



**VI CONGRESSO INTERNACIONAL DE POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL:
DESAFIOS CONTEMPORÂNEOS**

**VII SEMINÁRIO NACIONAL DE TERRITÓRIO E GESTÃO DE POLÍTICAS SOCIAIS
VI CONGRESSO DE DIREITO À CIDADE E JUSTIÇA AMBIENTAL**

Política Social, Seguridade Social e Proteção Social

**Internações prolongadas por demandas sociais: desafios para
a garantia da alta hospitalar segura**

Ana Beatriz Ribeiro da Silva ¹
Argeria Maria Serraglio Narciso²
Edineia Valim³
Tainara Marina da Silva Borges⁴
Thaís Aparecida de Souza⁵

Resumo: O artigo analisa as internações prolongadas por demanda social no Hospital Universitário de Londrina, entre 2022 e 2025. A partir de dados do SAME, foram identificados 260 pacientes com permanência superior a 90 dias, sendo 20 casos relacionados a motivos sociais após alta clínica. Evidencia-se a fragilidade da rede socioassistencial, a ausência de retaguarda familiar e a insuficiência de vagas em acolhimento institucional. Destaca-se a atuação fundamental do Serviço Social na articulação intersetorial, no planejamento da alta segura e na defesa da integralidade do cuidado.

Palavras-chave: Internações Prolongadas; Desospitalização; Serviço Social; Alta Hospitalar; Política de Saúde.

Abstract: This article analyzes prolonged hospitalizations due to social demands at the University Hospital of Londrina between 2022 and 2025. Based on SAME data, 260 patients were identified with hospital stays longer than 90 days, with 20 cases related to social reasons after clinical discharge. The study highlights the fragility of the social assistance network, lack of family support, and insufficient institutional care vacancies. It emphasizes the role of Social Work in intersectoral articulation, safe discharge planning, and the defense of comprehensive health care.

Keywords: Prolonged Hospitalization; Deinstitutionalization; Social Work; Hospital Discharge; Health Policy.

¹Assistente Social, Hospital Universitário de Londrina, pós-graduada em Serviço Social em Saúde Coletiva e abeatrizribeiro.silva@gmail.com

²Assistente Social, Hospital Universitário de Londrina, mestre e doutora em Serviço Social e Política Social - UEL e argeriasn@gmail.com

³Assistente Social, Hospital Universitário de Londrina, pós graduada em Gestão Pública e Recursos Humanos e edineiavalim@hotmail.com

⁴Assistente Social, Hospital Universitário de Londrina, pós-graduada em Saúde Coletiva - tainara.borges@uel.br

⁵Assistente Social, Hospital Universitário de Londrina, mestre em Serviço Social e Política Social - UEL - thais.souza1984@uel.br



1. INTRODUÇÃO

O Sistema Único de Saúde tem se consolidado como uma política pública de saúde estruturante, servindo de exemplo para diversos países. O arcabouço científico e protocolar adotado no atendimento ao paciente em fase aguda demonstra elevado nível de excelência, tanto nos diagnósticos prementes realizados nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs), pronto-socorro, ambulatórios e enfermarias, quanto nas condutas terapêuticas implementadas, o que tem contribuído de forma significativa para a redução das taxas de mortalidade e de inúmeras sequelas.

No contexto atual observa-se o aprofundamento das desproteções sociais, marcado pelo agravamento das desigualdades, da pobreza e da insegurança social, o que tem resultado no aumento e na complexificação das demandas sociais que recaem de forma significativa sobre os serviços de saúde. Tais demandas expressam as múltiplas manifestações da questão social, intensificadas em um cenário de crise sanitária e socioeconômica, exigindo respostas cada vez mais intersetoriais e qualificadas das políticas públicas, em especial da saúde e da assistência social (IAMAMOTO, 2008; YAZBEK, 2012; BOSCHETTI, 2020).

Conforme aponta Connor (2014), os sistemas de saúde contemporâneos tendem a concentrar seus esforços predominantemente na atenção ao cuidado agudo, enquanto a organização da linha de cuidado que integra de forma efetiva os cuidados crônicos e paliativos permanece como uma dimensão ainda pouco priorizada no âmbito das políticas públicas. Tal lacuna repercute de maneira significativa na política de saúde, especialmente no que se refere à capacidade de resposta às demandas decorrentes das doenças crônicas, do envelhecimento populacional, das desproteções sociais e da necessidade crescente de cuidados de longa duração, evidenciando a urgência de adequações estruturais e organizativas nos sistemas de saúde.

Contudo, a fase do pós-alta hospitalar ainda apresenta avanços limitados, sobretudo quando se trata da organização da linha de cuidado ao paciente em processo de desospitalização.

Este estudo foi desenvolvido no Hospital Universitário de Londrina (HUL), o maior hospital público do interior do Paraná e o terceiro maior hospital-escola da região Sul, com 438 leitos de internação. A instituição atende usuários em diferentes unidades do complexo hospitalar, como Pronto-Socorro Especializado, UTIs e Unidades de Internação Adulto e Infantil, contando com equipe multiprofissional, incluindo o Serviço Social.

O Serviço Social integra a equipe técnica do Hospital Universitário desde 1971, atuando na compreensão das expressões da questão social que interferem no processo saúde-doença e contribuindo para a efetivação da assistência integral, a partir do conhecimento e da análise da realidade dos usuários. Nesse sentido, desenvolve ação voltada à defesa dos direitos sociais, atuando de forma analítica e interventiva sobre a realidade social.

A motivação para a realização deste estudo surgiu após a identificação empírica, especialmente no período pós-Covid-19, com o aumento expressivo de pessoas em situação



de pobreza, sem suporte familiar, que permanecem internadas mesmo após a alta clínica.

A metodologia constitui-se de abordagem quanti-qualitativa, utilizando revisão bibliográfica e pesquisa documental. Para tanto, recorreu-se ao arcabouço normativo da política de saúde, bem como a autores que discutem a temática e a documentos pertinentes ao objeto de estudo.

Conforme Gerhardt e Silveira (2009), a pesquisa quantitativa trabalha com dados mensuráveis, conferindo maior objetividade à análise, sem desconsiderar que tais dados podem apontar elementos de natureza qualitativa.

Com relação aos dados quantitativos, a coleta foi obtida por meio das estatísticas do Serviço de Arquivo Médico e Estatístico (SAME) do HU, que identificou 260 pacientes que permaneceram internados por período superior a 90 dias, no intervalo de 01/01/2022 a 01/07/2025. Em um segundo momento, realizou-se a busca individual nos registros do sistema Medview,⁶ com o objetivo de identificar as razões da permanência hospitalar. Do total de 260 pacientes, excluíram-se os casos cuja permanência se justificava por razões clínicas, identificando-se 20 pacientes que permaneceram internados por dificuldades relacionadas a aspectos sociais.

A abordagem qualitativa foi utilizada com o objetivo de aprofundar a compreensão das determinações sociais que incidiram sobre a permanência prolongada dos pacientes no ambiente hospitalar após a alta clínica.

A análise de dados compreendeu informações referentes ao período de internação hospitalar, incluindo variáveis como sexo, tempo de permanência após a alta clínica e outros indicadores relacionados à ocupação de leitos.

2. DESENVOLVIMENTO

2.1 Alta hospitalar segura e desospitalização: fundamentos conceituais e estratégias utilizadas

A alta hospitalar segura e a desospitalização configuram-se como processos estratégicos no âmbito do Sistema Único de Saúde, devendo ser planejadas de forma sistemática e articulada para garantir a transição do cuidado do hospital para o domicílio. Quando conduzidas de maneira multiprofissional e integrada à Rede de Atenção à Saúde - (RAS), favorecem a continuidade do tratamento, a segurança do paciente e a redução de reinternações evitáveis, reafirmando os princípios da integralidade e da longitudinalidade do cuidado (BRASIL, 2013; OMS, 2008).

Por outro lado, a alta médica, quando considerada de forma isolada, restringe-se à dimensão clínica e não contempla aspectos funcionais, sociais, familiares e territoriais que interferem diretamente no cuidado pós-alta. Nessa perspectiva, a alta segura deve ser compreendida como parte de um processo contínuo de produção do cuidado, que envolve atuação multiprofissional, planejamento antecipado, disponibilização de documentação

⁶ Prontuário eletrônico do Hospital Universitário de Londrina



qualificada, prescrições, orientações e encaminhamentos adequados para a rede de serviços (FEUERWERKER, 2014; BRASIL, 2013).

Conforme a Política Nacional de Atenção Hospitalar e a Portaria nº 2.809/2012, o processo de alta deve estar articulado à Atenção Básica e aos demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), sendo planejado e compartilhado entre profissionais, usuários, familiares e serviços, ultrapassando a lógica do simples encerramento da internação.

A efetivação da alta segura depende, ainda, das condições sociais objetivas do usuário, como rede de apoio, moradia, renda, acesso a medicamentos, transporte e serviços de saúde no território, cuja desconsideração amplia o risco de desfechos adversos.

É nesse âmbito que concentra a problemática desse estudo, ou seja, a desospitalização revela-se intrinsecamente dependente da existência e efetividade dos serviços extra-hospitalares, como a Atenção Primária à Saúde, a Atenção Domiciliar, os serviços ambulatoriais especializados e a rede socioassistencial. A fragilidade dessa rede compromete a efetivação da alta segura, transfere de forma inadequada a responsabilidade do cuidado para as famílias e amplia o risco de reinternações evitáveis.

2.2 As expressões da questão social que impactam nas internações prolongadas por demanda social

As expressões da questão social que se manifestam por meio de internações prolongadas sem indicação clínica constituem um desafio central à integralidade do SUS e representam uma das mais recorrentes requisições institucionais dirigidas ao assistente social que atua em hospitais.

A permanência hospitalar do usuário além do critério clínico revela o quanto as condições sociais interferem no processo saúde-doença e impactam na efetivação da alta segura. Pacientes que permanecem internados após a estabilização clínica frequentemente apresentam condições sociais desfavoráveis, e que na maioria das vezes a permanência hospitalar ocorre por demandas sociais não atendidas por outras políticas públicas.

Aguiar et al. (2025, p. 18-19) problematizam que é recorrente, no ambiente hospitalar, a utilização da expressão “internação social” por parte da equipe multidisciplinar. O termo tem sido utilizado para designar situações em que a permanência hospitalar não decorre de necessidade clínica, mas de vulnerabilidades sociais que impedem a alta segura. Contudo, a literatura problematiza essa nomenclatura ao indicar que ela pode distorcer o sentido da hospitalização, uma vez que o hospital não é instituição destinada à internação por motivos sociais, mas ao tratamento de condições de saúde que demandem cuidado clínico. Nesse sentido, argumenta-se que a expressão deveria ser revista ou readaptada, para não naturalizar a permanência prolongada de pessoas no ambiente hospitalar por ausência de suporte familiar, institucional ou de políticas públicas adequadas, sob o risco de reforçar a utilização indevida do espaço hospitalar como substitutivo das responsabilidades do Estado na garantia de direitos



sociais.

Segundo o CFESS (2024), as internações prolongadas por essas razões refletem a insuficiência das políticas públicas em atender necessidades relacionadas ao suporte familiar, à habitação, à atenção domiciliar e ao acolhimento institucional. O assistente social, legitimado por instrumentos normativos, identifica as demandas, articula respostas profissionais e intersetoriais e, junto à equipe multiprofissional, constrói estratégias de desospitalização segura, garantindo o direito à saúde.

Nesse contexto, o assistente social atua como mediador entre as necessidades sociais, as instituições hospitalares e as políticas públicas. Conforme o CFESS (2018, p. 24), compete a esse profissional:

registrar os atendimentos sociais no prontuário único com objetivo de formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas no prontuário social.

Assim, a desospitalização busca reduzir internações prolongadas, integrando a atenção em saúde em consonância com os princípios da integralidade e da hierarquização do SUS.

O assistente social articula o hospital à rede socioassistencial, promovendo o planejamento da alta, o encaminhamento à Unidade Básica de Saúde (UBS), ao CRAS (Centro de Referência de Assistência Social), ao CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social) e aos serviços de atenção domiciliar, ampliando o cuidado para além do leito hospitalar.

A literatura aponta que internações prolongadas decorrem da fragilidade da assistência domiciliar, da insuficiência de serviços intermediários e das desigualdades socioeconômicas, exigindo políticas integradas entre saúde, assistência social, habitação e renda.

Outro fator relevante refere-se à dependência para a realização das atividades de vida diária sem suporte domiciliar adequado. Muitos pacientes, embora clinicamente aptos para alta, necessitam de cuidadores capacitados ou de serviços de atenção domiciliar ou intermediária, os quais nem sempre são contemplados pelas políticas públicas, especialmente quando não se trata de pessoas idosas com mais de 60 anos.

Ademais, a inexistência ou insuficiência de serviços de acolhimento institucional, como unidades de cuidados continuados, residências terapêuticas e Instituições de Longa Permanência (ILPI), frequentemente sem vagas disponíveis, constitui importante obstáculo à desospitalização. Tal cenário tem se mostrado desafiador para os hospitais e tem exigido diálogo com outras instâncias, conforme será abordado a seguir.

2.3 Articulação em rede e organização da categoria: estratégias de discussão coletiva

O Serviço Social é uma profissão de caráter sociopolítico, crítico e interventivo, que utiliza fundamentos teórico-metodológicos e instrumentos técnico-operativos para atuar nas variadas expressões da questão social, decorrentes das contradições inerentes à sociabilidade capitalista.



De acordo com Souza (2020), o profissional que atua no ambiente hospitalar tem a responsabilidade de explicitar os fatores sociais que contribuem para o processo de adoecimento e de promover a articulação necessária por meio de encaminhamentos às redes de serviços e às políticas públicas, garantindo direitos sociais aos usuários.

Nessa perspectiva, para além da atuação interna no espaço sócio-ocupacional do Hospital Universitário, o Serviço Social do HU vem desenvolvendo ações de caráter extramuros, por meio da organização da categoria com o apoio do GRASS – Grupo de Assistentes Sociais da Área da Saúde de Londrina e Região, vinculado à Câmara Temática do CRESS-PR.

No ano de 2024, foi promovida reunião ampliada envolvendo, inclusive, outros Hospitais Universitários do Paraná, com foco na discussão da demanda de desospitalização e das internações prolongadas sem indicação clínica.

Outra frente de atuação ocorreu a partir de iniciativa do Serviço Social do HU, com o envolvimento de outras representações institucionais, constituindo-se, em junho de 2025, um Grupo de Trabalho denominado GT da Desospitalização. Esse grupo passou a envolver diversas instâncias das políticas de saúde e assistência social, bem como o sistema de justiça, incluindo o Comitê da Crise da Saúde de Londrina, coordenado pela Justiça Federal, além das Promotorias da Saúde, da Pessoa com Deficiência e da Pessoa Idosa.

Foram levantados dados referentes ao elevado número de pacientes com alta médica que permanecem internados por ausência de retaguarda familiar ou de serviços adequados para a continuidade do cuidado.

O envolvimento de diferentes instâncias do poder público, do terceiro setor, do Judiciário, de assistentes sociais e de dirigentes de hospitais de médio e grande porte de Londrina tem possibilitado o avanço nas discussões acerca das fragilidades das políticas municipais e da rede de saúde e assistência social. Observa-se o aumento do número de pacientes em situação de rua, pessoas sem suporte familiar e idosos em situação de moradia unipessoal que, ao adoecerem e tornarem-se dependentes, necessitam de vagas em Instituições de Longa Permanência (ILPI).

Diversas reuniões do GT da Desospitalização foram realizadas com o objetivo de construir fluxos e estratégias que viabilizem alternativas seguras para a alta hospitalar de pessoas nessas condições, as quais se encontram expostas ao aumento do risco de infecções hospitalares e à violação de direitos, por não terem garantido local adequado para moradia e continuidade do cuidado.

O GT posicionou-se formalmente contrário à decisão do gestor do Poder Executivo local que, no ano de 2025, determinou o corte de 17 milhões de reais do orçamento da Secretaria Municipal de Assistência Social, medida que impactaria diretamente a oferta de serviços de acolhimento e a ampliação de vagas em ILPI para a população sem retaguarda familiar. Ressalta-se que, após mobilização popular, esse corte foi revisto.

3. Perfil dos pacientes com internações prolongadas por demanda social e tempo de internação.



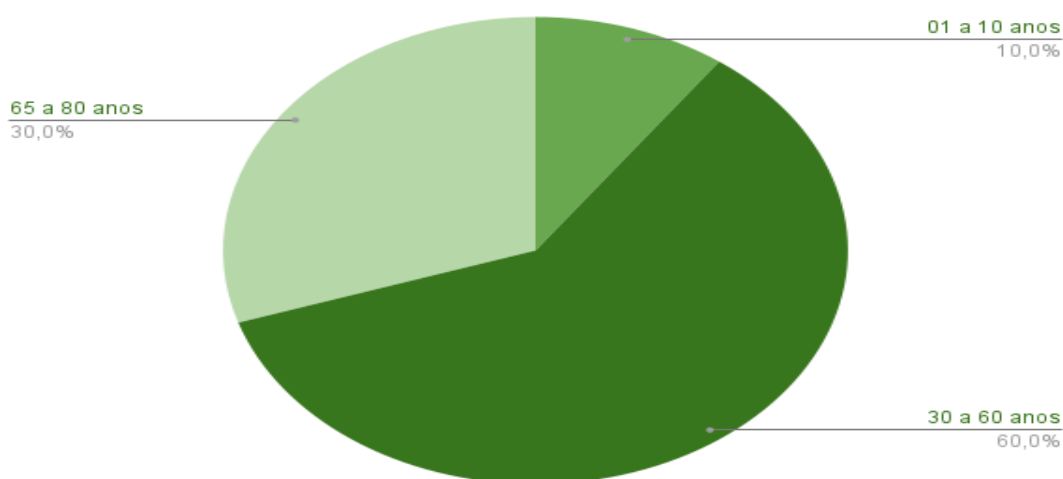
Esta seção apresenta a caracterização das internações prolongadas por demanda social observadas no âmbito do trabalho do Serviço Social no Hospital Universitário de Londrina. Os dados foram coletados a partir da fonte do SAME – Estatística, que levantou a relação dos pacientes com permanência hospitalar superior a 90 dias.

O recorte temporal analisado compreendeu o período de 01/01/2022 a 01/07/2025, considerando especialmente o período posterior à pandemia de COVID-19 e seus desdobramentos no contexto pós-pandêmico, uma vez que, empiricamente, identificou-se um aumento dessa demanda.

Foram identificados 260 pacientes com internações prolongadas (acima de 90 dias). Em um segundo momento, as autoras analisaram individualmente o prontuário eletrônico de cada um deles. Desse total, foram excluídas as permanências por demanda exclusivamente clínica, restando 20 pacientes que permaneceram internados por motivos sociais, ou seja, após a resolução das questões clínicas, necessitavam de suporte adicional da rede ou possuíam retaguarda familiar insuficiente, dependendo de encaminhamento para Instituições de Longa Permanência (ILPI) ou acolhimento institucional adulto e infantil, conforme demonstrado a seguir.

3.1 Perfil dos pacientes

- **Gráfico I - Faixa etária**



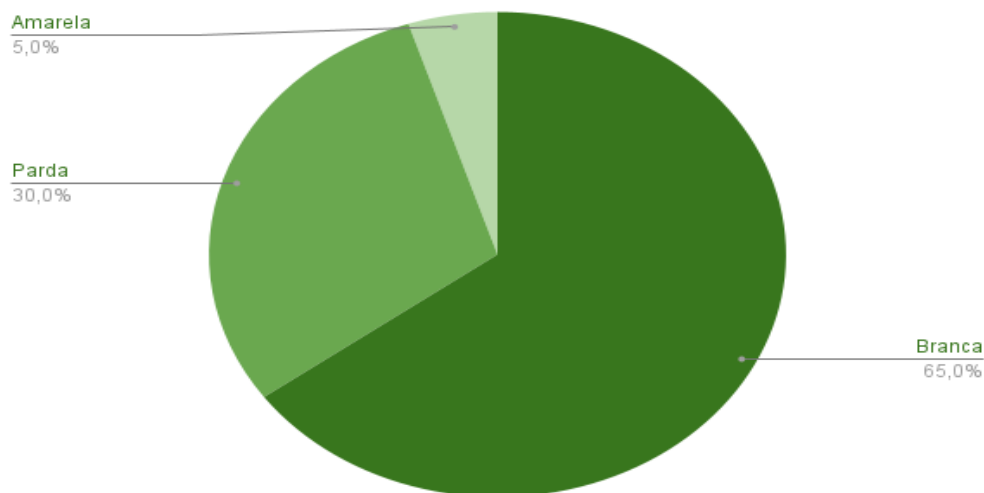
(Fonte: Gráfico elaborado pelos autores, 2026)

O gráfico de faixa etária evidencia a diversidade etária dos pacientes com internações prolongadas por demanda social no Hospital Universitário de Londrina. Entre os 20 pacientes identificados, observa-se que a maioria (12 pacientes) possui até 60 anos, enquanto 6 pacientes têm até 80 anos.. Esses dados indicam que, embora haja representação em diferentes faixas etárias, a maior parte das internações sociais ocorre em adultos em idade



produtiva, o que reforça a importância de intervenções que considerem não apenas questões clínicas, mas também fatores sociais, familiares e de reintegração no território.

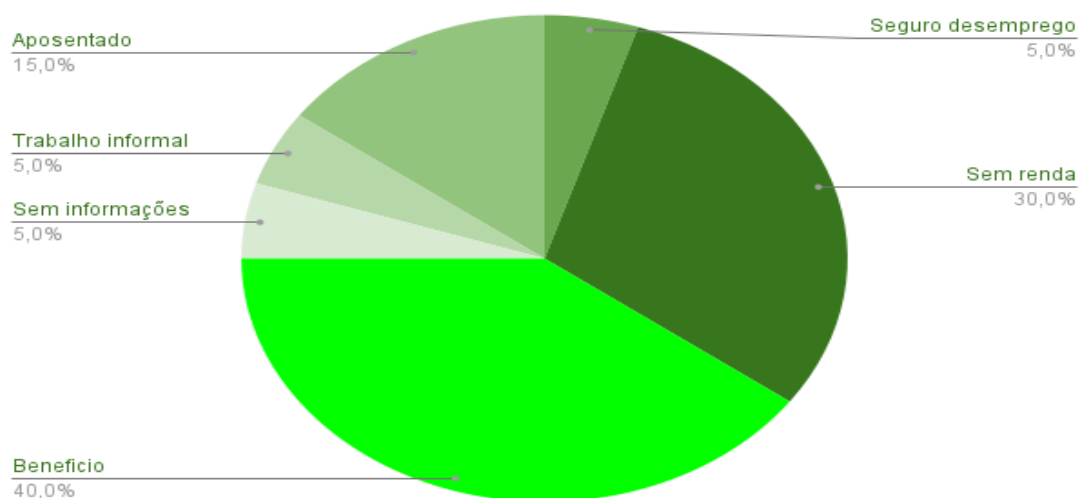
- **Gráfico II - Cor/Raça**



(Fonte: Gráfico elaborado pelos autores, 2026)

O gráfico de cor/raça mostra a composição étnico-racial dos pacientes com internações prolongadas por demanda social. A maioria dos pacientes é branca (65%), seguida por parda (30%) e amarela (5%). Esses dados refletem a predominância de determinados grupos étnico-raciais na população hospitalar analisada, contribuindo para a compreensão das especificidades sociodemográficas dessa população. A identificação desses perfis é importante para orientar estratégias de atenção social que considerem fatores culturais, desigualdades históricas e particularidades do cuidado individualizado.

- **Gráfico III - Condição socioeconômica**



(Fonte: Gráfico elaborado pelos autores, 2026)

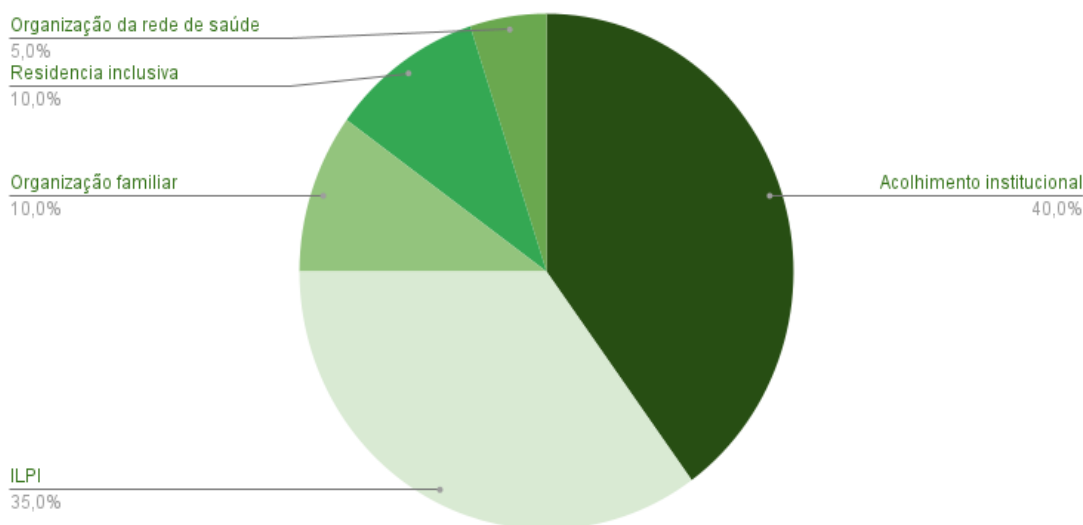
O gráfico de condição socioeconômica evidencia a vulnerabilidade financeira dos pacientes com internações prolongadas por demanda social. Observa-se que 40% dos



pacientes recebem algum benefício socioassistencial, 30% não possuem renda, enquanto 15% recebem aposentadoria, seguro-desemprego ou atuam em trabalhos informais.

A parcela restante, equivalente a 5%, não possuía informações registradas sobre sua situação econômica ou realizavam atividades informais. Esses dados demonstram que uma significativa proporção dos pacientes depende de políticas de assistência social, evidenciando como fatores econômicos influenciam diretamente na permanência hospitalar após a resolução clínica e reforçando a necessidade de intervenções do Serviço Social que articulem benefícios e estratégias de suporte para viabilizar a alta hospitalar. (critica a política de assistência)

a) Gráfico IV - Motivos apontados como Pendências para a alta

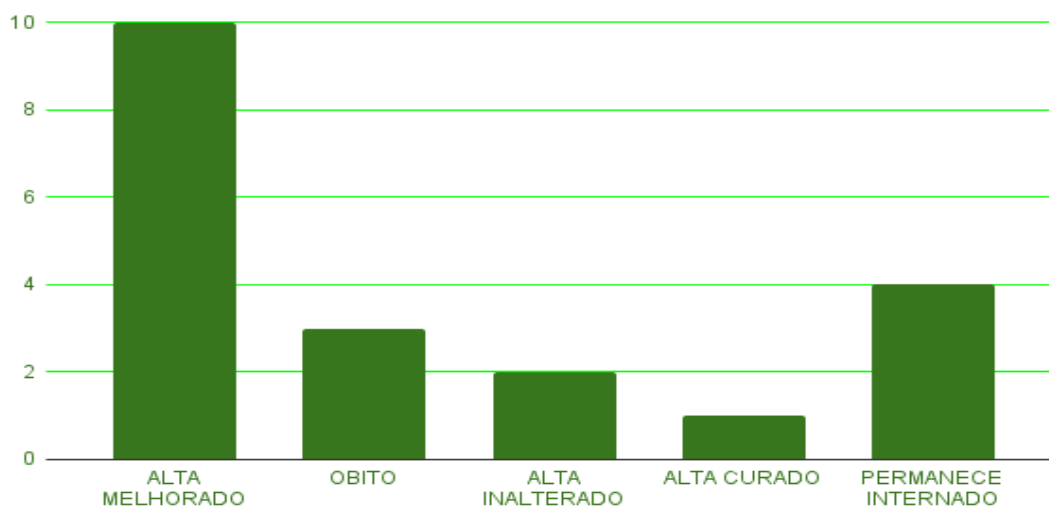


(Fonte: Gráfico elaborado pelos autores, 2026)

O gráfico de pendências para a alta hospitalar evidencia os principais entraves enfrentados na efetivação da desospitalização dos pacientes com internações prolongadas por demanda social. Observa-se que 40% dos casos apresentam como principal pendência o encaminhamento para acolhimento institucional, seguido por 35% que aguardam vaga em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Em menor proporção, 10% dos pacientes dependem da organização familiar para viabilização da alta, enquanto outros 10% aguardam encaminhamento para residência inclusiva e 5% necessita de uma organização interna da rede de saúde do município. Esses dados demonstram que a maior parte das pendências está relacionada à insuficiência ou a indisponibilidade de serviços da rede socioassistencial, evidenciando a complexidade do processo de desospitalização e reforçando a necessidade de articulação intersetorial, planejamento antecipado da alta e atuação contínua do Serviço Social para garantir a alta hospitalar segura e responsável.



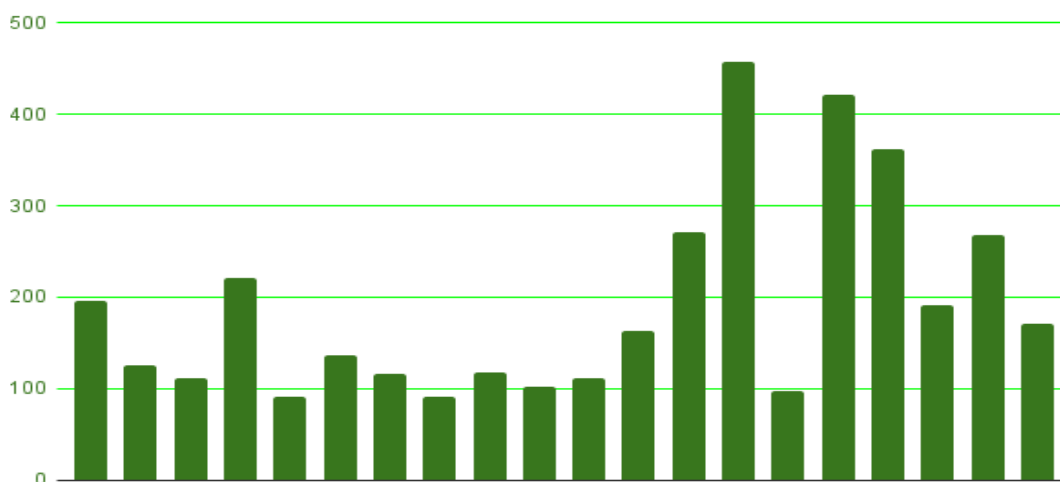
1. Gráfico V - Condição clínica no momento da alta “social”



(Fonte: Gráfico elaborado pelos autores, 2026)

O gráfico apresenta a condição clínica dos pacientes que permaneceram em internação prolongada devido a demandas sociais, ou seja, casos em que não havia possibilidade de alta hospitalar por ausência de retaguarda familiar, social ou institucional, mesmo após estabilização clínica. Observa-se que a maioria dos pacientes já não apresentava indicação clínica para permanência hospitalar no momento em que a situação social foi solucionada. Dentre eles, 10 receberam alta com melhora clínica e 1 obteve alta curado. Outros 2 pacientes mantinham quadro clínico inalterado, porém sem critérios médicos que justificassem a continuidade da internação. Destaca-se ainda que 4 pacientes permanecem hospitalizados exclusivamente por questões sociais, apesar da ausência de indicação clínica, evidenciando o impacto das vulnerabilidades sociais na ocupação prolongada de leitos hospitalares. Além disso, 3 pacientes evoluíram para óbito durante o período de internação. Os dados demonstram que fatores extra-hospitalares — como fragilidade da rede de apoio, insuficiência de suporte familiar e dificuldades de acesso à rede socioassistencial — influenciam diretamente o tempo de permanência hospitalar, prolongando internações mesmo após a resolução do quadro clínico.

- Gráfico VI - Tempo de permanência



(Fonte: Gráfico elaborado pelos autores, 2026)

O gráfico de tempo de internação evidencia a expressiva duração das hospitalizações prolongadas por demanda social, com períodos que ultrapassam significativamente o tempo necessário para a resolução clínica. Observa-se ampla variação na duração das internações, com pacientes que ultrapassam 400 dias de hospitalização e que, no momento da coleta dos dados, permaneciam internados, sem perspectiva definida de desospitalização. Outros pacientes apresentam tempo de internação situado, aproximadamente, entre 90 e 200 dias.

Os dados demonstram que, mesmo após a estabilização ou resolução do quadro clínico, os pacientes continuam ocupando leitos hospitalares por longos períodos em razão de entraves sociais persistentes, como ausência de retaguarda familiar e indisponibilidade de vagas em acolhimento institucional, ILPI ou residência inclusiva.

A manutenção de internações por períodos tão prolongados evidencia os impactos da fragilidade da rede socioassistencial sobre o sistema hospitalar, reforçando a necessidade de articulação intersetorial, planejamento antecipado da alta e fortalecimento de políticas públicas voltadas à desospitalização e à efetivação da alta hospitalar segura.

Esses dados permitiram identificar a magnitude e a recorrência das internações prolongadas por demanda social, bem como mensurar o impacto do prolongamento da permanência hospitalar tanto para os usuários quanto para a instituição, especialmente no que se refere à utilização inadequada de leitos e aos custos indiretos associados.

Tal fragilidade compromete a efetivação de um período de internação compatível com as necessidades do cuidado em saúde, dificultando a alta hospitalar segura e impactando negativamente os desfechos assistenciais, como o risco aumentado de mortalidade, a reincidência de internações e a qualidade de vida dos pacientes atendidos no Sistema Único de Saúde, além de onerar o Estado quanto aos custos diários dos pacientes internados.

Em estudo recente (novembro/2025) da DA/DFO - Serviço de Custo Hospitalar do Hospital Universitário de Londrina, foi identificado que o custo diário médio de pacientes internados, nos últimos três meses, a depender do setor, em um leito de alta complexidade



pode alcançar R\$8.880,04. Considerando o prazo de um mês, o custo de cada paciente em condições de alta soma aproximadamente R\$266.400,00 mensais, valor significativamente elevado quando comparado ao custo de um local de acolhimento ou ILPI.

Esses dados têm sido utilizados como argumentos junto à gestão municipal e estadual para evidenciar a importância da definição de outros locais de permanência, por serem mais adequados e de menor custo para esses pacientes

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O trabalho apresentado evidenciou que os longos períodos de permanência de pacientes internados em condições de alta hospitalar, motivados por demandas sociais, refletem a existência de uma política pública fragmentada, caracterizada por intervenções concentradas no aspecto pontual da saúde do paciente, com ruptura do processo de cuidado preconizado pela Política Nacional de Humanização.

O hospital torna-se um espaço que absorve demandas sociais históricas, sendo o/a assistente social fundamental para articular intervenções que promovam a reinserção dos usuários na rede de proteção social e de saúde, visando reduzir permanências desnecessárias.

O assistente social identifica tais demandas, articula respostas profissionais e intersetoriais e, juntamente com a equipe multidisciplinar, realiza o planejamento da alta segura, visando à integralidade do cuidado.

A integralidade na saúde evidencia a necessidade de fortalecimento dialógico e estrutural da rede intersetorial e da corresponsabilidade entre os diferentes níveis de atenção à saúde e ao cuidado.

A experiência de articulação coletiva, ainda incipiente, por meio do GT da Desospitalização, surge como potencialidade para dar visibilidade a um problema histórico e estrutural que deve ser enfrentado coletivamente.

Avançar para além da fragmentação das políticas é uma possibilidade real, uma vez que o funcionamento de uma rede articulada entre os diferentes serviços depende de investimento em fluxos, recursos e processos de trabalho capazes de romper com os entraves que dificultam e limitam essa prática.

Além da atuação no espaço sócio-ocupacional do HU, o Serviço Social tem impulsionado a discussão coletiva por meio do GRASS e, sobretudo, pelo GT da Desospitalização, buscando avançar nas discussões com o Judiciário e com os gestores das políticas de saúde e assistência social para a ampliação de espaços destinados aos usuários que se encontram nessa condição, seja por meio do diálogo institucional, seja por meio da judicialização.

Essa atuação busca garantir a definição de um local adequado para moradia dos usuários que se encontram em alta clínica e contribuir para aumentar a rotatividade dos leitos em um sistema de saúde sobrecarregado e com grande demanda de atendimento de novos



casos de alta complexidade.

5. REFERÊNCIAS

AGUIAR, Jéssyca Freitas; ARAÚJO, Karolina Alexia Rodrigues de; AZEVEDO, Luíza Costa de; VIANA, Mônica Eva Fontenele; LIMA, Julia Borges de; MOURA, Monique Guerreiro de. **O perfil da pessoa idosa hospitalizada na clínica médica de um hospital público do Distrito Federal e os fatores relacionados à internação prolongada.** *Revista JRG de Estudos Acadêmicos*, ano 8, v. VIII, n. 18, jan./jun. 2025.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência social e trabalho no capitalismo contemporâneo.** São Paulo: Cortez, 2020.

BRASIL. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 20 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Domiciliar.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Desospitalização: reflexões para o cuidado em saúde e atuação multiprofissional.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: HumanizaSUS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.809, de 6 de dezembro de 2012.** Institui a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 7 dez. 2012. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt2809_06_12_2012.html. Acesso em: 20 nov. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013.** Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP). Diário Oficial da União: Brasília, DF, 31 dez. 2013.

CFESS – CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Nota de orientação sobre a atuação de assistentes sociais em serviços de saúde.** Brasília: CFESS, 2018.

CFESS – CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **A atuação do Serviço Social nos processos de alta social: um relato de experiência.** Brasília: CFESS, 2024.

CONNOR, Stephen R. (ed.). **The Global Atlas of Palliative Care at the End of Life.** London: Worldwide Hospice Palliative Care Alliance; World Health Organization, 2014.

FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação.** Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa.** Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** São Paulo: Cortez, 2008.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; SANCHES, Odécio. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239–262, 1993.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Continuity of care: a critical interpretive synthesis.**



Geneva: World Health Organization, 2008.

RAMOS, Marília Patta. Métodos quantitativos e pesquisa em ciências sociais: lógica e utilidade do uso da quantificação nas explicações dos fenômenos sociais. **Mediações**, Londrina, v. 18, n. 1, p. 55–65, 2013. DOI: 10.5433/2176-6665.2013v18n1p55.

YAZBEK, Maria Carmelita. **Pobreza e exclusão social: expressões da questão social no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2012.