



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE  
ECONOMIA, SOCIEDADE E POLÍTICA  
(ILAESP) SERVIÇO SOCIAL**

**DESAFIOS E ENFRENTAMENTOS DO ASSISTENTE SOCIAL NA  
DESOSPITALIZAÇÃO: UM ESTUDO DE CASO NO HOSPITAL MUNICIPAL  
PADRE GERMANO LAUCK EM FOZ DO IGUAÇU.**

**CARLOS ALBERTO SOTO MIENTES**

Foz do Iguaçu  
2024



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ECONOMIA,  
SOCIEDADE E POLÍTICA  
(ILAESP) SERVIÇO SOCIAL**

**DESAFIOS E ENFRENTAMENTOS DO ASSISTENTE SOCIAL NA  
DESOSPITALIZAÇÃO: UM ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL MUNICIPAL  
PADRE GERMANO LAUCK EM FOZ DO IGUAÇU.**

**CARLOS ALBERTO SOTO MIENTES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Prof. Talita de Melo Lira

Foz do Iguaçu  
2024

CARLOS ALBERTO SOTO MIENTES

**DESAFIOS E ENFRENTAMENTOS DO ASSISTENTE SOCIAL NA  
DESOSPITALIZAÇÃO: UM ESTUDO DE CASO DO HOSPITAL MUNICIPAL  
PADRE GERMANO LAUCK EM FOZ DO IGUAÇU.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Orientador: Prof. Dra. Talita de Melo Lira  
UNILA

---

Prof. Dra. Édina Mayer Vergara  
UNILA

---

Prof. Dra. Cristiane Sander  
UNILA

Foz do Iguaçu, 11 de outubro de 2024.

Dedico este trabalho a Jesus, meu tudo, a minha esposa Ariene e a todos os colegas que um dia deixaram os seus e partiram para Foz do Iguaçu com uma mala cheia de sonhos. Coragem!

## **AGRADECIMENTOS**

Em primeiro lugar, quero agradecer a Deus, pois toda a sabedoria e conhecimento vêm d'Ele. Agradeço também à minha esposa, Ariene, que, com tanta paciência e amor, tem sido meu suporte essencial nesta fase da minha vida.

Gostaria de expressar minha profunda gratidão à Professora Dra. Talita, que não é apenas uma orientadora, mas uma verdadeira parceira nesta jornada. Com sua paciência e dedicação, tem sido uma professora maravilhosa. Agradeço igualmente a todos os meus colegas que estiveram ao meu lado durante minha formação.

Um agradecimento especial à Lucélia Beraldo e Rosileia Weber, Assistentes Sociais do Sistema Penitenciário de Foz do Iguaçu. Lucélia, minha primeira orientadora de estágio, foi fundamental para que eu aprendesse a amar a profissão, mesmo diante dos diversos desafios do cotidiano profissional.

Por fim, agradeço a todos os meus professores: Claudiana, Elmides, Cristiane, Edina, Juliana, Geusina e Rosana. Muito obrigado a todos vocês.

"O ser humano é, por natureza, social; é na convivência que se realiza."  
– **Autor Desconhecido**

## RESUMO

Este trabalho tem como objetivo analisar os desafios e limitações do assistente social no processo de desospitalização no Hospital Municipal Padre Germano Lauck de Foz do Iguaçu. O interesse pela pesquisa surgiu pela inserção do discente no estágio curricular obrigatório, realizado no Hospital Municipal Padre Germano Lauck - HMPGL no Município de Foz do Iguaçu, na qual busca-se responder a seguinte questão norteadora: quais são os desafios e limitações do assistente social no processo de desospitalização?. No processo metodológico, optou-se pela pesquisa de abordagem qualitativa de natureza exploratória onde foram utilizados arquivos oficiais, teses e artigos. As fontes da pesquisa foram secundárias e foram utilizados arquivos oficiais e relatórios de assistentes sociais do hospital Municipal Padre Germano Lauck, Também foi realizado uma revisão bibliográfica minuciosa em bases de dados da CAPES, Scielo, sites oficiais, entre outros. Assim, também foi realizado um estudo sobre inserção do assistente social na saúde, os parâmetros de atuação nesta política e as vivências do cotidiano do profissional. Esta monografia também discorre sobre as particularidades do exercício profissional em meio a toda essa dinâmica e as contradições que se apresentam. A partir dos pontos apresentados este trabalho traz à tona como o trabalho do assistente social no contexto hospitalar tem contribuído bastante para a garantia de direitos na área de saúde, a partir dos casos apresentados vivenciados no estágio. Espera-se que através desta pesquisa, além de contribuir cientificamente, possa dar maior visibilidade ao trabalho do assistente social, a partir da defesa e consolidação dos direitos e políticas sociais, em especial na saúde.

**Palavras-chave:** desospitalização; serviço social; assistente social.

## RESUMEN

Este trabajo tiene como objetivo analizar los desafíos y limitaciones de los trabajadores sociales en el proceso de deshospitalización del Hospital Municipal Padre Germano Lauck de Foz do Iguaçu. El interés en la investigación surgió debido a la inclusión del estudiante en la pasantía curricular obligatoria, realizada en el Hospital Municipal Padre Germano Lauck - HMPGL en el Municipio de Foz do Iguaçu, en la que se pretende responder a la siguiente pregunta orientadora: ¿qué son? ¿Los desafíos y limitaciones del trabajador social en el proceso de deshospitalización? En el proceso metodológico se optó por una investigación con enfoque cualitativo de carácter exploratorio donde se utilizaron expedientes, tesis y artículos oficiales. Las fuentes de investigación fueron archivos secundarios y oficiales e informes de trabajadores sociales del Hospital Municipal Padre Germano Lauck. También se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica en bases de datos de CAPES, Scielo, sitios web oficiales, entre otros. Por lo tanto, también se realizó un estudio sobre la inserción de los trabajadores sociales en salud, los parámetros de acción en esta política y las experiencias cotidianas del profesional. Esta monografía también analiza las particularidades del ejercicio profesional en medio de toda esta dinámica y las contradicciones que surgen. A partir de los puntos presentados, este trabajo saca a la luz cómo el trabajo de los trabajadores sociales en el contexto hospitalario ha contribuido en gran medida a garantizar derechos en el área de la salud, a partir de los casos presentados durante la pasantía. Se espera que a través de esta investigación, además de contribuir científicamente, se pueda dar mayor visibilidad a la labor de los trabajadores sociales, a través de la defensa y consolidación de derechos y políticas sociales, especialmente en salud.

**Palabras clave:** deshospitalización; trabajo social; trabajador social.

## ABSTRACT

This study aims to analyze the challenges and limitations of social workers in the dehospitalization process at the Padre Germano Lauck Municipal Hospital in Foz do Iguaçu. The interest in this research arose from the student's inclusion in the mandatory curricular internship, carried out at the Padre Germano Lauck Municipal Hospital - HMPGL in the city of Foz do Iguaçu, in which we seek to answer the following guiding question: what are the challenges and limitations of social workers in the dehospitalization process? In the methodological process, we chose a qualitative research approach of an exploratory nature, using official archives, theses and articles. The research sources were secondary and used official archives and reports from social workers at the Padre Germano Lauck Municipal Hospital. A thorough bibliographic review was also carried out in CAPES and Scielo databases, official websites, among others. Thus, a study was also carried out on the inclusion of social workers in health, the parameters of action in this policy and the experiences of the professional's daily life. This monograph also discusses the particularities of professional practice amidst all these dynamics and the contradictions that arise. Based on the points presented, this work highlights how the work of social workers in the hospital context has contributed significantly to guaranteeing rights in the health area, based on the cases presented during the internship. It is hoped that through this research, in addition to contributing scientifically, it can give greater visibility to the work of social workers, based on the defense and consolidation of social rights and policies, especially in health.

**Key words:** dehospitalization; social service; social worker.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

<b>Figura 1</b> – Embarque do café no Porto de Santos em 1980.	18
<b>Figura 2</b> – 9ª Regional de Saúde - Foz do Iguaçu.	44
<b>Figura 3</b> – Frente do Hospital Municipal Padre Germano Lauck	45
<b>Figura 4</b> – Organograma do HMPGL.	46
<b>Figura 5</b> – Instrumentais do Assistente Social	51

## LISTA DE QUADROS

**Quadro 1** – Casos atendidos pelo Setor de Serviço Social do HMPGL.

58

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAPS	Caixas de Aposentadoria e Pensões
CAPs	Centro de Atenção Psicossocial
CEME	Central de Medicamentos
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
DATAPREV	Empresa de Processamento de Dados
FUNRURAL	Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social
GAS	Grupo de Ação Social
HMPGL	Hospital Municipal Padre Germano Lauck
IAPS	Instituto de Aposentadoria e Pensões
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Aposentadoria e Pensões
LBA	Legião Brasileira de Assistência
OSC	Organização da Sociedade Civil.
SAMUD	Serviço de Assistência Médica domiciliar e de Urgência
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SESI	Serviço Social da Indústria
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SUS	Sistema Único de Saúde
UNILA	Universidade Federal da Integração Latino-Americana

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>13</b>
<b>2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL</b> .....	<b>17</b>
2.1 BREVE CONTEXTO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL.....	17
2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS.....	30
<b>3 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE</b> .....	<b>33</b>
3.1 ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE .....	33
3.2 PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE..	39
<b>4 INTRVENÇÃO PROFISSIONAL DO ASSISTENTE SOCIAL NA DESOSPITALIZAÇÃO NO HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK</b> .....	<b>43</b>
4.1 BREVE CONTEXTO HISTÓRICO DO HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK.....	43
4.2 ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK EM FOZ DO IGUAÇU.....	47
4.3 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL EM CONTEXTOS HOSPITALARES: DESAFIOS COTIDIANOS.....	52
4.4 A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL NO PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO: UM ESTUDO A PARTIR DO SERVIÇO SOCIAL.....	56
<b>3 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>62</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>65</b>

## 1 INTRODUÇÃO

No ambiente hospitalar, os diagnósticos, os procedimentos e tratamentos no qual o usuário se expõe, ele se encontra fragilizado e muitas vezes os profissionais médicos e alguns outros profissionais da área da saúde deixam passar essa fragilidade do paciente. O Assistente Social realiza o trabalho direto com o paciente tendo uma iniciativa para melhorar o contato interpessoal, levando conforto e qualidade de vida para eles que são sujeitos que têm o direito ao atendimento humanizado.

O trabalho do assistente social no processo de desospitalização é fundamental para garantir uma transição suave e eficaz do paciente do ambiente hospitalar de volta para sua comunidade ou ambiente doméstico.

A desospitalização refere-se ao processo de transição de cuidados hospitalares para cuidados em casa ou em ambientes comunitários após uma hospitalização. Esse processo visa promover uma transição suave e segura para o paciente, minimizando o risco de readmissões hospitalares desnecessárias e melhorando sua qualidade de vida.

A realidade é que muitos destes sujeitos não possuem um vínculo familiar o que gera um desafio para o profissional de serviço social na tentativa de proporcionar recursos e serviços que possam promover o bem-estar e qualidade de vida destes sujeitos. O assistente social atua como um elo entre o paciente, sua família e a rede de serviços de apoio comunitário. A partir deste problema surge a pergunta: quais são os desafios e limitações do assistente social no processo de desospitalização?

O interesse em aprofundar a temática surgiu através da experiência do pesquisador no Estágio Curricular Obrigatório em Serviço Social, o qual possibilitou a participação nos processos de trabalho que os (as) assistentes sociais se inserem no referido hospital, que possibilitou identificar várias situações em que estes profissionais eram requisitados (as) a desenvolver atividades que não são de competência profissional. Deste modo, percebeu-se a necessidade de realizar a pesquisa voltada para o Reconhecimento das Atribuições e Competências dos Assistentes Sociais pelos profissionais de saúde do hospital no processo de desospitalização dos usuários. Desta forma, foi possível perceber o quanto é relevante o estudo do tema, devido às particularidades de trabalho dos (as) assistentes sociais na saúde, as demandas que expressam a questão social, assim como também as condições de trabalho que dificultam uma intervenção efetiva dos profissionais.

A relevância acadêmica-científica deste trabalho visa contribuir de forma significativa no acervo, sobre o papel essencial do profissional na promoção da saúde e no apoio aos pacientes, suas famílias e comunidades, abordando as diversas expressões da questão social, que impactam a saúde e o bem-estar geral. Esta pesquisa tem como finalidade contribuir com o tema de forma qualificada, de maneira a contribuir para o conhecimento do exercício profissional na área e fortalecer as reflexões sobre esse tema tão importante.

O presente Trabalho de Conclusão de Curso tem como objetivo geral; analisar os desafios e limitações do assistente social no processo de desospitalização no Hospital Municipal Padre Germano Lauck de Foz do Iguaçu e como objetivos específicos: 1) caracterizar o trabalho do assistente social no hospital Municipal Padre Germano Lauck e 2) analisar a intervenção dos (as) assistentes sociais no processo de desospitalização e as contribuições para efetivação do direito à saúde dos usuários.

A experiência do estágio permitiu conhecer de perto as demandas e limitações do cotidiano do Assistente Social, e a complexidade do processo de desospitalização. A área Serviço social existe desde a criação do hospital Municipal Padre Germano Lauck em 2013, Integrado a uma equipe multiprofissional, o assistente social desempenha um papel fundamental nas interações entre equipe, paciente e família, com um foco em garantir os direitos dos usuários e lidar com as questões sociais que afetam os pacientes.

Esse profissional intervém para melhorar essas relações, promovendo a defesa dos direitos e o enfrentamento das expressões da questão social presentes no cotidiano hospitalar. Essas expressões geralmente refletem os desafios socioeconômicos e culturais enfrentados pelos pacientes, que podem impactar diretamente sua saúde e acesso aos cuidados.

Assim esta monografia visa trazer à tona, a partir dos pontos norteadores citados, como o trabalho do assistente social no contexto hospitalar tem contribuído para garantir os direitos dos pacientes no processo de desospitalização, trazendo alguns casos específicos vivenciados no período de estágio além do arcabouço teórico da graduação e a revisão teórica sobre o tema.

O trabalho de conclusão de curso se constituiu a partir de uma revisão de literatura (fontes bibliográficas e documentais). A metodologia desta pesquisa será de corte qualitativo, o qual tem como objetivo a compreensão e descrição das qualidades de um fenômeno. Ela permite maior aproximação com o objeto investigado. Para Minayo (2008) a pesquisa qualitativa permite uma abordagem da história, das relações, das representações e das diferentes opiniões e interpretações das inter-relações desses sujeitos. O autor destaca ainda que:

Esse tipo de método tem fundamento teórico, além de permitir desvelar processos sociais ainda pouco conhecidos dos referentes grupos particulares, propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação. Caracteriza-se pela empírica e sistematização progressiva do conhecimento até a compreensão da lógica interna dos grupos ou do processo em estudo. (MINAYO,2008, p.57)

As fontes da pesquisa foram secundárias e foram utilizados arquivos oficiais e relatórios de assistentes sociais do hospital Municipal Padre Germano Lauck, Também foi realizado uma revisão bibliográfica minuciosa em bases de dados da CAPES, Scielo, sites oficiais, entre outros.

Vale ressaltar, que existem muitas pesquisas sobre o trabalho do assistente social na saúde, contudo, no que se refere ao processo de desospitalização, existem poucas. Assim, esta pesquisa possui caráter exploratório, Segundo Gil (1989, p. 44); A pesquisa exploratória é usada quando temas como este têm sido pouco explorados, “Busca dar clareza e proximidade como problema, como intuição para a construção de hipóteses”. pesquisa coletará dados bibliográficos com o auxílio de artigos, livros e sites oficiais, para se familiarizar com o problema e expô-lo mais explicitamente. Para análise e interpretação, os dados foram tratados de forma organizada, com base na fundamentação e orientação pelo referencial teórico adotado Em relação à estrutura do trabalho, inicialmente será feita uma breve contextualização da política de saúde no Brasil que se encontra em vigência, descrevendo o modelo de seguridade social e como o sistema de saúde brasileiro foi estruturado historicamente. Posteriormente, aborda-se sobre a inserção do serviço social na área da saúde, no qual tece considerações históricas sobre como se constituiu a profissão na perspectiva do trabalho multiprofissional de saúde, para que se possa entender as relações sócio históricas que influenciam o serviço social atualmente. Assim, tem-se nesse capítulo maior clareza de como se constituiu o trabalho dos Assistentes Sociais na garantia de 16 acesso ao direito

à saúde as dimensões que desenvolvem suas ações profissionais nessa área atualmente, abordando sobre o funcionamento do Sistema Único de Saúde.

E por último será apresentado uma breve história sobre o hospital Municipal Padre Germano Lauck, os desafios e limitações do profissional no contexto hospitalar assim como o processo de desospitalização que é realizado pelo setor do Serviço Social do referido hospital. E por último temos as considerações finais deste trabalho.

## **2 A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL**

### **2.1 BREVE CONTEXTO HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL**

A política de saúde no Brasil passou por uma evolução significativa desde a promulgação da Constituição Federal de 1988, tendo a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, que teve sua lei de criação regulamentada, a de nº 8080, dois anos mais tarde, no dia 19 de setembro de 1990, como um marco fundamental na busca por um sistema de saúde mais equitativo e acessível a todos os cidadãos brasileiros. No entanto, permanecem desafios significativos que requerem atenção contínua e esforços concertados para melhorar o funcionamento e a sustentabilidade do sistema de saúde.

Antes da Constituição Federal de 1988, o sistema de saúde brasileiro era fragmentado e orientado principalmente para cuidados médicos curativos, com acesso limitado para grande parte da população, especialmente os mais pobres e mais vulneráveis.

Durante a Colônia, e mesmo no início do Império, os problemas de saúde da população brasileira não estiveram relacionados somente ao mundo da medicina. Nesse longo período, a medicina erudita era exercida por um pequeno número de médicos, cirurgiões e boticários, de formação europeia. Membros da elite, estes agentes da medicina oficial se radicavam somente nas maiores cidades, voltando-se para o atendimento das camadas mais altas da população. Assim, a prática médica estava distante dos mais pobres e, principalmente, dos escravos, que se utilizavam da solidariedade comunal, de curandeiros diversos e dos cuidados oferecidos por ordens religiosas, como os existentes nos hospitais da Santa Casa de Misericórdia, que, desde o início do período colonial, foram fundados em algumas regiões mais populosas do país (ESCOREL e TEIXEIRA, 2012, p 279).

Foi no século XX que se iniciou a intervenção estatal na área da saúde,

onde a saúde emerge a expressão da “Questão Social”<sup>1</sup>, e que está intrinsecamente ligada ao contexto da economia cafeeira e ao avanço da divisão do trabalho, que resultou na emergência do trabalho assalariado.

No Brasil, a intervenção estatal só vai ocorrer no Século XX, mais efetivamente na década de 30. No século XVIII, a assistência médica era pautada na filantropia e na prática liberal. No século XIX, em decorrência das transformações econômicas e políticas, algumas iniciativas surgiram no campo da saúde pública, como a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas limitadas. Nos últimos anos do século, a questão da saúde já aparece como reivindicação no nascente movimento operário. No início do século XX, surgem algumas iniciativas de organização do setor saúde, que serão aprofundadas a partir de 30. Concorda-se com Braga quando afirma (Braga e Paula, 1985:41-42) que a Saúde emerge como “questão social” no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado (BRAVO, 2001, p. 2-3).

No início do século XX, o Brasil era predominantemente uma economia agrária, com o café como principal produto de exportação. O crescimento do setor cafeeiro levou a uma rápida urbanização, especialmente nas regiões produtoras de café no Sudeste do Brasil, como São Paulo e Rio de Janeiro. As condições de trabalho nas plantações de café e nas indústrias urbanas eram frequentemente precárias e insalubres. Os trabalhadores eram frequentemente expostos a longas horas de trabalho, baixos salários, moradias insalubres e falta de acesso a cuidados médicos adequados (SANTOS, 2024).

Figura 01 : Embarque do café no Porto de Santos em 1980.

---

<sup>1</sup> Questão social: Questão social apreendida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade [...] Questão social que, sendo desigualdade é também rebeldia, por envolver sujeitos que vivenciam as desigualdades e a ela resistem e se opõem [...] Assim, apreender a questão social é também captar as múltiplas formas de pressão social, de invenção e de re-invenção da vida construídas no cotidiano. (IAMAMOTO, 2000, p. 27-28).



Fonte:: Marc Ferrez (1843-1923). (<https://brasilecola.uol.com.br/historia/o-cafe-no-brasil-suas-origens.htm>).

O avanço da divisão do trabalho e a emergência do trabalho assalariado contribuíram para uma série de problemas de saúde entre os trabalhadores, incluindo doenças relacionadas ao trabalho, como problemas respiratórios devido à exposição a poeira e produtos químicos, além de condições de vida precárias que propiciaram a propagação de doenças infecciosas. A emergência dessas questões de saúde pública entre os trabalhadores levou a uma crescente conscientização sobre a importância da saúde como expressão da questão social. Movimentos sociais e sindicatos começaram a pressionar por melhores condições de trabalho e acesso a serviços de saúde adequados para os trabalhadores.

A década de 1920 marcou um período de transformações significativas na saúde pública brasileira, com a ascensão do discurso do poder em relação a essa questão. A Reforma Carlos Chagas, de 1923, desempenhou um papel fundamental nesse contexto, tentando ampliar o atendimento à saúde por parte do governo central.

A saúde pública, na década de 1920, adquire novo relevo no discurso do poder. Há tentativas de extensão dos seus serviços por todo país. A reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central, constituindo uma das estratégias da União de ampliação do poder nacional no interior da crise política em curso, sinalizada pelos tenentes, a partir de 1922 (BRAVO, 2001, p. 3).

A reforma de 1923, liderada por Carlos Chagas, teve como objetivo ampliar os serviços de saúde pública em todo o país. Isso incluiu a criação de novos

serviços de saúde, a expansão da rede de hospitais e postos de saúde, e a implementação de políticas de saúde preventiva e educacional (LIMA e PINTO, 2003).

Ela representou uma tentativa do governo central de ampliar seu controle sobre a saúde pública, consolidando o poder nacional em meio à crise política em curso. Isso refletiu uma estratégia de fortalecimento do Estado e da autoridade central em um momento de instabilidade política e social.

A Reforma Carlos Chagas procurou estender os serviços de saúde para áreas antes negligenciadas, visando atender às necessidades da população em todo o país. Isso incluiu áreas urbanas e rurais, onde muitas vezes o acesso aos serviços de saúde era limitado ou inexistente. A Reforma Carlos Chagas de 1923 foi uma resposta do governo central à crise política em curso e uma tentativa de ampliar os serviços de saúde pública em todo o país. Ao expandir os serviços de saúde e promover uma abordagem preventiva, a reforma teve um impacto significativo na melhoria das condições de saúde da população brasileira na época.

O surgimento de uma atividade estatal em relação à assistência médica data de 1923, quando o governo instituiu, pela Lei Eloy Chaves, as primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) voltadas para os funcionários de empresas ferroviárias existentes. Com a criação das CAPs, inicia-se a conformação de uma previdência social no país. A partir de 1933, o governo de Getúlio iniciou um movimento de transformação das CAPs em Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que passaram a congregar os trabalhadores por categorias profissionais, em vez de por empresas, constituindo gradualmente um sistema nacional de previdência social gerido pelo Estado (Vianna, 1998). Assim, ferroviários, empregados do comércio, bancários, marítimos, estivadores e funcionários públicos aos poucos passaram a fazer parte desses institutos que, como as CAPs, também ofereciam serviços médicos, apesar de se voltarem prioritariamente para os benefícios e pensões (SCOREL e TEIXEIRA, 2012, p. 298 - 299).

Uma crescente preocupação com a saúde e a higiene dos trabalhadores, o que resultou na implementação de medidas precursoras do sistema previdenciário brasileiro. A mais significativa dessas medidas foi a criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs) em 1923, também conhecida como Lei Elói Chaves<sup>2</sup>. Promulgada em 1923, a Lei Elói Chaves foi uma iniciativa do governo brasileiro para proporcionar proteção social aos trabalhadores. Essa legislação instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), que eram entidades criadas e gerenciadas pelas próprias categorias

---

<sup>2</sup> Da Redação (Brasília) - A Lei Eloy Chaves, publicada em 24 de janeiro de 1923, consolidou a base do sistema previdenciário brasileiro, com a criação da Caixa de Aposentadorias e Pensões para os empregados das empresas ferroviárias. Após a promulgação desta lei, outras empresas foram beneficiadas e seus empregados também passaram a ser segurados da Previdência Social. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/noticias/87-anos-lei-eloy-chaves-e-a-base-da-previdencia-social-brasileira/2063032>. Acesso em: 20 de março de 2024.

profissionais, com o objetivo de fornecer assistência médica, aposentadoria e pensão por invalidez aos trabalhadores (BATICH, 2004).

A criação das CAPs representou um avanço significativo na proteção social dos trabalhadores brasileiros, estabelecendo as bases para o desenvolvimento posterior do sistema previdenciário no país. Embora as CAPs fossem inicialmente limitadas a certas categorias profissionais, elas contribuíram para conscientizar a importância da seguridade social e influenciaram a criação de legislações posteriores visando expandir a proteção social a um maior número de trabalhadores (BRAVO, 2001).

A década de 1930 foi marcada pelo início do processo de industrialização no Brasil. Com o desenvolvimento da indústria, especialmente nas áreas urbanas, houve uma rápida urbanização e transformações no mercado de trabalho, com o crescimento do setor industrial em detrimento do setor agrícola (BRAVO, 2001).

O Estado brasileiro passou por uma redefinição de seu papel, tornando-se mais intervencionista na economia e na sociedade. O governo implementou políticas de industrialização, protecionismo e desenvolvimento econômico, visando promover o crescimento industrial e modernizar o país. O período também foi marcado pelo surgimento das primeiras políticas sociais no Brasil, como parte dos esforços para enfrentar os desafios sociais resultantes da industrialização e urbanização. Isso incluiu a expansão dos serviços de saúde pública, a criação de programas de previdência social e a implementação de políticas de educação e assistência social.

O surgimento de políticas sociais e a redefinição do papel do Estado foram, em parte, respostas às crescentes reivindicações dos trabalhadores por melhores condições de trabalho, salários dignos e proteção social. Movimentos sindicais e greves foram comuns nesse período, e o governo foi pressionado a responder às demandas dos trabalhadores. Segundo Bravo (2001, p.3);

As alterações ocorridas na sociedade brasileira a partir da década de 1930, têm como indicadores mais visíveis o processo de industrialização, a redefinição do papel do Estado, o surgimento das políticas sociais além de outras respostas às reivindicações dos trabalhadores.

No decorrer do século XX, especialmente a partir da década de 1930 com a era Vargas, começaram a ser implementadas políticas de saúde pública no Brasil, visando melhorar as condições de saúde da população trabalhadora e reduzir as disparidades de acesso aos serviços de saúde. A década de 1930 também foi marcada pela ascensão do movimento trabalhista no Brasil, liderado por figuras como Getúlio

Vargas. O trabalhismo defendia os interesses dos trabalhadores e promovia políticas de proteção social, como parte de uma visão mais ampla de desenvolvimento nacional e justiça social.

A partir de então, o Governo de Getúlio Vargas além de preocupar-se em contornar a crise enfrentada, assume também o compromisso com a questão social do país. Dessa maneira, o direito do trabalho nasce como consequência da questão social que foi precedida da Revolução Industrial e da reação humanista que se propôs a garantir ou preservar a dignidade do ser humano ocupado no trabalho das indústrias (LUZ e SANTIN, 2010, p.269).

Durante o período da Segunda Guerra Mundial<sup>3</sup>, em 1942, foi criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), como uma resposta às necessidades de saúde pública emergenciais da época, especialmente relacionadas à mobilização para a guerra e ao controle de doenças endêmicas. O SESP teve um papel significativo na ampliação dos serviços de saúde em áreas rurais e urbanas, na prevenção e controle de doenças, e na formação de recursos humanos na área da saúde.

Criado em 1942, o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) surgiu durante a 2ª Guerra Mundial, por meio de um acordo firmado entre os governos brasileiro e norte-americano, durante a Terceira Reunião de Consulta aos Ministérios das Relações Exteriores das Repúblicas Americanas. Inicialmente, suas funções consistiam em levar saneamento básico para as regiões brasileiras responsáveis pela produção de matérias-primas estratégicas para a guerra, como a borracha da região amazônica, o minério de ferro e a mica do Vale do Rio Doce. Era preciso sanear, cuidar e informar os trabalhadores para que a produção fosse mantida e os índices de malária e febre amarela diminuídos. No período do pós-guerra, o SESP se expandiu, principalmente na região Nordeste do país, buscando construir redes de unidades de saúde locais, com foco na medicina preventiva e na curativa, tendo a educação sanitária como sua norteadora (ADRIANO e PESSOA, 2017, p. 1).

O SESP foi uma iniciativa importante para a saúde pública no Brasil, especialmente durante esse período de guerra, quando havia uma necessidade urgente de cuidados médicos e prevenção de doenças, tanto para os civis quanto para os militares. Assim, o período de 1945 a 1964 foi marcado por uma série de mudanças na situação da saúde dos sujeitos no Brasil, com avanços em alguns aspectos e desafios persistentes em outros, refletindo as transformações sociais, políticas e econômicas ocorridas durante esse tempo.

---

<sup>3</sup> A Segunda Guerra Mundial foi um conflito de proporções globais que aconteceu entre 1939 e 1945. Caracterizada como um conflito em estado de guerra total (no qual há mobilização de todos os recursos para a guerra), a Segunda Guerra Mundial fez Aliados e Eixo enfrentarem-se na Europa, África, Ásia e Oceania. Disponível em: <https://brasilescola.uol.com.br/historiag/segunda-guerra-mundial.htm>. Acesso: 17 de abril de 2024.

Mesmo sob regime democrático, a política populista inaugurada por Vargas foi mantida. Os presidentes da República continuaram a buscar apoio popular com medidas demagógicas, destinadas mais a firmar sua imagem como 'país do povo' do que a resolver de fato os grandes problemas da população. Os movimentos sociais, por sua vez, exigiam que os governantes cumprissem as promessas de melhorar as condições de vida, de saúde e de trabalho. Neste contexto, a década de 50 foi marcada por manifestações nacionalistas, que procuravam firmar o país como potência capaz de alcançar seu próprio desenvolvimento econômico, independente das pressões internacionais e especialmente do imperialismo norte-americano. Ao mesmo tempo, houve um forte crescimento da entrada de capital estrangeiro na economia nacional, favorecendo a proposta desenvolvimentista, isto é, de modernização econômica e institucional coordenada pelo Estado. Esta política teve como principal personagem o presidente Juscelino Kubitschek, que governou o país de 1956 a 1961 (BERTOLLI FILHO, 1996, p.39).

Segundo Faria (1991), houve uma expansão gradual dos serviços de saúde pública durante esses anos, com a criação de novos hospitais, postos de saúde e programas de saúde voltados para diversas áreas, como maternidade, saúde infantil e controle de doenças endêmicas. O processo de urbanização acelerada que ocorreu nos anos de 1945 a 1965, trouxe consigo uma série de desafios para a saúde pública, incluindo o aumento das condições insalubres de moradia, falta de saneamento básico e propagação de doenças relacionadas à pobreza e à aglomeração urbana.

Durante esses anos, foram implementadas diversas políticas e programas de saúde, tanto a nível nacional quanto local, visando melhorar as condições de saúde da população e promover o acesso aos serviços de saúde, embora a cobertura ainda fosse desigual e muitas áreas rurais continuassem carentes de serviços adequados.

Para Bertolli Filho (1996) outro momento importante na área da saúde, no período anterior citado foi o Ministério de Saúde, em 1953, marco importante na história da saúde pública brasileira e representou um avanço significativo na organização e na prestação de serviços de saúde para a população, consolidando a gestão e a coordenação das políticas de saúde em nível nacional.

A criação do Ministério da Saúde representou um passo importante na organização e na centralização das ações de saúde em todo o país. Antes disso, as responsabilidades pela saúde eram compartilhadas entre diversos órgãos e ministérios, e a criação de um ministério dedicado exclusivamente à saúde permitiu uma abordagem mais integrada e eficiente para lidar com as questões de saúde pública.

Em maio de 1953, já no segundo período presidencial de Getúlio Vargas, foi criado o Ministério da Saúde - resultado de sete anos de debate. A nova pasta contou com verbas irrisórias no decorrer da década de 50, continuando o descaso das autoridades para com a saúde pública (BERTOLLI FILHO, 1996, p. 40).

Porém, conforme mencionado na citação, as verbas destinadas ao Ministério da Saúde no decorrer da década de 1950 foram consideradas irrisórias. Isso refletiu um padrão de subfinanciamento e desvalorização da saúde pública por parte das autoridades da época. Mesmo com a criação do ministério, o descaso persistiu em alguns aspectos, dificultando a implementação eficaz das políticas de saúde e a melhoria dos serviços de assistência à saúde em todo o país.

Essa falta de investimento adequado na saúde pública durante a década de 1950 pode ter contribuído para a continuidade de problemas de saúde persistentes, como altas taxas de mortalidade infantil, doenças endêmicas e falta de acesso a serviços de saúde básicos, especialmente em áreas rurais e regiões menos desenvolvidas do Brasil (BERTOLLI FILHO, 1996).

Portanto, embora a criação do Ministério da Saúde representasse um avanço institucional importante, a falta de recursos financeiros adequados e o descaso por parte das autoridades continuaram a ser desafios significativos para a saúde pública brasileira durante a década de 1950.

Cabe destacar que no período do golpe militar (1964 - 1985), teve impactos significativos sobre várias áreas da administração pública no Brasil, incluindo a saúde pública. Uma das consequências imediatas do golpe militar sobre o Ministério da Saúde foi a redução das verbas destinadas à saúde pública.

O regime militar que se instalou após o golpe tinha uma orientação econômica e política que priorizava investimentos em setores considerados estratégicos para o desenvolvimento do país, muitas vezes às custas de áreas como saúde e educação. Além disso, as políticas adotadas pelo regime frequentemente negligenciavam a saúde pública em favor de interesses políticos e econômicos de curto prazo.

Essa redução de verbas para a saúde pública teve consequências diretas na capacidade do Ministério da Saúde de realizar suas atividades e de fornecer serviços de qualidade para a população. A falta de investimento adequado levou a deficiências nos sistemas de saúde, falta de medicamentos e equipamentos, escassez de profissionais de saúde, e piora nos indicadores de saúde pública em algumas regiões do país.

O primeiro efeito do golpe militar sobre o Ministério da Saúde foi a redução das verbas destinadas à saúde pública. Aumentadas na primeira metade da década de 60, tais verbas decresceram até o final da ditadura. (...) Apesar da pregação oficial de que a saúde constituía um 'fator de produtividade, de desenvolvimento e de investimento econômico', o Ministério da Saúde privilegiava a saúde como elemento individual e não como fenômeno coletivo. E isso alterou profundamente

sua linha de atuação (BERTOLLI FILHO, 1996, p. 51).

Portanto, é correto afirmar que uma das primeiras consequências do golpe militar sobre o Ministério da Saúde foi a redução das verbas destinadas à saúde pública, o que teve impactos significativos sobre a capacidade do governo de prover serviços de saúde adequados para a população brasileira.

A ditadura militar teve um impacto profundo e duradouro sobre a sociedade brasileira, resultando em mudanças significativas nas estruturas políticas, econômicas e sociais do país. Muitos dos problemas estruturais que existiam antes do regime não foram resolvidos e, em alguns casos, foram exacerbados, deixando um legado complexo que ainda é sentido até os dias de hoje.

Em face da “questão social” no período 64/74, o Estado utilizou para sua intervenção o binômio repressão-assistência, sendo a política assistencial ampliada, burocratizada e modernizada pela máquina estatal com a finalidade de aumentar o poder de regulação sobre a sociedade, suavizar as tensões sociais e conseguir legitimidade para o regime, como também servir de mecanismo de acumulação do capital (BRAVO,2001,p.6).

Como citado pelo autor, nesse período o Brasil passou por um momento marcado por intensa polarização política, violência estatal e movimentos sociais contestatórios. O governo militar, que estava no poder, empregou uma estratégia que combinava repressão e assistência social para lidar com a Questão Social do país.

No Brasil nessa época o sistema previdenciário era fragmentado com diferentes regimes para trabalhadores urbanos e rurais, funcionários públicos e trabalhadores do setor privado. Foi então que a unificação da Previdência Social em 1966, que resultou na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), foi uma medida significativa que consolidou o papel do Estado na gestão dos benefícios previdenciários no Brasil. Essa unificação visava racionalizar e centralizar a administração da previdência, garantindo uma abordagem mais uniforme e eficiente na concessão de benefícios aos trabalhadores.

No entanto, é importante observar que essa unificação também teve implicações políticas sociais, algumas das quais podem ter levado à exclusão e desmobilização política dos trabalhadores.

A unificação que iniciou em 1966 se concretizou em 02 de Janeiro de 1967, com a implementação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), agregando “os seis Institutos de Aposentadoria e Pensões, o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMUD) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social” (POLIGNANO,2001.p,14 *apud* RADAELLI,

2022, p. 26).

A unificação da Previdência Social no Brasil culminou na criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), que entrou em vigor em 2 de janeiro de 1967. O INPS foi estabelecido com o objetivo de consolidar a administração dos benefícios previdenciários em nível nacional, substituindo os seis Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs) regionais que existiam anteriormente (OLIVEIRA e TEIXEIRA FLEURY, 1986).

Além dos IAPs, o INPS também agregou outras instituições relacionadas à previdência, incluindo o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMUD) e a Superintendência dos Serviços de Reabilitação da Previdência Social. Isso representou uma centralização significativa da gestão da previdência social no Brasil, com o INPS atuando como o principal órgão responsável pela concessão e administração dos benefícios previdenciários em todo o país.

Essa unificação teve como objetivo principal criar uma estrutura mais eficiente e uniforme para a administração da previdência social, racionalizando processos e facilitando o acesso aos benefícios para os trabalhadores em todo o território nacional. No entanto, como discutido anteriormente, também teve implicações políticas e sociais, incluindo possíveis efeitos na participação política dos trabalhadores e na relação entre o Estado e a sociedade civil.

Após dez anos do modelo de economia que fora implantado no período da ditadura militar começou a dar sinais de declínio, fazendo com que nesse período o capitalismo internacional entrasse em crise e conseqüentemente houvesse a diminuição do fluxo do capital estrangeiro que movimentava a economia do país, resultando em diminuição do crescimento econômico (RADAELLI, 2022, p. 26).

O período pós-1964 no Brasil foi marcado por uma série de mudanças políticas, econômicas e sociais que tiveram impactos significativos na saúde pública e na estruturação do sistema de previdência social.

Como mencionado, o ideal de crescimento econômico inicialmente focado no nível macro, com a expectativa de que esse crescimento eventualmente beneficiasse a população em geral, não se concretizou como esperado. Em vez disso, houve uma série de conseqüências negativas para a população, incluindo redução de salários, aumento do desemprego e aumento das desigualdades sociais.

No setor da saúde pública, a influência do setor privado se intensificou após 1964, especialmente no que diz respeito à oferta de serviços médicos relacionados aos benefícios da previdência. No entanto, é importante notar que essa oferta de serviços

médicos nem sempre foi universal e acessível a todos os cidadãos. O sistema de previdência social muitas vezes excluía grande parte da população, especialmente os mais pobres e marginalizados, deixando-os sem acesso adequado aos cuidados de saúde e benefícios previdenciários (BRAVO, 2001).

Essa situação contribuiu para o agravamento das desigualdades sociais e de saúde no Brasil, com uma parte significativa da população enfrentando dificuldades para obter assistência médica adequada e para se proteger financeiramente em casos de doença, incapacidade ou velhice. O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) foi criado na década de 1970, especificamente em 1974. O INAMPS tinha como objetivo principal fornecer assistência médica à população através da previdência social, visando garantir o acesso aos serviços de saúde para os segurados da Previdência Social e seus dependentes conforme Bertolli Filho (1996).

O INAMPS foi concebido com um projeto moderno e racional, buscando reformular institucionalmente as políticas públicas de saúde e articulá-las com as políticas de proteção social. A ideia por trás do INAMPS era integrar ações de saúde com o sistema previdenciário, proporcionando uma cobertura abrangente para os segurados da previdência (BALDIJÃO, 1992).

Em 1977, criou-se o SINPAS - Sistema Nacional da Previdência Social, base jurídica do sistema de saúde da década de 70, em conjunto com a lei do Sistema Nacional de Saúde (1975), reorganizando a Previdência e procurando racionalizar e centralizar administrativamente a previdência. Foram criados: DATAPREV - empresa de processamento de dados com importante papel no controle e avaliação dos serviços. INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social. CEME - Central de Medicamentos. IAPAS - Instituto de Administração da Previdência e Assistência Social. FUNRURAL - LBA - Legião Brasileira de Assistência (CHIORO e SCAFF, s/a, p.7).

Conforme Bertolli Filho (1996), a saúde no Brasil nos anos 80 passou por uma série de transformações políticas, sociais e econômicas significativas. O país estava sob o regime ditatorial desde 1964, e a década de 1980 foi marcada pela transição para a democracia, com o fim do regime militar e o retorno gradual das liberdades democráticas. Paralelamente, o Brasil enfrentou uma grave crise econômica que teve impactos profundos na sociedade.

Nesse contexto, a saúde tornou-se uma questão de interesse central para a sociedade civil, que buscava organizar-se politicamente para debater e reivindicar melhores condições de vida e acesso aos serviços de saúde. A democratização política permitiu um espaço maior para a participação da sociedade civil na formulação de políticas públicas, incluindo as políticas de saúde.

Os movimentos sociais, sindicatos, organizações de direitos humanos e grupos de saúde passaram a se mobilizar em torno de demandas relacionadas à saúde, buscando garantir o acesso universal e equitativo aos serviços de saúde, bem como defender o direito à saúde como um direito fundamental dos cidadãos.

A partir de 1985 até 1988, com a Nova República, foram introduzidas importantes modificações nas políticas econômicas e sociais brasileiras: do ponto de vista econômico, um compromisso com o crescimento; do ponto de vista do social, os movimentos organizados da sociedade começam a ter maior presença nos conselhos de gestão nacional, nas áreas de saúde, previdência, educação e trabalho (JUNIOR e NOGUEIRA, 2002, p. 127).

Essa mobilização em torno da saúde foi também uma expressão da busca por uma democracia mais ampla e inclusiva, na qual os cidadãos tivessem voz ativa na definição das políticas públicas<sup>4</sup> que afetavam suas vidas. Portanto, a questão da saúde tornou-se um elemento central na agenda política da época, relacionada não apenas à melhoria das condições de vida, mas também à consolidação e aprofundamento do processo democrático no Brasil.

Portanto, a conjuntura de saúde pública pós-1964 foi caracterizada por uma forte influência do setor privado, uma falta de universalidade nos serviços médicos e benefícios previdenciários, e uma persistência das desigualdades sociais e de saúde entre diferentes segmentos da população. Assim, nesse contexto de luta contra a ditadura, é que tem suas raízes a Reforma Sanitária, que surgiu como uma resposta à necessidade de mudanças profundas e transformações na área da saúde, visando não apenas a reforma do sistema de saúde, mas uma reestruturação ampla de todo o setor saúde em busca da melhoria das condições de vida da população.

Retrospectivamente, pode-se afirmar que os brasileiros responderam a esse desafio com muita ousadia, articulando lutas sociais com a produção de conhecimentos. Enquanto enfrentavam a ditadura e denunciavam o autoritarismo impregnado nas instituições e nas práticas de saúde, defendiam a democratização da saúde como parte da democratização da vida social, do Estado e dos seus aparelhos. De um lado, engendravam a idéia, a proposta, o movimento e o projeto da Reforma Sanitária brasileira e, de outro, construíam um novo campo científico e um novo âmbito de práticas denominado Saúde Coletiva (PAIM, 2009, p.29).

A expressão "Reforma Sanitária" foi utilizada para abarcar um conjunto de ideias e propostas que iam além da simples reforma do sistema de saúde. Ela englobava uma visão ampla e abrangente sobre como a saúde deveria ser pensada e organizada na sociedade, incluindo questões como acesso universal, promoção da saúde, participação

---

<sup>4</sup> Segundo Peters (1986) , política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos.

popular, descentralização do sistema, integração dos serviços de saúde e enfatizando a saúde como um direito fundamental de todos os cidadãos.

Segundo Menicucci (2014), uma ampla gama de atores esteve involucrada no Movimento da Reforma Sanitária;

É bom lembrar que a reforma sanitária vem desse movimento de diferentes atores na sociedade: a categoria médica, as associações médicas, o movimento popular em saúde, os partidos de esquerda, então na clandestinidade, o apoio da Igreja por meio das comunidades eclesiais de base e vários parlamentares, que passam a ter significativa atuação no Congresso (p.80).

Cada um desses atores desempenhou um papel fundamental na promoção da Reforma Sanitária, trazendo perspectivas diferentes e contribuindo com suas experiências e lutas específicas. Para Bravo e Matos (2004), é importante destacar um ator que aparece na década de 80, e que é o Serviço Social, visto que durante o período de 1974 a 1979, apesar do contexto de mudanças sociais, políticas e organizativas que ocorriam na sociedade brasileira, o Serviço Social na área da saúde não sofreu alterações significativas.

Na distensão política, 1974-1979, o Serviço Social na saúde não se alterou, apesar do processo organizativo da categoria, do aparecimento de outras direções para a profissão, do aprofundamento teórico dos docentes e do movimento mais geral da sociedade. O trabalho profissional continuou orientado pela vertente “modernizadora”. As produções teóricas, apesar de restritas na área, também não romperam com essa direção (BRAVO e MATOS, 2004, p. 6).

O Serviço Social, como profissão, tem historicamente uma forte ligação com as demandas e as lutas por justiça social, inclusão e garantia de direitos. No contexto da Reforma Sanitária, os profissionais de Serviço Social desempenharam papéis importantes em diferentes frentes; atuando nas equipes multidisciplinares, defesa dos direitos, participação nos movimentos sociais e produção de conhecimento e pesquisa;

Entretanto, o projeto da reforma sanitária vem apresentando como demandas que o assistente social trabalhe as seguintes questões: busca de democratização do acesso às unidades e aos serviços de saúde, atendimento humanizado, estratégias de interação da instituição de saúde com a realidade, interdisciplinaridade, ênfase nas abordagens grupais, acesso democrático às informações e estímulo à participação cidadã (BRAVO e MATOS, 2004. p. 10).

A relação entre a Reforma Sanitária e o Serviço Social é marcada por uma convergência de interesses e objetivos em prol da promoção da saúde como um direito social e da construção de um sistema de saúde mais justo, inclusivo e democrático. Os profissionais desempenham um papel relevante nesse contexto, contribuindo com

suas práticas, conhecimentos e valores éticos em defesa dos direitos e do bem-estar das pessoas.

Para Cunha e Cunha (1998), um marco importante na história da saúde pública brasileira e que desempenhou um papel fundamental na consolidação da Reforma Sanitária foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, que teve uma ampla participação de trabalhadores, governo, usuários, etc, junto com Conferências Municipais e Estaduais que trouxe resultados positivos na formulação de propostas de mudanças para o setor da saúde, todas elas consolidadas na Reforma brasileira. Segundo os autores, foram elaborados documentos que sistematizaram o processo de construção de um modelo reformador para a saúde, o qual serviu como base para as negociações na Assembleia Nacional Constituinte, que foi reunida logo depois.

O que se observa nesse período são discussões amplas destinadas à realização de reformas dos sistemas tributários, financeiro e administrativo, e de reformas na área social (educação, previdência social, habitação, assistência social, alimentação e nutrição). No caso da saúde, esse processo se dá através do movimento de Reforma Sanitária, que levou à criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (JUNIOR e NOGUEIRA, 2002, p. 127).

Após a promulgação da Constituição, iniciou-se a implementação do SUS, que visava garantir o acesso universal, integral e gratuito aos serviços de saúde em todo o país. Foram estabelecidos princípios como descentralização, participação social e atenção integral.

## 2.2 O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

A Constituição de 1988 estabeleceu o Sistema Único de Saúde (SUS) como direito fundamental de todos os cidadãos brasileiros. Isto marcou uma mudança significativa no sentido de uma abordagem mais equitativa e orientada aos cuidados de saúde primários e como parte integrante do tripé da Seguridade Social no Brasil. Esse tripé é composto pela saúde, previdência social e assistência social<sup>5</sup>. A inclusão da saúde nesse conjunto reforçou a importância do acesso universal e igualitário aos serviços de saúde como um direito fundamental de todos os cidadãos.

---

<sup>5</sup> No que tange ao modelo de proteção social, a Constituição Federal de 1988 é uma das mais progressistas, onde a Saúde, conjuntamente com a Assistência Social e a Previdência Social integra a Seguridade Social. À saúde coube cinco artigos (Art. 196 - 200) e nestes está inscrito que esta é um direito de todos e dever do Estado, e a integração dos serviços de saúde de forma regionalizada e hierárquica, constituindo um sistema único (BRAVO e MATOS, 2004, p.7).

"Criado pela Constituição de 1988, e regulamentado dois anos depois pelas Leis no. 8080/90 e no. 8142/90, o Sistema Único de Saúde é constituído pelo conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições públicos federais, estaduais e municipais e, complementarmente, por iniciativa privada que se vincule ao Sistema." (Ministério da Saúde, 1998).

Considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição;

Seus princípios apontam para a democratização nas ações e nos serviços de saúde que deixam de ser restritos e passam a ser universais, da mesma forma, deixam de ser centralizados e passam a nortear-se pela descentralização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000, p.5).

Chioro e Scaff (s/a), ressaltam que o SUS não é um sucessor do SUDS ou do INAMPS, e sim um novo sistema de saúde em construção; ele está composto pelo Ministério da Saúde, conforme determinado na constituição, e cada ente tem suas responsabilidades.

Também estão os Conselhos<sup>6</sup> de saúde, no âmbito de atuação nacional, estadual ou municipal, em suas diferentes esferas de atuação sejam estes nacional, estadual ou municipal. Os conselhos são importantes órgãos que representam e visam a participação social e por sobretudo o controle social no SUS, eles ficam responsáveis pela fiscalização, acompanhamento e a proposta de políticas públicas relacionadas à saúde.

Assim, também os conselhos devem garantir que os princípios<sup>7</sup> do SUS como a universalidade, equidade e a integralidade sejam respeitados; esses princípios são fundamentais para garantir que o SUS cumpra seu papel de promover a saúde e

---

<sup>6</sup> **Comissão Intergestores Tripartite (CIT)** Foro de negociação e pactuação entre gestores federal, estadual e municipal, quanto aos aspectos operacionais do SUS; **Comissão Intergestores Bipartite (CIB)** Foro de negociação e pactuação entre gestores estadual e municipais, quanto aos aspectos operacionais do SUS; **Conselho Nacional de Secretário da Saúde (Conass)**

Entidade representativa dos entes estaduais e do Distrito Federal na CIT para tratar de matérias referentes à saúde; **Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (Conasems)**

Entidade representativa dos entes municipais na CIT para tratar de matérias referentes à saúde; **Conselhos de Secretarias Municipais de Saúde (Cosems)**; São reconhecidos como entidades que representam os entes municipais, no âmbito estadual, para tratar de matérias referentes à saúde, desde que vinculados institucionalmente ao Conasems, na forma que dispuserem seus estatutos (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000)

<sup>7</sup> **Universalização:** a saúde é um direito de cidadania de todas as pessoas e cabe ao Estado assegurar este direito, sendo que o acesso às ações e serviços deve ser garantido a todas as pessoas, independentemente de sexo, raça, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. **Equidade:** o objetivo desse princípio é diminuir desigualdades. Apesar de todas as pessoas possuírem direito aos serviços, as pessoas não são iguais e, por isso, têm necessidades distintas. Em outras palavras, equidade significa tratar desigualmente os desiguais, investindo mais onde a carência é maior. **Integralidade:** este princípio considera as pessoas como um todo, atendendo a todas as suas necessidades. Para isso, é importante a integração de ações, incluindo a promoção da saúde, a prevenção de doenças, o tratamento e a reabilitação. Juntamente, o princípio de integralidade pressupõe a articulação da saúde com outras políticas públicas, para assegurar uma atuação intersetorial entre as diferentes áreas que tenham repercussão na saúde e qualidade de vida dos indivíduos. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

garantir o acesso universal a serviços de saúde de qualidade para toda a população brasileira. Eles refletem valores essenciais, como justiça, solidariedade, democracia e respeito à dignidade humana, que são fundamentais para uma sociedade mais saudável e igualitária.

Em uma publicação da Agência Brasil (2018), foi realizada uma pesquisa pelo Instituto Datafolha, onde foram entrevistadas 2.087 pessoas, dita amostra estava composta por homens e mulheres com idade superior a 16 anos, e o resultado apresentado foi que 87% dos que dependem do SUS classificam a ela como péssima, ruim ou regular. Dentre as demandas apresentadas pelos entrevistados.

Dentre as demandas apresentadas pelos entrevistados, 73% destacam que o atendimento não é igual para todos, dificuldade de acesso a médicos especialistas, exames, destacando como umas das avaliações mais negativas o tempo de espera para obter uma resposta do SUS para consultas. Este tipo de pesquisa demonstra claramente uma posição insatisfatória por parte dos usuários da rede de saúde, evidenciando como os princípios fundamentais do SUS, não estão sendo plenamente alcançados, o que representa os desafios contínuos em garantir que toda a população tenha acesso igualitário.

Para Simionato e Nogueira (1994), destaca que um dos fatores que pode ser o causante da desigualdade de acesso à saúde deve-se à crescente mercantilização da saúde, o que diminui consideravelmente o papel do estado em relação aos serviços públicos de saúde. Dentre as responsabilidades no SUS para garantir esses princípios fundamentais estão o Ministério da Saúde que é o órgão central do governos federal responsável por formular e coordenar a política nacional de saúde, além de financiar e apoiar os estados, municípios e o Distrito Federal na execução das ações e dos serviços de saúde. Cabe ao governo federal também a gestão de programas e políticas de abrangência nacional, como o Programa Nacional de Imunizações (PNI) e o Programa de Atenção Básica.

A gestão federal da saúde é realizada por meio do Ministério da Saúde. O governo federal é o principal financiador da rede pública de saúde. Historicamente, o Ministério da Saúde aplica metade de todos os recursos gastos no país em saúde pública em todo o Brasil, e estados e municípios, em geral, contribuem com a outra metade dos recursos. O Ministério da Saúde formula políticas nacionais de saúde, mas não realiza as ações. Para a realização dos projetos, depende de seus parceiros (estados, municípios, ONGs, fundações, empresas, etc.). Também tem a função de planejar, elaborar normas, avaliar e utilizar instrumentos para o controle do SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Os estados e o Distrito Federal são responsáveis por coordenar e executar ações e serviços de saúde em sua área de competência, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo governo federal. Eles são responsáveis pela gestão de hospitais estaduais, pela regulação de serviços de média e alta complexidade, e pela coordenação da vigilância epidemiológica e sanitária em seu território.

Os estados possuem secretarias específicas para a gestão de saúde. O gestor estadual deve aplicar recursos próprios, inclusive nos municípios, e os repassados pela União. Além de ser um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais de saúde, o estado formula suas próprias políticas de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível estadual, respeitando a normatização federal. Os gestores estaduais são responsáveis pela organização do atendimento à saúde em seu território (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

Os municípios são a base do SUS e têm a responsabilidade de prestar serviços de saúde à população em sua área de abrangência. Eles são responsáveis pela gestão da atenção básica, pela organização da rede de serviços de saúde, pela promoção da saúde e pela participação na vigilância epidemiológica e sanitária. Além disso, os municípios também podem ser responsáveis pela gestão de hospitais municipais e pela oferta de serviços especializados.

São responsáveis pela execução das ações e serviços de saúde no âmbito do seu território. O gestor municipal deve aplicar recursos próprios e os repassados pela União e pelo estado. O município formula suas próprias políticas de saúde e também é um dos parceiros para a aplicação de políticas nacionais e estaduais de saúde. Ele coordena e planeja o SUS em nível municipal, respeitando a normatização federal. Pode estabelecer parcerias com outros municípios para garantir o atendimento pleno de sua população, para procedimentos de complexidade que estejam acima daqueles que pode oferecer (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2022).

O SUS no Brasil como pode-se ver está estruturado de forma descentralizada (União, estado e municípios), onde cada um possui uma responsabilidade distinta, articulando entre elas para a efetividade do sistema. Porém, como destacado por Simionatto e Nogueira (1994), essa articulação está sendo um grande desafio devido a crescente mercantilização da saúde o que permite a redução do papel do Estado e o setor privado passa a ter maior controle sobre áreas essenciais priorizando o lucro, o que leva a uma limitação nas ações coletivas de promoção da saúde pública.

### **3 SERVIÇO SOCIAL E SAÚDE**

Neste capítulo será enfatizado o surgimento do Serviço Social a partir das influências sócio históricas da época, a atuação do profissional na saúde e os parâmetros que regem ela.

### 3.1 ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA SAÚDE

O surgimento do Serviço Social no país, entre as décadas de 1930 e 1964, foi fortemente influenciado pelas correntes europeias, especialmente as católicas, que buscavam respostas para as questões sociais emergentes da época.

Para Castro (2011), o surgimento do Serviço Social no Brasil, tem sua origem na igreja católica, organização composta por uma intelectualidade laica estritamente ligada à hierarquia católica, com uma visão messiânica. Segundo Estevão (1984), a origem do serviço social tem sua origem nos serviços de assistência prestados aos mais pobres por “mulheres piedosas”, a maioria delas provenientes de famílias bem sucedidas, as chamadas damas da caridade.

Desde que existem pobres, há gente que se preocupa com eles. Mas a partir do surgimento da sociedade capitalista, quando o lucro deixou de ser pecado ou imoralidade, que a preocupação com as “classes despossuídas” e os problemas sociais e políticos que esta população poderia criar, tornou-se uma necessidade de defesa da burguesia recém chegada ao poder (ESTEVÃO, 1984, p. 10).

Desta forma, a igreja e o Estado dividem suas tarefas para “atender” as necessidades dos pobres, por uma parte o Estado de forma imponente tenta trazer a paz política e por sua vez a igreja, responsável pela parte social, ou seja, a “caridade”, com a justificativa de que todos devem fazer o bem (ESTEVÃO, 1984). No início do século XX, a Igreja Católica buscava reafirmar sua influência em uma sociedade cada vez mais secularizada e marcada por profundas mudanças sociais e econômicas. A Ação Católica emergiu como um movimento que visava renovar a presença da Igreja na vida social e política das nações.

A primeira escola criada na América Latina foi no Chile em 1925, conseqüentemente no Brasil foi em 1936, e no Peru em 1934; “[...] apenas revela momentos específicos de um processo de maturação que atinge um ponto qualitativamente quando a profissão começa a se colocar sua própria reprodução de modo mais sistemático” (CASTRO, 2011, p. 35).

Apesar de sua ação extremamente limitada e de seu conteúdo assistencial e paternalista, foi a partir do lento desenvolvimento das Ligas das Senhoras Católicas e da associação das Senhoras Brasileiras que se criaram as bases materiais, que a partir da década de 30 permitirão a expansão escolas de Serviço Social (ESTEVIÃO, 1984, p. 47).

No ano 1936, foi criada a Escola de serviço Social de São Paulo, inserida pela Ação Católica e pela Ação Social, também no ano 1937 no Rio de Janeiro nasce a primeira escola sob inspiração católica, assim como a escola paulista. “[...] inscrevia-se na luta travada pela Igreja para defender o povo de influências consideradas nocivas e para constituir-se como a força normativa da sociedade” (CASTRO, 2011, p. 107). Em seguida, surge o Instituto de Educação Familiar e Social no ano de 1937, formado por duas escolas: uma de serviço Social e uma de Educação Familiar, sempre respaldada pelo Grupo de Ação Social (GAS), no ano seguinte em 1938, foi criada a Escola Técnica de Serviço Social, por iniciativa do Juizado de Menores, em 1940, o curso de preparação ao Serviço social incorpora-se à Escola de Enfermagem Ana Nery (CASTRO, 2011).

Como assinala Castro (2011), no Rio de Janeiro, a criação das escolas patrocinadas pela Escola de Enfermagem Ana Nery e pelo Juizado de Menores, ainda que não estivessem diretamente sob a tutela da Igreja, tinha suas bases fundamentadas na doutrina moralista e nos princípios religiosos católicos. Essas instituições educacionais, embora laicas em sua administração e formalmente separadas da Igreja, eram profundamente influenciadas pelos valores e princípios católicos, que permeavam a formação e atuação profissional dos alunos.

De certa forma a influência católica era parte de uma estratégia mais ampla de manutenção da ordem social e moral, que buscava moldar as práticas profissionais de acordo com uma visão de mundo conservadora e religiosa. Segundo lamamoto e Carvalho (2014), o surgimento de cursos intensivos para o trabalho de auxiliares sociais junto com as bolsas de estudo que eram mantidas pelas mesmas instituições que surgiram no ano de 1942, foram uma forma acelerada de formação de Assistentes Sociais, tudo isso a consequência da grande demanda por profissionais na época. A profissão foi sofrendo grandes avanços desde as primeiras escolas, surge uma nova visão onde o profissional consegue se posicionar de forma mais crítica a partir da realidade do Brasil.

[...] seu significado social se expressa pela demanda de atuar nas sequelas da questão social brasileira, que, em outros termos, revela-se nas desigualdades

sociais e econômicas, objeto da atuação profissional, manifestas na pobreza, violência, fome, desemprego, carências materiais e existenciais, dentre outras (CRESS-SE, s/a).

Desta forma, pode-se dizer que o objeto de trabalho do assistente social se baseia nas diferentes formas da questão<sup>8</sup> social, sendo assim. “Os assistentes sociais trabalham na Questão Social nas suas mais variadas expressões quotidianas, tais como os indivíduos que as experimentam no trabalho, na família, na área habitacional, na saúde, na assistência social pública, etc.” (IAMAMOTO, 1997, p. 14).

Nas últimas três décadas o Serviço Social teve um grande avanço no processo de renovação teórico-metodológico, conseguindo fortalecer a qualificação científica e o posicionamento ético-político. O movimento de transformação é influenciado pela ruptura com o conservadorismo tradicional da profissão (IAMAMOTO e CARVALHO, 1982), a aproximação com a teoria marxista, vai surgindo uma nova interpretação do Serviço Social, compreendendo-o como uma profissão inscrita no processo de produção e reprodução das relações sociais capitalistas, reconhecendo o assistente social como um trabalhador assalariado.

O profissional de Serviço social já não é visto apenas como um agente de caridade, assistência e sim como parte integrante do trabalho coletivo na sociedade capitalista, implicando desta forma uma relação de compra e venda da força de trabalho aos diferentes empregadores, sejam eles o Estado ou o setor privado. Assim, o campo de atuação dos primeiros assistentes sociais estava voltado essencialmente para a organização da assistência, educação e para a pesquisa social.

Ao longo dos anos foram diversos os campos de atuação dos assistentes sociais formados, tanto no setor privado como no público, dentre eles Hospital das Clínicas (1947), SESI, SENAI, Educação Popular, Juízo de menores, Previdência, SENAC, etc, (IAMAMOTO e CARVALHO, 2014). No entanto, é possível destacar que a prática tecnicista destes profissionais nessa época não dava passo a uma visão crítica, é

---

<sup>8</sup> A questão social representa uma perspectiva de análise da sociedade. Isto porque não há consenso de pensamento no fundamento básico que constitui a questão social.[...] E as consequências da apropriação desigual do produto social são as mais diversas: analfabetismo, violência, desemprego, favelização, fome, analfabetismo político, etc.; criando “profissões” que são frutos da miséria produzida pelo capital: catadores de papel; limpadores de vidro em semáforos; “avião” – vendedores de drogas; minhoqueiros – vendedores de minhocas para pescadores; jovens faroleiros – entregam propagandas nos semáforos; crianças provedoras da casa – cuidando de carros ou pedindo esmolas, as crianças mantêm uma irrisória renda familiar; pessoas que “alugam” bebês para pedir esmolas; sacoleiros – vivem da venda de mercadorias contrabandeadas; vendedores ambulantes de frutas; etc. Além de criar uma imensa massa populacional que frequenta igrejas, as mais diversas, na tentativa de sair da miserabilidade em que se encontram (MACHADO, .

assim que no final da década de 1970 a ascensão de movimentos sociais resultou numa nova aliança do Serviço social ao movimento político-social, participando das lutas sociais e a ruptura com o conservadorismo<sup>9</sup>. E com isso um novo perfil do assistente social;

[...] o Serviço Social no Brasil, até a primeira metade da década de sessenta, não apresentava polêmicas de relevo, mostrava uma relativa homogeneidade nas suas projeções interventivas, sugeria uma grande unidade nas suas propostas profissionais, sinalizava uma formal assepsia de participação político-partidária, carecia de uma elaboração teórica significativa e plasmava-se numa categoria profissional onde parecia imperar, sem disputa de vulto, uma consensual direção interventiva e cívica. A ruptura com este cenário tem suas bases na laicização do Serviço Social, que as condições novas postas à formação e ao exercício profissional pela autocracia burguesa conduziram ao ponto culminante [...] (NETTO, 2011, p. 128).

Seguindo com a ideia de Netto (2011), o autor destaca que o projeto profissional crítico do Serviço social se denomina “Projeto ético-político”;

[...] o Serviço Social brasileiro construiu um “projeto profissional radicalmente inovador e crítico, com fundamentos históricos e teórico-metodológicos hauridos na tradição marxista, apoiado em valores e princípios éticos radicalmente humanistas e nas particularidades da formação histórica do país” (IAMAMOTO, 2009, p. 4).

Esse projeto ético-político marca uma transformação significativa na profissão, posicionando o Serviço Social como uma prática comprometida com a justiça social, a emancipação humana e a construção de uma sociedade mais justa e equitativa. Consequentemente outro impacto muito importante dentro da profissão foi a regulamentação da profissão por meio da Lei 8.662/93, o Código de ética do Assistente Social, os Princípios Fundamentais Resolução CFESS n. 273, de 13 de março de 1993.

O código de Ética por sua vez norteia a atuação do assistente social dentro da saúde, como também dentro das demais políticas. Em ela estão as diretrizes fundamentais que orientam o trabalho do profissional, desde a prestação de serviço

---

<sup>9</sup> Na verdade, o Serviço Social nunca esteve ausente da cena política durante o ciclo ditatorial aberto com o golpe de abril de 1964. Ao longo de todo o ciclo ditatorial, incontável contingente de assistentes sociais apoiou-o abertamente (seja por convicções, seja por oportunismo); inúmeros assistentes sociais assumiram – por indicação política – cargos e postos de responsabilidade em órgãos estatais e públicos; vários assistentes sócias assessoraram serventários da ditadura e alguns foram mesmo distinguidos pelo regime e seus corifeus. É fato que o grosso da categoria profissional atravessou aqueles anos terríveis sem tugar nem mugir. Nada é mais falso do que imaginar que o nosso corpo profissional (nele incluídos, naturalmente, docentes e discentes) foi um coletivo de perseguidos ou um corajoso destacamento da resistência democrática. Mas é igualmente falso supor que todo esse corpo profissional foi um obediente batalhão a bater continência aos donos do poder. De 1964 a 1979, uma diminuta minoria de profissionais, docentes e estudantes resistiu à ditadura pelos meios que encontrou, e boa parte deles recebeu do regime a resposta do terror estatal – também em nosso corpo profissional contam-se exemplo de destemor, fidelidade a grandes ideais, sacrifícios, solidariedade, enfim grandeza humana e meio a perseguições, tortura, prisão e exílio. (NETTO, 2009, p. 664).

diretos à população, no planejamento e na assessoria (BRAVO, 2004), ou seja, os aspectos normativos e deveres como também os valores que identificam o projeto societário que é defendido pela categoria profissional. Assim, nos Art 4 e 5 do da Lei 8862/93 que regulamenta a profissão, do Assistente Social encontra sobre as Competências<sup>10</sup> e atribuições<sup>11</sup> privativas do profissional, auxiliando e guiando o assistente social nos diferentes campos de atuação.

O profissional de serviço social é reconhecido enquanto profissional de saúde pela Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) nº 218, de 6 de março de 1997 e pela Resolução do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) nº 383, de 29 de março de 1999. O CFESS, em 2010 publicou uma cartilha “Parâmetros para Atuação do Assistente Social na Política de Saúde”, onde são apresentados os conceitos fundamentais para a ação do assistente social, a concepção de saúde, a integralidade, a intersetorialidade, a participação social e a interdisciplinaridade” (CFESS, 2010, p.39).

Ainda que existam documentos que direcionam o profissional a forma de atuar no campo de trabalho como citados anteriormente, o trabalho do Assistente Social está profundamente influenciado pelo processo histórico e social no qual este atua. Quer dizer, a inserção do profissional de Serviço social está ligada a uma compreensão

---

<sup>10</sup> Art. 4º Constituem competências do Assistente Social: I - elaborar, implementar, executar e avaliar políticas sociais junto a órgãos da administração pública, direta ou indireta, empresas, entidades e organizações populares; II - elaborar, coordenar, executar e avaliar planos, programas e projetos que sejam do âmbito de atuação do Serviço Social com participação da sociedade civil; III - encaminhar providências, e prestar orientação social a indivíduos, grupos e à população; IV - (Vetado); V - orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos; VI - planejar, organizar e administrar benefícios e Serviços Sociais; VII - planejar, executar e avaliar pesquisas que possam contribuir para a análise da realidade social e para subsidiar ações profissionais; VIII - prestar assessoria e consultoria a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, com relação às matérias relacionadas no inciso II deste artigo; IX - prestar assessoria e apoio aos movimentos sociais em matéria relacionada às políticas sociais, no exercício e na defesa dos direitos civis, políticos e sociais da coletividade; X - planejamento, organização e administração de Serviços Sociais e de Unidade de Serviço Social; XI - realizar estudos sócio-econômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (CFESS,2011, p. 44-45).

<sup>11</sup> Art. 5º Constituem atribuições privativas do Assistente Social: I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social; II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social; III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social; IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social; V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular; VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social; VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação; VIII - dirigir e coordenar associações, núcleos, centros de estudo e de pesquisa em Serviço Social; IX - elaborar provas, presidir e compor bancas de exames e comissões julgadoras de concursos ou outras formas de seleção para Assistentes Sociais, ou onde sejam aferidos conhecimentos inerentes ao Serviço Social; X - coordenar seminários, encontros, congressos e eventos assemelhados sobre assuntos de Serviço Social; XI - fiscalizar o exercício profissional através dos Conselhos Federal e Regionais; XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas; XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional (CFESS,2011, p. 45-46).

específica das necessidades sociais, que estão recortadas e organizadas a partir das demandas da sociedade e da instituição que emprega o profissional.

Assim, o trabalho dos assistentes sociais não se desenvolve independentemente das circunstâncias históricas e sociais que o determinam, de fato, a inserção do Serviço Social nos diversos processos de trabalho, encontra-se profunda e particularmente enraizado na forma como a sociedade brasileira e os estabelecimentos empregadores do Serviço Social recortam e fragmentam as próprias necessidades do ser social e a partir desse processo como organizam seus objetivos institucionais que se voltam a intervenção sobre essas necessidades (HORÁCIO, s/a, p. 3 apud ABESS, 1996:36).

Isso significa que o profissional no campo de atuação não realiza suas funções de forma isolada ou neutra, cada instituição trabalha de forma direta com os objetivos estabelecidos e construídos a partir das necessidades que muitas vezes se encontram fragmentadas, porém atendendo a interesses mais amplos que envolvem políticas públicas, direitos sociais e as condições de vida da população. Desta forma, o Serviço social encontra-se assumindo um papel importante de mediador entre as demandas da população e as respostas da instituição empregadora.

Na realidade, a atual organização do sistema de saúde, ao tempo em que atende algumas reivindicações históricas do movimento sanitário, de que são exemplos a universalização, a descentralização e a incorporação dos mecanismos de controle social e participação social da comunidade, ainda não superam algumas contradições existentes, dentre as quais constam a demanda reprimida / exclusão, a precariedade dos recursos, a questão da quantidade e qualidade da atenção, à burocratização e a ênfase na assistência médica curativa individual (Horácio, s/a, p. 7-8).

A autora discorre sobre a tensão existente entre o modelo médico-hegemônico e as proposições do SUS, ressaltando a real necessidade de uma mudança na concepção de saúde. No modelo médico-hegemônico, a prioridade é curar o paciente a partir de uma demanda individual, porém o que destaca a mesma é que deveria priorizar ações baseadas nas reais necessidades da população.

É nesse cenário que vão surgindo as demandas e tensões na saúde, e com elas as demandas que os profissionais de Serviço Social terão que lidar com as contradições entre as práticas tradicionais e os novos desafios impostos no cotidiano. Para Horácio (2010), na sua dissertação de doutorado referente às demandas do profissional de serviço social, a mesma conclui que;

No caso das demandas ao Serviço Social, conforme reflexões e conclusões explicitadas no referido estudo, verificou-se uma relação direta entre a ampliação

da incorporação dos assistentes sociais na equipe de saúde e o reconhecimento da determinação social das doenças e da saúde como resultante das condições de vida. [...] Os principais vetores das demandas ao Serviço Social derivam das contradições presentes no SUS, que se relacionam ao confronto entre a cultura institucional tradicional e o desafio de reorganização dos serviços para adaptar-se às exigências legais de garantia do acesso universal e integral, a ser alcançado através da organização de um sistema único, por nível de governo, baseado nos princípios da universalidade, integralidade e participação social, bem como nas diretrizes da descentralização e hierarquização. (HORÁCIO, 2010, p. 22).

Essas demandas apresentadas a partir das contradições presentes no SUS, junto com o papel que o profissional de Serviço Social desenvolve na tentativa de responder a essas contradições são o que a autora denomina como “demandas reprimidas” ou “necessidades não atendidas” ou seja, onde a população não consegue acessar ao sistema de saúde de forma adequada ou oportuna.

Deve-se entender que essas demandas não são exclusivas do Assistente Social, porém o profissional tem assumido um papel importante na tentativa de responder às necessidades, especialmente ao mediar o acesso aos direitos e serviços que devem ser garantidos pelo SUS. Nesse sentido, entende-se a importância do trabalho do profissional de forma integrada com outros setores, ou seja, ações intrasetoriais, de forma estratégica para assim lidar com as lacunas e desafios que surgem no cotidiano do SUS.

### 3.2 PARÂMETROS PARA A ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA SAÚDE

O campo de atuação do Assistente Social é muito abrangente, como descrito pelo CFESS e CRESS;

Em instituições públicas e privadas. Você pode encontrar assistentes sociais trabalhando em ministérios, autarquias, prefeituras, governos estaduais, em empresas privadas, hospitais, escolas, creches, unidades de saúde, centros de convivência, movimentos sociais em defesa dos direitos da mulher, da classe trabalhadora, da pessoa idosa, de crianças e adolescentes, de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais (LGBT), negros e negras, de indígenas, em organizações não governamentais, em universidades públicas e privadas e em institutos técnicos (CFESS e CRESS, 1993, p. 3).

Assim, o trabalho do Assistente Social nessas diversas áreas é fundamental para garantir o acesso aos direitos da população vulnerável, e que estão estabelecidos na Constituição Federal de 1988, promovendo a cidadania e a inclusão social. O profissional conta com um conjunto de instrumentos e técnicas<sup>12</sup> para que este

---

<sup>12</sup> Segundo Guerra (2000); Na medida em que os profissionais utilizam, criam, adequam às condições existentes,

possa garantir uma análises mais profunda da realidade social e institucional de cada usuário, porém na área da saúde o assistente social deve seguir os Parâmetros para a atuação de Assistente Sociais na saúde, pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)<sup>13</sup> que referênciava a atuação do mesmo promovendo intervenções dentro do contexto da saúde a fim de garantir os direitos dos usuários.

[...] “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” tem como finalidade referenciar a intervenção dos profissionais de Serviço Social na área da saúde. Constituiu-se como produto do Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde” instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) em 2008, que incorporou nas suas discussões e sistematizações as deliberações do 36º e 37º Encontro Nacional CFESS / CRESS. [...] Procura, nesse sentido, expressar a totalidade das ações que são desenvolvidas pelos assistentes sociais na saúde, considerando a particularidade das ações desenvolvidas nos programas de saúde bem como na atenção básica, na média e alta complexidade em saúde (CFESS, 2009, p. 5).

Este documento refere-se às atribuições e competências dos assistentes sociais no campo da saúde, destacando o papel essencial desses profissionais na defesa e promoção das políticas públicas de saúde. Enfatiza-se a importância das suas ações para garantir direitos sociais, fortalecer a participação e lutas de grupos sociais, além de contribuir para a efetivação do Sistema Único de Saúde (SUS). O trabalho dos assistentes sociais também se orienta por meio dos Projetos de Reforma Sanitária e com o Projeto Ético-Político Profissional, buscando melhorar a qualidade do atendimento nos serviços de saúde. Os profissionais de Serviço Social desempenham um papel fundamental na mediação entre os usuários e os serviços de saúde, os parâmetros são utilizados pelos profissionais para criar estratégias que favoreçam o acesso de forma equitativa, além de fortalecer a prática profissional alinhada aos princípios éticos políticos regidos no Serviço Social.

O documento intitulado como “Parâmetros para a atuação de Assistentes Sociais na Saúde” é fruto do Grupo de Trabalho “Serviço Social na Saúde”, instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e sua finalidade é referenciar a intervenção dos profissionais na área da saúde, buscando responder, uma

---

transformando-as em meios/instrumentos para a objetivação das intencionalidades, suas ações são portadoras de instrumentalidade. Deste modo, a instrumentalidade é tanto condição necessária de todo trabalho social quanto categoria constitutiva, um modo de ser, de todo trabalho. <https://www.uel.br/cesa/sersocial/pages/arquivos/GUERRA%20Yolanda.%20A%20instrumentalidade%20no%20trabalho%20do%20assistente%20social.pdf>

<sup>13</sup> O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) é uma autarquia pública federal que tem a atribuição de orientar, disciplinar, normatizar, fiscalizar e defender o exercício profissional do/a assistente social no Brasil, em conjunto com os conselhos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS). O CFESS foi o responsável pela constituição em 2008 do documento que rege os Parâmetros para Atuação dos Assistentes Sociais na Política de Saúde. Para mais informações sobre o CFESS, consultar o site: [www.cfess.org.br](http://www.cfess.org.br) (CFESS,2017).

demanda da categoria em torno de orientações gerais sobre prática profissional e as respostas a serem dadas às demandas identificadas no cotidiano no campo da saúde, como também, àquelas requisitadas pelos usuários dos serviços e empregadores desses profissionais (SILVA e SILVA, 2019, p. 4).

No primeiro eixo refere-se ao Atendimento Direto aos usuários;

Se dá nos diversos espaços de atuação profissional na saúde, desde a atenção básica até os serviços que se organizam a partir de ações de média e alta complexidade, e ganham materialidade na estrutura da rede de serviços brasileira a partir das unidades da Estratégia de Saúde da Família, dos postos e centros de saúde, policlínicas, institutos, maternidades, Centros de Apoio Psicossocial (CAPs), hospitais gerais, de emergência e especializados, incluindo os universitários, independente da instância a qual é vinculada seja federal, estadual ou municipal (CFESS, 2010, p. 41).

Sendo assim, conforme o CFESS (2010), ressalta a importância da integração entre as ações socioassistenciais, com uma articulação interdisciplinar e socioeducativa no contexto do trabalho em saúde. Estas ações não ocorrem de forma isolada, e sim como partes complementares e indissociáveis de um processo coletivo, é preciso uma abordagem integrada para enfrentar as complexidades dos problemas de saúde, que envolvem aspectos biológicos, psicológicos e econômicos.

Segundo Da Silva (2014), às ações socioeducativas são ações de intervenção desenvolvidas diretamente com os usuários, e ela representa uma das principais demandas dos profissionais de Serviço Social. Em relação a articulação interdisciplinar a autora enfatiza que são ações de articulação entre os profissionais das diversas áreas, onde é possível realizar uma troca de conhecimentos com um único objetivo.

No segundo eixo refere às ações de Mobilização, Participação e Controle Social:

Este eixo envolve um conjunto de ações voltadas para a mobilização e participação social de usuários, familiares, trabalhadores de saúde e movimentos sociais em espaços democráticos de controle social (conselhos, conferências, fóruns de saúde e de outras políticas públicas) e nas lutas em defesa da garantia do direito à saúde. As atividades realizadas têm por objetivo contribuir na organização da população e dos usuários enquanto sujeitos políticos, que possam inscrever suas reivindicações na agenda pública da saúde (CFESS, 2010, p. 57).

É de suma importância a participação da sociedade civil organizada no processo de tomada de decisão e na implementação de políticas públicas, priorizando

demandas ou acompanhando de perto a execução das políticas, além disso a mobilização e a participação permitem o fortalecimento da democracia. A democracia participativa é uma ferramenta fundamental para fortalecer o controle social, possibilitando que cidadãos se tornem agentes de transformação social.

O terceiro eixo trata da Investigação, Planejamento e Gestão; é crucial que o assistente social esteja inserido nos espaços de gestão e planejamento, visto que estes profissionais desenvolvem um papel significativo na construção e defesa das políticas públicas, especialmente na saúde. Com base no Projeto Ético Político, o assistente social tem a responsabilidade de defender os direitos sociais dos usuários, garantir o acesso à saúde universal e fortalecer a participação social e as lutas por equidade.

Por último está o quarto eixo, que traz a Assessoria, Qualificação e Formação Profissional;

As atividades de qualificação e formação profissional visam ao aprimoramento profissional, tendo como objetivo a melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. Envolve a educação permanente dos trabalhadores de saúde, da gestão, dos conselheiros de saúde e representantes comunitários, bem como a formação de 51 estudantes da área da saúde e residentes, como também a assessoria, [...] (CFESS, 2010, p. 63).

As atividades de qualificação e formação profissional além de desempenhar um papel importante no aprimoramento das habilidades e competências dos trabalhadores da saúde, ela permite uma melhoria na qualidade dos serviços prestados aos usuários, fomentando a educação permanente de todos os envolvidos incluindo trabalhadores, gestores, conselheiros e representantes comunitários. Em este contexto é importante destacar a criação de oportunidades práticas, como campos de estágio e programas de residência, isto irá contribuir para o aprimoramento técnico e teórico dos profissionais.

Os parâmetros para atuação do assistente social na saúde, enfatizam que as ações dos assistentes sociais devem ir além de uma abordagem meramente emergencial ou burocrática. A ideia é que o assistente social promova uma prática que tenha uma perspectiva socioeducativa, refletindo sobre as condições sócio históricas que afetam os usuários. Por isso é importante que o profissional consiga superar práticas rotineiras e buscar uma atuação integrada e transformadora, a ideia é que o assistente

social promova ações além da assistência tradicional envolvendo mobilização popular, pesquisa e planejamento tanto na atenção básica quanto em níveis de maior complexidade.

No último capítulo será exposto sobre o trabalho do Assistente Social na saúde e no âmbito hospitalar, dando ênfase ao fazer profissional, os limites e possibilidades de intervenção no processo de desospitalização do profissional no Hospital Municipal Padre Germano Lauck.

## **4 HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK EM FOZ DO IGUAÇU**

O presente capítulo contextualiza o trabalho do Assistente Social no âmbito hospitalar, em particular na intervenção de desospitalização por parte do assistente social que trabalha no setor de Serviço Social do Hospital Municipal Padre Germano Lauck localizada no Município de Foz do Iguaçu.

### **4.1 BREVE CONTEXTO HISTÓRICO DO HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK.**

O Hospital Municipal Padre Germano Lauck (HMPGL), localizado em Foz do Iguaçu, no oeste do Paraná, teve sua origem em uma decisão fundamental para preservar vidas. A primeira fase de sua construção foi finalizada em setembro de 2006, marcando o início dos atendimentos. Essa etapa foi realizada por meio de um projeto que uniu esforços entre o Município, o Estado e a União. A administração do hospital é da responsabilidade da Saúde Plena, uma entidade vinculada ao Município de Foz do Iguaçu. A fim de garantir sua operação, o hospital recebe financiamento proveniente do governo federal, estadual e municipal.

O marco oficial de inauguração ocorreu em 10 de junho de 2011. O Hospital Municipal Padre Germano Lauck está integrado à rede de instituições de saúde que operam sob o Sistema Único de Saúde (SUS) e é gerenciado pela Fundação Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu.

No contexto regional, o hospital desempenha um papel destacado, sendo o maior na área do extremo oeste do Paraná. Seu atendimento se estende aos nove municípios que compõem a 9ª Regional de Saúde. Além disso, assume uma função crucial como referência em situações de emergência e trauma. Isso se estende a turistas brasileiros e estrangeiros que visitam a região da Tríplice Fronteira, incluindo indivíduos desprovidos de seguro de saúde.

Figura 02: 9ª Regional de Saúde - Foz do Iguaçu



Fonte: Secretaria da Saúde, Governo do Paraná  
(<https://www.saude.pr.gov.br/Pagina/9a-Regional-de-Saude-Foz-do-Iguacu>).

No ano de 2013, como resposta ao Decreto nº 22.156 de 9 de maio, surgiu a criação da Fundação Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu. Essa entidade passou a administrar e supervisionar o hospital, adotando uma estrutura de gestão que envolvia tanto o Conselho Curador quanto a Diretoria Executiva. Durante o período que se estendeu até 2016, o hospital enfrentou uma série de desafios relacionados à gestão e à alocação de recursos financeiros. Como resultado, houve uma transição completa de administração para o Governo do Estado do Paraná, ficando sob a responsabilidade da Fundação Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, que é subordinada ao governo municipal.

Figura 03: Frente do Hospital Municipal Padre Germano Lauck



Fonte: HMPGL, 2020.

Através da Lei Nº 4.084, de 5 de maio de 2013, autoriza o Poder Executivo a instituir a Fundação Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, e dá outras providências. O Art. 8º estabelece quais serão os órgãos da Administração da Fundação Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu: I - Conselho Curador; II - Conselho Fiscal; e III - Diretoria Executiva, assim além da parte administrativa o organograma descreve as partes que compõem o Hospital, sendo estas parte administrativa, jurídica, conselho fiscal, corpo clínico entre outros serviços oferecidos pela instituição.

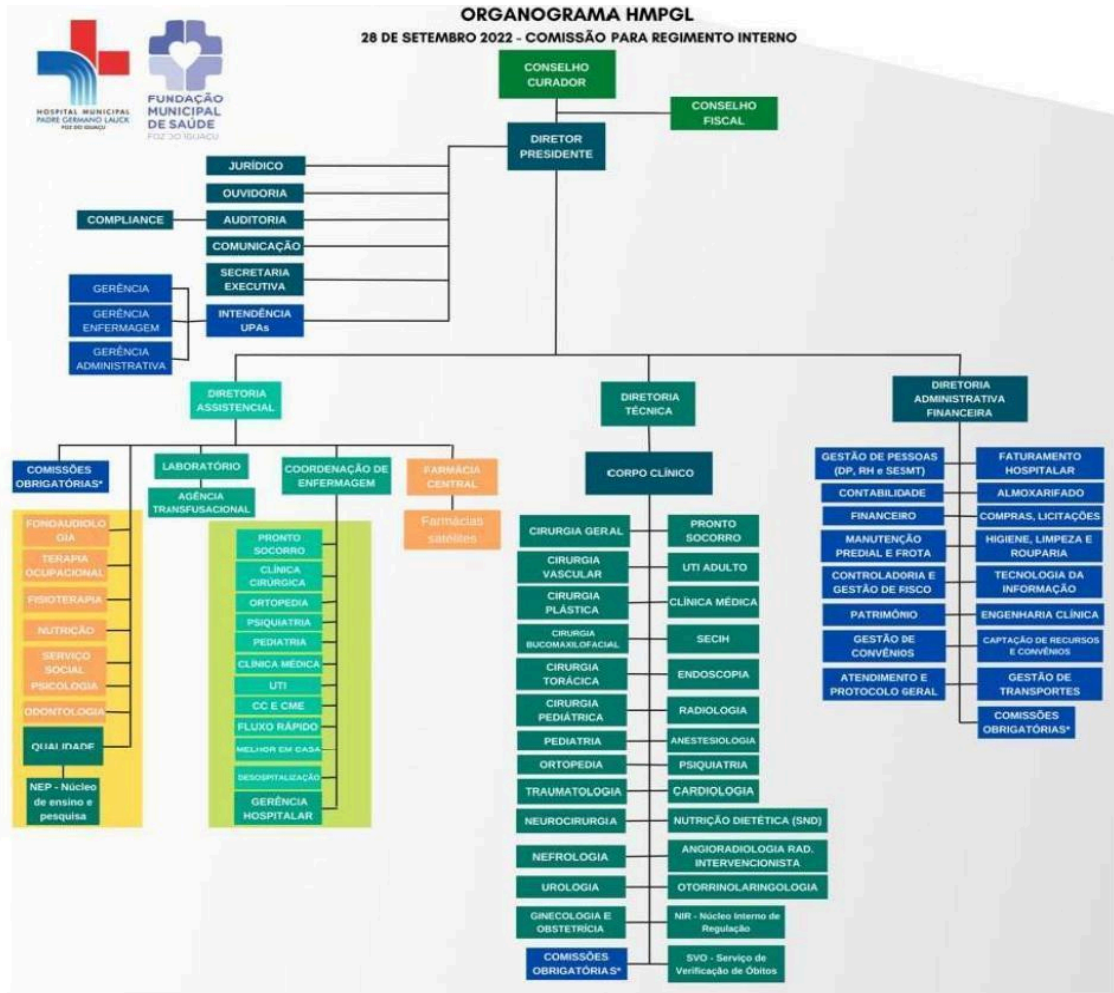
Com base no Estatuto de Criação da Fundação Municipal de Saúde de Foz do Iguaçu, a entidade responsável pelo controle do Hospital Municipal, todas as decisões devem ser tomadas dentro da hierarquia estabelecida, com o órgão principal sendo o Conselho Curador. Este conselho, sob sua administração, toma as decisões que estejam em conformidade com o Objeto Social da Fundação e se relacionem com o funcionamento adequado da instituição hospitalar.

Isso significa que o Conselho Curador desempenha um papel central na governança e na tomada de decisões que afetam o Hospital Municipal, garantindo que as ações estejam alinhadas com os objetivos estatutários e sejam voltadas para o atendimento de saúde adequado e eficaz.

Assim, com base no estatuto do HMPGL, foi criado o organograma, a sua última atualização foi em 2022, ela define claramente as áreas e consequentemente as especialidades que o hospital proporciona, desta forma o Serviço social se encontra entre as comissões obrigatórias da diretoria assistencial e atualmente o HMPGL conta com 12

profissionais do Serviço Social.

Figura 04: Organograma do HMPGL



Fonte: HMPGL (2022).

Segundo Radaelli (2022), o HMPGL, foi estabelecido em resposta a uma grande demanda da população e a solicitação dos então gestores municipais, estaduais e federais. Segundo a autora o hospital se tornou referência em atendimentos de média complexidade na região, inicialmente em 2006, o hospital possuía 207 leitos, o que desencadeou um grande desafio em relação a capacidade, especialmente logo depois do fechamento da Santa Casa<sup>14</sup>. Toda essa situação resultou na ampliação da estrutura do

<sup>14</sup>Na década de 1940 o Hospital Santa Casa Monsenhor Guilherme foi fundado e por tempos foi referência no atendimento em saúde na região com particularidades filantrópicas, e iniciou sua prestação de serviço a toda a comunidade de Foz do Iguaçu e posteriormente alguns sujeitos dos países vizinhos. Por longos anos a Santa Casa

hospital, que culminou em sua inauguração oficial em 10 de junho de 2011, tendo assim a nova capacidade para mais de 300 leitos, tudo isso sob a gestão do então prefeito Paulo MacDonal Ghisi e o vice Francisco Lacerda Brasileiro. Isso reflete a importância crescente do hospital como uma peça central na prestação de cuidados de saúde na região, atendendo não só os moradores locais, mas também uma grande quantidade de turistas e visitantes internacionais.

#### 4.2 ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAUCK EM FOZ DO IGUAÇU.

A área de Serviço Social atende às demandas ou solicitações provenientes do Setor de Enfermagem, dos Médicos, dos Psicólogos e de qualquer outra área que necessite de intervenção, desde que seja dentro do Hospital, para atender às necessidades específicas dos pacientes. Em casos específicos, essas demandas também são atendidas fora do Hospital, dependendo de sua complexidade e sempre com a aprovação da direção do Hospital.

Os profissionais atuantes no interior do hospital demandam necessidades específicas para que o exercício profissional seja desempenhado de forma eficiente, exigindo uma postura ética e protocolos cruciais que embasam seus atendimentos, garantindo a efetivação da política de saúde dos sujeitos usuários do SUS. Esses profissionais atuam baseados por protocolos atrelados ao seu código de ética e a lei que regulamenta a profissão (RADAELLI, 2022, p. 63).

Para Vasconcelos (2012), o assistente social se desenvolve de forma integrada e colaborativa junto com uma equipe multidisciplinar, composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, auxiliares de enfermagem, etc. Essa atuação é crucial para poder garantir uma abordagem holística no cuidado dos pacientes, o profissional foca nas questões socio-econômicas dos usuários e suas famílias, identificando as demandas específicas de cada um e orientando sobre seus direitos

---

prestou atendimentos particulares, convênios e pelo Sistema Único de Saúde - SUS. A Santa Casa sendo um hospital filantrópico, público e privado, possuía uma forma de recebimento para manutenção e permanência dos atendimentos advinda de verbas públicas e dos convênios particulares. Porém a situação financeira não se sustentou por muito tempo devido à demanda de atendimento aos usuários do SUS e à evasão dos médicos e de seus convênios, gerando um desequilíbrio financeiro, pois a demanda de atendimento gratuito era muito maior do que os convênios (RADAELLI, 2022, p. 46).

sociais e serviços públicos. Além disso, o profissional auxilia no desenvolvimento de planos de alta, referenciando os usuários de apoio comunitário.

Segundo autora mencionada anteriormente, não existem documentos oficiais que sinalizem com exatidão quando e como foi implementado o setor de Serviço Social no HMPGL, porém Mello e Silva (2011), assinalam que a implementação do Serviço Social na instituição se deu desde a abertura do hospital, destacando que os assistentes sociais já faziam parte do corpo de colaboradores desde o início das atividades.

Conforme especificado anteriormente tampouco existe algum documento publicado sobre as atribuições e ações do Assistente Social do HMPGL, porém Radaelli (2022), na sua defesa de TCC, apresenta o PROTOCOLO SERVIÇO SOCIAL elaborado em 2013, e que o mesmo se encontra na área de Serviço Social do hospital e que tem como objetivo tornar público as ações e competências do Assistente Social. Dito protocolo ficou vigente até o início da pandemia por meio do Decreto 27.994 de 25 de março de 2020. Após isso, o protocolo sofreu algumas alterações e nas demandas dos profissionais.

[...] o exercício profissional do Assistente Social no hospital municipal Padre Germano Lauck, no qual busca pela garantia e efetivação da política de saúde aos usuários do SUS Sistema Único de Saúde, tendo como objeto de estudo a relação de saúde/doença. Define os determinantes sociais que acometem a saúde do paciente e seu núcleo familiar, buscando decifrar através do estudo social as causas da doença e sua prevenção.” (RADAELLI, 2022, p. 45 apud PROTOCOLO SERVIÇO SOCIAL, 2013. p,1).

De acordo com o único documento achado sobre as atribuições do profissional de Serviço Social exposto por Radaelli (2022), destaca que tal protocolo descreve as atribuições para cada caso apresentado para o profissional e a equipe multidisciplinar. Sem dúvida, uma das limitações para conhecer sobre as atribuições que norteiam o trabalho do assistente social é sobre a socialização da mesma.

Porém, um dos desafios achados pela autora no protocolo cita dentre eles a falta de condições objetivas de trabalho, falta de comunicação entre os colaboradores da equipe multidisciplinar, as informações que chegam de forma distorcidas e equivocadas gerando a superlotação no setor, uma má distribuição das atribuições e lentidão no atendimento (RADAELLI, 2022).

Esses problemas apresentados geram desafios comuns entre as equipes, onde exige coordenação constante, resultando em sobrecarga de trabalho, desorganização e, conseqüentemente, no atendimento e nas intervenções. Algumas situações podem ser agravadas pela distorção de informações, o que impede a distribuição eficiente das atribuições, o que prejudica de forma significativa a ação integrada do Assistente social com os demais profissionais da equipe.

Assim o profissional deve estar equipado de algumas ferramentas que possibilitem realizar seu trabalho, essas ferramentas conhecidas como instrumentais dentro da dimensão técnico-operativo<sup>15</sup>. Os instrumentos de trabalho de assistentes sociais são ferramentas essenciais no processo de intervenção e mediação, e são sempre moldados pelas particularidades do contexto social, político e institucional em que a atuação ocorre.

O que define quais instrumentos e técnicas serão utilizados na intervenção são os objetivos profissionais, ou seja, o ato de agir que requer planejamento para a execução da ação profissional. É no momento da execução que a metodologia a ser aplicada é construída, onde o profissional deve se questionar do “**porquê**”, “**para quê**” e “**como**” determinado instrumento deve ser utilizado (GESUAS, 2020).

A escolha dos instrumentos e técnicas que o assistente social utilizará na intervenção deve e é guiada pelos objetivos estabelecidos no espaço ocupacional. É fundamental que haja um planejamento para garantir que a ação seja eficaz e possa atender às necessidades específicas do contexto de intervenção. O profissional precisa realizar uma reflexão sob três questões essenciais; porque utilizar um determinado instrumento? – essa pergunta está à justificativa da escolha, neste momento o profissional deve ter uma clareza sobre a função que esse recurso desempenha. Outra reflexão se baseia na pergunta – Para que utilizar esse instrumento; o foco aqui está na finalidade e nos resultados esperados. O assistente social deve ter uma visão bastante clara de como esse instrumento contribuirá para alcançar os objetivos da intervenção e por último; como utilizar essa ferramenta? Aqui se apresenta uma questão prática, nela envolve a aplicação concreta do instrumento ou técnica. O profissional de serviço social precisa planejar a forma como será executada, considerando sempre o contexto, os recursos disponíveis e as características do público alvo.

---

<sup>15</sup> A dimensão técnico-operativa, de acordo com as diretrizes curriculares para os Cursos de Graduação em Serviço Social no Brasil, propostas pela Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS), forma, junto com as dimensões teórico-metodológicas e ético-políticas, o pilar da formação profissional para o exercício da profissão dos assistentes sociais.

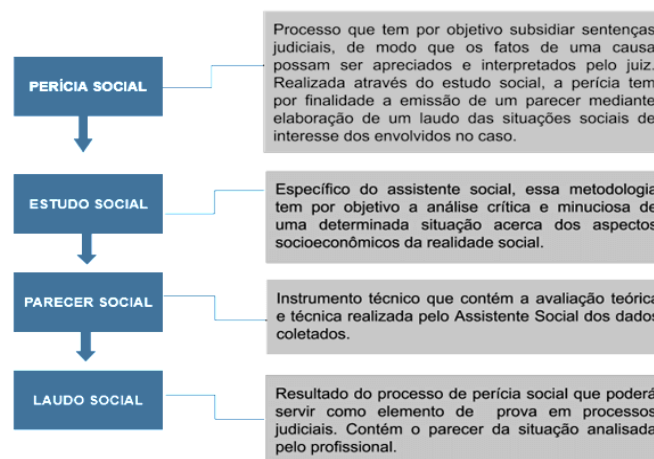
Dentre os instrumentais que o assistente social utiliza no seu cotidiano estão;

Os instrumentos diretos que proporcionam uma interação face a face, ou seja, por meio da linguagem gestual, pelo diálogo ou pela entonação (GESUAS, 2020). Eles podem ser: entrevista, visita, acolhimento social, acompanhamento social, atendimento social, trabalho em grupo, dinâmicas em grupo e reunião. Estes instrumentos diretos permitem ao profissional um trabalho mais direto com os usuários onde o profissional consegue realizar um trabalho mais eficaz, compreendendo melhor as necessidades dos usuários e proporcionando um suporte mais humanizado e personalizado.

Com essas ferramentas, o profissional tem a oportunidade de estabelecer uma relação de confiança, captar nuances através da linguagem corporal, do diálogo, da escuta ativa e da entonação. Além disso, o uso desses instrumentos ajuda a personalizar o atendimento e propor intervenções mais eficazes para cada caso, já que o contato próximo favorece a construção de vínculos e a adaptação do suporte oferecido às necessidades reais dos usuários.

Os instrumentos indiretos consistem no registro da interação realizada pelo instrumental face a face, independente da metodologia utilizada, entrevista, visita, acolhimento e/ou atendimento social (GESUAS, 2020). Elas são; estudo social, parecer social, relatório social, perícia social,

Figura 5: Instrumentais do Assistente Social



Fonte: GESUAS (2020).

Os instrumentos indiretos referem-se à documentação e registro das interações realizadas entre o profissional e o usuário. Esses instrumentos podem incluir registros escritos ou eletrônicos que detalham a interação, o contexto, os objetivos e os resultados observados. Isso pode ser feito em diferentes formatos, como relatórios de visitas domiciliares, fichas de atendimento, anotações de entrevistas e registros de acolhimento.

Eles são chamados de "indiretos" porque, ao contrário dos instrumentos diretos (como questionários ou testes aplicados no momento da interação), tratam-se de registros que têm como função manter um histórico das interações realizadas para monitoramento e acompanhamento posterior. Essas anotações podem ser fundamentais para a continuidade do trabalho, proporcionando um panorama sobre o progresso dos atendimentos e servindo como base para decisões futuras.

Dentre os instrumentais utilizados pelos profissionais do serviço social do HMPGL, está avaliação social, do paciente de forma tal que o profissional possa reconhecer as demandas dos usuários e possíveis encaminhamentos na garantia de direito. O acolhimento social é um processo de intervenção profissional que envolve a escuta social qualificada. Tem por objetivo identificar o problema de determinada situação no âmbito individual ou coletivo (GESUAS, 2020). Assim por meio deste instrumental que permite ao assistente social, investigar, analisar e compreender profundamente a situação social de indivíduos, famílias ou grupos. Ele permite identificar as demandas, necessidades e vulnerabilidades dessas pessoas e elabora diagnósticos que orientam a tomada de decisões sobre o acesso a direitos e benefícios, bem como a implementação de políticas públicas.

Outro instrumental utilizado pelo assistente social é o formulário para agendamento de reuniões junto com a equipe multidisciplinar e o familiar ou responsável pelo paciente para informar sobre o diagnóstico, evolução e possíveis encaminhamentos do mesmo.

A reunião é um instrumento presente no cotidiano de trabalho do assistente social, seja na atuação com grupos, nos encontros com usuários das políticas públicas ou nas reuniões de equipe. A reunião tem como característica, promover e intervir em espaços coletivos provocando uma reflexão crítica (GESUAS, 2020).

Também utiliza o encaminhamento para as instituições governamentais como consulados do Paraguai e Argentina. Foz do Iguaçu, por ser uma cidade que faz fronteira com Paraguai e Argentina, permite que o fluxo de pessoas seja considerável, o que permite uma demanda maior na área da saúde. Assim muitos dos pacientes que chegam indocumentados, e sem familiar, o assistente social faz o encaminhamento para as devidas providências junto ao consulado.

Um dos instrumentais referentes a desospitalização se encontra a orientação de alta, nela o assistente social faz o encaminhamento do usuário para as redes do qual precise o paciente nesse momento, seja este de saúde, assistência, etc assim ele continuará acedendo ao serviço que precise e que seus direitos sejam garantidos.

O Serviço Social desempenha um papel vital ao abordar algumas situações complexas, oferecendo suporte e orientação aos pacientes e suas famílias, garantindo o acesso a serviços sociais adequados e promovendo o bem-estar dos indivíduos envolvidos.

#### 4.3 O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL EM CONTEXTOS HOSPITALARES: DESAFIOS COTIDIANOS E OS LIMITES PARA A EFETIVAÇÃO DO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL.

O papel do Assistente Social dentro do ambiente hospitalar é crucial para fomentar a cidadania e assegurar o direito à saúde dos pacientes. O profissional tem a tarefa de conectar as demandas desses usuários com as políticas governamentais, promovendo uma estratégia intersetorial que vê a saúde como um direito de todos e um bem comum. Ele desempenha um papel importante na intermediação entre as necessidades institucionais do hospital e as necessidades dos pacientes, que constantemente apresentam situações adversas. Este atua de forma direta primeiramente na identificação e mitigação de fatores sociais que afetam a saúde, como moradia inadequada ou falta dela, alimentação e/ou ausência de acesso a serviços fundamentais.

No atendimento direto aos usuários, trabalhamos com pessoas fragilizadas que nos pedem um gesto humano: um olhar, uma palavra, uma escuta atenta, um

acolhimento, para que possam se fortalecer na sua própria humanidade (MARTINELLI, 2011, p. 499).

No ambiente hospitalar, os diagnósticos, os procedimentos e tratamentos no qual o usuário se expõe, ele se encontra fragilizado e muitas vezes os profissionais médicos e alguns outros profissionais da área da saúde deixam passar essa fragilidade do paciente. Então aí o Assistente Social realiza o trabalho direto com o paciente tendo uma iniciativa para melhorar o contato interpessoal, levando conforto e qualidade de vida para eles que são sujeitos que têm o direito ao atendimento humanizado.

A ação desses profissionais é de suma importância em princípios éticos-políticos, sempre na defesa do SUS, junto com as demais políticas, tendo nas suas mãos a responsabilidade de articular as necessidades do paciente junto com essas políticas. Desde 1940 o Assistente Social vem sendo requisitado no ambiente hospitalar, desde então o Assistente Social vem consolidando e avançando através de conquistas e junto com ele novas responsabilidades e demandas profissionais, como assim também novos espaços ocupacionais que exigem dele conhecimento no campo teórico e prático.

Trata-se, então, de apreender, compreender e interpretar que a ação dos assistentes sociais se materializa em meio às relações sociais contraditórias de interesses e necessidades distintas, nas quais, atualmente, o universal é substituído pelo focalizado, a gratuidade é vista como ônus da máquina estatal provocando atraso no desenvolvimento e no crescimento econômico. Deve-se considerar que as desigualdades sociais expressadas nas iniquidades econômicas, sociais, políticas e culturais da classe trabalhadora e subalterna, são as bases para se pensar e propor as intervenções (SILVA, 2006, p. 116)

É importante que o profissional possa enxergar além do sofrimento psíquico e físico do paciente e assim poder intervir na realidade, mas também nas diferentes expressões da questão social. Essas demandas são apresentadas por múltiplos fatores e refletem as contradições da realidade social e que exigem que o profissional esteja constantemente se qualificando. O processo permanente de formação faz com que o profissional possa ter uma leitura crítica da realidade e quais as melhores ou mais indicadas estratégias de intervenção considerando sempre as necessidades objetivas de cada indivíduo e comunidade atendida.

O perfil predominante do Assistente Social historicamente é o de um executor terminal das políticas sociais, que atua na relação direta com a população usuária. Hoje exige-se um trabalhador qualificado na esfera da execução, mas também na formulação e gestão de políticas sociais e empresariais; um profissional propositivo, com sólida formação ética, capaz de contribuir ao esclarecimento dos direitos sociais e dos meios de exercê-los, dotado de uma ampla bagagem de

informação, permanentemente atualizada, para se situar em um mundo globalizado (IAMAMOTO, 1999, p.113).

Segundo Iamamoto (1999), a importância da práxis social<sup>16</sup> no dia a dia do assistente social, que vem atuando como mediador nas relações sociais e viabilizando os direitos dos usuários. Essa prática demanda do profissional crítico, informado e que esteja atento às diferentes transformações sociais, que possa desenvolver habilidades em gestão de projetos, programas e pessoas.

Na contemporaneidade, a educação continuada do assistente social se torna essencial devido às inúmeras demandas e as constantes mudanças no conhecimento e nas tecnologias. Além disso, a qualificação do profissional é uma forma de garantir que o mesmo esteja inserido no mundo do trabalho. Considerando que o avanço tecnológico se dá de forma muito rápida, o conhecimento do assistente social deveria ser praticado sistematicamente (PEREIRA e BENETTI, 2014).

Assim, no contexto hospitalar cabe ressaltar que a saúde pública sofre inúmeras fragilidades no Brasil. Segundo o Jornal Digital “Hoje em Dia”, numa publicação realizada em 2021, destaca que; ‘A saúde pública no Brasil tem se revelado um verdadeiro martírio para sua gente. Insuficiência de profissionais, infraestrutura precária e superlotação são algumas das mazelas de um sistema fragilizado”.

Os hospitais de grande porte, convivem frequentemente com muitas limitações e desafios como pode-se ver na publicação realizada pelo jornal digital “Hoje em Dia”, porém existem outras demandas que muitas vezes são vistas pelos profissionais do serviço social e que representam grandes desafios para os assistentes sociais como, alto nível de exclusão social representado por uma diversidade de demandas. Além disso, o custeio e manutenção dos serviços, a falta de investimento compromete de forma crítica na qualidade dos serviços prestados pelo hospital como também no que se refere a garantia de direitos por parte do assistente social, limitando a capacidade de resposta eficaz frente às demandas apresentadas pelos pacientes.

Na área da saúde pública, o trabalho do assistente social apresenta algumas particularidades;

---

<sup>16</sup> Em uma definição mais completa, temos que a práxis social, "como qualquer ato social, é uma decisão entre alternativas efetuada pelo indivíduo singular, que faz escolhas acerca de propósitos futuros visados. Porém, não faz escolhas independentes das pressões que as necessidades sociais exercem sobre os indivíduos singulares, interferindo nos rumos e orientações de suas decisões" (IAMAMOTO, 2011, p. 254).

[...] o usuário não é apenas consumidor dos efeitos úteis do trabalho e/ou de insumos, medicamentos etc., mas é co-participante do processo de trabalho, na medida em que dele dependem o fornecimento de informações sobre seu estado de saúde e o cumprimento das recomendações terapêuticas. [...] Nesse sentido, [...] nos serviços de saúde pública, a força de trabalho é consumida em função da sua utilidade particular, que é “para uso” dos consumidores dos serviços. [...] esse uso se dá no interior do processo de produção dos serviços de saúde que requer uma relação direta entre quem produz e quem consome o serviço, exigindo uma co-participação do “usuário-consumidor” [...] essa co-participação, por sua vez, se realiza através do contato direto e imediato entre os trabalhadores da saúde e os sujeitos demandantes dos serviços, porque dessa interseção depende todo o desenvolvimento subsequente do processo de prestação do serviço, isto é, os momentos instituintes da realização daquele serviço [...] como o objeto da saúde incide sobre situações concretas (envolvem o processo de saúde-doença) e não sobre coisas, os resultados são de difícil previsão e o que se consome é o efeito presumido de uma determinada ação ou procedimento (COSTA, 2000, p. 40).

Se faz evidente a complexidade do trabalho na área da saúde, porém destacar o papel do paciente é relevante no processo de produção dos serviços. Ele não é um mero receptor passivo dos tratamentos, dos efeitos dos mesmos e dos insumos oferecidos, e sim como destacado por Costa (2000), um co-participante fundamental. É preciso que exista essa interação entre o paciente e o assistente social para que o serviço ocorra de maneira eficaz, uma vez que o profissional recebe todas as informações tanto da equipe de profissionais como do paciente por meio de um diálogo ativo, é possível garantir os direitos do usuário.

O papel do profissional de Serviço Social na saúde é essencial e multifacetado, ele não se limita só ao atendimento direto às necessidades dos pacientes, mas também na mediação de questões mais simples como o acesso aos direitos sociais. A intervenção do mesmo neste contexto procura assegurar que os usuários, especialmente aqueles em situação de vulnerabilidade e risco social, tenham acesso aos cuidados de saúde, incluindo medicamentos, exames e outros.

O profissional se preocupa com os aspectos sociais, econômicos e culturais que vão influenciar a saúde e a doença do paciente, tudo isso implica uma compreensão mais ampla do tratamento e a importância do apoio familiar, ajudando a fortalecer ou reconstruir vínculos que podem ter sido enfraquecidos.

De modo geral, a atuação do Serviço Social se insere na organização das práticas em saúde através das atividades de: Identificação/caracterização das condições socioeconômicas dos usuários; Interpretação/flexibilização de normas; Articulação/realização de atividades preventivas, informativas; Atendimento de urgências sociais e mobilização da comunidade; Elaboração de projetos na área da saúde, relatórios, pareceres, encaminhamentos (MAMEDO, 2009, p. 121).

Assim, a atuação do profissional se expressa por meio de atividades de planejamento, execução e acompanhamento, em uma ligação direta com a melhoria da qualidade de vida e da saúde do usuário, sempre na defesa dos seus direitos.

Diante do exposto é possível perceber as diversas requisições e desafios que o um assistente Social comprometido em concretizar o Projeto Ético Político em sua prática profissional. Em um contexto marcado pela hegemonia neoliberal<sup>17</sup>, o profissional de serviço social se enfrenta com a necessidade de articular uma intervenção crítica e comprometida com a justiça social.

Todos os desafios como a falta de orçamento, precarização do trabalho, a necessidade constante de capacitação dos profissionais exaustos com as diferentes demandas que se apresentam no cotidiano, desafiam diretamente os princípios do Projeto Ético Político na procura de promover a universalidade dos direitos, a equidade e a defesa dos interesses da população mais vulnerável.

Por isso, é preciso que o Assistente Social seja fiel ao Projeto Ético Político, isso exige resistência, e um esforço contínuo para transformar as condições sociais vigentes.

#### 4.4 A INTERVENÇÃO PROFISSIONAL NO PROCESSO DE DESOSPITALIZAÇÃO: UM ESTUDO A PARTIR DO SERVIÇO SOCIAL.

No processo de alta hospitalar,<sup>18</sup> o assistente social é um dos profissionais mais requisitado, segundo Machado et al (2016), o profissional é considerado essencial no processo de alta hospitalar, na medida que este profissional acompanha o paciente desde a admissão, a internação até a alta.

Planejar essa alta, de forma a que o paciente continue tendo acesso a política de saúde e demais políticas fica como demanda para o Assistente Social;

A desospitalização fundamenta-se na construção do processo de transição do cuidado de modo dialógico, humanizado, respeitando as necessidades e as escolhas possíveis do usuário e da família. Essa estratégia pode ser aplicada em diversas populações, como adultos com doenças crônicas não transmissíveis, crianças e adolescentes e usuários em cuidados paliativos. Por isso, suas diretrizes são pautadas no princípio da integralidade e exigem que a equipe

---

<sup>17</sup> Numa palavra, trata-se de uma velha ideologia que desempenha uma função política nova e, em parte, paradoxal: a de exaltar o mercado em benefício dos monopólios e contra os direitos sociais. As propostas políticas que dão corpo a tais idéias também ganharam importantes setores populares (BIOTO, s/a).

<sup>18</sup> Alta Hospitalar e Desospitalização são conceitos utilizados como sinônimos nesta pesquisa, tendo em vista que na literatura especializada possuem o mesmo sentido.

multidisciplinar trabalhe de forma coordenada e em rede para ter resolutividade. Pode-se afirmar, então, que a desospitalização se insere no processo do cuidar, na gestão, na educação em saúde, envolve o cuidado integral, a gestão de leitos, o planejamento para a alta, a humanização e o protagonismo do paciente (MINISTERIO DA SAUDE, 2021).

A desospitalização é um processo complexo que abrange diversas dimensões do cuidado em saúde. Ela se insere no contexto do cuidado integral ao paciente, que não só envolve o aspecto clínico, mas também social, psicológico e emocional. Neste processo o Assistente Social deve priorizar a transição cuidados do paciente do ambiente hospitalar para outros contextos de cuidado, seja no próprio lar, ou em outras instituições de saúde, garantindo assim que este continue recebendo a assistência necessária da forma menos invasiva.

O trabalho multidisciplinar se faz fundamental no processo de desospitalização, uma atuação coordenada entre os profissionais da saúde, que devem trabalhar em rede para planejar e executar essa transição. É importante destacar o respeito das escolhas e as necessidades do paciente e dos cuidadores se for o caso para que estejam bem informados e preparados para lidar com o novo contexto de cuidado fora do hospital.

A alta social é um procedimento técnico-profissional desenvolvido pelo Assistente Social com o apoio e suporte da equipe multiprofissional e das redes de serviços públicos e comunitários. Pressupõe, portanto, uma ruptura com o modo de intervenção profissional pautado na supervalorização da doença (estritamente biológica), que tem como base o modelo biomédico. Para tanto, torna-se crucial o resgate da proposta do conceito ampliado de saúde, que abarca a compreensão dos elementos que constituem o sujeito, e, portanto, percebem a saúde resultante de determinantes sociais, econômicos, culturais, étnico/ raciais, psicológicos e comportamentais (SEIBERT et al., 2019, p. 285).

Durante o processo da desospitalização, o assistente social se concentra exclusivamente na garantia de direitos do sujeito, possibilitando que esteja inserido em uma rede de suporte que favoreça seu bem-estar integral para além da recuperação física. Nesse contexto, este profissional deve mediar e articular recursos, serviços e estratégias que promovam essa visão ampliada de saúde, com condições que favoreçam sua continuidade de vida com dignidade.

Alguns casos acompanhados pelo setor de Serviço Social do HMPGL desde a admissão, internação e desospitalização serão analisados para compreender sobre esse processo e as diversas limitações que este profissional vivencia no seu cotidiano.

Quadro 1 Casos atendidos pelo setor de Serviço Social do HMPGL.

<b>Casos</b>	<b>Identificação do paciente</b>	<b>Procedimentos realizados pelo profissional de serviço social do HMPGL</b>
Caso 1	Masculino (brasileiro), 74 anos, Paciente sem familiares, sem moradia. Sendo acompanhado pelo CRAS e CREAS 1. Sem poder ser acolhido pelo Lar dos Idosos por falta de vaga. Paciente continua sendo Assistido pelo Serviço Social.	Investigação /social Orientações Relatório Social Rede Autorizações Contato Rede Contato Telefone Solicitação de Familiares Transporte Social.
Caso 2	Masculino (brasileiro), 69 anos. Encaminhado para Casa de Passagem 1 - Mão Amiga. (acolhida negada por dependência do paciente). Encaminhado para o CREAS 1. Paciente continua sendo Assistido pelo Serviço Social.	Investigação /social Orientações Relatório Social Rede Autorizações Contato Rede Contato Telefone Solicitação de Familiares Transporte Social.
Caso 3	Masculino (estrangeiro), 29 anos. Vítima de violência, população em situação de rua. Sem familiares. Comunicação com o Centro POP, esperando retorno para devidas providências por parte do consulado do país de origem. Paciente continua sendo Assistido pelo Serviço Social.	Investigação /social Orientações Relatório Social Rede Autorizações Contato Rede Contato Telefone Solicitação de Familiares Transporte Social.
Caso 4	Feminino (brasileira), 15 anos. Tentativa de suicídio, vínculos familiares fragilizados. Contato com o Conselho Tutelar, CAPS I. Paciente continua sendo Assistido pelo Serviço Social.	Investigação /social Orientações Relatório Social Rede Autorizações Contato Rede Contato Telefone Solicitação de Familiares Transporte Social.

Elaborado pelo autor

No quadro 1 se apresentam alguns casos complexos que o profissional do Serviço Social do HMPGL recebe, assim também as diferentes expressões da questão social, presentes desde o início da internação até o processo de desospitalização, quando o profissional realizado o contato com os familiares para possibilitar o contato direto com eles durante a internação. Assim a escuta especializada se faz crucial para que o Assistente Social possa identificar algumas das demandas sociais.

Em todos os casos apresentados o Assistente Social teve como base a realidade social, voltando suas habilidades para a humanização dos atendidos (Martinelli, 2011). Assim, para pensar na alta social do paciente, o profissional deve realizar uma intervenção mais específica, através de encaminhamentos para outras unidades de atendimento, elaborando relatório social e emitindo um parecer social com vistas a efetivação do acesso. A articulação com a rede de atendimento como foi possível observar em todos os casos se mostram imprescindíveis neste processo (ABEPSS,1996; CFESS 1993; CFESS,2010; BRASIL,2013).

[...] a principal preocupação do assistente social é fazer coincidir a alta clínica hospitalar com a alta social, para que tenha tempo e condições de oferecer as respostas necessárias à garantia da continuidade do cuidado ao usuário, mediante a análise particularizada da realidade de cada usuário, e procurando soluções quando essa convergência não é possível, ou seja, quando o usuário recebe alta clínica hospitalar, mas não tem reunidas as condições sociais para a reintegração na família e na comunidade (CARVALHO, 2014; GUADALUPE, 2009; SACARRÃO, 2013 apud SEIBERT, 2019, p. 280).

Os profissionais do setor de Serviço Social do HMPGL pelo que consta no quadro 1 ainda não conseguiram dar uma alta social, isso demonstra os desafios com os quais o profissional lida no cotidiano. Nos casos em que o usuário tem o vínculo familiar fragilizado (Caso4), ou não tem família consanguínea (Caso 1, 2 e 3), caso de idosos (Caso 1 e 2), dependência química (Caso 2), é maior a complexidade da atuação do assistente social.

No caso dos idosos (Caso 1 e 2), onde o vínculo familiar está frágil ou ausente, o desafio inclui garantir que o paciente tenha condições mínimas de autonomia, ou seja, encaminhando para instituições de longa permanência que possam prover o cuidado necessário do usuário.

Segundo o estatuto do Idoso;

CAPÍTULO IX DA HABITAÇÃO Art. 37. O idoso tem direito a moradia digna, no seio da família natural ou substituta, ou desacompanhado de seus familiares, quando assim o desejar, ou, ainda, em instituição pública ou privada. § 1.º A assistência integral na modalidade de entidade de longa permanência será prestada quando verificada inexistência de grupo familiar, casa-lar, abandono ou carência de recursos financeiros próprios ou da família (ESTATUTO DO IDOSO, 2013).

No caso citado dos idosos ambos implicam um grave problema social, visto que nem a família e o Estado podem garantir o cuidado essencial para seu bem-estar. Assim quando os familiares (presentes ou ausentes) ou o Estado não cumprem suas obrigações isso resulta em situação de vulnerabilidade o que compromete severamente a dignidade do idoso, sendo considerada uma violação dos seus direitos básicos.

Já nos casos que envolvem dependência química (Caso 2), o trabalho se torna ainda mais delicado. O assistente social precisa buscar não apenas o suporte social, mas também um acompanhamento adequado para a saúde mental e reabilitação, o que frequentemente envolve a falta de recursos e o estigma social.

Além disso, o desafio se agrava quando não há família consanguínea envolvida (Casos 1, 2 e 3), aumentando a complexidade do planejamento de alta. Nesses casos, é comum que o profissional precise criar uma rede de suporte quase do zero, acionando serviços públicos, Organização da Sociedade civil (OSC) e outros mecanismos de assistência social.

Esse cenário reforça a importância do papel do assistente social como articulador de direitos e garantidor da proteção social, mesmo em situações de alta vulnerabilidade e ausência de recursos familiares.

O trabalho do Assistente social no processo de desospitalização é desafiador e complexo, principalmente quando se deve lidar com as questões que vão além da alta médica. A desospitalização não envolve apenas a alta médica, a recuperação física do paciente, e sim a garantia de condições adequadas para que ele possa ser reintegrado à sociedade de forma digna e segura.

Entre os maiores desafios encontrados nos casos atendidos pelo setor de Serviço Social do HMPGL, pode-se constatar a falta de espaço em instituições de longa permanência para idosos, o que considera um direito violado; fragilidade dos vínculos

familiares, o que dificulta que o paciente retorne para casa o que sobrecarrega o sistema de saúde; resultando assim numa sobrecarga dos profissionais, aliado à escassez de profissionais, complica ainda mais o trabalho do assistente Social o que implica na limitação para estabelecer planos de altas de forma eficaz e realizar encaminhamentos adequado para as demais redes de apoio.

E por último, a falta de articulação entre as redes socioassistenciais e o sistema de saúde, nem sempre existe um diálogo eficiente entre os serviços de saúde e as redes socioassistenciais, o que impede uma transição adequada e coordenada do cuidado hospitalar para os serviços comunitários. O papel do assistente social é fundamental para articular essa transição, atuando como mediador entre as necessidades do paciente, as famílias e as instituições de saúde e os serviços sociais. Contudo, as limitações estruturais, a carência de políticas públicas eficazes e a falta de recursos fazem com que esse processo seja particularmente difícil e frustrante, muitas vezes levando a uma reinternação ou a uma alta que não garante a segurança e bem-estar do paciente.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O interesse do pesquisador sobre a desospitalização surgiu na vivência no Estágio Obrigatório no Hospital Municipal Padre Germano Lauck, partindo da perspectiva de que ainda existem muitas dificuldades na efetivação dos direitos dos pacientes desde a admissão, internação e a desospitalização. O trabalho árduo do assistente social na tentativa de uma implementação humanizada da desospitalização.

Os processos descritos neste trabalho, demonstram o quanto o assistente social é fundamental para criar estratégias e planejar a execução da alta médica junto com a alta social, destacando a necessidade de uma abordagem multidisciplinar. A atuação do profissional de Serviço Social é vital e estruturada para atender as demandas entre o hospital e o suporte contínuo ao paciente após a alta, seja em termos de saúde, suporte social ou reintegração na comunidade, considerando as necessidades particulares de cada caso.

A Constituição Federal foi um marco fundamental para garantir os direitos sociais de todos os brasileiros, especialmente no campo da saúde. Com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde passou a ter um olhar mais abrangente por parte da população, envolvendo não apenas atendimentos médicos, e sim políticas de prevenção, promoção e recuperação com base nos princípios fundamentais; Universalidade, Integralidade e Equidade, e que são fruto do Movimento da Reforma Sanitária. A concepção ampliada de saúde, estabelecida pela constituição, permite e promove o entendimento de que a saúde vai além da ausência de doença, incluindo qualidade de vida, saneamento básico, alimentação, moradia e outros determinantes sociais que se apresentam nas diferentes formas da expressão social.

O assistente social desempenha um papel fundamental na reintegração dos pacientes à sociedade, especialmente após longos períodos de internação. O compromisso ético político do profissional de serviço social exige que cada usuário seja tratado com dignidade, respeite os seus direitos e as necessidades que apresenta, fortalecendo o vínculo social e familiar. Além disso, o assistente social desempenha um papel na conscientização e preparação dos familiares, o que auxilia na construção de uma rede de suporte.

A desospitalização não representa um simples procedimento técnico de

liberação, mas uma intervenção estratégica que exige do assistente social um posicionamento ético político para dar continuidade no cuidado e proteção dos direitos do paciente, conforme preconizado pelo SUS.

No atual contexto em que vivemos, crise financeira, desmonte de políticas públicas de saúde e programas sociais, é ainda muito difícil a materialização das práticas do assistente social em conjunto com a equipe de saúde. Essa problemática gera uma perda de identidade do profissional como agente de transformação social, atuando em um ambiente cheio de burocracias que não estão alinhadas com a ética profissional, o que dificulta o posicionamento de forma autônoma do assistente social.

Assim, para lidar com essa contradição, é fundamental que o profissional fortaleça seu compromisso ético político, articulando o saber técnico operacional com as demandas dos pacientes, ainda que existam limitações impostas pelo espaço no qual trabalha.

Concluindo, foi possível perceber como são necessárias as ações de cuidado na atenção à saúde em qualquer espaço, seja este hospital, casa, abrigos, escolas, etc, e que as ações de desospitalização, além de ter como objetivo desafogar os leitos hospitalares, devem evitar que o paciente reingresse no hospital. Assim, depois desta pesquisa, é possível realizar indicações que poderiam ser de relevância para uma melhoria nesse processo; fortalecimento da comunicação interna entre os profissionais da saúde, implementar alguns métodos e ferramentas que possam melhorar a organização e distribuição das tarefas na equipe multidisciplinar, evitando assim uma sobrecarga em um único setor; a constante capacitação do profissional, e por último uma intervenção do Estado junto aos gestores estaduais e municipais de forma que o processo de desospitalização seja efetiva para a recuperação do paciente e não uma estratégia para desocupar um leito no hospital.

Assim também, é possível destacar a importância da discussão sobre o papel dos assistentes sociais no âmbito da saúde, especificamente no processo de desospitalização, um tema que ainda é pouco explorado. E assim contribuir com esta pesquisa para os estudantes, futuros profissionais e um aprofundamento no campo na prática profissional de outros assistentes sociais que enfrentam inúmeros desafios semelhantes no seu cotidiano no processo da garantia de direito do usuário.

## REFERÊNCIAS

ABEPSS. Institucional. História. Disponível em: . Acesso em: 20 ago. 2024.

ABESS/CEDEPSS. Proposta básica para o projeto de formação profissional. Serviço Social & Sociedade, XVII (50): 143-71. São Paulo, Cortez, abr. 1996.

ALVARENGA, Estelbina Miranda de. Metodologia da investigação quantitativa e qualitativa: Normas técnicas de apresentação de trabalhos científicos.2012

ALVES, H. J. ; ESCOREL, S. . Massa marginal na América Latina: mudanças na conceituação e enfrentamento da pobreza 40 anos após uma teoria. Physis (UERJ. Impresso) , v. 22, p. 99-115, 2012.

Article en Pt | LILACS | ID: lil-400048. Biblioteca responsable: [BR67.1](#)

BALDIJÃO, Márcia Furquim de Almeida; s.af. Sistemas de informação em saúde / Information health systems. [São Paulo perspect](#) ; 6(4): 21-28, out.-dez. 1992.

BATICH, Mariana. Previdência do trabalhador: uma trajetória inesperada. 2004. São Paulo em perspectiva. <https://doi.org/10.1590/S0102-88392004000300004>.

BERTOLLI FILHO, C. História da saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática, 1996. 71p.

BRASIL. Constituição (1988) Constituição da República Federativa do Brasil: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 51/2006 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94. – Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2006. 369 p.

BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro de . Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua Relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.

BRAVO, Maria Inez Souza. A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica. In: Capacitação para Conselheiros de Saúde- textos de apoio. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001.

CASTRO, M. M. História do Serviço Social na América Latina. 12. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 81 p., 2010.

CFESS, Conselho Federal de Serviço Social. Parâmetros para Atuação de Assistentes

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. Parâmetros para atuação de assistentes sociais na Política Saúde. Série Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais, nº 2, Brasília: CFESS, 2009.

CONSELHO Federal do Serviço Social. Código de ética do Serviço Social. Brasília: CFESS. 2011.

CONSELHO Federal do Serviço Social. Parâmetros para atuação do assistente social: divisão preliminar. Brasília: CFESS. 2009.

CONSELHO Federal do Serviço Social. Parâmetros para atuação do assistente social: divisão preliminar. Brasília: CFESS. 2009.

Conselho Regional de Serviço Social de Sergipe. O Assistente Social. Disponível em: <https://cress-se.org.br/perfil-profissional-do-assistente-social/>. Acesso: 15 set 2024.

COSTA, M. D. H. da. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. In: Serviço Social e Sociedade, n.62. São Paulo: Cortez, 2000.

COSTA. Maria Dalva Horácio da. Serviço Social e intersectorialidade: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersectorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde. Recife, 2010.

MAMEDE, Eliane Leite. A DIREÇÃO ÉTICO-POLÍTICA DA PRÁTICA DO. [s.l: s.n.]. Disponível em: <<https://repositorio.ufpb.br/jspui/bitstream/tede/7213/1/arquivototal.pdf>>. Acesso em: 7 out. 2024.

Escorel, Sarah & Teixeira, Luiz. (2012). História das Políticas de Saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. 10.7476/9788575413494.0013.

ESTEVÃO, Ana Maria R. O que é serviço Social? Editora brasiliense. São Paulo. 1984.

GESUAS. A instrumentalidade na prática do Assistente Social. 6 de fev. 2020. Disponível em: [https://blog.gesuas.com.br/a-instrumentalidade/?utm\\_source=google&utm\\_medium=cpc&gad\\_source=1&gclid=Cj0KCQjw6oi4BhD1ARIsAL6pox3Lxm\\_ypKV50bGijXfpTjyhoAF8sVT0itcZ\\_svFiRMsdIy1d93yj3UaAtRUEALw\\_wcB](https://blog.gesuas.com.br/a-instrumentalidade/?utm_source=google&utm_medium=cpc&gad_source=1&gclid=Cj0KCQjw6oi4BhD1ARIsAL6pox3Lxm_ypKV50bGijXfpTjyhoAF8sVT0itcZ_svFiRMsdIy1d93yj3UaAtRUEALw_wcB) . Acesso: 6 de setembro de 2024.

HMPGL. Hospital Municipal Padre Germano Lauck. Transparência-prestação de contas, (2022). Disponível em: <https://fmsfi.com.br/views/transparencia.php#>. Acesso em: 06 set 2024.

HORÁCIO, Maria Dalva. O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais. Disponível em: <https://www.unijales.edu.br/library/downebook/id:473>. Acesso: 01 de outubro 2024.

IAMAMOTO , Marilda Villela O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional - 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. Relações sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica/Marilda Villela Iamamoto, Raul de Carvalho-19ª ed São Paulo: Cortez, [Lima, Peru]: CELATS, 2006.

IAMAMOTO, M. V. Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social. São Paulo: Cortez, 2011.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. O trabalho do assistente social frente às mudanças do padrão de acumulação e de regulação social. In: CENTRO DE EDUCAÇÃO, ABERTA, CONTINUADA A DISTÂNCIA. Capacitação em Serviço Social e política social. Brasília: CEAD, 1999, n. 1, p. 77-90.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social. In: Serviço Social: Direitos sociais e Competências profissionais. v.1. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

KRÜGER, Tânia Regina. Serviço social e saúde: espaços de atuação a partir do SUS. Serviço Social e Saúde, Campinas, SP, v. 9, n. 2, p. 123–145, 2015. DOI: 10.20396/sss.v9i2.8634891. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/sss/article/view/8634891>. Acesso em: 1 jul. 2024.

Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 set. 1990.

LUZ, Alex F.; SANTIN, Janaina Rigo. As relações de trabalho e sua regulamentação no Brasil a partir da revolução de 1930. 2010. IV Congresso Internacional de História, promovido pela Universidade Estadual de Maringá. <https://doi.org/10.1590/S0101-90742010000200015>.

Machado, W. C. A., Silva, V. M., Silva, R. A., Ramos, R. L., Figueiredo, N. M. A., Castelo Branco, E. M. S., Rezende, LK., & Carreiro, M. A. (2016). Alta hospitalar de clientes com lesão neurológica incapacitante: impreteríveis encaminhamentos para reabilitação. *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(10), 3161-3170. doi: 10.1590/1413-812320152110.17232016.

MARTINELLI, M. L. Serviço Social em Hospital - Escola: um espaço diferenciado de ação profissional. *Serviço Social e Saúde*, Campinas, SP, v. 1, n. 1, p. 1–12, 2015. DOI: 10.20396/sss.v1i1.8634840.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O trabalho do assistente social em contextos hospitalares: desafios cotidianos. *Serv. Soc. Soc.*, São Paulo, n. 107, p. 497-508, jul./set. 2011. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sssoc/a/9SbgQxd7Wm6WLGyQ9R5WbYN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 10 de setem 2024.

MENICUCCI, Telma Maria Gonçalves. História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual. *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, Rio de Janeiro. v.21, n.1, jan.-mar. 2014, p.77-92. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/hcsm/a/bVMCvZshr9RxtXpdh7YPC5x/?format=pdf&lang=pt>. Acesso: 15 set 2024.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Maria Cecília de Souza Minayo. – 11. ed. – São Paulo: Hucitec, 2008.

MINISTERI DE SAÚDE. Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional. 2021. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2021/maio/desospitalizacao-reflexoes-pa>

[ra-o-cuidado-em-saude-e-atuacao-multiprofissional#:~:text=A%20desospitaliza%C3%A7%C3%A3o%20fundamenta%2Dse%20na.do%20usu%C3%A1rio%20e%20da%20fam%C3%ADlia. Acesso: 20 de setembro de 2024.](#)

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Lei Orgânica da Saúde de n°. 8080/90 e Lei complementar de n. 8142/90. 2. ed. MS — Assessoria de Comunicação Social. Brasília, 1991.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Humanização do SUS. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/aceso-a-informacao/acoes-e-programas/humanizausus>. Acesso em: 13 out. 2024.

MINISTÉRIO da Saúde. Rede assistencial do SUS.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégia Saúde da Família. Brasília, 2012. Disponível em: [http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_esf.php](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_esf.php). acesso em: 09 de set. de 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio a Saúde da Família-NASF. Brasília, 2012. Disponível em: Acesso em: 09 set. 2023.

NETTO, J. P. A construção do projeto ético-político contemporâneo. In: Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo 1. Brasília: CEAD/ABEPSS/CFESS, 1999.

NETTO, José Paulo. Capitalismo monopolista e serviço social. 8.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

O descaso com a saúde pública brasileira. Disponível em: <https://www.hojeemdia.com.br/opiniao/2.854/o-descaso-com-a-saude-publica-brasileira-1.556370>>. Acesso em: 1 out. 2024.

PAIM, Jairnilson Silva. Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. 2009. Saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 33, n. 81, p. 27-37, jan./abr. 2009, disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo2.pdf>. Acesso: 20 agost 2024.

PEREIRA, Adriana Pellegrini dos Santos et al. Alta Hospitalar: visão de um grupo de enfermeiras. R. Enferm ,Rio de Janeiro,v.15,n.1,p.40-45,jan/mar 2007.Disponível em:< <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-462288>>. Aceso em: 04 jout.2024.

PEREIRA, L.; FERRO BENETTI, G. A IMPORTÂNCIA DA FORMAÇÃO CONTINUADA DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA ATUAÇÃO COM AS POLÍTICAS PÚBLICAS. 1. [s.l: s.n.]. Disponível em: <http://www.ensinosuperior.sed.sc.gov.br/wp-content/uploads/2014/01/Lygja-Pereira.pdf>>. Acesso em: 01 out . 2024.

PEREIRA, P. A. P. A intersetorialidade das polfticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, G. L.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. de. (Org.). A intersetorialidade na agenda das polfticas sociais. Campinas: Papel Social, 2014.

PETERS, B. G. American Public Policy. Chatham, N.J.: Chatham House. 1986

PMFI, Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu. LEI Nº 4084, 2013. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pr/f/foz-do-iguacu/lei-ordinaria/2013/409/4084/leiordinaria-n-4084-2013-autoriza-o-poder-executivo-a-instituir-a-fundacao-municipalde-saude-de-foz-do-iguacu-e-da-outras-providencias>. Acesso em: 06 set. 2024.

PMFI. Prefeitura Municipal de Foz do Iguaçu. DECRETO Nº 22.156, DE 9 DE MAIO DE 2013. Disponível em: <https://leismunicipais.com.br/a/pr/f/foz-doiguacu/decreto/2013/2216/22156/decreto-n-22156-2013-aprova-o-estatuto-dafundacao-municipal-de-saude-de-foz-do-iguacu>. Acesso em: 06 set.2024.

RADAEELLI, Sirlei Fagundes da Silva. IMPACTOS PROVOCADOS A PARTIR DA PANDEMIA DE COVID 19 NO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA ÁREA HOSPITALAR: Estudo de caso no Hospital Municipal Padre Germano Lauck - Foz do Iguaçu - PR.2022. 85 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Federal da Integração Latino - Americana, Foz do Iguaçu, 2022.

SEIBERT, D.; MANGINI, F.; KOCOUREK, S. Alta Social como Dispositivo de Proteção Integral na Saúde: Contribuições do Serviço Social. Barbarói, Santa Cruz do Sul, n. 53, p. 272-290, jan./jun. 2019.

SILVA, Cileuza Alves Moreira; ALMEIDA, Andréia. A importância da família no cuidado do idoso. Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo Presidente Prudente – SP, 2019. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/SemIntegrado/article/viewFile/4594/4351>. Acesso em: 20 set. 2024.

SILVA, Cileuza Alves Moreira; ALMEIDA, Andréia. A importância da família no cuidado do idoso. Faculdades Integradas Antônio Eufrásio de Toledo Presidente Prudente – SP, 2019. Disponível em: <http://intertemas.toledoprudente.edu.br/index.php/SemIntegrado/article/viewFile/4594/4351>. Acesso em: 20 set. 2024.

SIMIONATTO, I.; NOGUEIRA, V. Políticas de Saúde – do projeto formal à prática concreta. Revista Serviço Social e Sociedade. São Paulo, Cortez, n. 44, 1994.

Sociais na Política de Saúde. Série: Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 81 p., 2010.

TEIXEIRA FLEURY, Sônia. O Dilema da Reforma Sanitária Brasileira. In: Reforma Sanitária Itália e Brasil. Berlinguer; Teixeira Fleury e Campos (orgs). São Paulo: HUCITEC – CEBES, 1988.

TORRES, M. et al. O TRABALHO DO ASSISTENTE SOCIAL NAS POLÍTICAS PÚBLICAS: desafios cotidianos. [s.l: s.n.]. Disponível em: <[https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/mesas/o-trabalho-do-assistente-social-nas-politicas-publicas\\_-desafios-cotidianos.pdf](https://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/mesas/o-trabalho-do-assistente-social-nas-politicas-publicas_-desafios-cotidianos.pdf)>. Acesso em: 7 set. 2024.

VASCONCELOS, Ana Maria. A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área da saúde. São Paulo: Cortez 2012.

## ANEXOS

## ANEXO 1 – Avaliação Social

 HOSPITAL MUNICIPAL PADRE DESIDERIO LAUCK 14200-000 RIBEIRA	<b>FORMULÁRIO SERVIÇO SOCIAL</b>		 FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE RIBEIRA
	<b>AValiação SOCIAL</b>		
Código: FOR.SS.008	Versão: 001/ Revisão: 002	Página 1 de 1	

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

Gênero: F ( ) M ( ) Leito: \_\_\_\_\_ Área Internação: \_\_\_\_\_

Data de Internamento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_ Nº: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Cidade: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

Recebe Benefício Social: ( ) Sim ( ) Não Qual: \_\_\_\_\_

Se morar sozinho não preencher item abaixo.

Composição Familiar - (Pessoas que moram com o paciente):

Nº	Nome	Idade	Parentesco	Renda	Ocupação	Grau de Instrução

Parecer Social (Breve estudo e Descrição da situação social apresentada):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Informações Adicionais:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



\_\_\_\_\_

Em acompanhamento pelo Serviço Social: ( ) Sim ( ) Não

Assistente Social Avaliador: \_\_\_\_\_

Elaborado por: Serviço Social	Verificado por: Gestão da Qualidade	Aprovado por:
Data de Elaboração: 09/07/2013	Revisado em: 02/09/2021	Diretor Presidente
	Próxima Revisão: 02/09/2023	Diretor Técnico

## Anexo 2 – Agendamento de Reuniões

 HOSPITAL MUNICIPAL PADRE GERMANO LAICO POR NÓS, PARA NÓS	<b>FORMULÁRIO - SERVIÇO SOCIAL</b>		 FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE F.M.S.
	<b>AGENDAMENTO DE REUNIÕES</b>		
	Código: FOR.SS.003	Versão: 001/ Revisão: 002	Página 1 de 1

Informamos que está agendada Reunião com Médico \_\_\_\_\_ especialidade \_\_\_\_\_ e Equipe Multidisciplinar aos familiares do (a) Paciente \_\_\_\_\_ internado (a) no Setor de \_\_\_\_\_ Leito \_\_\_\_\_.


Dia: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Hora: \_\_\_\_:\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Serviço Social

Elaborado por: Serviço Social	Verificado por: Gestão da Qualidade	Aprovado por:
Data da Elaboração: 09/07/2013	Revisado em: 02/09/2021	Diretor Presidente
	Próxima Revisão: 02/09/2023	Diretor Técnico

## Anexo 3 – Encaminhamento ao consulado Brasileiro

	<b>FORMULÁRIO</b> <b>SERVIÇO SOCIAL</b>		
	<b>ENCAMINHAMENTO AO CONSULADO BRASILEIRO</b>		
Código: FOR.SS.008	Versão: 001 / Revisão: 001	Página 1 de 1	

AO: Consulado Geral do Brasil – Setor \_\_\_\_\_

Venho através deste, solicitar a este órgão a possibilidade \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, ao Sr. (a) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ que se encontra internado


neste Hospital Municipal Padre Germano Lauck desde o dia \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Cabe explicitar que o Sr.(a), \_\_\_\_\_,

hoje encontra-se na \_\_\_\_\_.

Foz do Iguaçu, em \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Serviço Social

Elaborado por: Serviço Social	Verificado por: Gestão da Qualidade	Aprovado por:
Data da Elaboração: 03/08/2021	Revisado em: 03/08/2021	Diretor Presidente
	Próxima Revisão: 03/08/2023	Diretor Técnico 

## Anexo 4 – Orientação de alta.

	<b>FORMULÁRIO</b> <b>SERVIÇO SOCIAL</b>			
	<b>ORIENTAÇÃO DE ALTA – SERVIÇO SOCIAL</b>			
	Código: FOR.SS.021	Versão: 001 / Revisão: 001	Página 1 de 1	

Informamos que o Serviço Social desta Instituição Hospitalar, realizou todas as orientações e encaminhamentos quais **competem ao Serviço Social** referente a programação de alta do paciente \_\_\_\_\_ Internado no Setor de \_\_\_\_\_ atendendo ao familiar e/ou pessoa de referência deste sendo: Sr(a) \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Endereço \_\_\_\_\_ deixando claro quais serão os caminhos a percorrer, após alta - saída do paciente deste nosocômio, ficando este, assistido pela rede de atenção à saúde do município.

Ainda, considerando que contra referenciamos as ações e serviços de saúde do hospital junto à rede, realizando o contato prévio telefônico com a UBS de referência do paciente \_\_\_\_\_ Assistente Social \_\_\_\_\_ visando otimização dos serviços e encaminhamentos do Serviço Social.

Assinatura do familiar e/ou pessoa de referência do paciente que recebeu as orientações do Serviço Social:

\_\_\_\_\_

Assinatura do responsável

Foz do Iguaçu \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_

Serviço Social

Elaborado por: Serviço Social	Verificado por: Gestão da Qualidade	Aprovado por:
Data da Elaboração: 03/08/2021	Revisado em: 03/08/2021	Diretor Presidente
	Próxima Revisão: 03/08/2023	Diretor Técnico 