



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS I – CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

HELEN MAINÃ BARBOSA DOS SANTOS

**A IMPORTÂNCIA DA ALTA SOCIAL NA ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL
NO AMBIENTE HOSPITALAR**

**CAMPINA GRANDE
2025**

HELEN MAINÃ BARBOSA DOS SANTOS

**A IMPORTÂNCIA DA ALTA SOCIAL NA ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL
NO AMBIENTE HOSPITALAR**

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

Orientadora: Profa. Ma. Sandra Amélia
Sampaio Silveira.

**CAMPINA GRANDE- PB
2025**

É expressamente proibida a comercialização deste documento, tanto em versão 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.

S237i Santos, Helen Maina Barbosa dos.

A importância da alta social na atuação do/a assistente social no ambiente hospitalar [manuscrito] / Helen Maina Barbosa dos Santos. - 2025.

28 f.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2025.

"Orientação : Prof. Ma. Sandra Amelia Sampaio Silveira, Departamento de Serviço Social - CCSA".

1. Alta social. 2. Serviço social. 3. Política de saúde. I. Título

21. ed. CDD 362.1

HELEN MAINA BARBOSA DOS SANTOS

A IMPORTÂNCIA DA ALTA SOCIAL NA ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL
NO AMBIENTE HOSPITALAR

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Coordenação do Curso
de Serviço Social da Universidade
Estadual da Paraíba, como requisito
parcial à obtenção do título de
Bacharela em Serviço Social

Aprovada em: 11/06/2025.

BANCA EXAMINADORA

Documento assinado eletronicamente por:

- **Angela Maria Domingos Ramos Pessoa** (***.583.984-**), em **29/07/2025 19:57:09** com chave **5b919d566ccf11f0bb921a1c3150b54b**.
- **Sandra Amelia Sampaio Silveira** (***.078.183-**), em **29/07/2025 22:00:06** com chave **889cf5286ce011f0900c1a1c3150b54b**.
- **Lucia Maria Patriota** (***.720.304-**), em **28/07/2025 22:28:34** com chave **582a9ed86c1b11f08c6006adb0a3afce**.

Documento emitido pelo SUAP. Para comprovar sua autenticidade, faça a leitura do QrCode ao lado ou acesse https://suap.uepb.edu.br/comum/autenticar_documento/ e informe os dados a seguir.

Tipo de Documento: Folha de Aprovação do Projeto Final

Data da Emissão: 29/07/2025

Código de Autenticação: 3dc6be



*Ao Senhor Deus, que me deu força e
coragem para enfrentar os desafios
durante esse período, me ajudando nas
horas mais difíceis, DEDICO.*

Este é apenas o começo,
o melhor ainda está por vir.
(Yet to Come - BTS)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPs	Caixas de Aposentadoria e Pensões.
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho.
FAS	Fundo de Assistência Social.
IAPs	Institutos de Aposentadoria e Pensão.
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social.
ESF	Estratégia Saúde na Família.
SUS	Sistema Único de Saúde.
CF	Constituição Federal
HUAC	Hospital Universitário Alcides Carneiro
BDTD	Banco de Dissertações e Teses Plataforma Sucupira
CAPES	Plataforma Sucupira
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
2.	POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL	12
3.	SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DA ALTA SOCIAL COMO INSTRUMENTO DE ATUAÇÃO DA/O ASSISTENTE SOCIAL	16
4.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	23
5.	REFERÊNCIAS	24

A IMPORTÂNCIA DA ALTA SOCIAL NA ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO AMBIENTE HOSPITALAR

¹Helen Mainã Barbosa dos Santos

RESUMO

Este trabalho discute a alta social como um instrumento do Serviço Social na saúde e sua importância na atuação do/a assistente social no âmbito hospitalar. Consiste em uma pesquisa bibliográfica que teve como objetivo geral analisar a importância da alta social na atuação do/a assistente social em ambiente hospitalar e, como objetivos específicos, discutir a alta social e qual a sua importância; verificar de que forma a alta social vem acontecendo em ambiente hospitalar; e identificar os desafios para a realização da alta social enfrentado pelos/as assistentes sociais, para a garantia de uma alta social segura, a partir das publicações da área. Assim, foi realizado um levantamento de dados a partir de produções acadêmicas, junto à Plataforma Sucupira-CAPES, Banco de Dissertações e Teses (BDTD) e Plataforma periódicos-CAPES, bem como em periódicos e anais de congressos científicos da área de Serviço Social, para identificar trabalhos relacionados ao tema, optando por fazer um recorte temporal de trabalhos publicadas no período de 2014 a 2024. A análise dos referidos trabalhos fundamentou-se no método crítico dialético, com abordagem qualitativa. Foi identificada uma escassez na discussão dessa temática na literatura da profissão, indicando uma lacuna de pesquisas que abordem a importância da alta social na atuação do Serviço Social como uma ferramenta necessária no processo de alta hospitalar que tende a contribuir para a continuidade do processo de saúde do/a usuário/a fora do hospital. Como principais resultados destaca-se que a alta social é um processo construído ao longo da internação do/a usuário/a no hospital, considerando as demandas e necessidades identificadas pelos/as assistentes sociais, tendo também que estar articulada com a equipe multiprofissional, além da orientação realizada junto aos usuários/as e acompanhantes sobre os direitos sociais, juntamente com os encaminhamentos para rede de serviços que possam contribuir devidamente com o pleno restabelecimento do processo saúde doença. A importância da intervenção do/a assistente social no processo de alta hospitalar, evidencia-se por ser um/a profissional capacitado/a para identificar demandas de cunho social, no contexto do trabalho multiprofissional na saúde, para que seja possível a realização da alta social. Assim, foram abordados como desafios pelos/as assistentes sociais: a pressão por parte da administração hospitalar para desocupação dos leitos em casos de internações prolongadas; rede socioassistencial fragilizada; falta de compreensão da equipe multiprofissional, sobre a importância da alta social.

Palavras-Chave: Alta Social; Serviço Social; Política de Saúde.

¹ Graduanda em Serviço Social na Universidade Estadual da Paraíba - Campus I
Email: helen.barbosa@aluno.uebp.edu.br

THE IMPORTANCE OF SOCIAL DISCHARGE IN THE PRACTICE OF SOCIAL WORKERS IN THE HOSPITAL SETTING

This paper discusses social discharge as a tool of Social Work in the healthcare field and its importance for the role of social workers in hospital settings. It is the result of a bibliographic research aimed at analyzing the importance of social discharge in the work of social workers within hospitals. The specific objectives were: to discuss what social discharge is and why it matters; to examine how social discharge is being carried out in hospital environments; and to identify the challenges faced by social workers in ensuring a safe social discharge, based on publications in the field. To achieve this, data was collected from academic sources such as the Sucupira Platform (CAPES), the Digital Library of Theses and Dissertations (BDTD), and the CAPES Journals Portal, as well as journals and proceedings from scientific congresses in the field of Social Work. The study focused on works published between 2014 and 2024. The analysis of these materials was grounded in the critical-dialectical method with a qualitative approach. A scarcity of discussions on this topic within the professional literature was identified, pointing to a research gap regarding the importance of social discharge in Social Work practice. This tool is essential to the hospital discharge process, as it supports the continuation of the user's healthcare journey beyond the hospital setting. The main findings highlight that social discharge is a process built throughout the user's hospitalization, based on the demands and needs identified by social workers. It must be coordinated with the multidisciplinary team and include guidance to patients and their companions about social rights, along with referrals to service networks that can support the full recovery of the user's health. The relevance of the social worker's intervention in the hospital discharge process is evident, given their training to identify social needs in the context of multidisciplinary healthcare work, making social discharge possible. Key challenges reported by social workers include: pressure from hospital administration to free up beds in prolonged hospitalizations; a weakened social assistance network; and the lack of understanding among multidisciplinary teams about the importance of social discharge.

Keywords: Social discharge; Social Work; Health Social Policy.

1. INTRODUÇÃO

O Serviço Social emerge no Brasil na década de 1930, em um contexto de grandes transformações políticas, econômicas e sociais. O país passava por um processo de industrialização, o que trouxe consigo novas demandas sociais, principalmente ligadas às questões do trabalho, urbanização e às desigualdades sociais. No início, orientava-se por uma visão caritativa e assistencialista, voltada principalmente para o atendimento da população em situação de pobreza, sob uma perspectiva moral e religiosa. A inserção na área da saúde acontece a partir da década de 1940, quando os/as assistentes sociais começam a atuar em instituições hospitalares e nas recém-criadas políticas públicas de saúde. Contudo, as possibilidades de atuação de assistentes sociais na área só foram significativamente ampliadas com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a partir da Constituição Federal (CF) de 1988, que instituiu direitos sociais importantes, a exemplo da saúde.

Tomando-se a perspectiva da determinação da saúde, sabe-se que esta resulta de fatores sociais e econômicos, como alimentação, transporte, moradia, trabalho, educação, saneamento básico, entre outros. Portanto, este processo está diretamente relacionado à “questão social”, expressa nas desigualdades presentes na sociedade, geradas pelo sistema capitalista, as quais afetam diretamente a saúde, especialmente da classe trabalhadora. (Iamamoto, 1982). Sendo assim, entende-se que para a população ter o direito à saúde garantido, é necessário a viabilização de políticas públicas que possam contribuir para a busca da redução de doenças e garantir um acesso igualitário aos serviços de saúde, como afirma o art. 196 da CF de 1988: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e 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” .

Vale ressaltar a importância do Movimento de Reforma Sanitária nesta conquista, resultante de uma trajetória de luta coletiva por democracia e pela reestruturação do sistema de saúde por meio da criação do SUS, enfatizando os princípios do mesmo de: intersetorialidade, integralidade, descentralização, universalidade, participação social e redefinição dos papéis das diferentes esferas de governo (União, Estados, municípios e territórios) na oferta de serviços de saúde, além de garantir um financiamento adequado. Neste sentido, destaca-se a adoção de uma concepção ampliada de saúde, que engloba melhores condições de vida e trabalho, abrindo assim diferentes possibilidades para a atuação do Serviço Social.

O presente artigo foi motivado pela experiência de estágio curricular supervisionado em Serviço Social, realizado durante o período de março de 2023 a agosto de 2024, no Hospital Universitário Alcides Carneiro (HUAC), onde foi possível identificar as demandas postas para as assistentes sociais, relacionadas aos/as usuários/as, que remetem a uma visão mais ampla do processo saúde-doença, a exemplo da alta social.

Nesse sentido, este trabalho tem como objetivo geral analisar a importância da alta social na atuação do/a assistente social em ambiente hospitalar e, como objetivos específicos: discutir a alta social e qual a sua importância; verificar de que forma a alta social vem acontecendo em ambiente hospitalar; e identificar os desafios para a realização da alta social enfrentado pelos/as assistentes sociais, para a garantia de uma alta social segura, a partir das publicações da área.

O estudo realizado consistiu em uma pesquisa bibliográfica, com abordagem qualitativa, e utilizou o método de análise crítico dialético e a técnica de análise de conteúdo para o tratamento dos dados coletados. A pesquisa partiu de fontes secundárias como: dissertações, artigos em periódicos, anais de congressos científicos de Serviço Social. Durante o levantamento realizado junto à/ao Banco de Dissertações e Teses - BDTD, Plataforma Sucupira - CAPES e Portal Periódicos-CAPES, partiu das seguintes palavras-chave: alta social; Serviço Social; Política Social da Saúde. Durante a pesquisa evidenciou-se que o processo de alta social tem sido pouco explorado na produção acadêmica. Segundo Seibert et al (2019), no Serviço Social o debate acadêmico da alta social ainda é recente e conta com poucas produções, mais ligadas aos estágios e aos programas de residência multiprofissional em saúde. Diante do exposto, consideramos que o presente artigo poderá trazer contribuições no sentido de dar visibilidade a este tema na universidade, e entre profissionais que atuam na área da saúde.

A estrutura do artigo conta com dois tópicos: o primeiro aborda a política de saúde no Brasil, destacando aspectos relevantes da trajetória da saúde no Brasil, com

ênfase no período pós SUS, no qual se busca consolidar a saúde como direito universal, em meio ao enfrentamento de desafios impostos pelo neoliberalismo em curso. O segundo tópico discute o Serviço Social na saúde e a importância da alta social como instrumento de atuação do/a assistente social em ambiente hospitalar. Para tanto, situa a discussão a partir da instrumentalidade da profissão, bem como analisa a importância da alta social. Nas considerações finais são apontadas algumas reflexões conclusivas sobre o tema.

2. A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

A partir do ano de 1500 no Brasil, o descaso com a saúde favorecia a disseminação de epidemias em todo o país. Enquanto os segmentos mais abastados da população tinham acesso aos médicos e remédios da época, os pobres eram os primeiros a sofrer e sucumbir às doenças. Para a maioria da população, as Santas Casas de Misericórdia, criadas por religiosos em 1543, eram a principal opção. Muitos doentes recorriam a curandeiros e benzedadeiras, conhecedores das ervas medicinais brasileiras. (FIOCRUZ, 2020).

Entre 1900 e 1920, ocorreram reformas urbanas e sanitárias, ligadas à valorização do capital estrangeiro e à necessidade de melhorar a infraestrutura para atender aos interesses do modelo agroexportador, para combater as condições que facilitavam a disseminação das doenças e epidemias (a exemplo da varíola e febre amarela), principalmente em grandes cidades, mas as epidemias continuavam a assolar o país. As reformas urbanas e sanitárias no Brasil tinham um caráter multifacetado: além da saúde pública, também tinham objetivos políticos, econômicos e sociais de modernização, controle urbano e fortalecimento do poder republicano. (FIOCRUZ, 2020). Assim, o desenvolvimento da saúde pública no país, desde suas primeiras ações, foi movido por tensões sociais, políticas e econômicas.

A partir desse período, foram desenvolvidas ações governamentais em torno da saúde pública, focadas no tratamento das epidemias e endemias, constituído pelas campanhas sanitárias. Com o surgimento da lei Eloy Chaves, em 1923, foram implementadas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPs) que ofereciam vários serviços previdenciários e de saúde aos seus segurados, estabelecendo assim a medicina previdenciária. Posteriormente, durante o governo de Getúlio Vargas, houve reformulações no sistema de saúde, uma ampliação deste tipo de política com a estruturação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs), mas os recursos previdenciários foram frequentemente direcionados, neste período, para apoiar a industrialização do país, o que embora beneficiasse o desenvolvimento econômico, comprometia o financiamento da saúde pública. Esse redirecionamento de verbas prejudicou o acesso não só à assistência médica, mas também à promoção da saúde para grande parte da população que dependia de um sistema já limitado e segmentado (FIOCRUZ, 2020).

Nesse sentido, antes da criação do SUS a política de saúde se dividia em dois eixos: o primeiro era a saúde pública, focada no campanhismo, através do qual o Estado atendia a todos, a partir do combate a epidemias e endemias, com campanhas de vacinação, ações de saneamento, etc. E o segundo eixo era a saúde previdenciária, focada na saúde curativa, em que as pessoas que tinham acesso, eram apenas as que contribuía com a previdência. Este último foi assumindo crescente destaque na política de saúde, de modo que se consolidou o modelo médico-assistencial com perspectiva hospitalocêntrica, com ênfase na doença e na cura individual, acompanhado, em menor medida, pela saúde pública, através do

campanhismo. Este processo se deu a partir da década de 1950, com uma forte influência norte americana na concepção de saúde pautada na hospitalização, fazendo com que o Estado priorizasse a medicina curativa, passando a investir na compra de serviços privados, favorecendo os interesses da indústria da saúde farmacêutica, de equipamentos da saúde e outros. (Polignano, 2003). A consolidação desse modelo se intensifica durante o regime militar (1964–1985), quando o Estado aprofunda a lógica já iniciada nos anos 1950. Nesse período, em vez de fortalecer a rede pública, o governo passa a comprar serviços do setor privado, ampliando ainda mais a participação de empresas e instituições privadas na prestação de serviços de saúde. Esse direcionamento favorece os interesses de grandes grupos econômicos ligados à indústria farmacêutica e equipamentos médicos, que encontram no Estado um importante financiador de suas atividades. Com isso, a saúde passa a ser tratada como mercadoria, em detrimento da promoção, prevenção e do acesso universal, contribuindo para o aprofundamento das desigualdades no sistema de saúde brasileiro.

No final da década de 1970, o Brasil entra em um processo de abertura política, após mais de uma década de regime militar. Esse momento marca o início da redemocratização do país, com o surgimento de movimentos sociais, organizações populares e setores progressistas da sociedade que passam a questionar o modelo autoritário e excludente vigente, o questionamento e a busca de construção de um modelo de saúde alternativo ao que estava vigente, foi impulsionado pelo Movimento de Reforma Sanitária brasileira. Este tinha como principal objetivo garantir que todas as pessoas tivessem acesso à saúde de maneira universal e igualitária, como um direito de todos. Esse movimento era formado por diferentes grupos da sociedade, como profissionais da saúde, acadêmicos, ativistas e representantes de movimentos sociais. Suas principais bandeiras de luta incluíam a criação de um sistema único de saúde, a eliminação da comercialização da saúde e a promoção de políticas públicas que atendessem às necessidades da população e a garantia de direitos sociais. Assim, se destaca:

A concepção ampliada de saúde, que inclui melhores condições de vida e de trabalho; a importância da determinação social do processo saúde-doença; a nova organização do sistema de saúde por meio da construção do SUS, em consonância com os princípios da integralidade, descentralização, universalização, participação social e redefinição dos papéis institucionais nas unidades políticas, na prestação dos serviços de saúde; e o financiamento efetivo do estado. (Bravo, 2024, p. 6)

Um marco importante para a discussão das bandeiras de luta do Movimento de Reforma Sanitária, para a democratização da saúde e para a criação do SUS, foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que tinha como objetivo formar um “espaço democrático para a construção de políticas públicas de saúde no Brasil”. (Conselho Nacional de Saúde, 2019, s.n) com a participação da sociedade civil, fixando ações e diretrizes que melhorassem a qualidade dos serviços de saúde pública.

As lutas empreendidas pelo Movimento de Reforma Sanitária e as discussões e proposições decorrentes da 8ª Conferência culminaram na criação do SUS, em 1988, garantido pela Constituição Federal de 1988. A Lei Orgânica da Saúde, composta pelas leis 8.080/90 e 8.142/90, detalha a estrutura e funções do SUS, incluindo vigilância sanitária, epidemiológica e saúde do trabalhador.

Como é abordado na Constituição Federal de 1988, o conceito de saúde não se resume apenas a ausência de doença, mas envolve um conjunto de fatores e

condições sociais que influenciam o bem-estar das pessoas e o processo saúde-doença, tais como educação, alimentação, trabalho, moradia e segurança, dentre outros, que desempenham um papel fundamental na saúde de um indivíduo. Conforme determina o artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e 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. (Brasil, 1988.)

Assim, o SUS foi estruturado como uma rede regionalizada e hierarquizada, com direção única, pautada em diretrizes e princípios definidos no artigo 198 da Constituição Federal (Brasil, 1988). As diretrizes do SUS são: a descentralização, a integralidade e a participação da comunidade. Além das diretrizes, o SUS possui os seguintes princípios:

1) universalidade de acesso; 2) integralidade da assistência prestada em todos os níveis; 3) Autonomia dos usuários; 4) igualdade da assistência prestada; 5) direito à informação; 6) socialização de informações sobre os serviços; 7) uso da epidemiologia para orientar/fundamentar ações; 8) participação da comunidade; 9) Descentralização político-administrativa; 10) Integração das ações da saúde, meio ambiente e saneamento básico; 11) Conjugação dos recursos dos diversos entes federativos para a prestação de serviços de saúde; 12) Resolutividade dos serviços nos diversos níveis de assistência em saúde; 13) Organização dos serviços públicos; 14) organização de serviços especializado em atendimento a mulheres vítimas de violência. (Soares, p.393, 2020).

O SUS representou uma conquista e um avanço para a cidadania dos/as brasileiros/as ao universalizar o direito à saúde. Porém, a partir da década de 1990, o receituário neoliberal fez com que o Estado se afastasse da responsabilidade de garantir os direitos sociais e abrindo espaço ao setor privado, fazendo com que o sistema de saúde público fosse subfinanciado e, conseqüentemente, não conseguisse atender de forma adequada os/as usuários/as. Deste modo,

O projeto da reforma sanitária é questionado e consolida-se, na segunda metade dos anos 90, o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. Este último, pautado na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. Ao Estado cabe garantir um mínimo aos que não podem pagar, ficando para o setor privado o atendimento aos cidadãos consumidores. (Bravo, Matos, 2024. p. 9-10)

A crescente privatização do sistema de saúde cria uma dependência entre o SUS e as empresas privadas, através da compra de serviços privados para atender a população. Com isso, acaba transferindo mais recursos públicos para empresas privadas, o que na prática enfraquece o SUS e aumenta a privatização da saúde. Por causa dessa privatização, os princípios fundamentais do SUS, como a universalidade e a equidade, são prejudicados.

O projeto privatista, pautado na política de ajuste, tem como tendência a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidades do poder central. (Bravo, pg. 9, 2024)

O direcionamento neoliberal promove a inviabilização da garantia dos direitos sociais para a classe trabalhadora, se expressando nos cortes de recursos e nas privatizações de serviços públicos, afetando o processo saúde-doença.

A política neoliberal recrudescer a estrutura histórica da sociedade brasileira, centrada no espaço privado e na divisão social sob a forma da carência popular e do privilégio dos dominantes, pois a nova forma do capitalismo favorece três aspectos de reforço dos privilégios: 1) a destinação preferencial e prioritária dos fundos públicos para financiar os investimentos do capital; 2) a privatização como transferência aos próprios grupos oligopólios dos antigos mecanismos estatais de proteção dos oligopólios, com a ajuda substantiva do fundo público; 3) a transformação de direitos sociais (como educação, saúde e habitação) em serviços privados adquiridos no mercado e submetidos à sua lógica. No caso do Brasil, o neoliberalismo significa levar ao extremo nossa forma social [...] (Chauí, 2000, p. 94)

Nesse contexto, destaca-se o impacto do movimento ultraliberal ou ultraliberalismo, que defende a redução da presença do Estado na economia, a privatização de serviços públicos e a ênfase no mercado como regulador social. Esse modelo se insere na nova ordem mundial pós-Guerra Fria, marcada pela globalização econômica e pelo enfraquecimento das políticas sociais, que contribui para o esvaziamento dos princípios constitucionais. No Brasil, esse ideário se intensifica a partir da década de 1990 e passa a influenciar diretamente as políticas públicas, inclusive na área da saúde. O avanço das ideias ultraliberaes contribuiu para o esvaziamento progressivo dos princípios do SUS, com o subfinanciamento, a expansão de parcerias com o setor privado e a tentativa de transformar a saúde novamente em uma mercadoria, contrariando os fundamentos da reforma sanitária. Sob a gestão de um governo de extrema direita, como foi o caso do governo de Bolsonaro, essas tendências provocaram o aprofundamento das desigualdades sociais e o desmonte progressivo da proteção social garantida pelo Estado, que demarca o desmonte dos direitos sociais conquistados, em uma crise estrutural do capital com particularidades ainda mais graves no Brasil.

Essa conjuntura de enfraquecimento das políticas sociais ficou explícita, por exemplo, durante a pandemia de COVID-19, iniciada em 2020, que representou um marco histórico de emergência sanitária global. A crise expôs de forma brutal as fragilidades do sistema de proteção social brasileiro, ao mesmo tempo em que mostrou as consequências de um Estado negligente com a garantia de direitos. A pandemia resultou na morte de milhões de pessoas em todo o mundo, inclusive no Brasil, onde a ausência de uma coordenação nacional eficaz, aliada ao negacionismo científico, comprometeu gravemente as respostas à crise e aprofundou as condições de vulnerabilidade social da população. Esse acontecimento mostrou ainda mais a crise na política de saúde brasileira, relacionada diretamente com a política de desfinanciamento das políticas públicas, especialmente a partir da Emenda Constitucional nº 95, aprovada em 2016. Conhecida como “Teto de Gastos”, essa emenda instituiu um novo regime fiscal que congelou, por 20 anos, os gastos primários do governo federal.

A Emenda Constitucional 95 se apresentou, portanto, como uma das medidas mais importantes no desfinanciamento das políticas sociais, impondo limites aos investimentos públicos, inclusive em áreas essenciais como saúde, assistência e educação. Ao constituir a despesa pública como um problema a ser controlado, orienta os pilares constitucionais das políticas sociais, submetendo-as a ajustes que visam reduzir o seu alcance e efetividade. Essa lógica impôs às políticas sociais o

desafio de se adequarem a um orçamento progressivamente comprimido. Durante a pandemia de COVID-19, essa restrição se mostrou ainda mais intensa: enquanto a população enfrentava uma crise sanitária, social e econômica sem precedentes, o Estado operava sobre os limites impostos por uma regra fiscal que impedia uma resposta eficaz e ampla (Menezes, 2019).

A pandemia, inquestionavelmente, revelou ao país e ao mundo o que o país insistia em ocultar: o desmonte da seguridade social e dos direitos trabalhistas pelos sucessivos ajustes fiscais deixaram o Brasil imensamente vulnerável diante da devastação do acelerado processo de contágio. Por um lado, o Sistema Único de Saúde (SUS), legalmente universal e descentralizado, mas que já agonizava com falta de recursos [...], entrou em colapso diante das novas, desconhecidas e imensuráveis demandas da covid-19 (Boschetti; Behring, 2021, p. 11).

Ademais, percebemos que durante o período da pandemia, o governo se eximiu das suas responsabilidades de assegurar e tomar medidas que fossem condizentes com o estado de calamidade que o país estava penalizando, principalmente a classe trabalhadora.

Ao retardar e resistir a exercer sua responsabilidade pública e assegurar os recursos públicos e as medidas econômicas, sociais e sanitárias necessárias ao enfrentamento da pandemia e dos casos que se multiplicaram violentamente, o governo federal negacionista, ultraneoliberal e neofascista favoreceu também a multiplicação e a agudização das desigualdades estruturais. Os mais atingidos pela pandemia foram a parcela mais pobre da classe trabalhadora (Boschetti; Behring, pg.10, 2021)

A pandemia de COVID-19, escancarou as desigualdades ainda presentes no acesso à saúde e evidenciou a importância de abordagens interdisciplinares e sensíveis às determinações sociais do processo saúde-doença.

Nesse cenário, o Serviço Social reafirmou seu papel estratégico na defesa dos direitos sociais, na articulação entre as políticas públicas e na escuta qualificada da população. Assim, compreender a atuação do/a assistente social na saúde exige olhar para os desafios contemporâneos do sistema de saúde brasileiro e reconhecer a complexidade da intervenção profissional em um contexto de retrocessos, como o desfinanciamento das políticas sociais.

Como destaca Iamamoto (2007), a “questão social” é o conjunto de desigualdades estruturais decorrentes da sociedade capitalista e o Serviço Social é uma profissão que tem como objeto as expressões da questão social e construiu um projeto ético-político comprometido com a superação dessa estrutura — o que torna ainda mais relevante sua presença no campo da saúde, especialmente em momentos de crise e de aprofundamento das desigualdades sociais.

3.SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A IMPORTÂNCIA DA ALTA SOCIAL COMO INSTRUMENTO DE ATUAÇÃO DA/O ASSISTENTE SOCIAL.

O Serviço Social passou a integrar as equipes de saúde a partir da década de 1940, atuando diretamente com os indivíduos e coletividades por meio de ações voltadas à educação sanitária, orientação sobre práticas de higiene e cuidados preventivos. Da década de 1940 em diante, a atuação profissional na saúde consolidou-se no âmbito hospitalar, pautada por uma abordagem médico-centrada. Essa inserção se deu de maneira articulada às demandas sociais emergentes,

principalmente nas populações empobrecidas, que historicamente enfrentam maior vulnerabilidade às doenças e à exclusão dos serviços públicos, porém com um direcionamento de ajustamento e integração destas pessoas. (Iamamoto, 2000.)

Entre as décadas de 1960 e 1980, o Serviço Social passou por um intenso processo de transformação teórico-política. Até os anos 60, a profissão era marcada pelo predomínio de uma orientação conservadora, sem grandes rupturas. No entanto, com os debates impulsionados pelas ciências sociais e pelas demandas do desenvolvimento na América Latina, surgem as primeiras críticas internas, que são interrompidas pelo golpe militar de 1964. Durante a ditadura, o Serviço Social é reconfigurado pela chamada modernização conservadora, com forte influência do estrutural-funcionalismo norte-americano, reforçando a atuação tecnicista, burocratizada e voltada à prática curativa, sobretudo na saúde previdenciária. Embora o movimento de distensão política (1974–1979) tenha possibilitado o fortalecimento de setores críticos e da produção teórica, a prática profissional permaneceu alinhada à vertente modernizadora. Já nos anos 1980, com o avanço da redemocratização e o surgimento do Movimento da Reforma Sanitária, o Serviço Social passa a dialogar com a tradição marxista e a consolidar a chamada "intenção de ruptura", especialmente no meio acadêmico. Apesar disso, a intervenção profissional nos serviços seguiu limitada, revelando uma defasagem entre o avanço teórico e a prática cotidiana, especialmente na área da saúde.

A partir da década de 1990, com os avanços da profissão na construção de uma direção social crítica, decorrente da renovação do Serviço Social, pela via da intenção de ruptura com o conservadorismo, as/os assistentes sociais passaram a convergir com as bandeiras de luta do Movimento de Reforma Sanitária, considerando a determinação social da saúde – levando em conta condições de moradia, emprego e educação, etc. - incentivando a participação social e a luta contra as desigualdades (Matos, 2017). Esse entendimento é essencial para uma atuação integral, que vá além do cuidado com as questões individuais e/ou biológicas, que influenciam o processo saúde-doença. Além disso, é importante a abordagem da promoção e prevenção da saúde, em conformidade com os princípios do SUS.

Dessa forma, é relevante enfatizar que a incorporação da concepção ampliada de saúde — centrada na determinação social do processo saúde-doença — provocou mudanças significativas na atuação das/os assistentes sociais no campo da saúde, isso ocorre também pela mudança de direção social da profissão. Ao romper com a lógica reducionista da medicina curativa e biologicista, essa perspectiva possibilitou o questionamento e a superação de práticas profissionais historicamente marcadas por posturas burocráticas, educativas e normativas que, por sua vez, reforçam a hegemonia do modelo biomédico tradicional. Esse padrão de intervenção profissional refletia a vinculação do Serviço Social aos interesses do projeto societário capitalista, o qual impunha limites à autonomia e ao potencial crítico da categoria. Contudo, com o avanço do debate sobre a saúde como direito social e a consolidação do projeto ético-político do Serviço Social, observa-se uma resignificação do papel da/o assistente social na saúde. A partir desse movimento, a/o profissional passou a assumir uma postura propositiva e crítica, contribuindo para a efetivação dos princípios do SUS (CFESS, 2010).

A atuação da/o assistente social na política de saúde, pautada na concepção ampliada de saúde, contribui para o cuidado integral aos/as usuários/as, ao mostrar a importância de ir além dos aspectos clínicos e assistenciais, considerando as questões culturais, sociais e econômicas que possam vir a afetar a saúde do/a usuário/a. Ademais,

O profissional de Serviço Social pode ser um interlocutor entre os usuários e a equipe de saúde com relação aos determinantes sociais, visto que o respeito pela diversidade é um princípio que deve fundamentar tanto a sua formação como o seu trabalho profissional (CFESS, 2010, p. 49).

Sendo assim, é fundamental que a/o assistente social compreenda com clareza seu papel na complexa área da saúde buscando atuar no atendimento à classe trabalhadora, na produção de conhecimento por meio da pesquisa e na composição de equipes multiprofissionais (CFESS, 2010). Neste contexto, torna-se essencial o compartilhamento de saberes e a articulação entre os diferentes profissionais da equipe de saúde, promovendo uma atuação integrada que potencialize as respostas às demandas socioassistenciais da população. Essa troca contribui para a construção de práticas mais eficazes e alinhadas aos princípios do SUS. É importante ressaltar que:

O assistente social, ao participar de trabalho em equipe na saúde, dispõe de ângulos particulares de observação na interpretação das condições de saúde do usuário e uma competência também distinta para o encaminhamento das ações, que o diferencia do médico, do enfermeiro, do nutricionista e dos demais trabalhadores que atuam na saúde (CFESS, 2010, p. 46.)

Além disso, o Serviço Social na saúde desenvolve o seu trabalho em torno de quatro grandes eixos de atuação: “atendimento direto aos usuários; mobilização, participação e controle social; investigação, planejamento e gestão; assessoria, qualificação e formação profissional” (CFESS, 2010, p. 41). Desta forma, é neste primeiro eixo de atuação, atendimento direto aos/as usuários/as, que é abordado o processo da alta social.

Antes de discutir sobre a importância da alta social como instrumento de atuação da/o assistente social, faz-se necessário compreender que esta é fundamental no trabalho profissional na área da saúde, na medida em que visa contribuir, seja para a continuidade do tratamento após o atendimento hospitalar ou em situações de alta social, com foco em promoção de uma alta segura, seja para o acesso aos recursos necessários para o acompanhamento domiciliar.

A palavra "alta" no campo da saúde está intimamente ligada à intervenção médica. De acordo com o Pequeno Dicionário de Termos Médicos (2000, s.p.), "dar alta a um paciente significa considerá-lo apto para deixar a enfermagem, estando curado e em condições de viver fora do hospital". Assim, a alta hospitalar é o processo em que um/a usuário/a é liberado do hospital, quando se obtém a recuperação ou melhora total do quadro clínico do/a mesmo/a.

A partir disso, entendemos a alta social como um processo no qual ocorre a liberação dos/as usuários/as, através de uma análise, feita previamente, das condições sociais dos/as mesmos/as, realizada pelas/os assistentes sociais, diferentemente da alta hospitalar que é feita pela equipe médica. O ideal é que a alta médica e a alta social ocorram ao mesmo tempo. No entanto, se o usuário recebe alta médica, mas não tem condições para uma alta social, é responsabilidade da/o assistente social comunicar à equipe, registrando sua intervenção no prontuário. Isso reforça o caráter de trabalho em equipe e uma conduta articulada entre o/a usuário/a, sua família e a equipe de saúde (CFESS, 2010).

Outro aspecto importante a ser considerado na alta social é que uma rede de apoio é essencial para a recuperação da saúde de uma pessoa, pois proporciona cuidados integrados que vão além do atendimento médico, abrangendo aspectos emocionais, sociais e econômicos. Essa rede atua de forma contínua, visa um acompanhamento de qualidade, prevenindo recaídas e incentivando o/a usuário a participar ativamente do seu processo de recuperação. A integração dos serviços oferecidos pelo SUS e de políticas intersetoriais fortalece esse suporte, tendendo a criar um ambiente de acolhimento que assegure os direitos dos/as usuários/as e promova não apenas a recuperação física, mas também o bem-estar mental e social, elementos indispensáveis à saúde. A articulação entre serviços como Estratégia de Saúde da Família (ESF), o Centro de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS) e o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) reforça o cuidado integral ao/à usuário/a (Brasil, 2011). Desta forma, essa rede de apoio proporciona um melhor processo de alta social e com uma abordagem mais humanizada. Ademais,

A articulação direta com os serviços de assistência social visa proteção integral dos pacientes e suas respectivas famílias [...] e necessitam de uma rede ampla de serviços que garantisse sua proteção social. (Belarmino, 2020, p. 54).

Assim, ao discutirmos a atuação do Serviço Social na saúde, é essencial abordar a temática da instrumentalidade no trabalho profissional. Como destaca Guerra (2008, p. 2), “A instrumentalidade é uma propriedade e/ou capacidade que a profissão vai adquirindo na medida em que concretiza objetivos. Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais.” Desta forma, a instrumentalidade da/o assistente social contribui de maneira significativa para a elaboração de estratégias que garantam uma alta hospitalar segura, efetiva e articulada com a rede de atenção.

A instrumentalidade confere à profissão a capacidade de transformar intencionalidades em respostas concretas, permitindo que a/o assistente social compreenda as dinâmicas sociais e intervenha de maneira estratégica. Neste sentido, é fundamental reconhecer que o contexto socioeconômico influencia diretamente as práticas profissionais, tornando essencial a adaptação dos instrumentos de trabalho às demandas emergentes da sociedade. Como destaca Guerra (2008, p. 5), “O processo produtivo capitalista detém a propriedade de converter as instituições e práticas sociais em instrumentos/meios de reprodução do capital. Isso se dá por meio de profundas e substantivas transformações societárias.” Essa perspectiva reforça a necessidade de que o Serviço Social atue de forma crítica e propositiva, buscando minimizar os impactos das desigualdades sociais através do acesso à direitos. Além disto,

É nesta tensão entre produção da desigualdade e produção da rebeldia e da resistência, que trabalham os assistentes sociais, situados nesse terreno movidos por interesses sociais distintos, aos quais não é possível abstrair ou deles fugir porque tecem a vida em sociedade. Exatamente por isso, decifrar as novas mediações por meio das quais se expressa a questão social, hoje, é de fundamental importância para o Serviço Social (Iamamoto, 2000, p. 27-28)

A instrumentalidade é inerente ao trabalho dos/as profissionais de Serviço Social. É por meio dela, que a/o assistente social utiliza instrumentos e técnicas como

pareceres, entrevistas sociais e outros, que contribuem não apenas para atender às necessidades imediatas dos indivíduos, mas também possibilita intervenções qualificadas e alinhadas aos princípios da profissão. Além dessa dimensão técnica-operativa, a dimensão ético-política interfere nas escolhas desses instrumentos, tendo em vista os objetivos profissionais e os valores que movem os profissionais na concretização dos mesmos, ao construir respostas às demandas que lhes são postas, que mobilizam a realidade concreta e a intervenção na mesma. A instrumentalidade está também alinhada com a dimensão teórico-metodológica, que oferece o referencial necessário para a leitura crítica da realidade social e fundamenta as formas de intervenção profissional. Essa dimensão orienta o modo como o/a assistente social compreende as expressões da questão social e estrutura suas estratégias de ação. (Guerra, 2008)

Compreendendo que a saúde envolve um conjunto de determinações sociais, como condições de moradia, alimentação, acesso à educação e outras, entendemos que a alta social é um instrumento importante e estratégico na atuação da/o assistente social, pois permite avaliar se as condições de vida do/a usuário/a garantem a continuidade do cuidado fora do hospital. A determinação social da saúde nos faz olhar para além dos aspectos biológicos da doença, entendendo que a recuperação do usuário está diretamente relacionada a esses aspectos. Assim, a alta social busca evitar que o/a usuário/a retorne à sua vida normal de forma precipitada ou desassistida, o que poderia resultar em reinternações ou agravamento do quadro de saúde. Assim, a alta social materializa a compreensão crítica da saúde como um direito social estando relacionada ao projeto ético-político do Serviço Social, articulando entre o cuidado em saúde e a garantia de direitos sociais.

Nesse contexto, algumas autora definem a alta social como:

Um processo por meio do qual a liberação e a saída do hospital dependem da avaliação das necessidades biopsicossociais dos pacientes/usuários. Trata-se de uma iniciativa que vem sendo desenvolvida pelos Assistentes Sociais e expressa um processo de responsabilização não somente do médico, mas também da equipe multiprofissional pela saúde do usuário dentro e fora do ambiente hospitalar (Seibert et al, 2019, p.2)

Ademais, de acordo com Fortes:

Para que haja uma prática de saúde verdadeiramente integrada e eficaz, a articulação entre o/a assistente social e a equipe de saúde não pode se restringir à ação individual de cada membro. Ela deve ser uma atividade planejada em conjunto, o que promove uma abordagem realmente multiprofissional e interdisciplinar (Fortes, 2019, p. 70)

Nesse sentido, a cooperação entre os diferentes profissionais deve estar baseada em práticas interdisciplinares, superando intervenções fragmentadas. Como afirma Matos (2023), a atuação dos profissionais se efetiva no trabalho em equipe, que exige o reconhecimento e o respeito ao outro, com saberes e práticas distintas, mas igualmente importantes para a construção de respostas às demandas sociais. Essa articulação possibilita o acompanhamento contínuo do/a usuário/a e de seu tratamento, garantindo maior efetividade nas ações de cuidado, na promoção do bem-estar e na consolidação de uma atenção integral à saúde. A inserção da/o assistente social nos diferentes espaços do SUS reafirma o compromisso da profissão com a defesa da saúde como direito de cidadania e da seguridade social como política pública, conforme previsto na Constituição Federal de 1988. (Matos, 2023).

Por meio da pesquisa bibliográfica, identificou-se que os desafios enfrentados pelas/os assistentes sociais no processo de alta social estão relacionados à forte influência do modelo biomédico, ainda predominante na área da saúde. Esse modelo dificulta o trabalho interdisciplinar, pois privilegia aspectos biológicos da atenção à saúde, enquanto ao assistente social são demandadas soluções que muitas vezes extrapolam seus limites de atuação e competência profissional (Cunha, 2018). Isso aponta para a discussão feita nos Parâmetros para a Atuação do assistente social na Política de Saúde de que, “existe muita dificuldade na compreensão por parte da equipe nas atribuições e competências deste na dinâmica de trabalho que são impostas nas unidade/ambientes de saúde” (Cfess, pg 23, 2010).

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).

A/o assistente social, por meio do acompanhamento no ambiente hospitalar desde o momento da entrevista social até o momento da alta, consegue identificar as demandas e vulnerabilidades do/a usuário/a. Sua atuação envolve orientar, esclarecer e refletir, junto ao/à usuário/a e à equipe de saúde, sobre as condições que influenciam e/ou impedem o retorno ao domicílio. Assim, é fundamental identificar a rede de suporte que o/a usuário/a pode contar, para que toda a equipe interdisciplinar possa entender a realidade deste. Isso contribui para qualificar o atendimento prestado. O trabalho com a alta social é essencial para assegurar direitos, pois ao receber alta o/a usuário/a muitas vezes necessita de outros serviços para a cura ou reabilitação. O/a assistente social atua na articulação do suporte da rede socioassistencial, visando possibilitar a alta segura.

A atuação relacionada à alta social evidencia um dos objetivos centrais desta pesquisa, ao destacar a importância desse instrumento no contexto da prática profissional da/o assistente social. De acordo com um os/as autores/as dos trabalhos estudados:

O assistente social tem um papel relevante na fase de planejamento da alta, sobretudo quando o processo de convalescença do doente comporte, principalmente, algum grau de dependência, pretendendo-se que o assistente social identifique meios de apoio capazes de anular o isolamento social do doente e maximizar a sua autonomia. (Ramos, 2015. p, 33).

Sendo assim, a alta social se torna um instrumento essencial na atuação da/o assistente social, pois vai abranger uma análise detalhada das condições sociais, familiares e de suporte do/a usuário/a. A/o assistente social busca assegurar que, ao deixar o hospital, o/a usuário/a tenha acesso aos recursos necessários para dar continuidade ao tratamento, e propiciar o seu bem-estar geral. Por meio da alta social, a/o assistente social pode atuar de forma estratégica.

Desde a primeira abordagem e contato com o/a usuário/a, por meio de uma escuta qualificada, é possível identificar aspectos relevantes para compreender a sua realidade e acesso a uma rede de apoio. A entrevista social se torna, neste contexto, um instrumento fundamental para coletar informações, que serão cruciais tanto no

momento da alta médica, quanto na definição da necessidade de uma alta social. Esse processo permite uma avaliação das condições sociais e familiares do/a usuário/a, visando um encaminhamento adequado e o acesso a recursos e serviços que possam dispor-se na sua recuperação integral.

Para que o processo de alta hospitalar, juntamente com a alta social, ocorra de forma eficiente, é fundamental que esta última seja planejada e organizada desde o início da internação. Esse planejamento deve incluir a participação do/a usuário/a e de sua família, fornecendo informações claras e os serviços disponíveis que possam contribuir para o bem-estar e assim evitar uma reincidência no adoecimento.

O planejamento da alta hospitalar, visando o cuidado integral do sujeito, tem por objetivo orientar familiares, cuidadores e os próprios usuários para uma desospitalização mais segura e preparada. Para isso, é importante que os profissionais sejam capacitados, que tenham uma rede de serviços sociais organizada e com equipe de referência, familiares orientados, entre outros. (Fortes, 2018, p. 70).

É fundamental que haja um planejamento de continuidade do cuidado pois, como afirma Belarmino (2020, p. 53), “[...] para a desospitalização segura do paciente, é necessário que seja garantido a continuidade do tratamento dele pelos serviços que compõem a rede de saúde existente no município de origem.” Torna-se indispensável a adoção de uma abordagem intersetorial e o fortalecimento de uma rede de apoio articulada, a fim de assegurar que a alta social ocorra de forma segura, planejada e humanizada. É justamente neste momento que as vulnerabilidades e os problemas sociais enfrentados pelo/a usuário/a se evidenciam, exigindo respostas integradas dos diferentes setores e serviços envolvidos no cuidado (Belarmino, 2020).

Dessa forma, surgem os desafios para a efetivação da alta social, que envolvem tanto a integração da equipe multiprofissional, quanto à articulação com a rede de apoio, especialmente no momento de encaminhar o/a usuário/a de volta ao seu contexto familiar e social. Nesse cenário, um dos principais obstáculos enfrentados pelas/os assistentes sociais é a construção de um trabalho verdadeiramente interdisciplinar. Embora essa articulação seja também uma demanda do Serviço Social, muitas vezes não há o devido reconhecimento e engajamento por parte da equipe multiprofissional, o que compromete a qualidade e a efetividade da alta social.

A atuação da/o assistente social na saúde pública também enfrenta desafios relevantes, especialmente em contextos marcados pela precarização dos serviços. Um desses desafios se evidencia no processo de alta social, momento em que surgem questionamentos acerca da permanência hospitalar além do tempo necessário. Essa situação, além de refletir uma preocupação histórica, permanece atual, uma vez que mantém o/a usuário/a afastado/a do convívio familiar e comunitário, exposto a riscos evitáveis, como infecções hospitalares, agravamento do quadro de saúde, prolongamento da internação e aumento dos custos institucionais (Ramos, 2015). Soma-se a isso o argumento recorrente de que a permanência prolongada ocupa leitos que poderiam ser destinados a outros/as usuários/as em situação de urgência, evidenciando a complexidade envolvida no processo de alta e a necessidade de uma intervenção qualificada por parte do/a assistente social.

Além disso, esses desafios impactam diretamente a efetividade da viabilização da alta do/a usuário/a. Um dos principais desafios é a tendência de individualizar os problemas enfrentados pelos/as usuários/as, desconsiderando o contexto socioeconômico no qual estão inseridos/as. Como destaca Belarmino (2020, p. 25),

“os problemas apresentados aparecem como se fossem de ordem pessoal, desvinculados do contexto socioeconômico no qual o usuário está inserido”. Além disso, há uma expectativa institucional de resposta imediata por parte do assistente social, que muitas vezes é sobrecarregado com a incumbência de solucionar, de forma rápida e eficaz, questões estruturais complexas para viabilizar o retorno do/a usuário/a ao seu domicílio.

Nesse sentido, Fortes (2019) aponta desafios como a falta de apoio familiar ou comunitário, a admissão de usuários em situações como a ausência de identificação civil, casos de violência contra crianças e adolescentes, a vulnerabilidade da população em situação de rua, as condições precárias de saúde e a negação de direitos às pessoas com deficiência evidenciam violações que exigem a atenção e a atuação crítica dos/as assistentes sociais.

Contudo, esses profissionais enfrentam desafios significativos, como o acesso limitado aos serviços socioassistenciais, além da desigualdade social que impacta diretamente a efetividade das intervenções. Diante disso, é fundamental que o/a assistente social atue com uma perspectiva de integralidade, articulada com a rede de proteção social, buscando a continuidade do atendimento e a promoção do acesso aos direitos sociais, de forma equitativa e humanizada.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Serviço Social enquanto profissão tem como objeto de trabalho a questão social e suas múltiplas expressões, sendo a saúde uma delas, no contexto de exploração da classe trabalhadora no capitalismo e da dificuldade do acesso. Neste contexto, o/a assistente social entende o/a usuário/a como sujeito de direitos, buscando promover ações que favoreçam o acesso equitativo aos serviços de saúde, contribuindo para a efetivação da cidadania.

Assim, esse trabalho refletiu sobre a importância da alta social como instrumento na atuação do/a assistente social, no qual observou-se a escassez de publicações que abordem diretamente a temática, o que evidencia a necessidade de maior aprofundamento teórico e produção científica sobre o assunto. Ainda assim, foi possível identificar a relevância da atuação do/a assistente social, cuja contribuição se mostra fundamental para o enfrentamento das demandas e complexidades presentes nesse campo.

Portanto, conclui-se que a alta social constitui um instrumento fundamental para a atuação do/a assistente social no contexto hospitalar, na medida em que busca assegurar o acesso e a continuidade do cuidado após a alta. Essa prática contribui significativamente para a efetivação dos direitos dos/as usuários/as e para a integralidade da atenção à saúde. No entanto, para que a alta social se concretize de forma plena e eficaz, é necessário enfrentar uma série de desafios identificados ao longo do estudo, tais como: a fragilidade na articulação com a rede de apoio; a precarização dos serviços públicos; os questionamentos recorrentes quanto à permanência hospitalar além do tempo clínico necessário; a limitada integração entre os profissionais da equipe multiprofissional; e a prevalência da perspectiva biomédica, que dificulta a compreensão, por parte da equipe multiprofissional, dos determinantes sociais que permeiam o processo saúde-doença.

No ambiente hospitalar é comum que a alta social ocorra sem o devido planejamento prévio e sem uma articulação efetiva entre os membros da equipe interdisciplinar. Isso significa que, muitas vezes, não há uma identificação adequada das necessidades e dos recursos disponíveis ao/à usuário/a, o que compromete a

compreensão integral de sua realidade por parte da equipe e, conseqüentemente, a efetividade do processo de alta. Além disso, há uma expectativa por parte da gestão hospitalar, e do restante da equipe multiprofissional, de respostas rápidas e resolutivas por parte do/a assistente social, o que ignora a complexidade dos fatores envolvidos nesse processo. Assim, reforça-se a importância de um trabalho interdisciplinar comprometido com a proteção integral e com o fortalecimento das redes de cuidado, reconhecendo o papel estratégico do Serviço Social na articulação entre o hospital e os demais pontos da rede de atenção.

Assim, este trabalho buscou contribuir para a discussão sobre a importância da alta social, destacando a necessidade de um planejamento estruturado desde o início da internação, que esta ocorra de forma eficiente. É essencial que seja organizada de maneira integrada à equipe multiprofissional, garantindo uma alternativa segura e a continuidade do cuidado. Desta forma, a alta social se configura como um instrumento fundamental na atuação do/a assistente social, possibilitando melhores condições de saúde ao/à usuário/a, evitando a reincidência do adoecimento que levou à hospitalização.

5.REFERÊNCIAS

ARRUDA, J. N. F. de; FRATESCHI, M. S.; CARDOSO, C. L. (2024). Expectativas e Planejamento da Alta em Saúde Mental: Perspectiva dos Pacientes. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 44, p.e261323, 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011. Institui a Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 26 dez. 2011.

BRASIL, Senado Federal. **A Primeira Lei da Previdência, de 1923, permitia aposentadoria aos 50 anos.** ([s.d.]). Recuperado 8 de novembro de 2024, Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/especiais/arquivo-s/primeira-lei-da-previdencia-de-1923-permitia-aposentadoria-aos-50-anos>. Acesso em: 07 de fev de 2025.

BARRETO, T. S. G. Ultraneoliberalismo e pandemia: apontamentos no âmbito da assistência social. In: **ENCONTRO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL**, 9.; **ENCONTRO NACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL**, 16., 2023, Vitória, ES. *Anais eletrônicos...* Vitória: [s.n.], 2023. Eixo: A política social na crise sanitária revelando outras crises. Disponível em: <file:///C:/Users/SAMSUNG/Downloads/ThaisSiqueira.pdf>

BELARMINO, R. C. dos S. **Análise dos fatores preditores de retardo em alta hospitalar sob intervenção do serviço social.** 2020. Dissertação (Mestrado em Gestão de Organizações de Saúde) - Faculdade de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde do adolescente: competências e habilidades.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRAVO, M. I. S. **Política de Saúde no Brasil**. Disponível em: https://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo Acessado em: 1º de outubro de 2024.

BRAVO, Maria Inez Souza; MATOS, Maurílio Castro de. Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: **Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional**. Disponível em: <https://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ceJ472Fic4P2HK6fVV92.pdf>. Acesso em: 22 de junho de 2025.

BRAVO, M. I. S; MATOS, M. C. de. **Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária**: elementos para o debate. Disponível em: <https://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ceJ472Fic4P2HK6fVV92.pdf> Acesso em: 01/10/ 2024.

BOSCHETTI, I.; BEHRING, E. R. Assistência social na pandemia da Covid-19: proteção para quem? **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v. 42, n. 141, p. 1–22, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/Wbf86mT4vwX6HvnSyRy3kkD/?format=pdf>. Acesso em: 11 abr. 2025.

CABRAL, S. B.; CAMARGO, M.; DAROSCI, M.; MARQUES, A. A.; SILVEIRA, S. R. **O Serviço Social na alta complexidade em saúde: reflexões sobre a ação profissional**. [S.l.]: Universidade Federal de Santa Catarina, [s.d.]. Disponível em: https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/180207/101_00527.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 08 nov. 2024.

CARVALHO, M. I. L. B. de. Política de saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal. O planejamento da alta em Serviço Social. **Katálisis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 261-271, jul./dez. 2014

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL – CFESS. **Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. [S.l.]: [s.n.], [s.d.]. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros para a Atuacao de Assistentes Sociais na Saude.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2024.

CUNHA, A. A. **O Serviço Social e a alta hospitalar qualificada**: um relato de experiência. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia. Faculdade de medicina – FAMED, 2018.

DELGADO, O. P. D. V. M. P. dos; R. C. D. M. M. **A influência do planejamento da alta hospitalar no número de dias de internamento do doente**. Universidade Lusófona. [s.d.]. Disponível em: <https://recil.ulusofona.pt/server/api/core/bitstreams/86092988-103a-46ab-b5b2-68d7042a1c33/content>. Acesso em: 08 nov. 2024.

FERREIRA, A. P. S. **A alta social na atuação do assistente social na saúde**. Campina Grande, Universidade Estadual da Paraíba. 2019 (TCC)

FIOCRUZ. **A história da saúde pública no Brasil** – 500 anos na busca de soluções. ([s.d.]). Fiocruz. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/video/historia-da-saude-publica-no-brasil-500-anos-na-busca-de-solucoes> Acessado em: 1/10/ 2024.

FORTES, D. C. B. Alta social e Serviço Social. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA EM SERVIÇO SOCIAL – ENPESS, 2018. Anais [...]. [S.l.: s.n.], 2018. Disponível em: [file:///C:/Users/SAMSUNG/Downloads/keys,+ALTA+SOCIAL+E+SERVI%C3%87O+SOCIAL%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/SAMSUNG/Downloads/keys,+ALTA+SOCIAL+E+SERVI%C3%87O+SOCIAL%20(3).pdf) . Acesso em: 01/10/2024.

FORTES, D. C. B. *Reflexões sobre a alta social e intersectorialidade: experiências e desafios para os assistentes sociais do hospital municipal Miguel Couto/RJ*. [S.l.]: Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, [s.d.]. Disponível em: https://www.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/1712791_2019_completo.pdf. Acesso em: 08 nov. 2024.

GUERRA, Y. A instrumentalidade no trabalho do assistente social. In: UNIVERSIDADE ESTADUAL DE LONDRINA. **Capacitação em Serviço Social e Política Social**. Londrina: UEL, [s.d.]. Disponível em: <https://www.uel.br/cesa/sersocial/pages/arquivos/GUERRA%20Yolanda.%20A%20instrumentalidade%20no%20trabalho%20do%20assistente%20social.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2024.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade**: trabalho e formação profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000.

IAMAMOTO, M. V. ([s.d.]). **O Serviço Social na cena contemporânea**. Acesso em: 1º de outubro de 2024, Disponível em: <https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/o-servico-social-na-cena-contemporanea-201608060403123057450.pdf>

LEAL, R. A. S.; 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/wpcontent/uploads/sites/17/2014/11/TCC-ROBERTA-SANTIN-LEAL.pdf>. Acesso em: 15/04/2025.

MATOS, M.C. de et al Reforma sanitária. In: MATOS, M. C. de et al. (org.). **Dicionário Crítico do Serviço Social na Saúde**. Vitória: Editora Navegando, 2023. Disponível em: <https://www.editoranavegando.com/dicionario>. Acesso em: 07 mar. 2025.

MENEZES, A. P. do R.; MORETTI, B.; REIS, A. A. C. dos. **O futuro do SUS: impactos das reformas neoliberais na saúde pública** – austeridade versus universalidade. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 43, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-11042019S505>. Acesso em: 15 de Abril de 2025.

MELO, C. P.; CORREA, C. G. **A atuação do assistente social em âmbito hospitalar**: uma abordagem a partir do Hospital e Maternidade Municipal de São José de Ribamar (MA). INSTITUTO DE ENSINO SUPERIOR FRANCISCANO – IESF.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e Saúde: desafios intelectuais e operativos. **SER Social**, Brasília, 2010.

POLIGNANO, M. V. História das políticas de saúde no Brasil: uma pequena revisão. [S.l.], 2003. Disponível em: <https://www.saude.mt.gov.br/storage/old/files/historia-das-politicas-de-saude-no-brasil-%5B16-030112-SES-MT%5D.pdf>. Acesso em: 2 de novembro de 2024.

RAMOS, S. A influência do planejamento da alta hospitalar no número de dias de internamento do doente. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/view/23196> Acesso em: 2/11/ 2024.

SANTOS, D. de S. et al. Processo saúde/doença e estratégia de saúde da família: o olhar do usuário. **Rev. Latino-Americana Enfermagem**, São Paulo, v. 6, n. 22, nov./dez. p. 918-925, 2014.

SEIBERT, D.; GOMES, S.; KRUGER, T. W.; MORSCH, C. Alta social e os desafios para o Serviço Social na saúde pública: considerações a partir da experiência de estágio. **Revista Serviço Social em Perspectiva**, [s. l.], v. 1, n. 2, p. 163–182, 2020. Disponível em: <https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/sesoperspectiva/article/view/963>. Acesso em: 1 out. 2024.

SEIBERT, D.; MANGINI, F. DA R. N.; KOCOUREK, S. **Alta social como dispositivo de proteção integral na saúde**: contribuições do serviço social. Rio Grande do Sul-Santa Maria, Universidade federal de Santa Maria, Barbarói, 2019.

SILVA, L. P.; ALMEIDA, A. B. de; AMATO, T. C. (2019). A perspectiva dos profissionais sobre o processo de alta de pacientes do Caps-AD: critérios e dificuldades. **Saúde em Debate**, 43(122), 819–835. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912213>.

SILVA, C. F. da. **O PAPEL DO ASSISTENTE SOCIAL EM UM HOSPITAL- ESCOLA**. João Pessoa-PB, Universidade Federal da Paraíba – UFPB, 2022 (TCC)

SOARES, R. C. **Contrarreforma no SUS e o Serviço Social**. Recife: Editora UFPE, 2020.

SOARES, R. C. Sistema Único de Saúde. In: MATOS, Maurílio Castro de et al. (org.). **Dicionário Crítico do Serviço Social na Saúde**. Vitória: Editora Navegando, 2023. Disponível em: <http://www.cress-es.org.br/wp-content/uploads/2024/06/Dicion%C3%A1rio-Cr%C3%ADtico-do-Servi%C3%A7o-Social-na-Sa%C3%BAdade.pdf> Acesso em: 04 mar. 2025.

AGRADECIMENTOS

A Deus que me deu forças para continuar persistindo nessa caminhada, me dando capacidade para chegar ao fim.

Aos meus pais, Hélio e Marisa, os quais nunca mediram esforços para que todos os meus sonhos se concretizassem, por sempre me apoiarem e incentivarem a continuar nessa trajetória, mesmo eu achando muitas vezes que não iria conseguir.

À minha irmã, Heloisa, pelo incentivo e companheirismo para comigo.

Às minhas amigas de curso, que mesmo sem saber, me deram a maior força para ir até o fim e com quem compartilhei memórias lindas e incríveis durante o período de graduação que vão ser sempre lembradas. Ana Beatriz, Amanda, Emilly, Jamile, Nicole, Stefany e Tamara.

Aos meus amigos de infância, do fundamental ao ensino médio e da igreja, que hoje fazem parte da minha vida e sempre estiveram torcendo por mim e pelas minhas conquistas. A todos, o meu muito obrigada!!

À 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 com muita paciência e atenção, a você minha gratidão e admiração.

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

Às assistentes sociais do Serviço Social do HUAC, Rayana Maranhão, Magda Amélia, Giuliana Rocha, Kaline, Tatiane Inácio e à residente Camila, por todos os ensinamentos, acolhimento e carinho de toda a equipe.

À professora Lúcia Patriota, por aceitar o convite de fazer parte da banca avaliadora, minha gratidão.