



Eixo: Serviço Social, fundamentos, formação e trabalho profissional.

Sub-eixo: Trabalho profissional.

## ALTA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL

DÉBORA CRISTINA BAHIA FORTES<sup>1</sup>

**Resumo:** O presente trabalho visa analisar a intervenção dos assistentes sociais em meio ao complexo quadro de alta social. A partir de experiências profissional e revisão bibliográfica, discutiremos as principais violações de direitos que culminam na longa permanência de pacientes em hospitais mesmo após alta médica, englobando o conceito de saúde coletiva. Trataremos dessa perspectiva como estratégia de correlação de forças nas unidades de saúde.

**Palavras-chave:** Alta Social; intersectorialidade; Serviço Social; Política de Saúde; Políticas Públicas

**Abstract:** The present study aims to analyze the intervention of social workers in the context of the complex social discharge. From professional experiences and bibliographic review, we will discuss the main rights violations that culminate in the long stay of patients in hospitals even after discharge, encompassing the concept of collective health. We will deal with this perspective as a strategy for the correlation of forces in health units. Finally, we will bring intersectoriality as a possible alternative to professional practice in social discharge situations.

**Keywords:** Social discharge; intersectoriality; Social service; Health Policy; Publicpolicy

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. O princípio de tudo

Nessa pesquisa, buscaremos analisar a intervenção dos assistentes sociais a partir dos desafios sociais que implicam na permanência do paciente em unidade hospitalar mesmo após alta médica, culminando em uma barreira para alta social.

Essa pesquisa surgiu a partir de inquietações durante minha trajetória profissional, como assistente social, na área da saúde, no ano de 2014, no Hospital Albert Schweitzer, em Realengo. Naquele momento, essa unidade era gerida pela Organização Social de Saúde Hospital e Maternidade Terezinha de

<sup>1</sup> Estudante de Pós-Graduação. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. E-mail: <bahia.debora@yahoo.com.br>

Jesus e estava com fomento financeiro do governo do Estado do Rio de Janeiro.

Em abril daquele ano, o então governador Sérgio Cabral pediu renúncia do cargo que foi assumido por seu vice Luiz Fernando Pezão (PMDB). Em 26 de abril de 2014, Pezão foi reeleito para o cargo de governador do Rio de Janeiro com 55,78% dos votos, segundo o site de notícias G1<sup>2</sup>.

Naquele mesmo ano, o Estado do Rio de Janeiro já enfrentava uma grave crise econômica e política que iria se alastrar nos anos seguintes. Segundo reportagem do site de notícias Carta Capital<sup>3</sup>, essa crise se deu devido à queda de arrecadação, ao não recebimento dos royalties pela exploração do petróleo, à desvalorização do preço do barril, dentre outros motivos, como a descoberta judicial de grandes esquemas de corrupção que levou à prisão de importantes nomes do governo, inclusive do ex-governador Sérgio Cabral.

Essas e outras questões levaram à municipalização do hospital Albert Schweitzer em janeiro de 2016, assumida pelo então prefeito da cidade do Rio de Janeiro, Eduardo Paes. A gestão da OSS permaneceu nas mãos da antiga gestão, até outubro daquele mesmo ano, quando assumiu a OSS Cruz Vermelha.

O Hospital Municipal Albert Schweitzer é uma unidade de Saúde localizada na zona Oeste (periferia) do Rio de Janeiro e atende serviços de atenção terciária.

Durante meu exercício profissional no referido hospital, trabalhei com diferentes demandas como realização de palestras de cunho político-educacional com pacientes e acompanhantes, elaboração de relatório e pareceres, atendimento individualizado para orientação quanto aos direitos sociais, participação junto às equipes multiprofissionais, atuação perante pacientes de alta hospitalar com impossibilidade de saída por motivos sociais, etc.

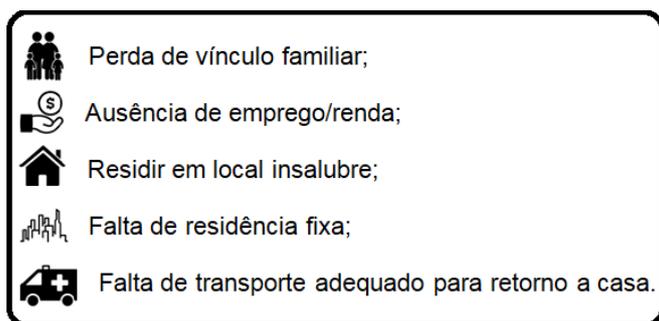
---

<sup>2</sup><http://g1.globo.com/rio-de-janeiro/eleicoes/2014/noticia/2014/10/luiz-fernando-pezao-e-reeleito-governador-do-rj-com-5607.html> acesso em 11 de junho de 2018.

<sup>3</sup><https://www.cartacapital.com.br/politica/entenda-a-criese-e-a-revolta-dos-servidores-no-rio-de-janeiro> acesso em 11 de junho de 2018.

Essa última demanda requer certo esforço profissional do assistente social. Dentro do ambiente hospitalar, quando o paciente recebe alta médica, mas possui alguma questão de cunho social que o impossibilita de deixar o hospital por meios próprios, essa “impossibilidade” é denominada, institucionalmente, como “alta social”. Dentre os motivos observados, com certa frequência, que criavam obstáculos para saída do paciente de alta eram:

Figura I: Obstáculos para saída do paciente de alta



Fonte: Formulação própria, 2018

Portanto, essa pesquisa tem por objetivo também contribuir com a luta da classe trabalhadora na conquista do acesso aos direitos referentes à saúde coletiva, entendido aqui como todos os direitos que incidem no processo saúde-doença, como direito à moradia, ao emprego e renda, ao transporte público eficiente, etc.

## 2. DESENVOLVIMENTO

### 2.1 Alta social e Serviço Social

A questão da alta social pressupõe, antes de tudo, uma análise crítica sobre esse processo. Com a demanda por rotatividade de leitos e redução de custos em meio à agenda neoliberal, é possível observar maior preocupação com uma

intervenção rápida nos casos que demandem alta social, como mostram as reportagens do site do jornal Tribuna do Paraná/Brasil e DN de Portugal.

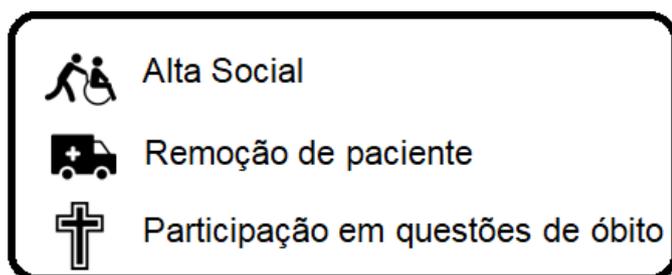
Figura II: Reportagens brasileiras e estrangeiras que trataram da questão da alta



Fonte: Jornal DN de Portugal e Jornal Tribuna do Paraná

Segundo Vasconcelos (2012), as demandas que historicamente são dirigidas aos assistentes sociais que trabalham em unidades de saúde são:

Figura III: Demandas historicamente dirigidas aos assistentes sociais que trabalham em unidades de saúde, segundo Vasconcelos (2012)



Fonte: Formulação própria, 2018

Das três questões apontadas anteriormente, entendemos que todas fazem parte da liberação do paciente do leito hospitalar e, as três<sup>4</sup>, podem, ou melhor, deveriam envolver a intervenção do assistente social.

No que se refere a participação do profissional de Serviço Social em remoções, como consequência da alta hospitalar, a Resolução n.68/97 do Conselho Regional de Serviço Social – CRESS - estabelece que a sua participação deve ser determinada a partir do diagnóstico social.

Dos assistentes sociais que participaram da pesquisa de Vasconcelos (2012) e que trabalhavam na atenção terciária, 91% (noventa e um por cento) declaram participação no processo de alta, os de uma determinada unidade revelaram participação junto à equipe médica e em outras unidades apenas nos casos de alta com demandas para o Serviço Social (pacientes sem residência e/ou família, casos que envolvem o Conselho Tutelar ou que envolvem alta para a mãe e não para o bebê, etc.

A participação do Serviço Social nos processos de alta (social ou médica) junto a outros profissionais poderia ser um indicativo de trabalho junto à equipe multiprofissional, porém a pesquisa de Vasconcelos (2012, p. 228) conclui ainda que o trabalho apresentado pelos profissionais entrevistados é muito mais um trabalho articulado de alguns técnicos interessados no programa do que o trabalho de uma equipe articulada que se planeja e trabalha para poder realizar suas ações na direção pretendida.

O Termo de Orientação do CRESS/7ª Região esclarece que a atuação do Serviço Social no processo de alta (e de remoção) dar-se-á a partir de um estudo social que determinará a necessidade de intervenção desse profissional. Se o paciente não estiver em condições de alta social, cabe ao assistente social notificar à equipe, registrando no prontuário cada passo do processo de intervenção (observado o sigilo profissional), de forma a ratificar o caráter interdisciplinar do atendimento, estabelecendo uma interface do usuário/família com a equipe visando a melhor resolubilidade.

---

<sup>4</sup>A questão da participação em comunicação de óbito pelo assistente social pode ser melhor observada na Resolução n. 49/96 do CRESS em que direciona a competência desse profissional como complementação de ações prestadas, tal qual orientação sobre sepultamento, direitos previdenciários dos dependentes, etc.

A intervenção do assistente social nessa problemática não é atividade privativa, mas requer ação desse profissional junto a outras equipes para maior chance de sucesso nos casos atendidos.

O que buscamos saber, portanto, é em que medida pode a alta social ser adotada pelo Serviço Social como elemento estratégico no enfrentamento dos desafios cotidianos para implementação de uma prática reflexiva interdisciplinar e intersetorial.

## 2.2 Determinantes Sociais de Saúde

O paciente que chega em uma unidade do Sistema Único de Saúde (SUS), muitas vezes, traz consigo muito mais que uma demanda pontual e imediata. Ele carrega diferentes expressões da questão social, fruto do processo de acumulação capitalista e das relações a ela intrínsecas. São questões que devem ser tratadas de forma articulada pela Assistência Social, pela Previdência Social e pelo Poder Judiciário. Como bem salienta o Manifesto "O SUS pra valer: Universal, humanizado e de qualidade"<sup>5</sup>, de 2006:

Não se pode esperar que o setor de saúde seja capaz de responder à demanda crescente de atenção provocada por uma sociedade desigual, injusta e cada dia mais violenta, cuja sociabilidade se encontra rompida e na qual o outro é visto como ameaça. As consequências são a perda da coesão social, expressa não apenas por milhares de mortes e internações, mas também no sofrimento mental, na insegurança e no desalento, que seriam evitáveis onde predominassem uma cultura de paz e justiça social.

O relatório final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde(2008) mostra que para diminuir a desigualdade social, a política de saúde deve atuar junto às diferenças sociais como as relacionadas ao mercado de trabalho, à

---

<sup>5</sup> Segundo o próprio manifesto, trata-se de documento preparado pelo Fórum da Reforma Sanitária Brasileira, integrado por Abrasco ([www.abrasco.org.br](http://www.abrasco.org.br)), Cebes ([cebes@ensp.fiocruz.br](mailto:cebes@ensp.fiocruz.br)), Abres ([www.abres.fea.usp.br](http://www.abres.fea.usp.br)), Rede Unida ([www.redeunida.org.br](http://www.redeunida.org.br)) e Ampasa ([www.ampasa.org.br](http://www.ampasa.org.br)), e está em discussão com a Frente Parlamentar da Saúde, com outras entidades dos setores de saúde e de educação e com a sociedade.

educação e à seguridade social, aos grupos que vivem em condições de habitação insalubres, trabalham em ambientes pouco seguros ou estão expostos a deficiências nutricionais, entre outros.

Ao assistente social cabe, portanto, identificar as demandas trazidas pelo usuário que envolvem as expressões da questão social e que inclusive, podem afetar a saúde do referido. Inserida na divisão social e técnica do trabalho e movido por procedimentos teóricos e metodológicos, o Serviço Social pode conhecer e intervir na realidade. Desta forma, como retrata Mota et. al (2008, p. 315) ao atender as necessidades imediatas e mediatas da população, o serviço social na saúde interfere e cria um conjunto de mecanismos que incidem sobre as principais contradições do sistema de saúde pública no Brasil.

Durante muito tempo, o conceito de doença (e de saúde) teve relação com aspectos sobrenaturais, de ação de maus espíritos ou de cóleras divinas, fato que se estendeu até a idade média.

O período de acumulação capitalista trouxe grande interesse na colonização dos países tropicais ao mesmo tempo em que surgiam as preocupações com as doenças transmissíveis, surgindo daí a preocupação em estudá-las e curá-las.

O século XIX foi marcado, nesse sentido, por propostas na área sanitária, uma resposta às reivindicações da classe operária que questionavam a pobreza e as condições a que estava exposta. Foram criadas, por exemplo, a saúde pública da Grã-Bretanha, a Diretoria de Saúde dos Estados Unidos e a política de seguridade social e de saúde de Bismark. Prevalencia aqui a perspectiva de saúde biologicista, com conteúdo sócio-político esvaziado. Era uma tentativa de responder às mudanças sociais e às práticas de saúde observadas com o desenvolvimento da urbanização e da industrialização.

De qualquer modo, não havia ainda um conceito universalmente aceito do que era saúde.

Sciar (2007, p. 36 e 37, 2007) destaca que:

O conceito da OMS, divulgado na carta de princípios de 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), implicando o reconhecimento do direito à saúde e da obrigação do Estado na promoção e proteção da saúde, diz História do Conceito de Saúde PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 17(1):29-41, 2007 37 que “Saúde é o estado do mais completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de enfermidade”. Este conceito refletia, de um lado, uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo, a ascensão do socialismo.

Esse conceito recebeu inúmeras críticas e sofreu modificações.

A partir do século XX, a saúde assume o conceito ampliado de saúde e então os determinantes sociais assumem grande importância. E é no ano de 1978, na Conferência de Alma-Ata – atual Cazaquistão – que a discussão sobre os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) ganha notoriedade. Na década seguinte essa concepção recua, devido a formulação da saúde como bem privado e retorna na década de 1990, com a discussão de saúde para todos.

O conceito de DSS é bastante generalizado e entende que as condições de vida e de trabalho dos indivíduos e grupos estão relacionadas com a situação de saúde.

No Brasil, a Constituição Federal de 1988 evita discutir o conceito de saúde, mas confere, no artigo 196, que “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 a promoção, proteção e recuperação”.

Em 2006, foi criada a Comissão Nacional sobre Determinantes de Saúde (CNDSS), vinculada a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), através de decreto presidencial. Ela é composta por dezesseis especialistas e personalidades. Segundo a cartilha da própria CNDSS, “sua criação e composição expressam o reconhecimento de que a saúde é um bem público, a ser construído com a participação solidária e de todos os setores da sociedade brasileira”.

Figura IV: Modelo de DSS adotado no Brasil



Fonte: Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), 2008

Os DSS, para a Comissão Nacional sobre Determinantes de Saúde, são fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população (Buss e Filho, 2006, p. 78).

O fato é que essas ações que propõem a intervenção na “vulnerabilidade” e, com isso, a promoção da saúde, desconsideram que o próprio modo de produção capitalista gera as desigualdades sociais. A partir disso, cai na perspectiva de culpabilização dos sujeitos que precisariam buscar melhores condições de vida através da colaboração entre as classes, negando o conflito existente entre elas, por possuírem interesses opostos.

Souza, et al (2013, p.47) argumenta que, apesar do conceito de DSS não questionar o modo de produção da ordem capitalista e de propor ações de saúde de maneira fragmentada e através de reformas na ordem societária vigente, “a busca por uma concepção de saúde que não seja meramente biológica permite, ao menos, um espaço de discussão sob perspectivas mais amplas”.

Dessa forma, entendemos que o enfoque da saúde está para além das razões definidas como DSS. A saúde, como condicionante do acesso ao saneamento básico, à habitação, ao esporte, à alimentação, etc., ultrapassa o conceito desses determinantes sociais. Ela está atrelada ao processo de trabalho envolto no modo de produção na qual está inserida. A saúde, para

nossa sociedade, é, portanto, expressão da “questão social” da qual nos referimos anteriormente.

Santos (2012) lembra que a pauperização – considerada por ela a expressão máxima da “questão social” - remete a outros indicadores sociais (saneamento básico, habitação, educação, entre outros) que determinam, por sua vez, os indicadores de saúde.

Desta forma, a saúde, no processo de acumulação capitalista, é por ela determinada. Portanto, pensá-la como um resultante dos processos sociais e propor medidas reformistas, contribuem para amenizar seus impactos na sociedade capitalista, mas são insuficientes. Seria necessário alterar o modo de produção.

É preciso lembrar que, as implicações deste contexto, se impõem aos profissionais de Serviço Social de forma diversa. Em primeiro lugar, apesar desta categoria possuir certa autonomia, que pode fornecer alguma direção política às suas ações, não deixa de estar inserida no estatuto de assalariamento. Por outro lado, as organizações empregadoras também podem lhes atribuir metas a atingir, além de definir suas relações de trabalho, condições e imputar tarefas altamente questionáveis a essa categoria, indo de encontro às atribuições e prerrogativas destinadas a estes profissionais legalmente.

Tendo futuramente, esse trabalho, tido ganhos a respeito de como vem sendo trabalhado a intersectorialidade entre as políticas no Município do Rio de Janeiro, isso poderá fortalecer a luta da classe trabalhadora em prol de um atendimento mais unificado com relação às políticas sociais.

### **3 CONCLUSÃO**

O estudo que culminou neste trabalho mostrou que o conceito de saúde não está somente atrelado a questão da doença, mas a outros determinantes sociais que muito integram a perspectiva de saúde da população. Isso envolve o acesso aos direitos sociais, como: moradia digna, educação, alimentação adequada, emprego e renda, lazer, transporte adequado, etc.

Sem a garantia dos direitos sociais, via políticas públicas, o usuário é passível de acometimento de problemas relacionados ao adoecimento físico e mental. E uma vez tendo dado entrada em unidade de saúde de emergência, ainda mais quando dada de forma frequente, sua alta para a mesma realidade pode ser um agravante ao quadro de saúde debilitado do paciente, o que, muitas vezes, torna a saída do usuário de alta inviável.

A espera de um paciente por uma alta social pode ser tornar longa a depender da viabilidade dos direitos violados que, na maioria das vezes, no Brasil, é lenta. Se a espera por uma vaga em uma instituição de acolhimento adulto, por exemplo, for negada por falta de vaga, a judicialização pode tornar o caminho ainda mais longo e burocrático, mas, às vezes, a única saída vislumbrada pelo profissional em meio a um sistema político que retira direitos em nome do ajuste econômico.

Entretanto, contraditoriamente, é em meio a intervenção do assistente social no processo de alta social que, muitas vezes, surge uma estratégia de correlação de forças dentro da unidade de saúde. É o momento que o profissional tem para se posicionar frente a equipe multidisciplinar, mostrar sua importância à gestão, mas também dar visibilidade à violação de direitos sofrida pela classe trabalhadora.

Portanto, estudar a prática profissional em meio ao processo de alta social é de extrema importância para entendermos os determinantes sociais de saúde, como as políticas públicas podem incidir diretamente nos processos de alta hospitalar, como os assistentes sociais podem atuar diretamente desses casos, provocando uma correlação de forças institucional favorável à presença desses profissionais e como a classe trabalhadora precisa lutar pelo acesso aos direitos que refletem em sua saúde.

## **Referências**

BRASIL. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília: CFESS, 1993.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, Seção 1, 20 set. 1990. p. 18.055. Disponível em: <<http://goo.gl/OB8dLp>>.

BUSS, Paulo Marchiori; PELLEGRINI FILHO, Alberto. Determinantes Sociais de Saúde. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, Editorial, 2006.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. In: SERVIÇO Social e Saúde Formação e Trabalho Profissional. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde; São Paulo: Cortez, 2008. p. 305-351.

COUTO, Berenice Rojas et al. **O sistema único de assistência social no Brasil: uma realidade em movimento**. São Paulo: Cortez Editora, 2010.

FAGUNDES, H. S.; NOGUEIRA, V. M. R. O Princípio da integralidade nas políticas nacionais de saúde e assistência social. **Sociedade em Debate**, Pelotas: EDUCAT, n. 38, 2008.

FÓRUM DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. **O SUS pra valer: universal, humanizado e de qualidade**. Rio de Janeiro: Abrasco; Cebes; Abres; Rede Unida; Ampasa, 2006.

FORTES, Débora C. B. Políticas de Saúde e de Assistência Social: um comparativo como prevenção contra a janela de uma gestão privatizadora In **Textos e Contextos da Política de Assistência Social no Brasil / organização Sindely Alchorne - 1 ed. - Rio de Janeiro. Letra Capital, 2017. 400 p. (Assistência Social e Direitos Humanos, 1).**

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social: Direitos e Competências Profissionais**. Brasília, DF: Abepss, 2009.

KONNO, Cristiane Carla; BREVILHERI, Eliane Cristina Lopes; BASSI, Liana Lopes; PASTOR, Márcia. Cap. 4 - A intersectorialidade como estratégia de gestão nas Políticas Sociais: A articulação intersectorial em Londrina. In: RIZZOTI, Maria Luiza Amaral; CORDEIRO, Sandra Maria Almeida; PASTOR, Márcia (Orgs). **Gestão de Políticas Sociais: território usado, intersectorialidade e participação**. Londrina: Eduel, 2017. Capítulo 4 (p. 115 – 142).

LOTTA, Gabriela; FAVARETO, Arilson. Desafios da integração nos arranjos institucionais das políticas públicas no Brasil. **Ver. Social .Pollit.** [online], v. 24, n. 57, p. 49-65, 2006. ISSN 0104-4478. <http://dx.doi.org/10.1590/1678-987316245704>.

MARX, Karl. **O capital**: Crítica da economia política. 12. ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 1989. Do original em Alemão: Das Kapital: Kritik der politischen Ökonomie.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 29. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010. (Coleção temas sociais).

MOTA; Ana Elizabete et al. **O Mito da Assistência Social**: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade. São Paulo: Cortez, 2008.

MOTA, Ana Elizabete et al. (Orgs.). **Serviço Social e saúde**: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez; ABEPSS, 2006.

NETTO, José Paulo. **Cinco Notas a propósito da "questão social"**. Brasília: Abepss, 2000.

NOGUEIRA, M.A. Introdução – Quarenta anos e algumas transições; Cap. I – Do fracasso à reforma do Estado. In: UM ESTADO para a sociedade civil: temas éticos e políticos da gestão democrática. São Paulo: Cortez, 2004. Introdução e capítulo I (p. 19- 79).

PEREIRA, P.A.P. A intersectorialidade das políticas setoriais na perspectiva dialética. In. Monnerat, G.L. Almeida, N.L.T.; Souza, R.G. de (orgs.) **A agenda de Políticas Sociais**. Campinas, SP: Papel Social, 2014. (p. 23 – 39)

SIMÕES, Carlos. **Curso de direito do serviço social**. 2.ed. São Paulo: Cortez, (Biblioteca Básica de Serviço Social. V. 3).

Souza, D.O.; Silva, S.E.V; Silva, N.O. Determinantes Sociais de Saúde: reflexões a partir das raízes da “questão social”. Saúde e sociedade. São Paulo, V. 22, n. 1, p. 44-56, 2013

SOUZA FILHO, Rodrigo de; GURGEL, Claudio. Cap. 3 – O Estado no capitalismo contemporâneo. In: GESTÃO democrática e Serviço Social: princípios e propostas para intervenção crítica. São Paulo: Cortez, 2016. (Coleção biblioteca básica de Serviço Social; v. 7). Capítulo 3 (p.124 - 187)

VASCONCELOS, A.M.: **Cotidiano, formação e alternativas na área da Saúde**. 8. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

VIEIRA, Marcelo Luciano. **Do controle ao participATIVO**: engajamento público e informação em hanseníase como caminhos para um novo civismo. Rio de Janeiro, 2015.