

FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

MÔNICA DE SOUZA MATTOS OLIVEIRA

**ALTA SOCIAL DE IDOSOS: DESAFIOS, FRAGILIDADES DAS
POLÍTICAS E REDES SOCIAIS DE APOIO E O TRABALHO DO
ASSISTENTE SOCIAL**

VOLTA REDONDA

2024

**FUNDAÇÃO OSWALDO ARANHA
CENTRO UNIVERSITÁRIO DE VOLTA REDONDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO**

**ALTA SOCIAL DE IDOSOS: DESAFIOS, FRAGILIDADES DAS
POLÍTICAS E REDES SOCIAIS DE APOIO E O TRABALHO DO
ASSISTENTE SOCIAL**

Monografia apresentada ao Curso de serviço social do
UniFOA como requisito para à obtenção do título de
bacharel em serviço social.

Aluna:

Mônica de Souza Mattos Oliveira

Orientador:

Professor Mestre Ailton da Silva de Carvalho

VOLTA REDONDA

2024

FOLHA DE APROVAÇÃO**Trabalho de Conclusão de Curso intitulado:**

Alta social de idosos: desafios, fragilidades das políticas e redes sociais de apoio e o trabalho do assistente social

Elaborado por: Mônica de Souza Mattos Oliveira

apresentado publicamente perante a Banca Avaliadora, como parte dos requisitos para conclusão do Curso de Serviço Social

Aprovada em 27 de novembro de 2024**Banca Avaliadora:**

Professor Orientador

Ailton da Silva Carvalho, Mestre, UniFOA



Professor Avaliador

Karin Alves do Amaral Escobar, Mestre, UniFOA



Professor Avaliador

Marco Aurélio Ramalho Gandra, Doutor, UniFOA

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus por me conceder saúde, força e sabedoria durante toda a trajetória acadêmica, permitindo-me superar os desafios e alcançar este momento tão importante.

À minha família, esposo, filhas, meus pais, minhas irmãs, por todo o amor, apoio incondicional e incentivo. Sem vocês, nada disso seria possível. Obrigada por acreditarem em mim e me proporcionarem a oportunidade de seguir meus sonhos.

Ao meu orientador, Professor Mestre Ailton da Silva Carvalho, pela orientação, paciência e valiosas contribuições ao longo deste trabalho. Suas orientações foram fundamentais para o desenvolvimento deste projeto.

Aos professores, que ao longo da minha formação acadêmica, compartilharam conhecimentos e me inspiraram a buscar sempre mais. Cada um de vocês deixou uma marca significativa na minha jornada.

Às minhas supervisoras de estágio, Giselle, Lívia, Sandra e Lilian, pela oportunidade de aprender e crescer profissionalmente. Agradeço pela confiança e por todas as lições valiosas transmitidas durante o período de estágio.

Aos meus colegas de curso, pela troca de ideias, pelo apoio mútuo e pelas inúmeras horas de estudo conjuntas. A jornada foi muito mais leve com vocês ao meu lado.

À minha coordenadora de serviço, Nathália pela compreensão e flexibilidade durante o período de elaboração deste TCC, sua colaboração foi essencial para que eu pudesse conciliar minhas responsabilidades profissionais e acadêmicas.

Ao meu amigo de trabalho, Nilton, por todo o apoio, ajuda inestimável ao longo dessa trajetória. Sua disposição em ajudar e seu incentivo constante foram fundamentais para que eu pudesse concluir este trabalho. Agradeço por estar sempre presente, oferecendo suporte e motivação nos momentos mais desafiadores.

A todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho, meu sincero agradecimento.

RESUMO

A alta social do idoso refere-se ao momento em que o idoso, após um período de internamento ou tratamento médico, é reintegrado ao seu ambiente social, com a capacidade de retomar suas atividades cotidianas e manter a interação com os seus e com sua comunidade. Um contexto que vai além do aspecto médico e envolve a recuperação do idoso no que diz respeito ao seu bem-estar social e qualidade de vida. Nesta, a atuação do assistente social é crucial para a garantia de uma transição segura e eficaz. O objetivo do estudo foi compreender a alta social hospitalar de idosos na articulação com outras políticas públicas e as fragilidades da rede sociofamiliar no cuidado ao idoso. A pesquisa é de caráter bibliográfico, a partir de fontes de pesquisas como teses, dissertações, livros e artigos que tratam o assunto e uma análise das principais leis e portarias nacionais. A seleção das informações por meio eletrônico propicia um avanço para as pesquisas, trazendo informações relevantes para um estudo detalhado. A alta social objetiva assegurar que o idoso possa viver de forma segura e digna fora dos hospitais ou instituições de longa permanência, com acesso a todos os cuidados e suportes necessários para sua condição de saúde. Trata-se de um processo complexo que envolve desafios e fragilidades nas políticas e rede de apoio. O assistente social tem papel crucial na transição segura e bem-sucedida, sua atuação é envolta da avaliação, planejamento, coordenação e apoio à família. O sucesso desta transição necessita de fortalecimento nas políticas públicas, melhora na coordenação entre serviços e expansão nas redes de apoio, garantindo um ambiente seguro e acolhedor para a reintegração dos idosos à comunidade.

Palavras-chave: Alta social. Idoso. Política social. Assistente social.

ABSTRACT

The social discharge of the elderly refers to the moment when the elderly, after a period of hospitalization or medical treatment, are reintegrated into their social environment, with the ability to resume their daily activities and maintain interaction with their loved ones and their community. This context goes beyond the medical aspect and involves the recovery of the elderly with regard to their social well-being and quality of life. In this context, the role of the social worker is crucial to guarantee a safe and effective transition. The objective of the study was to understand the social discharge of the elderly from hospitals in conjunction with other public policies and the weaknesses of the socio-family network in caring for the elderly. The research is bibliographic in nature, based on research sources such as theses, dissertations, books and articles that address the subject and an analysis of the main national laws and ordinances. The selection of information via electronic means provides progress for research, bringing relevant information for a detailed study. The social discharge aims to ensure that the elderly can live safely and with dignity outside of hospitals or long-term care facilities, with access to all the care and support necessary for their health condition. This is a complex process that involves challenges and weaknesses in policies and support networks. Social workers play a crucial role in a safe and successful transition. Their role involves assessment, planning, coordination and support for families. The success of this transition requires strengthening public policies, improving coordination between services and expanding support networks, ensuring a safe and welcoming environment for the reintegration of elderly people into the community.

Keywords: High social status. Elderly. Social policy. Social worker.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 POLÍTICA SOCIAL E SAÚDE.....	12
2.1 O cuidado e a garantia de direitos da pessoa idosa.....	12
2.2 O papel do assistente social que atua nos hospitais.....	17
2.3 Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde.....	21
3 POLÍTICA SOCIAL E ASSISTÊNCIA SOCIAL	25
3.1 Articulações e intersectorialidade na promoção do cuidado.....	25
3.2 Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de Assistência Social	30
4 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA INTERLOCUÇÃO ENTRE AS POLÍTICAS SOCIAIS FACE A ALTA SOCIAL DA PESSOA IDOSA	34
4.1 Alta social e seus reflexos na vida dos idosos.....	34
4.2 O estágio supervisionado e o impacto no olhar diante da alta social da pessoa idosa.....	40
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CF/88 - Constituição Federal de 1988

OMS - Organização Mundial de Saúde

WHO - *World Health Organization*

LOS - Lei Orgânica da Saúde

SUS - Sistema Único de Saúde

PNSPI - Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

PNS - Política Nacional de Saúde

CFESS - Conselho Federal de Serviço Social

CNS - Conselho Nacional de Saúde

LOAS - Lei Orgânica da Assistência

PNI - Política Nacional do Idoso

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

PNAS - Política Nacional da Assistência Social

PNHOSP - Política Nacional de Atenção Hospitalar

RAS - Redes de Atenção à Saúde

ILPI - Instituição de Longa Permanência para Idosos

INTRODUÇÃO

O envelhecimento populacional é uma evolução da humanidade, ao mesmo tempo, um desafio com a tendência de aumento da expectativa de vida, sobretudo, da população com mais de 60 anos. Junto a isso, maior predominância de doenças crônicas degenerativas e incapacitantes neste público e o impacto no sistema público de saúde (REZENDE, 2008).

A Constituição Federal de 1988 - CF/88 conceitua saúde como um direito de todos e dever do Estado, que deve ser garantido através de políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e outros agravos, bem como, o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988), buscando desse modo, reduzir as expressões da questão social que segundo Iamamoto e Carvalho (2006, p. 77) “a questão social é a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia, a qual passa a exigir outros tipos de intervenção, mais além da caridade e repressão”.

A alta hospitalar é desafiadora para vários profissionais que atuam na saúde, principalmente dentro de um hospital de alta complexidade e densidade tecnológica. A Organização Mundial de Saúde - OMS, define a alta hospitalar como sendo a liberação de um paciente de um centro de cuidados, referindo-se a data que ele deixa o hospital, ou ainda, como sendo a condição que permite a saída do paciente do hospital, englobando todas as maneiras pelas quais o paciente pode deixar esse ambiente, decorrendo da liberação médica, da vontade do próprio paciente ou resultante de óbito, *World Health Organization* (WHO, 2004).

A atuação do assistente social dentro da política de saúde acontece com várias ações e serviços intersetoriais e articulados que irão colaborar com a proteção social dos pacientes na viabilização dos direitos em uma perspectiva de ampliação e qualidade de vida. Este profissional vai atuar como mediador entre o hospital, o paciente, sua família e os serviços da rede. No entanto, é preciso pensar nos conflitos de interesses das relações sociais, onde o hospital necessita da liberação do leito para atender a alta demanda, conflitos entre paciente/família e o acesso às políticas públicas que atendam às necessidades na garantia da qualidade de vida e reabilitação desse paciente.

Sendo assim, é dentro dessa tensão entre os interesses do hospital, das famílias, que o profissional enquanto viabilizador de direitos vai desvendar as reais necessidades apresentadas pelos pacientes frente ao cotidiano e os interesses do sistema capitalista, sendo um profissional, que é investigativo e interventivo, desafiado a se superar diariamente, reconhecendo a realidade sócio-histórica em que vive e trabalha, leva consigo a construção do projeto ético-político da

categoria que deve assegurar a ampliação da liberdade, atuando na consolidação da cidadania, no sentido de garantir aos sujeitos maior equidade e justiça social, enfrentando as contradições e desigualdades socialmente produzidas (FRAGAS, 2010).

Dessa forma, as expressões das questões sociais apresentadas pelos pacientes/famílias, dentro do ambiente hospitalar não devem ser analisadas de forma isolada, individual, somente por um aspecto. Fragas (2010) afirma que o assistente social não atua apenas sobre uma necessidade específica do ser humano, nem tampouco se destina a todos os homens de uma sociedade, sem distinção de renda ou classe. Sua particularidade se dá pelo fato de atuar sobre as necessidades humanas de determinada classe social, a classe trabalhadora instituída por grupos subalternizados, pauperizados, ou esquecidos de serviços, bens e riquezas dessa classe capitalista.

Durante o estágio supervisionado em um hospital, vivenciei uma experiência que ilustra de forma marcante os desafios associados à alta social de pessoas idosas. Um acidente automobilístico, vitimou um idoso e seu irmão curador, que em seguida veio a óbito, ficando o idoso sem filhos ou outra pessoa responsável pelos seus cuidados. Além das questões que envolviam o acidente, este idoso era acometido por problemas cognitivos. Neste caso, a ausência de uma rede de apoio efetiva tornou necessário acionar a rede de serviços sociais e realizada conjuntamente ao Ministério Público para garantir uma vaga em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI. Apesar dos esforços contínuos da equipe do Serviço Social, o idoso chegou à alta social por meses, agravando sua condição de saúde e culminando em seu óbito antes que uma solução definitiva fosse alcançada. Esse caso, emblemático pela complexidade e pelas emoções que despertou, reflete as lacunas estruturais e a ineficiência do sistema de garantia dos direitos da pessoa idosa. Evidenciando, ainda, a urgência de se discutir e aprimorar as políticas públicas externas ao cuidado de idosos em situação de vulnerabilidade.

Neste sentido, a alta social de idosos acontece quando o paciente está apto à alta clínica hospitalar, porém, possui demandas sociais, sendo necessária articulação para o cuidado desse idoso com os serviços da rede socioassistencial e sociofamiliar, Ministério Público e a atuação do assistente social que atendam essas demandas para realizar essa articulação, de forma ética, na viabilização dos direitos à pessoa idosa.

Diante a essas reflexões, ao realizar estágio dentro de um hospital, houve interesse em estudar a referida problemática.

O objetivo geral é compreender a alta social hospitalar de idosos na articulação com outras políticas públicas e as fragilidades da rede sociofamiliar no cuidado ao idoso. Para melhor alcance do mesmo, os objetivos específicos, conhecer os motivos e as fragilidades da

rede de apoio sócio familiar no cuidado ao idoso, a partir do trabalho do assistente social, pensando em estratégias que possam amenizar essas ocorrências, levantar os aspectos da alta social e possíveis propostas reflexivas para a atuação do assistente social diante da questão social e identificar as implicações dos desafios para a articulação com as redes de apoio e serviços socioassistenciais para atender esse os idosos diante da alta social.

A hipótese delineada seria as deficiências no acesso aos serviços essenciais e cuidados que esses pacientes precisam para dar continuidade ao tratamento após a alta hospitalar, impondo atraso no processo dela.

O tema “Alta Social de Idosos: Desafios, Fragilidades das Políticas e Redes Sociais de Apoio e o Trabalho do Assistente Social” apresenta sua relevância para um estudo de trabalho de conclusão de curso e principalmente a prática profissional, pois aborda questões cruciais relacionadas ao envelhecimento populacional e à transição dos idosos do ambiente hospitalar para o domicílio. Este estudo permite uma reflexão crítica sobre as políticas públicas voltadas à terceira idade, evidenciando suas fragilidades e lacunas no suporte oferecido, tanto por parte das instituições quanto das redes de apoio social. Além disso, o trabalho destaca o papel do assistente social na promoção de uma alta hospitalar planejada, que leve em conta as necessidades físicas, emocionais e sociais dos idosos, e na articulação entre família, comunidade e serviços públicos, a fim de garantir a continuidade dos cuidados e a qualidade de vida após a alta.

A pesquisa, portanto, é de caráter bibliográfico, a partir de fontes de pesquisas como teses, dissertações, livros, artigos que tratam o assunto e uma análise das principais leis e portarias nacionais que versam sobre o tema. A seleção das informações por meio eletrônico propicia um avanço para as pesquisas, trazendo informações relevantes para um estudo detalhado.

Assim sendo, o segundo capítulo traz um panorama geral da política de saúde no Brasil, com um recorte a partir da CF/88. Foi traçado também, os aparatos legais na garantia de direitos da pessoa idosa e os desafios na efetivação dos mesmos. O trabalho aborda o trabalho do assistente social que atua nos hospitais, apresentando suas atribuições e competências diante da alta social e os parâmetros para atuação destes profissionais na saúde.

O terceiro capítulo se debruça sobre algumas notas entre as articulações e intersectorialidade, com enfoque na área da saúde e o trabalho em rede na articulação com as políticas da assistência social e os parâmetros para atuação dos assistentes sociais nesta assistência.

Por fim, no capítulo quatro, discorre-se sobre a alta social e seus reflexos na vida da pessoa idosa, as redes de apoio sociofamiliar, socioassistencial, apresentam um relato de experiência de estágio e os desafios enfrentados pelo assistente social em âmbito hospitalar.

2 POLÍTICA SOCIAL E SAÚDE

2.1 O cuidado e a garantia de direitos da pessoa idosa

Com o envelhecimento, o idoso fica mais suscetível a doenças crônicas e limitações que causam dependências. É de extrema importância conhecer essas demandas como expressões da questão social para viabilizar o acesso aos direitos a essa população. Segundo Iamamoto (1999, p. 27),

A questão social pode ser definida como o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que têm uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação dos seus frutos se mantém privada, monopolizada por uma parte da sociedade.

Portanto, é necessário conhecer a realidade, ter um olhar crítico que permita ao assistente social apurar as demandas do idoso em sua singularidade junto ao contexto de totalidade social desse difícil processo de envelhecer.

Sendo assim, é preciso pensar na rede de cuidados, serviços da rede socioassistencial e no trabalho do assistente social que atendam as demandas dos idosos de forma eficaz, pensando que o cuidado do idoso é de responsabilidade da família, no entanto, entender os novos arranjos familiares e a disponibilidade das famílias a esse cuidado, pois, atualmente as famílias, principalmente, as mulheres necessitam de apoio institucional para que o idoso tenha o cuidado necessário que tende a piorar se não for considerado como uma questão pública que responsabilize não só as famílias, mas o Estado e a sociedade como um todo.

A saúde, foi agraciada com a CF/88 dentro do sistema de seguridade social, junto à previdência social e Assistência Social, formando assim o tripé da proteção social (BRASIL, 1988) à sociedade brasileira, a exemplo *bismarkiano* (alemão)¹ e *beveridgiano*(inglês)², mostrando-se como um direito básico a todo cidadão brasileiro assegurado por meio do Estado e da sociedade.

O artigo 194 da CF/88 traz que (BRASIL, 1988, p.103):

¹É um sistema de saúde que se baseia no fato de os cidadãos usufruírem dos cuidados de saúde através de organizações privadas e, para isso, tanto os empregadores como os trabalhadores pagam taxas que vão diretamente para as empresas gestoras dos serviços médicos (NINSAÚDE, 2020).

²Este sistema é baseado no acesso universal aos cuidados de saúde e todos os serviços médicos são geridos diretamente pelo Governo (NINSAÚDE, 2020).

A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa do Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Parágrafo único – Compete ao Poder Público, nos termos da Lei, organizar a seguridade social, com base e nos seguintes objetivos: I – universalidade da cobertura e do atendimento; II – uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV – irredutibilidade do valor dos benefícios; V – equidade na forma de participação no custeio; VI – diversidade da base de financiamento; VII – caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

Com o objetivo de reduzir as desigualdades sociais existentes na sociedade capitalista brasileira, e proteger os cidadãos, a noção de seguridade social contemplada na CF/88, tem como base uma saúde universal que independe de contribuição social. Sendo que a previdência é para o trabalhador que contribui exclusivamente, como um seguro que traz vários benefícios que podemos destacar: aposentadoria, auxílios, pensões (BRASIL, 1988). Em contrapartida, à Assistência Social é para quem dela necessitar, ou seja, para quem não pode prover para sua própria subsistência, sendo considerados vulneráveis socialmente (BRASIL, 2004).

Equiparável a isso, a Lei Orgânica da Saúde – LOS, Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990 implanta o Sistema Único de Saúde – SUS, e trata dos seus atributos, reafirmando que ela é direito de todos e dever do Estado, e que seja garantida pelas políticas sociais e econômicas no intuito de reduzir o risco de doenças e outros agravos, do mesmo modo que a realização de ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990). A OMS define a saúde como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, envolvendo a responsabilidade também das demais políticas públicas no campo social (WHO, 2004).

Sabe-se que o SUS é uma ferramenta dentro do tripé de seguridade social visando à promoção, preservação e recuperação da saúde do sujeito, no entanto, é possível observar complexidades para sua execução. Para tanto, se faz necessário entender a circunstância do seu desenvolvimento para entender a suplantação e contrariedades identificadas.

Assim sendo, com a implementação do SUS a partir dos anos 90, aconteceram mudanças tecnológicas, organizacionais e políticas nas formas de organização do trabalho na saúde, determinadas pela hierarquização por nível de complexidade, descentralização e democratização do sistema (MARQUES, 2005). Mudanças que trouxeram novos atributos ao modelo de gestão e atenção, e, portanto, às demandas de trabalho, trazendo novas formas de cooperação, que aconteciam por meio de um conjunto de ações compartilhadas entre a equipe multiprofissional da saúde, serviços da rede, e o paciente/família (COSTA, 2000).

As ações e serviços públicos de saúde do SUS seguem dentre outros, os seguintes princípios, segundo Brasil (1990, p.3):

I - universalidade de acesso aos serviços...e assistência, II - integralidade da assistência, IV - igualdade da assistência à saúde, IX – descentralização político-administrativa, a. ênfase na descentralização dos serviços para os municípios; b.regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.

Vale ressaltar que a Política Nacional do Idoso - PNI, Lei nº. 8.842, de 04 de janeiro de 1994, tem por objetivo assegurar os direitos sociais do idoso, estabelecendo condições para proporcionar sua autonomia, integração e participação tangível na sociedade (BRASIL, 1994).

Além disso, tem o Estatuto da Pessoa Idosa, Lei nº. 10.741, de 01 de outubro de 2003, que entra em vigor desde primeiro de janeiro de 2004 trazendo à tona questões de várias ordens no que diz respeito dos direitos relacionados à população idosa. Sendo este um avanço sociojurídico importante na defesa de tais direitos (BRASIL, 2003).

Logo, a CF/88, a PNI (1994) e o Estatuto da Pessoa Idosa (2003), avaliam que seja responsabilidade da família, do Estado e da sociedade o cuidado do idoso, no entanto, embora as leis sejam para atender a população idosa de forma integral, sabe-se que o Estado provém de alguns serviços básicos, mas no que diz respeito a serviços e acomodações de longa duração e algumas necessidades que os planos de saúde não cobrem e também serviços de atenção integral como residências, centros de recreação, ainda são insuficientes para essa população que cresce a passos largos (BRASIL, 1988; BRASIL, 1994; BRASIL, 2003).

Pressupondo a veracidade das desigualdades sociais do país, julga-se contestar à família tal responsabilidade, visto que esta, “se encontra muito mais na posição de um sujeito ameaçado do que de instituição provedora esperada, se revelando uma instância sobrecarregada, fragilizada e que se enfraquece ainda mais quando lhe atribuímos tarefas maiores que a sua capacidade de realizá-las” (MIOTO, 2003, p. 183).

Entretanto, é preciso pensar no envelhecimento no Brasil com diminuição da mortalidade na medida em que há melhores condições de vida, queda da fecundidade, entre outros aspectos importantes, conseqüentemente aumentando o número de idosos, trazendo maior visibilidade para as questões do envelhecimento, pensando nas condições de vida e saúde da pessoa idosa.

Para Giacomini (2012, p. 19):

O fenômeno do envelhecimento é complexo e multifacetado, abrangendo as dimensões biológicas, psicológicas, sociais, demográficas, jurídicas, políticas,

[...], em torno do significado e das repercussões do prolongamento da vida humana, no âmbito do indivíduo e da sociedade.

O processo de envelhecimento traz várias mudanças sociais, psicológicas, físicas e alterações biológicas que tendem a fragilizar o sujeito, fazendo com que ele fique mais suscetível a doenças que possam alterar sua condição praticável e cognitiva, sendo esta, uma condição que possa trazer prejuízos na sua participação dentro da sociedade, podendo trazer impactos para sua vida financeira e aumento com gastos.

Tais aspectos recaem sobre de que forma a terceira idade é vista pela sociedade, por um longo período, vinculados a uma cultura estigmatizante sobre o que é ser idoso. Conforme explica Mercadante (2003, p.56), “esse modelo social ideológico, que atribui qualidades negativas aos velhos [...]”, articulando a velhice ao decaimento do corpo e da mente do indivíduo.

A velhice, na sociedade capitalista inclina-se a ser excluída, trazendo consigo um pensamento de que o idoso é incapaz e dependente, que não exerce mais suas funções laborativas, e não serve mais para ser explorado no trabalho. Sendo assim, de acordo com Camarano (2013, p.12), “a visão predominante dessa população é a de um grupo homogêneo que vivencia a última fase da vida, composto por uma população frágil, tanto do ponto de vista econômico quanto de sua saúde [...]”.

Apesar disso, é essencial desestruturar essa identidade estigmatizante da velhice, para que se tenha outro olhar para a terceira idade, no sentido de reconhecimento como sujeito de direito. Sendo necessário analisar suas necessidades sociais, para que possam programar políticas públicas que atendam suas necessidades nesse processo de envelhecer, “e incentivar, fundamentalmente, a prevenção, o cuidado e a atenção integral à saúde” (VERAS, 2009, p. 549), pensando na qualidade de vida da pessoa idosa.

Em 2006, foi estabelecido o Pacto pela Saúde, onde a saúde do idoso seria prioridade entre gestores do SUS, sendo definidas diretrizes e ações de forma estratégica no cuidado à saúde da pessoa idosa. Em paralelo, foi criada a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa - PNSPI, com o objetivo “a recuperação, manutenção e promoção da autonomia e da independência da pessoa idosa, direcionando medidas coletivas e individuais de saúde para esse fim [...]” (BRASIL, 2006).

Sendo assim, as ações de promoção, manutenção e reabilitação da pessoa idosa são diretrizes voltadas para um envelhecimento saudável e ativo, uma melhor qualidade de vida e participação social, bem como, a capacitação dos profissionais que prestam serviços a esse

público. Além disso, a política salienta a relevância da atenção integrada e integral à saúde do idoso, estabelecendo um alinhamento nos cuidados prestados ao usuário, tendo em vista os seus direitos, necessidades, preferências e aptidões enquanto ator social, estimulando ações intersetoriais.

A PNSPI apresenta alguns desafios no que diz respeito à carência de estruturas de cuidado intermediário ao idoso no SUS, onde os serviços são reduzidos no cuidado domiciliar ao idoso frágil, ficando a família como responsável solo pelo cuidado desse idoso, carência de profissionais multidisciplinares e interdisciplinares desprovidos de conhecimento no processo de envelhecimento e a deficiência das redes de assistência à saúde do idoso (BRASIL, 2006). Tais desafios se colocam à medida que o processo de envelhecimento cresce, apontando que os serviços da política de saúde no Brasil, são desprovidos de conhecimento em amplitude e qualidade que possam atender os idosos com suas particularidades e recursos limitados que são ofertados.

Neste sentido, ressalta-se que existem avanços nas conquistas dos direitos, mas compreender os limites se faz necessário para entender o processo existente entre a garantia legal e sua efetivação no contexto social.

Desta forma, é importante estar atento ao fato de que “mesmo estabelecidos em instrumentos legais como na Constituição, Códigos, Estatutos, e etc., os direitos sociais só se concretizam na prática” (GOLDMAN, 2000, p. 26). Dentro da geração atual, os direitos sociais alcançados, foram ajustados às particularidades neoliberais do Estado, que diminui cada vez mais seus compromissos em efetivar tais direitos.

Na conjuntura atual da sociedade brasileira, é possível observar profundas desigualdades sociais, onde o aumento da expectativa de vida dos indivíduos está sendo atravessado por condições de vulnerabilidades e risco social para uma parte da população idosa. Onde o cumprimento dos direitos sociais através das políticas públicas tendo em vista a redução dos gastos, mínima responsabilização do Estado e cortes no financiamento é possível perceber o aumento de idosos em vulnerabilidade social, trazendo prejuízos na efetivação do acesso do idoso à atenção integral na saúde.

Ademais, os hospitais devem ser responsáveis ao prestar o cuidado, com um plano para a realização da alta com responsabilidade, no intuito de prevenir resultados contrários após o período de internação. Sendo assim, no cuidado ao paciente, em especial o idoso, se faz necessário uma assistência centralizada, tendo em vista seu histórico de saúde ao longo da vida, nos inúmeros pontos de atenção à saúde.

Veras e Oliveira (2018, p.1933) comprovam com esta afirmativa ao colocarem que:

Estudos evidenciam que a atenção deve ser organizada de maneira integrada, e os cuidados precisam ser coordenados ao longo do percurso assistencial, numa lógica de rede desde a entrada no sistema até os cuidados ao fim da vida. Os adequados modelos de atenção à saúde para idosos, portanto, são aqueles que apresentam uma proposta de linha de cuidados, com foco em ações de educação, promoção da saúde, prevenção de doenças evitáveis, postergação de moléstias, cuidado precoce e reabilitação.

Vincent e Amalberti (2016, p.10) abordam a importância da comunicação entre os serviços de saúde afirmando:

Pacientes ficam internados por um espaço de tempo e vivem com a doença em suas casas durante anos, conseqüentemente, a responsabilidade é transferida dos hospitais para a atenção primária. Isto requer uma coordenação eficaz entre todas as organizações de saúde, especialmente nos pontos de transição, para mitigar os riscos e promover resultados positivos.

Portanto, apesar de avanços nas conquistas de direitos, é crucial entender os limites entre a garantia legal e a efetivação prática dos direitos dos idosos. O contexto atual de vulnerabilidade e risco social aumenta a necessidade de uma assistência integrada e contínua. A coordenação eficaz entre os serviços de saúde é essencial para garantir um cuidado adequado aos idosos, desde a entrada no sistema até os cuidados ao fim da vida, articulando as políticas sociais, como os equipamentos do Sistema Único de Assistência Social – SUAS.

A seguir, será abordado o trabalho do assistente social nos hospitais, com toda sua complexidade de relações existentes, internamente, com a equipe interprofissional e, logo, com os serviços e equipes componentes que desenham as políticas sociais territoriais.

2.2 O papel do assistente social que atua nos hospitais

Sabe-se que, o caminho percorrido pela saúde brasileira e seus princípios, observa-se que historicamente ela é um importante campo de atuação para o assistente social. Sendo este um profissional liberal, que tem sua profissão regulamentada em Lei Federal (Lei nº8.662 de 7 de julho de 1993), em que dispõe as competências e as atribuições do assistente social.

Rezende e Cavalcanti (2015, p. 75) afirmam que:

Historicamente, a saúde é o setor que absorve o maior número de assistentes sociais, sendo o setor público o principal mercado de trabalho. Um dos impactos do processo de descentralização é o aumento da força de trabalho na saúde, aí incluído o profissional do serviço social.

A década de 1980 foi determinante para que o Serviço Social se reestruturasse para afirmar sua criticidade de forma transformadora, no sentido de amadurecimento dos teóricos, incorporando tal criticidade do Serviço Social, como exemplo, o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais de 1985 e 1989, sendo estes, importantes na fase inicial para a construção do Serviço Social como hoje se apresenta na prática (BRAVO; MATOS, 2009).

Nota-se que com a implementação do SUS, o profissional de Serviço Social, começa a ser mais requisitado, tendo em vista, ser um profissional que consegue ter uma maior proximidade e maior amplitude da realidade dos pacientes e seus familiares nos serviços de saúde, através de uma escuta qualificada, podendo alcançar no atendimento ao usuário uma articulação com outras políticas públicas, atendendo assim os princípios do SUS.

O assistente social inserido no âmbito hospitalar é um profissional que articula o recorte social, intervindo com outras políticas públicas, além da saúde, identificando as necessidades trazidas pelos usuários, de forma multidisciplinar entendendo as condições necessárias que vivem os usuários.

Sua inserção na saúde se torna cada vez mais necessária, no sentido de promoção, recuperação da saúde, nos diferentes níveis do SUS, pensando no conceito ampliado de saúde que segundo (REZENDE; CAVALCANTE, 2015) compreende o processo saúde-doença como decorrente das condições de vida e de trabalho.

Sendo assim, o processo de trabalho que desenvolve junto às equipes de saúde no âmbito hospitalar, vai ter um olhar ordenado com o princípio de Integralidade, entendendo o usuário como um ser humano histórico, social, familiar e político, pensando não somente na cura, mas na promoção prevenção, reabilitação, adaptação e cuidados paliativos em saúde (COSTA, 2000).

Sua atuação é de extrema importância, uma vez que, atua em diversos setores, lidando com diferentes públicos vulneráveis, compondo assim a equipe multidisciplinar em âmbito hospitalar e nas diversas expressões da questão social, enquanto determinantes da doença.

Assim sendo, seu trabalho surge em uma perspectiva de viabilizar os seus usuários acesso aos serviços, no sentido de garantir sua participação na Política Nacional de Saúde - PNS, atuando diretamente com os pacientes e seus familiares em um momento de fragilidade.

Neste sentido, o assistente social durante o período de internação deverá acolher, orientar de forma humanizada os pacientes e seus familiares. Segundo Souza (2020) o assistente social que atua no hospital, tem a responsabilidade de esclarecer os determinantes sociais que atuam no processo de adoecimento e a articulação através dos encaminhamentos à rede de

serviços ou políticas públicas, quando necessário, com base na garantia de direitos sociais aos usuários.

Na contemporaneidade, dentro do hospital, é possível observar o desconhecimento por grande parte dos profissionais que ali atuam e dos usuários sobre o trabalho que o assistente social realiza, sendo ainda comum entender esse trabalho como Assistência Social. Compete ressaltar, que a Assistência Social é uma política pública, o profissional que tem graduação em Serviço Social é denominado assistente social (CFESS, 2016).

Desta forma, habitualmente este profissional é chamado a conhecer a situação socioeconômica, com o objetivo de identificar as condições de trabalho, moradia, vínculo familiar, tendo em vista o processo de restabelecimento do paciente com foco em uma possível intervenção. É de extrema importância a participação da família no auxílio aos cuidados, e fornecendo informações importantes nesse processo de doença, sendo de competência de o assistente social promover esse fortalecimento de vínculos através do diálogo no momento de visita ao paciente.

Como mencionado anteriormente, o assistente social deve ter clareza das suas atribuições, uma vez que encontra dificuldades de ser reconhecido dentro desse espaço sócio-ocupacional, para que não insistam em demandas que não são suas (MIOTO; NOGUEIRA, 2009). Tendo em vista que, ao receber uma demanda que não lhe compete, a mesma deve ser encaminhada ao profissional ou setor responsável (CFESS, 2010).

Sendo assim, as atribuições privativas são os fazeres que contemplem particularidades de instrumentalização por assistentes sociais, conseqüentemente, são exclusivas destes (MATOS, 2015). Constituem-se como atribuições privativas a realização de vistorias, perícias, laudos, pareceres em matéria de serviço social; ministrar aulas, em disciplinas específicas de serviço social; supervisionar estagiários regularmente matriculados no curso de serviço social seja em hospitais ou em outros espaços sócioocupacionais, bem como outros segundo a Lei nº 8.662/1993 (BRASIL, 1993, p.45-47):

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.

Matos (2015) relata que as competências são ações que podem ser desenvolvidas pelos assistentes sociais, porém não lhe são exclusivas, são competências destes profissionais a elaboração, execução e avaliação de políticas sociais; orientar grupos e indivíduos; realizar estudos socioeconômicos, entre outras expressas na Lei nº 8.662/1993 (BRASIL, 1993, p. 44-45):

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 socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades.

Neste sentido, a depender da situação, o assistente social precisa enfrentar diferentes concepções de direito, para assim prestar um atendimento humanizado aos pacientes e seus familiares, tendo em vista que há uma centralidade no médico dentro do hospital. No entanto, muitas vezes as questões de saúde são reparadas, porém existem demandas sociais a serem resolvidas, gerando a alta social do usuário, trazendo vários questionamentos da sua permanência dentro da instituição.

Deste modo, é possível perceber a dificuldade de outros profissionais neste ambiente, em compreender que, com a intervenção do assistente social é possível promover uma alta segura e protegida com a redução de agravos sociais, para que o paciente e seus familiares tenham condições pertinentes no processo de cura e recuperação após a alta.

Segundo Vidal e Guilherme (2019), o assistente social dentro da instituição atua como mediador entre a instituição e o usuário, onde as questões postas pelo usuário devem se sobressair, com vistas à efetivação dos direitos aos mesmos. Sendo assim, o profissional assistente social pode reproduzir uma relação de conflito com os interesses do empregador e usuários. Sendo este um profissional que atua na defesa e garantia de direitos dos usuários, garantindo a democratização do acesso aos serviços.

O assistente social deve atuar seguindo as três dimensões do Serviço Social: teórico-metodológico, técnico-operativo e ético-político. A primeira dimensão diz respeito ao conhecimento teórico, capaz de proporcionar uma criticidade para desvendar a realidade através da relação entre teoria e prática; a segunda diz respeito aos instrumentos utilizados pelo profissional e; por último, a dimensão ético-política, que vai falar a respeito da Lei nº 8.662/93, de regulamentação da profissão, as diretrizes curriculares da ABEPSS de 1996 e o Código de Ética do Assistente Social de 1993 (TAVARES, 2020).

Desse modo, o trabalho do assistente social vai além do processo de alta hospitalar, mas também no processo de finitude, atuando junto à equipe multidisciplinar através do acolhimento aos familiares e orientações pertinentes e encaminhamentos a serviços sociais, aos quais possuem direitos se assim necessitarem.

Portanto, conforme aponta Costa (2000) seu trabalho dentro do SUS não deve ser desvalorizado, pois sua atuação auxilia para a efetivação dos SUS, através da intersetorialidade que permeia outras políticas públicas pensando em um atendimento integral diante das demandas apresentadas pelos usuários.

2.3 Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na política de saúde

Até o final do século XX, a prática profissional do serviço social era caracterizada pelo conjunto de instrumentos e técnicas da intervenção profissional. Na contemporaneidade, esse debate é associado ao processo de trabalho, baseado em teorias marxistas (SILVA et al. 2006).

Historicamente, o fazer profissional foi atravessado por uma separação entre o saber e o fazer. No entanto, a concepção de suas primazias ou sua preparação simultaneamente, comportamentos diferentes levam a práticas desiguais. A assimilação da teoria na formação profissional agrega conhecimento, valores, modelos e símbolos acumulados ao fazer profissional, culminado no que entendemos como prática (SILVA et al. 2006).

Para Iamamoto (2000), compreender a prática profissional, relaciona-se à prática social, ou seja, há um direcionamento de conexão direto à prática da sociedade; outros

qualificam a prática do serviço social de “práxis social”, ao considerar movimentos e a sociedade em contradições e movimentos.

Sendo assim, o documento intitulado como “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde” é fruto do grupo de trabalho “Serviço Social na Saúde”, instituído pelo Conselho Federal de Serviço Social - CFESS com a finalidade de referenciar o trabalho profissional na área da saúde. Com o intuito de trazer respostas ao trabalho profissional da categoria, pensando nas respostas dadas às demandas apresentadas no cotidiano no campo da saúde, bem como, àquelas requisitas pelos usuários e seus empregadores.

Para tanto, este documento foi elaborado a partir da avaliação de diversos documentos do CFESS e de vários Conselhos Regionais, onde se abordava as atribuições e competências profissionais. Sendo também avaliados documentos publicados em diversas secretarias municipais, estaduais e pelo Ministério da Saúde, amparados na Resolução do Conselho Nacional de Saúde - CNS nº 218, de 6 de março de 1997, ao reconhecer a categoria de assistente sociais como profissionais da saúde, além da Resolução do CFESS nº 383, de 29 de março de 1999, reconhecendo o assistente social como profissional de saúde (BRASIL, 1997; CFESS, 1999).

Nessa perspectiva, esse documento foi estruturado em quatro partes, o primeiro, intitulado “Saúde, Reforma Sanitária, SUS e desafios atuais”, o segundo versa “Serviço Social e Saúde”, o terceiro versa “Atuação do Assistente Social na Saúde”, e por fim, o quarto mostra “Algumas Reflexões”. Tal documento tem um caráter referencial para a atuação dos assistentes sociais na saúde, sendo também um documento que versa sobre as demandas profissionais de forma articulada com as demais políticas públicas, neste sentido, o que se espera com este documento é “fortalecer o trabalho dos assistentes sociais na saúde, na direção dos Projetos de Reforma Sanitária e Ético-Político Profissional, imprimindo maior qualidade ao atendimento prestado à população usuária dos serviços de saúde em todo Brasil” (CFESS, 2010, p. 15).

Verifica-se que o documento do CFESS (2010) remete ainda ao contexto histórico da década de 1980, onde a classe trabalhadora, mesmo tendo ganhos significativos no campo social e político, não conseguiu interferir na ordem econômica, tendo em vista que ao final desta década as conquistas foram no campo político e não econômico. Década em que a saúde obteve mais avanços, como exemplo o SUS, parte integrante da Seguridade Social uma das proposições do Projeto de Reforma Sanitária, e regulamentado em 1990 pela LOS.

Considerando que houve na década de 1990 afirmações do projeto neoliberal, onde há a defesa do processo de privatização e a constituição do cidadão consumidor, passando a saúde

a ser mercantilizada, com um atendimento básico por parte do Estado, sendo este um atendimento que não é de interesse do setor privado.

De acordo com o CFESS (2010), a nova estrutura da política de saúde e o trabalho do assistente social enfrentam transformações nas condições de trabalho, na formação profissional, nas influências teóricas, na ampliação de demanda e na relação com os demais profissionais e movimentos sociais, desta forma há um aumento na precarização do trabalho, onde os profissionais são requisitados a amenizar o quadro de pobreza absoluta que a classe trabalhadora se sujeita.

Diante desse contexto, entidades do serviço social são desafiadas a articular com os demais profissionais, movimentos sociais, na defesa da Reforma Sanitária estruturados em meados dos anos de 1970, e estimativos de mudanças estruturais, nas políticas sociais, em especial na saúde (CFESS, 2010).

O segundo item que se trata os parâmetros do CFESS (2010), “Serviço Social na Saúde”, fazendo uma análise deste documento, que se refere à década de 1980, já tratado anteriormente. Década marcada pelo amadurecimento da tendência hegemônica dentro da academia e nas entidades que representam a categoria, a intenção de ruptura e diálogo com a tradição marxista.

Os avanços alcançados pela prática dos assistentes sociais na década de 1990 não foram suficientes, uma vez que o período foi marcado pela implantação do projeto neoliberal, onde os dois projetos em disputa, privatista e da reforma sanitária, requisições diferentes são exigidas ao serviço social. Diante de tal movimento, se faz necessário a criação de entidades ou fóruns de capacitação e debate que se dediquem a produção de conhecimentos na área de atuação profissional.

De acordo com os parâmetros do CFESS (2010), na saúde a implementação do projeto de Reforma Sanitária continua em foco, sendo construído na década de 1970, sendo este um projeto que tem relação direta com o projeto profissional do assistente social. No entanto, para a consolidação de tal projeto, a categoria encontra dificuldades em sua prática cotidiana. Devendo o assistente social se articular com outros seguimentos que defendam a aplicação do SUS.

Os parâmetros do CFESS (2010, p.31-32) julgam que para pensar e realizar uma prática profissional na área da saúde competente e crítica é necessário:

[...] estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS; conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-

doença; facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais, bem como de forma compromissada e criativa não submeter à operacionalização de seu trabalho aos rearranjos propostos pelos governos que descaracterizam a proposta original do SUS de direito, ou seja, contido no projeto de Reforma Sanitária; buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; estimular a intersetorialidade, tendo em vista realizar ações que fortaleçam a articulação entre as políticas de seguridade social, superando a fragmentação dos serviços e do atendimento às necessidades sociais; tentar construir e/ou efetivar, conjuntamente com outros trabalhadores da saúde, espaços nas unidades que garantam a participação popular e dos trabalhadores de saúde nas decisões a serem tomadas; elaborar e participar de projetos de educação permanente, buscar assessoria técnica e sistematizar o trabalho desenvolvido, bem como realizar investigações sobre temáticas relacionadas à saúde; efetivar assessoria aos movimentos sociais e/ou aos conselhos a fim de potencializar a participação dos sujeitos sociais contribuindo no processo de democratização das políticas sociais, ampliando os canais de participação da população na formulação, fiscalização e gestão das políticas de saúde, visando ao aprofundamento dos direitos conquistados.

Nessa perspectiva, tal documento enfatiza que a defesa do projeto democrático não possui uma fórmula e não deve ser somente defendido por uma categoria. É necessário desafiar e enfrentar os obstáculos em defesa da democracia e dos direitos adquiridos pela população defendida pelo projeto ético-político profissional.

Sendo assim, a atuação do assistente social na saúde tem o objetivo de contemplar as atribuições e competências profissionais do Serviço Social, seja na saúde ou em qualquer outro espaço sócioocupacional, ordenando direitos e deveres contemplados no Código de Ética Profissional e na Lei de Regulamentação da profissão.

Logo, o assistente social deve atuar em diferentes políticas públicas, de acordo com as leis que regulamentam a profissão, afastando-se de abordagens tradicionais, funcionalistas e pragmáticas, reforçando práticas conservadoras, onde se tem um olhar individual do sujeito. Reconhecendo a “questão social” como seu objeto de intervenção profissional, é possível entender que sua atuação deve ser em uma perspectiva crítica e de totalidade, diante dos determinantes das desigualdades sociais.

3 POLÍTICA SOCIAL E ASSISTÊNCIA SOCIAL

3.1 Articulações e intersetorialidade na promoção do cuidado

A Constituição Federal de 1988 foi um marco legal de rompimento de uma assistência que tinha um viés de caridade para uma Assistência Social como direito, sendo incorporada no Sistema de Seguridade Social, formando um tripé entre a Saúde, Previdência Social e Assistência Social.

Assim, Rezende e Cavalcante (2015, p.86) relatam que:

A Carta Constitucional, no título VIII, que trata da ordem social, ao estabelecer, pela primeira vez no Brasil, um modelo de Seguridade Social ancorado no tripé saúde, assistência social e previdência, dá um importante passo na construção da cidadania, visto que concebe a assistência social, assim como a saúde, como política não contributiva e universal.

A Assistência Social foi incluída na pauta de políticas públicas vindo para completar o processo de luta para que fossem inscritas as práticas no terreno da proteção social, onde pudessem ser reconhecidas como direito dentro do ordenamento institucional. No entanto, sua regulamentação só se deu cinco anos após com a aprovação da Lei Orgânica da Assistência – LOAS, Lei de nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, regulamentando os artigos 203 e 204 da CF/88.

Neste sentido, a Assistência Social como política pública é uma tarefa difícil, no sentido de transformá-la para quem tem o dever de implementar e para quem espera desses serviços, possuírem seus direitos garantidos (REZENDE; CAVALCANTI, 2015).

Deste modo, a LOAS determina as competências das três esferas de governo. No sentido de viabilizar e garantir um controle dos sujeitos, ficando para os municípios prestarem os serviços assistenciais, compreendido por estes, conforme o artigo 23, as atividades continuadas que visem a melhoria de vida da população e cujas ações, voltadas para as necessidades básicas, observem os objetivos, princípios e diretrizes estabelecidos nesta lei (BRASIL, 1993).

A partir de 1995 com a realização da I Conferência Nacional de Assistência Social, estados e municípios passam a produzir instrumentos institucionais fundamentais na promoção e implementação da LOAS, exigindo Conselhos que possam incluir parcela da população de forma organizada na gestão desta política, no sentido de dar clareza aos gastos com a

formulação do Plano de Assistência, sendo assim, essas estratégias de planejamento e divulgações estabelecidas como estratégias determinadas para o repasse de verbas entre as três esferas de governo.

Rezende e Cavalcante (2015, p.88) ressaltam que:

Como forma de potencializar as ações, a partir de 1998, a Lei nº 9.720 acrescenta a este critério a obrigatoriedade dos estados, municípios e o Distrito Federal comprovarem a existência de recursos próprios, nos respectivos orçamentos, para a assistência social.

Verifica-se que em 2003, houve a IV Conferência Nacional de Assistência, como um marco legal, o qual é aprovado, a criação do SUAS, trazendo uma nova organização para esta política. Sendo assim ao tratar com os problemas e usuários variados, com a experiência de uma década, “colocou à Assistência Social a necessidade de estruturar um sistema articulado de serviços, com padrão de qualidade nacional, investindo em redes de proteção social básicas, hierarquizadas por níveis de complexidade” (REZENDE; CAVALCANTI, 2015, p. 88).

Neste sentido, ao estabelecer dois modelos aos serviços assistenciais: proteção básica e especial dividida em média e alta complexidade, o SUAS veio reorganizar o fornecimento dos serviços, bem como, as bases de financiamento, fornecendo mais autonomia aos entes federados, quebrando assim verbas carimbadas e transferências per capita.

A intersetorialidade é apontada pela CF/88 e legislações infraconstitucionais como base para uma organização das políticas públicas de forma articulada e integral no cuidado, rompendo com uma lógica fragmentada e desarticulada da política pública brasileira, onde se estabelece como impedimento no atendimento básico dos sujeitos em sua integralidade.

Para Carmo e Guizardi (2017), a expressão intersetorialidade, se apresenta de formas diferentes na área do conhecimento para quem maneja, se configurando com estratégia, processo, abordagem ou paradigma, em qualquer área, Saúde Coletiva, Administração ou Assistência Social, em uma perspectiva de diferentes correntes do pensamento e os discursos em disputa.

No Brasil, um dos primeiros autores a discutir sobre intersetorialidade foi Junqueira, em 1997, associando seu fundamento a começar da conexão entre descentralização e intersetorialidade. Segundo ele, através da descentralização das políticas sociais a nível local que a intersetorialidade conquista concretude sendo que “o conceito de intersetorialidade surge como uma possibilidade de solução integrada dos problemas do cidadão, considerando-o na sua totalidade” (JUNQUEIRA, 1998, p. 12). O autor relata que as políticas sociais têm impedimentos em proporcionar a equidade e a integralidade em consequência da atuação

setorial dos problemas sociais, sendo estas partes de um todo complexo, onde necessitam de uma forma integral para resolvê-los (JUNQUEIRA, 1998).

A intersetorialidade, conseqüentemente, deve representar a articulação entre as políticas públicas, por meio do progresso das ações simultâneas independentemente do nível de atenção, devendo empenhar-se no enfrentamento das desigualdades sociais em áreas distintas. Sendo assim, a intersetorialidade passa a ser uma das exigências para efetivação das políticas setoriais, tendo em vista a articulação entre instituições governamentais e a sociedade civil.

A Política Nacional do Idoso - PNI, Lei nº 8.842/1994 (BRASIL, 1994, p. 8-9), em seu capítulo III, que versa da Organização e Gestão, em seu Art. 8º regulamenta que:

a União, através do ministério responsável pela assistência e promoção social, compete: I – coordenar as ações relativas à política nacional do idoso; II – participar na formulação, acompanhamento e avaliação da política nacional do idoso; III – promover as articulações e interministeriais necessárias à implementação da política nacional do idoso; IV - vetado; V - elaborar a proposta orçamentária no âmbito da promoção e assistência social e submetê-la ao Conselho Nacional do Idoso.

A mesma lei, PNI e define a competência da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da presidência da república, ou seja, coordenar a Política Nacional do Idoso, em seu inciso II narra: II – articular e apoiar a estruturação de rede nacional de proteção e defesa dos direitos da pessoa idosa (BRASIL, 1994).

Sendo assim, observa-se nos dois documentos a referência na visão da articulação e da rede, onde Junqueira (1998) lembra que a rede aparece com perspectivas em conjunto a contrariedades comuns e a possibilidade de definição não apenas no âmbito das cidades, mas na articulação entre outros atores sociais.

Neste sentido, é possível entender que a rede é um estabelecimento social e dependente, dentre outras questões e da forma como outros atores são comprometidos através de parcerias e articulações (VILLASANTE, 2002).

Assim, as articulações da rede de serviços julgam particularidades intersetoriais, e dessa forma, Cavalcanti, Batista e Silva (2013) apontam que intersetorialidade é a articulação entre as políticas públicas, por meio do desenvolvimento e práticas conjuntas atribuindo proteção social, inclusão e enfrentamento das expressões da questão social. Ela espera a efetivação de ações integradas, visando à suplantação da fragmentação em relação às necessidades sociais da população, envolvendo a articulação de diversos setores sociais com objetivos comuns, tendo como princípio norteador da construção das redes municipais.

A apreensão da realidade é difícil, mesmo olhando todos os lados, identificando as expressões da “questão social”. Porém, quando na forma setorial as Políticas públicas não buscam a integração entre elas, a complexidade aumenta.

Konno et al. (2017, p.120-121) ressaltam:

Parte-se do pressuposto de que a fragmentação promovida pelo isolamento das políticas sociais cria dificuldades para a compreensão de que as expressões das desigualdades sociais não estão desvinculadas das causas estruturais que as produzem. Tomar essas expressões como objetos particularizados de cada uma das políticas Sociais obscurece a noção de totalidade.

Desse modo, a intersetorialidade não é simplesmente um instrumento para a equipe técnica. “Embora haja participação dos profissionais para sua efetivação nas instituições, os autores supracitados apontam que ela não depende somente dos trabalhadores com “boa vontade”” (KONNO et al. 2017, p. 124).

Sendo assim, a intersetorialidade presume ações organizadas e de forma coletiva estrategicamente que sejam pensadas pela gestão e sucessivamente motivadas pela equipe técnica. Bellini e Faler (2014) percebem que a intersetorialidade se destaca desde uma visão instrumental, traduzida em muitos casos em encaminhamentos, outras vezes em repasses sem diálogos, até sua composição como um trabalho que envolve vários campos dos saberes, ou até mesmo setores dos serviços públicos, propondo a criação de novos conhecimentos, tendo em vista a compreensão do fenômeno na sua totalidade, respondendo adequadamente.

Para a Política Nacional de Promoção da Saúde, a intersetorialidade diz respeito ao método de articulação de informações, competências, e tentativas de sujeitos, grupos, e setores, pensando a construção de mediações partilhadas, que possam ser estabelecidos vínculos, co-participação e cogestão para fins comuns.

Neste sentido, o gerenciamento deve ser gerido pensando na superação da setorialização e a focalização das Políticas Sociais, desafiado pela divisão de saberes e de experiências, incluindo a articulação entre as redes do território.

Para Silva e Tavares (2016), é notório o desafio da efetivação da intersetorialidade relacionada a um trabalho em equipe com co-responsabilidade entre a saúde e os demais setores, proporcionando troca de saberes, planejamento de ações, e parecer de forma compartilhada. Assim, ela agrega a ideia de integração, de território, de equidade, de direitos sociais e outros.

Neste sentido, partilhamos com Bellini e Faler (2014) ao declararem que a concepção de intersetorialidade deve beneficiar, então, a construção de interfaces e diálogos entre setores

e instituições governamentais e não governamentais, as quais devem desejar a defrontação de problemas sociais conjuntos, superando a amplitude das políticas públicas de forma isolada.

Deste modo, a intersetorialidade vai cooperar para afirmação, onde a política social isolada, não responde pela totalidade, através das demandas atribuídas setorialmente, possibilitando um atendimento integral solicitado.

Azevedo, Peliciomi e Westphal (2012, p. 1333), revelam que:

A intersetorialidade tem o potencial de revitalizar tais políticas, estimulando ações promotoras da saúde que contemplem os complexos condicionantes do processo saúde-doença. Entretanto, evidenciam-se alguns problemas para atingir esse desafio. Destacam-se o despreparo político e técnico de gestores e profissionais da saúde para assumir ações intersetoriais e questões de ordem administrativa que dificultam a execução integrada de ações. Tal despreparo leva, entre outros danos, à falta de reconhecimento de alguns dos temas das políticas como questões legítimas de Saúde Coletiva. Além disso, permanecem em muitas das agendas das políticas, decisões centralizadas que impedem a participação de 55 comunidades e o surgimento de problemas ajustados às realidades locais, cujas soluções exigem intervenções intersetoriais e criativas. Assim, torna-se essencial fomentar um efetivo processo educativo interdisciplinar que forme profissionais da saúde com visão intersetorial em sintonia com as diretrizes das políticas públicas de promoção da saúde. Também é importante valorizar a dimensão territorial e as redes sociais, potencializando processos participativos que ampliem a perspectiva intersetorial dessas políticas, bem como estimular a ativação do sujeito nos processos decisórios.

Embora a intersetorialidade seja um princípio da saúde pública, ainda é um confronto em meio à setorialização das instituições públicas através das dificuldades que são postas na viabilização da troca de saberes e experiências, impedindo a integralidade dos sujeitos. Assim, a intersetorialidade quebra a visão de fragmentação do sujeito em sua integralidade, estando bem longe de ser abreviada a reuniões e encaminhamentos, mas estar arrolada na integração das políticas sociais, com foco nos determinantes sociais.

Para publicizar um olhar integral à saúde dos sujeitos, é necessária uma articulação das ações e serviços de forma planejada, envolvendo diversos atores sociais possíveis: gestão, trabalhador, técnica e usuários. A atividade intersetorial compreende outra perspectiva, conforme explica Junqueira (2000, p.43) na definição a seguir:

(...) a prática intersetorial que privilegia a negociação pode alcançar uma dimensão transectorial, pois cria um olhar e instaura novos valores, mediante o respeito das diferenças e a incorporação das contribuições de cada política social no entendimento e na superação dos problemas sociais.

Portanto, a intersetorialidade é estabelecida por Inojosa (2001) como articulação de conhecimentos e experimento tendo em vista um planejamento, onde haja planejamento, avaliação de políticas, programas e projetos, com a finalidade de atingir respostas simultâneas

em situações importantes. Tendo em vista a busca no alcance de respostas integradas com vistas a um efeito sinérgico. Tornando o propósito de transdisciplinaridade para o campo das instituições, no sentido muito mais amplo do que juntar setores, criar uma ação para o aparelho governamental, com base territorial e populacional.

3.2 Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social

As atribuições e competências³ dos (as) profissionais de Serviço Social, não obstante suas áreas de atuação, tanto na política de Assistência Social, como em outros espaços sócio ocupacionais serão instruídas e direcionadas por direitos e deveres, que constam no Código de Ética Profissional e na lei de Regulamentação da profissão. Neste sentido devem ser analisados e apreciados pelos profissionais e instituições empregadoras (CFESS, 2009).

No que cita aos direitos dos (as) assistentes sociais, o artigo 2º do Código de Ética da profissão (BRASIL, 2012, p. 27) assegura:

- a) garantia e defesa de suas atribuições e prerrogativas, estabelecidas na Lei de Regulamentação da Profissão e dos princípios firmados neste Código;
- b) livre exercício das atividades inerentes à profissão;
- c) participação na elaboração e gerenciamento das políticas sociais, e na formulação e implementação de programas sociais;
- d) inviolabilidade do local de trabalho e respectivos arquivos e documentação, garantindo o sigilo profissional;
- e) desagravo público por ofensa que atinja a sua honra profissional;
- f) aprimoramento profissional de forma contínua, colocando-o a serviço dos princípios deste Código;
- g) pronunciamento em matéria de sua especialidade, sobretudo quando se tratar de assuntos de interesse da população;
- h) ampla autonomia no exercício da profissão, não sendo obrigado a prestar serviços profissionais incompatíveis com as suas atribuições, cargos ou funções;
- i) liberdade na realização de seus estudos e pesquisas, resguardados os direitos de participação de indivíduos ou grupos envolvidos em seus trabalhos.

Considerando os deveres desse profissional, tem-se o artigo 3º do Código de Ética do Serviço Social (BRASIL, 2012, p. 27) que diz:

- a) desempenhar suas atividades profissionais, com eficiência e responsabilidade, observando a Legislação em vigor;

³As competências expressam capacidade para apreciar ou dar resolutividade a determinado assunto, não sendo exclusivas de uma única especialidade profissional, pois são a ela concernentes em função da capacitação dos sujeitos profissionais. As atribuições são prerrogativas exclusivas ao serem definidas enquanto matéria, área e unidade de Serviço Social. Esse esclarecimento conduz à elucidação da concepção mesma de profissão de Serviço Social, uma vez que a auto qualificação da profissão é uma prerrogativa de seus agentes especializados e seus organismos representativos (IAMAMOTO, 2002).

- b) utilizar seu número de registro no Conselho Regional no exercício da profissão;
- c) abster-se, no exercício da profissão, de práticas que caracterizem a censura, o cerceamento da liberdade, o policiamento dos comportamentos, denunciando sua ocorrência aos órgãos competentes;
- d) participar de programas de socorro à população em situação de calamidade.

Sendo assim, para além dos direitos e dos deveres expostos acima, vale lembrar aos profissionais que atuam no Centro de Referência de Assistência Social - CRAS⁴, e no Centro de Referência Especializado de Assistência Social - CREAS⁵, ou seja, os profissionais que atuam diretamente com essas públicas de assistência, há uma demanda aos profissionais de se distanciarem de práticas tradicionalistas, funcionalistas e pragmatistas, que substanciem práticas conservadoras, tendo um olhar individual dos sujeitos, a partir da “correlação” do indivíduo do ambiente em que está inserido (BRASIL, 2004).

Com base na lei de regulamentação da profissão, as competências e atribuições dos (as) assistentes sociais demandam dos profissionais, certas competências gerais e fundamentais à convicção do contexto histórico que se coloca a intervenção, por exemplo e conforme o CFESS (2011, p. 18-9):

- Apreensão crítica dos processos sociais de produção e reprodução das relações sociais numa perspectiva de totalidade;
- Análise do movimento histórico da sociedade brasileira, apreendendo as particularidades do desenvolvimento do Capitalismo no País e as particularidades regionais;
- Compreensão do significado social da profissão e de seu desenvolvimento sócio histórico, nos cenários internacionais e nacionais, desvelando as possibilidades de ação contidas na realidade;
- Identificação das demandas presentes na sociedade, visando a formular respostas profissionais para o enfrentamento da questão social, considerando as novas articulações entre o público e o privado.

Logo, as competências orientadas aos profissionais de Serviço Social, segundo a ABEPSS (1996), possibilitam aos mesmos fazerem uma análise crítica da realidade, a começar a realizar seu trabalho a partir das atribuições e competências específicas, no enfrentamento das demandas sociais apresentadas no cotidiano profissional. Competências essas, que alcançam várias dimensões interventivas, complementares e indissociáveis.

É importante ressaltar que ao realizar suas competências e atribuições, o profissional deve utilizar instrumentos apropriados para cada circunstância social que será enfrentada pelo profissional (CFESS, 2009).

⁴É uma unidade pública e estatal, que realiza atendimento de até 1.000 famílias/ano, estão localizados em área de maior vulnerabilidade social, conforme a Política Nacional de Assistência Social (BRASIL, PNAS, 2004)

⁵Destinados a pessoas com vínculos familiares rompidos, em decorrência de abandono familiar, violência, abuso sexual, além de maus tratos que podem ser físicos, ou mesmo psicológico (BRASIL, PNAS, 2004).

Deste modo, orientar o trabalho profissional, de acordo com o estabelecido no Código de Ética da profissão e Lei de Regulamentação, solicita um profissional crítico, capaz de formular, recriar e avaliar recomendações para uma sucessiva democratização das relações sociais. Por outro lado, requer um profissional pautado no instrumental técnico-operativo, preparado para potencializar as ações nos níveis de assessoria, planejamento, negociação, pesquisa e ação direta, estimulando a participação dos sujeitos sociais nas providências que lhes pertencem, pensando na defesa e acesso aos direitos. No entanto, é preciso estar atento às observações feitas por Yamamoto (2009, p. 20) “(...) um dos maiores desafios que o assistente social vive no presente é desenvolver sua capacidade de decifrar a realidade e construir propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano”. Enfim, ser um profissional propositivo e não só executivo.

Sobre os desafios em geral enfrentados pelos profissionais, segundo Andrade (1999, p.185):

O desafio profissional é, pois, dentro desse campo contraditório, direcionar sua ação para o atendimento das necessidades sociais dos trabalhadores e ainda ampliar seu campo de trabalho através de sua competência técnico-operativas, respondendo às novas demandas de forma ética e comprometida com a defesa da dignidade dos trabalhadores.

Além da contribuição de Andrade é preciso destacar o preconizado no CFESS (2012, p. 31):

Os desafios presentes no campo da atuação exigem do (a) profissional o domínio de informações, para identificação dos instrumentos a serem acionados e requer habilidades técnico-operacionais, que permitam um profícuo diálogo com os diferentes segmentos sociais. O conhecimento da realidade possibilita o seu deciframento para “iluminar” a condução do trabalho a ser realizado. A pesquisa, portanto, revela-se um vital instrumento e torna-se fundamental incorporá-la aos procedimentos rotineiros.

Verifica-se que através dos direitos e deveres designados aos profissionais em seus respectivos campos de atuação, junto às competências, permite-lhes realizar uma análise crítica da realidade e deste poder intervir na realidade colocada.

Portanto, ainda hoje é um desafio para o profissional de Serviço Social, ultrapassar práticas conservadoras, que trazem à tona ações assistencialistas à profissão, carregadas por décadas pela profissão, de modo especial na política de Assistência Social, onde são percebidos ainda hoje novos arranjos para as práticas assistencialistas, insistindo em “combinar” com a Assistência Social como política de direito. Sendo assim, é preciso impedir práticas

tradicionais, funcionalistas e pragmáticas que conformam práticas disciplinadoras e corretivas que abordam situações sociais como problemas individuais.

4 A ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA INTERLOCUÇÃO ENTRE AS POLÍTICAS SOCIAIS FACE A ALTA SOCIAL DA PESSOA IDOSA

4.1 Alta social e seus reflexos na vida dos idosos

As transformações que ocorreram, requisitam mais serviços, novos cuidados, políticas públicas que atendam de forma particular essa população que envelhece a passos largos. A alta social de idosos envolve processos de cuidados especializados e planejamento cuidadoso para garantir o bem-estar e a qualidade de vida da terceira idade, seja em um ambiente de instituição de cuidados de longo prazo ou em seu próprio lar.

É possível observar que cada vez mais na conjuntura atual, esse cenário vem ocorrendo com mais frequência, para tanto, se faz necessário conhecer as causas, as consequências e os desafios para trabalhar em uma perspectiva de amenizar os impactos que trazem a essa população.

No entanto, a alta social de idosos é um processo por meio do qual a saída do paciente acontece diante de uma avaliação que envolve vários aspectos de forma multiprofissional, visando a saúde do usuário dentro e fora do contexto hospitalar. O assistente social, por meio de sua intervenção, irá atuar de forma reflexiva, esclarecendo e orientando junto à equipe de saúde e aos usuários do serviço com relação ao processo de alta. Neste sentido, “o profissional de Serviço Social poder ser um interlocutor entre os usuários e a equipe de saúde com relação aos determinantes sociais” (CFESS, 2010, p.49).

Vale ressaltar que o debate acadêmico de alta social de idosos, no Serviço Social, é recente, com poucas produções, normalmente mais ligada ao processo de estágio e programas de residência multiprofissional em saúde.

No cenário de redemocratização do país, há uma nova formulação de saúde, ornada pela CF/88, e Lei nº 8.080/1990 - LOS. Anterior a isso, a saúde era pensada como ausência de doença, passando a ser entendida no sentido amplo, trazida no artigo 3º, da LOS (BRASIL, 1990, p.2) que diz:

os níveis de saúde expressam a organização social e econômica do País, tendo a saúde como determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, a atividade física, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais.

Deste modo, somente a partir da CF/88, a saúde passa a ser entendida como Direito de todos e Dever do Estado, sendo garantida por meio de políticas públicas, apresentadas no SUS, que se beneficia do conceito ampliado de saúde, articulando-se com os princípios de universalidade, integralidade e equidade.

Sendo assim, o conceito ampliado de saúde foi um ganho para a compreensão do sujeito como ser histórico e social, fazendo parte de determinada cultura e de uma família. Através desse conceito o método saúde/doença é entendido como característico da forma de convivência do homem, além das condições de vida e trabalho dos sujeitos e grupos que ultrapassam a questão biológica (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

Ainda segundo Buss e Pellegrini Filho (2007, p.64):

A força de seus postulados procura resgatar a importância das dimensões econômica, social e política na produção da saúde e da doença nas coletividades. Contrapondo-se à concepção biomédica, baseada na primazia do conhecimento anatomopatológico e na abordagem mecanicista do corpo, cujo modelo assistencial está centrado no indivíduo, na doença, no hospital e no médico [...].

O conceito ampliado de saúde presume uma reestruturação teórico-metodológico e ético-político do conhecimento e das ações de saúde, envolvendo uma reformulação dos processos de trabalho, bem como a alta hospitalar. Ainda com traços tradicionais.

Para tanto, tais formulações foram incorporadas aos documentos legais em âmbito hospitalar, com destaque para a Política Nacional de Atenção Hospitalar - PNHOSP, no âmbito do SUS, Portaria nº 3.390/2013, delimitada como diretrizes, no art. 6º as garantias relativas à universalidade de acesso, equidade e integralidade na atenção hospitalar, assim como a continuação do cuidado através das articulações entre o hospital e os demais pontos das Redes de Atenção à Saúde - RAS, garantindo assim, um modelo de atendimento focado no cuidado ao usuário, de forma multidisciplinar e interdisciplinar. Além disso, é possível traçar uma alta hospitalar com responsabilidade, presumindo a passagem do cuidado, através de orientações aos pacientes e familiares para dar continuidade ao tratamento e a articulação com os setores das RAS (BRASIL, 2013).

Deste modo, a PNHOSP vem comprovar a necessidade dessa intervenção de forma multidisciplinar, interdisciplinar, intersetorial em rede. Indo de encontro à proposta de alta social, com uma ação cuidadosa, envolvendo todos os trabalhadores que prestam assistência ao usuário e dos serviços em rede.

É possível observar dentro das unidades hospitalares, entre as equipes multiprofissionais e assistentes sociais o termo “alta social”. Este termo, segundo Cunha (2018),

diz respeito àquela em que há questões de natureza social, que possam dificultar, ou até mesmo impedir que ela aconteça.

Neste sentido, reforça-se o conhecimento da separação do cuidado em saúde e almeja-se um cuidado integral, que termina com a alta hospitalar onde há um envolvimento de todos os profissionais, além do médico.

Nos termos de Leal e Xavier (2014, p.9):

A alta social é tema de discussões e até mesmo de impasses na equipe, justamente por desconhecerem o trabalho desempenhado pelo assistente social, e conseqüentemente seus encaminhamentos. O que acaba por reafirmar a lógica do modelo biomédico, separando o sujeito em partes, e não na sua integralidade, o que vai, portanto, contra o conceito de saúde ampliada. Esse desconhecimento se dá a priori pela indisponibilidade de diálogo entre as diferentes categorias profissionais, permeadas por relações hierarquizadas calcadas sob a égide do modelo biomédico ainda presente e latente na instituição hospitalar.

Considerando que o Conselho Federal de Serviço Social, em 2010, também estabeleceu essa diferença entre “alta médica” e “alta social”, mas destaca que devem ocorrer de forma simultânea, e que caso haja situações em que o paciente tenha recebido a “alta médica”, mas possui questões de cunho social, o profissional de Serviço Social deverá notificar à equipe e sua intervenção deverá ser registrada em prontuário, de forma a legitimar seu atendimento em equipe, tendo em vista conectar família com equipe (CFESS, 2010).

Deste modo, o mencionado Conselho orienta que a atuação profissional dos assistentes sociais acontecerá a partir de um Estudo Social, fundamental para sua intervenção profissional nesse sistema. Assim sendo, o referido, direciona a participação dos assistentes sociais nesse processo de alta, porém ocorrerá somente em que, se verifique que há necessidade pelo profissional. Informa ainda, que o responsável pela alta e seus procedimentos são de responsabilidade do médico e não do assistente social, devendo este ser um interlocutor entre os usuários com a equipe de saúde, no que diz respeito aos determinantes sociais, uma vez que um dos princípios que deve se fundamentar é o respeito pela diversidade.

Para tanto, a alta social de idosos, através dos fundamentos teóricos metodológicos, possibilita o profissional de Serviço Social ter um olhar amplo para que possa intervir na realidade, a partir da manifestação das expressões da questão social “permite ampliar as possibilidades de atuação e atribui dignidade ao trabalho do assistente social, porque ele não trabalha com fragmentos da vida social, mas com indivíduos sociais que condensam a vida social” (IAMAMOTO, 2012, p.53). Neste sentido, coloca ao assistente social um duo de requisições, onde por um lado ele vai criando respostas em uma perspectiva de garantia de

direitos e, por outro, descobrir as necessidades contidas nesse procedimento e progredir para sua justificativa.

Sendo assim, o fazer profissional vai se afirmando, com um olhar que possibilite a superação da fugacidade e sua intervenção de forma burocrática, dando visibilidade às desigualdades sociais sólidas e produzir métodos a fim de socializar as demandas oportunizando direitos. Neste sentido, a alta social está de acordo com o projeto ético-político da profissão, bem como com o Código de Ética e os parâmetros para atuação do assistente social na saúde, como ferramentas que norteiam e orientam a alta no sentido de ampliar e consolidar a cidadania, por intermédio da garantia dos direitos, civis, políticos e sociais, a democratização do acesso dos usuários aos bens e serviços de saúde da instituição e da rede de serviços socioassistenciais, oportunizando a universalidade do acesso.

É na articulação da rede de serviços que possibilita ao assistente social trabalhar em uma perspectiva de garantia de direitos aos usuários do serviço, desse modo, a alta social se apresenta como uma forma de garantia de direitos. Ela vai acontecer a partir da leitura crítica do profissional de serviço social dos seus usuários, famílias e a rede de serviços, sendo este um mecanismo que o assistente social com seu conhecimento teórico e seus instrumentais técnicos-operativos irá garantir ao usuário acesso a direitos (SOUZA, 2008).

Nessa perspectiva, as redes de atenção à saúde vão proporcionar a continuidade do tratamento em seu território, no que se refere a cuidados de saúde e de aspecto social, na direção da melhoria de vida da população usuária, no que diz respeito ao tratamento, reabilitação e acompanhamento (CARVALHO, 2014; MASFRETE, 2012).

No que diz respeito às demandas apresentadas pelas pessoas idosas na política de saúde, observa-se a utilização de serviços de internação com mais frequência, onde há uma ocupação dos leitos hospitalares por tempo prolongado, em comparação a outros grupos etários. Sendo este grupo mais vulnerável fisicamente, necessitando de cuidados com mais regulares, ou até mesmo permanentes, sejam eles por familiares, amigos, vizinhos, cuidadores, profissionais da saúde. A medicação, nesses casos, assim como exames periódicos, implica na utilização periódica dos serviços de saúde (VERAS, 2009).

Neste sentido, com o aumento das demandas e transformações epidemiológicas, requisitam-se da sociedade e do Estado, atuais posicionamentos, que possam atender as demandas desse seguimento etário, pois como defende Veras (2009, p. 549), o prolongamento da vida “só pode ser considerado como uma real conquista na medida em que se agregue qualidade aos anos adicionais de vida”. Assim, é preciso pensar sobre como essa qualidade é

garantida aos idosos. Na contemporaneidade, quais procedimentos as famílias dispõem para o cuidado do idoso, principalmente os de alta dependência.

Através dessas indagações, é preciso analisar as ferramentas existentes de proteção social aos idosos, percebendo que o cuidado e o sustento do idoso sempre foi centrado na família, porém, na contemporaneidade as mudanças que ocorreram, essencialmente com a entrada da mulher no mercado de trabalho, tendo o seu tempo reduzido para o cuidado dos idosos, há uma necessidade de que o Estado cumpra sua posição de proteção a esse grupo etário.

Nas palavras de Pavin e Carlos (2013, p.243), a dimensão do cuidado acontece do seguinte modo:

A necessidade de cuidado está junto ao ser humano, desde o seu nascimento, acompanhando-o pela infância, pela fase adulta, chegando, de forma acentuada, na velhice do indivíduo. O ato de cuidar está voltado à manutenção e ao atendimento das necessidades de um sujeito para com o outro, ou seja, prestar atendimento e atenção a alguém, muitas vezes, corresponde a ações voltadas às necessidades físicas e psicológicas.

Nessa perspectiva, compreende-se que o cuidado faz parte do ser humano ao longo do seu desenvolvimento, com necessidades distintas a cada etapa da vida. Sendo assim o cuidado é um ato que acontece de uma pessoa para outra. Conforme Boff (2014, p. 117), o cuidado é “uma atitude, vale dizer, uma relação amorosa, suave, amigável, harmoniosa e protetora para com a realidade: pessoal, social e ambiental”. Ou seja, uma relação recíproca estabelecida entre os indivíduos.

As autoras Campos e Miotto (2003) afirmam que o papel da família sempre foi envolvido com a política social, no entanto, quando a família traz para si esse papel de proteção, acontece uma retração do Estado no seu papel de dever e proteção, ofertando benefícios para garantir os direitos sociais. Para dar ênfase a este contexto as autoras trazem, um conceito sobre familismo.

Conforme Campos e Miotto (2003, p. 170):

[...] como uma alternativa em que a política pública considera – na verdade exige – que as unidades familiares assumam a responsabilidade principal pelo bem-estar social. Justamente porque não provê suficiente ajuda à família, um sistema com maior grau de “familismo” não deve ser confundido com aquele que é pró-família.

Desta forma, onde se traz uma concepção de que o Estado ordena às famílias os deveres do cuidado, no sentido de tornar a vida dos integrantes preservadas e benemerente. Essa responsabilização da família acontece quando ela traz para si essa proteção, deixando de modo

geral, de dividir esse cuidado como uma obrigação da mesma, mas também “da comunidade, da sociedade e do Poder Público”, conforme o artigo 3º da Lei nº 10.741/2003 (BRASIL, 2003). Além da responsabilidade da família em prover bem-estar material, como planos de saúde, alimentação, cuidados médicos e lazer, é também seu papel, amparar a pessoa idosa em sua condição de saúde, tendo em vista que e de acordo com Santos e Silva (2013, p.362):

A mudança no perfil demográfico e epidemiológico da população traz importantes repercussões na vida dos idosos, de suas famílias e para as comunidades em que estão inseridos; principalmente nos casos em que o envelhecimento é acompanhado pela dependência.

Segundo Kern (2005), a rede é uma estrutura instituída, enquanto a teia social é formada pelas relações humanas conforme suas necessidades. Redes na sociedade incluem redes de comunicação, de distribuição e redes sociais.

Neri e Sommerhalder (2006, p. 12-13) definem redes sociais da seguinte forma:

Redes sociais de apoio são grupos hierarquizados de pessoas que mantêm entre si laços e relações de dar e receber. Elas existem ao longo de todo o ciclo vital, entendendo à motivação básica do ser humano a vida gregária. No entanto, sua estrutura e suas funções sofrem alterações dependendo das necessidades das pessoas. As redes sociais de apoio a idosos são caracterizadas por normas de conduta, valores e expectativas que lhes são específicas. Dar e receber ajuda material, instrumental e emocional, e, além disso, serviços e informações são funções centrais das redes de apoio envolvendo adultos e idosos.

As redes são formadas por pessoas em nossas relações. Faleiros (2011, p.58) afirma que “a construção das redes é processual e dinâmica, envolvendo redes primárias e secundárias. Redes primárias, que se configuram mais significativas para o eu, como as relações afetivas, familiares e de amizade e as redes secundárias”.

Neri e Sommerhalder (2006, p. 13) definem redes primárias ou informais como:

[...] funcionam com base nos princípios de solidariedade e de reciprocidade entre as gerações. O primeiro, solidariedade, se faz presente no contexto do cuidado oferecido a pessoas da mesma geração, caso do cônjuge e de parentes e amigos com idade próxima à do cuidador, com os quais ele não compartilhou uma relação de dependência em outro momento do ciclo vital. O valor reciprocidade preside as relações de cuidado dos filhos para com os pais e eventualmente para com outros parentes da geração precedente. Por extensão, os cônjuges dos filhos e seus descendentes compartilham o dever de cuidar, embora a responsabilidade recaia sobre os descendentes diretos, ou seja, filhos e filhas.

Sendo assim, as redes primárias ou de apoio informal são compostas por pessoas com quem o indivíduo convive e tem vínculos baseados em solidariedade e reciprocidade, sem exigir contratos ou remuneração.

As redes secundárias, estabelecidas como “formais, institucionalizadas e que dizem respeito à socialização do sujeito e a vínculos sociais mais amplos” (FALEIROS, 2011, p. 58), são caracterizadas à pessoa idosa como “hospitais, ambulatórios e consultórios médicos e de outras especialidades na área da saúde; por clínicas geriátricas, casas de repouso, asilos, centros-dia e, mais recentemente, unidades de apoio domiciliar” (NERI; SOMMERHLDER, 2006, p.13). Essas redes são estabelecidas por contratos profissionais e serviços governamentais, visando atender às necessidades dos idosos, garantir sua qualidade de vida e apoiar os cuidadores familiares.

Portanto, a promoção do cuidado ao idoso envolve uma abordagem complexa e multifacetada, que requer articulação e intersetorialidade entre diversas áreas e serviços, sendo assim, a alta social de idosos apresentam desafios significativos. O trabalho do assistente social, sem dúvidas é essencial, porém é possível observar que mesmo diante das legislações, estatutos, Constituições, ainda há uma deficiência dos serviços ofertados a essa população que cresce a passos largos.

4.2 O estágio supervisionado e o impacto no olhar diante da alta social da pessoa idosa

Ao realizar estágio dentro do hospital é possível observar as mais diversas expressões da questão social, no entanto, uma delas me chamou especial atenção.

O atendimento a um idoso que deu entrada vítima de acidente automobilístico, junto ao irmão que possuía sua curatela⁶. No decorrer da internação seu irmão se agravou, sendo necessário iniciar a articulação com a rede de serviços para programar a alta do referido idoso, porém, ele não possuía uma rede de apoio, o irmão encontrava-se grave e ele em processo de recuperação.

Sendo assim, foi realizado relatório ao Ministério Público pela equipe do Serviço Social, solicitando uma vaga em Instituição de Longa Permanência para Idosos - ILPI para receber esse idoso na alta hospitalar. O tempo foi passando e o idoso recebeu alta hospitalar, no

⁶A **curatela** é um instituto jurídico por meio do qual busca-se proteger os interesses de uma pessoa considerada incapaz pela lei civil, com a designação de um curador para gerenciar seus bens e assistir às suas necessidades (NESSIN, 2023).

entanto sua vaga ainda não havia sido concedida, sendo necessário ficar em alta social até a resolução do referido caso.

O Serviço Social acompanhou sistematicamente o caso, realizando as articulações necessárias para atender o idoso, não somente no estabelecimento de possíveis vínculos familiares existentes, como com os equipamentos das políticas sociais. Os meses foram passando e uma resposta satisfatória se desenhava para a questão.

No decorrer do estágio, fui acompanhando o desenrolar do caso e mesmo sendo profissional da saúde em outra área, foi algo que me chamou muita atenção. O sentimento que trago talvez seja de frustração diante da ineficiência e lentidão do sistema em atender às necessidades da pessoa idosa, apesar dos esforços contínuos da equipe de Serviço Social, compreender sua dor e sofrimento, indignação pela falta de cumprimento dos seus direitos. Durante a graduação aprendemos sobre as legislações, estatutos, constituições, onde constam os direitos da pessoa Idosa, no entanto, no referido caso todos esses aparatos legais não estavam sendo respeitados.

E assim, o idoso foi ficando, de alta social, passou para internação social. Em determinado dia de estágio, fui junto à assistente social fazer um atendimento beira leito, porém ele encontra-se apático, não quis conversar e sem esboçar nenhum sorriso, o que me impactou ainda mais.

Neste contexto, comecei a refletir sobre todo o processo que esse idoso estava passando. Esse não foi o único caso de idoso com alta social durante o estágio, mas sem dúvida o mais impactante. O idoso além da sua vulnerabilidade, é uma população mais frágil fisicamente, necessita de cuidados e acompanhamentos, que em alguns casos tornam-se constantes ou permanentes, que serão realizados por familiares, cuidadores, profissionais da saúde, serviços da rede socioassistencial, por fim, no referido caso observamos que não possui uma rede de apoio e necessita de serviços ofertados pelo Estado para o seu cuidado.

Em resumo, o idoso permaneceu internado por seis meses, sendo a maior parte deles aguardando uma ILPI, acabou sendo acometido por outras patologias que culminou no seu óbito. Esse é um acaso específico, mas não podemos naturalizar um acontecimento como esse. É preciso nos incomodar e trazer casos como esses e tantos outros para refletir e intervir na realidade.

Esse caso é um reflexo das deficiências e desafios sistêmicos na assistência a essa população vulnerável, no entanto, as soluções mais abrangentes e políticas públicas eficazes são necessárias para aumentar a capacidade das ILPIs, melhorar o acesso comunitário e garantir que todos os idosos recebam cuidados dignos e adequados.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O envelhecimento faz parte da vida do indivíduo e ao mesmo tempo traz inúmeros desafios, dentre eles, a predominância de doenças, muitas delas incapacitantes, tais quais, impactam no sistema público de saúde.

A saúde é assegurada por lei e garantida por políticas sociais e econômicas com vista a reduzir risco de doença e outros agravos. A pessoa idosa é o centro desta política, quando o assunto é a alta social que, por sua vez, é desafiadora e demanda políticas eficazes que garantam a atuação do assistente social, para a garantia da transição segura e eficaz do ambiente institucional (como hospitais ou instituições de longa permanência).

Dentro da política de saúde, a atuação do assistente social acontece via ações e serviços intersetoriais e articulados, refletindo a necessidade de uma abordagem integrada para lidar com as complexidades das necessidades dos pacientes. E, assim, este profissional contribui para uma abordagem integrada que abrange desde o acompanhamento psicossocial, o planejamento de políticas até a educação, a capacitação e a defesa dos direitos.

Dentro das instituições hospitalares, como mediador entre a instituição, paciente e família e os serviços da rede, o assistente social vivencia os conflitos de interesses entre as partes, ou seja, entre o hospital e o usuário, onde o primeiro, com a alta demanda, precisa da liberação do leito, e o segundo que se depara com a falta ou ineficiência de políticas públicas que garantam a qualidade de vida e reabilitação deste indivíduo.

A alta social de idosos refere-se ao processo de descontinuação do cuidado hospitalar e reintegração do idoso ao ambiente domiciliar ou a uma instituição de longa permanência. É um momento crítico que deve ser planejado cuidadosamente para garantir a continuidade do cuidado e o bem-estar do idoso. Paciente e seu familiar nesta transição necessitam que suas demandas sociais sejam atendidas, alinhada com políticas de saúde que garantam o acesso a cuidados médicos contínuos. Juntamente com políticas de Assistência Social que igualmente garantam também o acesso a serviços de apoio, como programas de assistência financeira, serviços de cuidados domiciliares e suporte psicossocial.

Para tanto, a importância de uma política de habitação e de proteção social, que promovem adaptações no lar e acessibilidade são necessárias para garantir a segurança e a qualidade de vida e proteja contra abusos e negligências e suporte em casos de violação de direitos.

Assim, a alta social de idosos exige uma articulação eficaz com diversas políticas públicas e um entendimento profundo das fragilidades da rede sociofamiliar. A integração da rede, fortalecimento familiar e o desenvolvimento de políticas públicas abrangentes são fundamentais para garantir que os idosos possam fazer a transição para a comunidade com saúde, segurança e dignidade.

Finalmente, a atuação do assistente social é essencial para garantir a proteção social do idoso e no apoio familiar (educação e treinamento; suporte aos cuidados), e, assim, enfrentar as complexidades das necessidades do idoso e a defesa de seus direitos, de modo que essas necessidades sejam atendidas de maneira holística e contínua.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABEPSS. Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social. Diretrizes Curriculares do Curso de Serviço Social. In **Cadernos ABESS nº7**. São Paulo: Cortez, 1996.

ANDRADE, D. B. M. O processo de reestruturação produtiva e as novas demandas organizacionais do Serviço Social. In: **Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância**. Capacitação em Serviço Social e política social. Brasília: CEAD, 1999.

AZEVEDO, E; PELICIONI, M. C. F; WESTPHAL, M. F. Práticas intersetoriais nas políticas públicas de promoção de saúde. **Physis - Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.22, n.4, p.1333-56, 2012.

BATISTELLA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. (Org.). **O território e o processo saúde e doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

BELLINI, M. I. B; FALER, C. S. (Org.). **Intersetorialidade e políticas sociais: interfaces e diálogos**. Dados Eletrônicos. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2014.

BOFF, L. **A grande transformação: na economia, na política e na ecologia**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2014.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Emendas Constitucionais de Revisão. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. **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, 1990.

_____. **Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências. Brasília: DF, 1993.

_____. **Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília: DF, 1994.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 218, de 06 de março de 1997**. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.

_____. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003**. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília: DF, 2003.

_____. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS**. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Brasília: DF, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa**. Diário Oficial da União. Poder Executivo: Brasília-DF, 2006.

_____. **Código de Ética do/a Assistente Social**. Lei nº 8.662/93 de regulamentação da profissão. 10.ed. rev. e atual. Brasília: Conselho Federal de Serviço Social, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria n° 3.390, de 30 de dezembro de 2013**. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2013.

BRAVO, M; MATOS, M. Projeto Ético-Político do Serviço Social e sua relação com a Reforma Sanitária: elementos para o debate. In: MOTA, A. E et al. **Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional**. 4 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

BUSS, P. M; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, p.77-93, 2007.

CAMARANO, A. A. Estatuto do idoso: avanços com contradições. In: **Textos para discussão**, n° 1840. Rio de Janeiro: Ipea, 2013.

CAMPOS, M. S; MIOTO, R.C.T. Política de Assistência Social e a posição da família na política social brasileira. **Ser Social**, n. 12, p. 165-90, 2003.

CARMO, M. E; GUIZARDI, F. L. Desafios da intersetorialidade nas políticas de saúde e assistência social: uma revisão do estado da arte. **Physis**, Rio de Janeiro, v.27, n.4, p.1265-86, 2017.

CARVALHO, M. I. L. B. Política de saúde e de cuidados continuados integrados em Portugal. O planeamento da alta em Serviço Social. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 17, n. 2, p. 261-71, jul-dez. 2014.

CAVALCANTI, P. B; BATISTA, K.G.S; SILVA, L. R. A estratégia da intersetorialidade como mecanismo de articulação nas ações de saúde e assistência social no município de Cajazeiras–PB. **Anais do Seminário Internacional sobre Políticas Públicas, Intersetorialidade e Famílias**, Porto Alegre, PUC/RS, v. 1, 2013.

CFESS. Conselho Federal de Serviço Social. **Resolução n° 383/99 de 29 de março de 1999**. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Brasília: CFESS, 1999.

_____. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social**. Brasília: 2009.

_____. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: 2010.

_____. Conselho Federal de Serviço Social. **Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Assistência Social**. Série – Trabalho e Projeto Profissional nas Políticas Sociais. Brasília: 2011.

_____. Conselho Federal de Serviço Social. **Atribuições privativas do/a assistente social em questão**. Brasília: 2012.

_____. Conselho Federal de Serviço Social. **Serviço Social, Assistência Social, Assistente Social: você sabe a diferença?** Brasília, jun. 2016. Disponível em: <<http://www.cfess.org.br/visualizar/noticia/cod/1267>>. Acesso em: 05 ago. 2024.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos(as) assistentes sociais. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, v.21, n. 62, p. 35-72, mar. 2000.

CUNHA, A. A. **O serviço social e a alta hospitalar qualificada: um relato de experiência**. 2018. 20 f. Monografia (Especialização). Curso de Programa de Residência Multiprofissional em Saúde. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2018. Disponível em: <<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/21693/3/ServicoSocialAlta.pdf>>. Acesso em: 6 jun. 2024.

FALEIROS, V. P. **Estratégias em serviço social**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

FRAGAS, C. K. A atitude investigativa no trabalho do assistente social. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, nº 101, p.40-64, jan-mar.2010.

GIACOMIN, K. Envelhecimento populacional e os desafios para as políticas públicas. In: BERZINS, M; BORGES, M. C (Org.). **Políticas públicas para um país que envelhece**. São Paulo: Martinari, 2012.

GOLDMAN, S. N. Velhice e Direitos Sociais. In: PAZ, S. (et al.). **Envelhecer com cidadania: quem sabe um dia?** Rio de Janeiro: CBCISS; ANG/ seção Rio de Janeiro, 2000.

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço Social na contemporaneidade; trabalho e formação profissional**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

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

_____. Projeto profissional, espaços ocupacionais e trabalho do assistente social na atualidade. In: **Conselho Federal de Serviço Social (CFESS)**. Atribuições privativas do (a) assistente social em questão. Brasília, DF: CFESS, 2002.

_____. O Serviço Social na cena contemporânea. In: **Conselho Federal de Serviço Social**. Serviço Social: direitos e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. Projeto Profissional, espaços ocupacionais e trabalho do(a) Assistente Social na atualidade. In: CFESS. (Org). **Atribuições privativas do Assistente Social: em questão**. Brasília: CFESS, 2012.

IAMAMOTO, M. V; CARVALHO, R. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação teórico-metodológica**. 19 ed. São Paulo: Cortez, 2006.

INOJOSA, R. M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersetorialidade. **Revista Cadernos FUNDAP**, São Paulo, v..22, p. 102-10, 2001.

JUNQUEIRA, L. A. P. Descentralização e intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. In: **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, FGV, v.3, n. 3, mar-abr, 1998.

JUNQUEIRA, L. A. P. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **RAPRI**, Rio de Janeiro, v.4, n.6, p.35-45, nov-dez. 2000.

KERN, F. **As mediações em redes como estratégia metodológica do Serviço Social**. 2.ed. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.

KONNO, C. C; BREVILHERI, E. C. L; BASSI, L. L; PASTOR, M. A intersectorialidade como estratégia de gestão nas Políticas Sociais: A articulação intersectorial em Londrina. In: RIZZOTI, M. L. A.; CORDEIRO, S. M. A.; PASTOR, M. (Org.). **Gestão de Políticas Sociais: território usado, intersectorialidade e participação**. Londrina: Eduel, 2017.

LEAL, R. A. S; XAVIER, A. **Alta hospitalar: a importância do trabalho multiprofissional e interdisciplinar em saúde**. [Tese] Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina, 2014.

MASFRET, D. C. O Serviço Social de saúde e o planeamento da alta para a continuidade de cuidados na comunidade. In: CARVALHO, M. I. L. B. de (Coord.). **Serviço Social na saúde**. Lisboa: Lidel; Factor, 2012.

MARQUES, C. M. A. **Mudança organizacional em contexto hospitalar: um projeto de planeamento de altas**. 2005. Dissertação (Mestrado em Comportamento Organizacional e Gestão) – Instituto Superior de Psicologia Aplicada, Universidade Nova de Lisboa, Lisboa, 2005. Disponível em: <<https://repositorio.ispa.pt/handle/10400.12/643>>. Acesso em: 19 abr. 2024.

MATOS, M. C. Considerações sobre atribuições e competências profissionais de assistentes sociais na atualidade. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 124, p. 678-98, out-dez. 2015.

MERCADANTE, E. F. Velhice: a identidade estigmatizada. In: **Serviço Social e Sociedade**, v. 24, n. 75, São Paulo: Cortez, 2003.

MIOTO, R. C. T; NOGUEIRA, V. M. R. Serviço Social e saúde - desafios intelectuais e operativos. **SER Social**, Brasília, v. 11, n. 25, p. 221-43, jul-dez. 2009.

NESSIN, C. **Entenda o significado de Curatela, e a sua aplicação no Direito!** 2023. Disponível em: <<https://fazdireito.blog.br/significado-de-curatela/>>. Acesso em: 19 abr. 2024.

NERI, A. L; SOMMERHALDER, C. As várias faces do cuidado e do bem-estar do cuidador. In: NERI, A. et al. (Org.). **Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicológicas e sociais**. 2. ed. São Paulo: Alínea, 2006.

NINSAÚDE. **Sistemas de saúde: modelo Bismarck vs modelo Beveridge**. 2020. Disponível em: <<https://blog.apolo.app/sistemas-de-saude-modelo-bismarck-vs-beveridge/#:~:text=Nascido%20na%20Alemanha%20em%201883,empresas%20gestoras%20dos%20servi%C3%A7os%20m%C3%A9dicos>>. Acesso em: 19 abr. 2024.

PAVIN, R. S; CARLOS, S. A. A qualidade de vida de cuidadores informais de idosos hospitalizados. **RBCEH**, v. 10, n.3, p. 242-55, 2013.

REZENDE, I; CAVALCANTI, L. F. **Serviço Social e Políticas Sociais**. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora UFRJ, 2015.

- REZENDE, C. B. **A Velhice na família: estratégias de sobrevivência.** 2008. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) - Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Franca, 2008. Disponível em: <http://www.franca.unesp.br/Home/Pos-graduacao/ServicoSocial/Dissertacoes/Cristiane_Barbosa.pdf>. Acesso em: 19 abr. 2024.
- SANTOS, N. F; SILVA, M. R. As Políticas Públicas voltadas ao idoso: melhoria da qualidade de vida ou reprivatização da velhice. **Revista FSA**, v.10, n. 2, p. 358-71, 2013.
- SILVA, A. M. P; ANCHIETA, V. L. P; HIRAI, W. G; GUIMARÃES, G. T. D. A prática profissional do Serviço Social português. **Textos & contextos**, Porto Alegre, v. 5, n.2, p.1-17, dez, 2006.
- SILVA, D. A. J; TAVARES, M.F. L. **Ação intersetorial: potencialidades e dificuldades do trabalho em equipes da Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro.** Saúde Debate, Rio de Janeiro, v. 40, n. 111, p. 193-205, out-dez. 2016.
- SOUSA, C. T.D. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. **Revista Emancipação**, Ponta Grossa, v. 1, n. 8, p. 119-32, 2008.
- SOUZA, D. O. O caráter ontológico da determinação social da saúde. **Serv. Soc. Soc.**, São Paulo, n.137, p.174-91, jan-abr. 2020.
- TAVARES, R. As dimensões teóricas – metodológica, técnico - operativa e ético política do Serviço Social no trabalho do assistente social. **Revista Serviço Social em Perspectiva**, Minas Gerais, v.4, p.893-906, mar.2020.
- VERAS, R. Envelhecimento populacional contemporâneo: demandas, desafios e inovações. **Revista Saúde Pública**, v. 43, n. 3, p.548-54, 2009.
- VERAS, R; OLIVEIRA, M. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1929-36, jun. 2018.
- VIDAL, M; GUILHERME, R. Serviço Social no âmbito hospitalar: a identidade atribuída ao assistente social em Unidade de Pronto Socorro. **Serv. Soc. e Saúde**, São Paulo, v.18, p.1-28, 2019.
- VILLASANTE, T. R. **Redes e alternativas: estratégias e estilos criativos na complexidade social.** Petrópolis: Vozes, 2002.
- VINCENT, C. V; ALMABERTI, R. **Cuidado de saúde mais seguro: estratégias para o cotidiano do cuidado.** Rio de Janeiro: Proqualis, 2016.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Glossary of terms of community health care and services for older persons.** Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/who-68896>>. Acesso em: 18 abr. 2024.