da saúde comprometido com a defesa dos direitos sociais dos usuários, precisa aprofundar a discussão acerca do tema, tendo em vista o fortalecimento do Projeto de Reforma Sanitária e do Projeto Ético-Político da profissão.

## REFERÊNCIAS

- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ENSINO E PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL- ABEPSS. **Diretrizes gerais para o curso de Serviço Social**: com base no currículo mínimo aprovado em assembleia geral extraordinária de 8 de novembro de 1996. Rio de Janeiro, 1996.
- BRASIL. **Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais**. Resolução CFESS nº 273/93, de 13 de março de 1993.
- BRASIL. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Sistema Único de Saúde**. Brasília: CONASS, 2011.
- BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Constituicao/Constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm). Acesso em 01/11/2018.
- BRASIL. **Regulamentação da profissão**. Lei nº 8662, de 07 de jun. de 1993. Brasília, 1993. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8662.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8662.htm). Acesso em 01/11/2018.
- BRAVO, Maria Inês et al., (Orgs). **Saúde e Serviço Social**. 2°. ed.-SP: Cortez: RJ: UERJ, 2006.
- \_\_\_\_\_; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, Ana

- Elizabete et al., (Orgs). **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4º ed. São Paulo: Cortez, 2006.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. Resolução CFESS nº 383, de 29 de março de 1999. Brasília, 1999.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. Práticas terapêuticas no âmbito do Serviço Social: subsídios para aprofundamento do estudo. 2008. Disponível em: <http://www.cfess.org.br/arquivos/praticasterapeuticas.pdf>. Acesso em 14/08/2019.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde. Brasília, 2009.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL- CFESS. Serviço Social e Reflexões Críticas sobre Práticas Terapêuticas. Disponível em: [http://www.cfess.org.br/arquivos/doc\\_CFESS\\_Terapias\\_e\\_SS\\_2010.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/doc_CFESS_Terapias_e_SS_2010.pdf). Acesso em 14/08/2019.
- CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL- CFES. Resolução CFESS nº 569, de 25 de março de 2010. Brasília, 2010.
- CUNHA, Aline Andrade. **O Serviço Social e a alta hospitalar qualificada: um relato de experiência**. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia Faculdade de medicina – FAMED, 2018.
- GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade no trabalho do assistente social**. Simpósio Mineiro de Assistentes Sociais, Belo Horizonte, maio, 2007.
- KRÜGER, Tânia Regina. Serviço Social e Saúde espaços de atuação a partir do SUS. In: **Revista Serviço Social & Saúde**. Campinas: UNICAMP. Ano IX, nº10, 2010.
- KRÜGER, Tânia Regina. Serviço Social: Tendências prático-políticas no contexto de desmonte do SUS. In: **Revista Sociedade em debate**. Pelotas: UCPEL. V. 25, 2019.
- LEAL, Roberta A.Santin. XAVIER, A. **Alta hospitalar: a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde**. Trabalho de Conclusão de Curso (Residência Integrada Multiprofissional em Saúde – Área Urgência e Emergência). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2015. Disponível em: <http://www.hu.ufsc.br/setores/servico-social/wp-content/uploads/sites/17/2014/11/TCC-ROBERTA-SANTIN-LEAL.pdf>. Acesso em: 28/06/2019.
- LESSA, Ana Paula Girão. **O trabalho do assistente social no SUS: desafios e perspectivas**. Fortaleza: EDUECE, 2011.
- MATOS, Maurílio Castro de. **Serviço Social, Ética e Saúde: reflexões para o exercício profissional**. São Paulo: Cortez, 2013.
- NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64**. 16ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.
- SANTOS, Cláudia Mônica dos. SOUZA FILHO, Rodrigo. BACKX, Sheila. A dimensão técnico-operativa do Serviço Social: questões para reflexão. In: SANTOS, Cláudia Mônica dos. BACKX, Sheila. GUERRA, Yolanda, (Orgs). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. Juiz de Fora: Ed. UFJF, 2012.
- SARMENTO, Hélder Boska de Moraes. Instrumental técnico e o Serviço Social. In: SANTOS, Cláudia Mônica dos. BACKX, Sheila. GUERRA, Yolanda, (Orgs). **A dimensão técnico-operativa no Serviço Social: desafios contemporâneos**. São Paulo: Cortez, 2017.

SANTOS, Maria Aparecida Nunes dos. SERPA. Moema Amélia. A particularidade do trabalho do assistente social na saúde no contexto de contrarreforma. In: SILVA, Alessandra Ximenes da. NÓBREGA, Mônica Barros da. MATIAS, Thaisa Simplício Carneiro. (Orgs). **Cotrarreforma, intelectuais e Serviço Social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

SOARES, Raquel Cavalcante. Tendências da Contrarreforma na Política de Saúde e o Serviço Social: Privatização e Superprecarização. In: SILVA, Alessandra Ximenes da. NÓBREGA, Mônica Barros da. MATIAS, Thaisa Simplício Carneiro. (Orgs). **Cotrarreforma, intelectuais e Serviço Social: as inflexões na política de saúde**. Campina Grande: EDUEPB, 2017.

YASBEK, Maria Carmelita. Fundamentos Históricos e Teórico-Methodológicos do Serviço Social. In: CFESS/ABEPSS (Orgs). **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

## AGRADECIMENTOS

A Deus por me conduzir durante essa caminhada, fortalecendo a minha fé nos momentos mais difíceis.

Aos meus pais, Edvando Sobral da Silva e Maria Auxiliadora Sobral, por todo amor, dedicação, cuidado e incentivo para que eu chegasse até aqui, por todas as renúncias que fizeram para me proporcionar o melhor em meio às dificuldades. Muito obrigada!

Ao meu esposo, Jair Gouveia, meu amigo e companheiro de todas as horas, que sempre esteve ao meu lado me incentivando, me alegrando e enxugando minhas lágrimas nos momentos de angústia, a minha filha Ana Beatriz, luz da minha vida, por toda compreensão e cuidado, que por diversas vezes me ajudou nas atividades acadêmicas. A vocês minha imensa gratidão.

Aos meus irmãos Alexandre e Anderson, companheiros de vida, o meu agradecimento por todo apoio e incentivo para que eu continuasse estudando e sempre buscar ir além.

A Rosilene, colega de curso e ao seu esposo Manoel, por me oferecer carona de volta para casa, durante todo o período em que Rose cursou Serviço Social, a minha gratidão por todo carinho e cuidado para comigo.

Aos meus colegas de turma por toda motivação e descontração nos momentos difíceis ao longo dos cinco anos de curso. Em especial a Stella Macedo e Fabíola Viviane, seguimos firmes e fortes em meio às adversidades, o meu muito obrigada por todo apoio, auxílio e companheirismo, vocês são presentes que a UEPB me proporcionou.

A Fabiana Vidal, por todo o apoio ao me oferecer carona na ida e volta para a universidade, por muitas vezes sair primeiro e mesmo assim me esperar, minha imensa gratidão por me estender a mão no período em que mais precisei.

A professora Sandra Amélia, por toda dedicação e ensinamentos, me orientando desde o período do estágio até o término do meu trabalho de conclusão de curso, sempre como muita paciência e atenção, a você minha gratidão e admiração.

A minha supervisora de campo, Sayonara Campos, por toda atenção, cuidado, profissionalismo e apoio durante o período de estágio, por quem tenho imenso carinho e admiração, muito obrigada!

As assistentes sociais do departamento de Serviço Social do HUAC, Gizelda Batista, Nilciete Ramos, Vivian Kelly, Mônica Albuquerque e Fernanda Alves, por todo o aprendizado e apoio.

Aos professores do curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, por todos os ensinamentos e aos demais funcionários do Departamento de Serviço Social por todos os serviços prestados quando solicitados.

As professoras Thereza Karla e Thaísa Simplício, por aceitarem o convite para compor a banca examinadora, muito obrigada pela presença e contribuição.

A todos(as) que durante esses últimos anos estiveram comigo, me ouvindo, aconselhando, incentivando e apoiando, o meu muito obrigada!