

**Hospitalização como Violação de Direitos Humanos: Internações
Prolongadas de Pessoas com Deficiência em Contexto de Vulnerabilidade
Social – relato de experiência a partir do Serviço Social do HU - USP**

Autores: Doroth Doi – Assistente Social – Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – HU USP;

Fernanda Silva Moura – Assistente Social – Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – HU USP;

Rafaella Venâncio – Assistente Social – Hospital Universitário da Universidade de São Paulo – HU USP.

Resumo: O Hospital Universitário da USP (HU-USP) integra-se ao SUS e atua como espaço de formação profissional para os cursos da área da saúde da USP. O Serviço Social hospitalar tem papel estratégico ao intervir sobre os determinantes sociais da saúde, apoiando a alta hospitalar de forma segura e articulada. Entretanto, uma das questões centrais é a chamada “alta social”, ocorrendo quando pacientes com deficiência adquirida e sem redes protetivas permanecem internados além do período clínico necessário, devido à insuficiência de serviços de retaguarda e acolhimento. Essa realidade consiste em grave violação de direitos humanos das pessoas com deficiência, oriunda de lacunas estruturais das políticas públicas. Reconhecer e enfrentar essas situações exige a defesa de políticas públicas robustas de inclusão das pessoas com deficiência.

Palavras-Chave: Hospitalização, Deficiência adquirida, Alta responsável.

Eixo temático: Eixo 7 - Desigualdades, pobreza, violências e resistências;

Eixo temático secundário: Eixo 11 - Saúde, adoecimentos e reabilitação: corpos em transformação ao longo da vida.

O Hospital Universitário da Universidade de São Paulo (HU-USP) tem no ensino e pesquisa uma de suas funções centrais, configurando-se como espaço de estágio e de formação para a prática profissional para os cursos da área da saúde da USP. Ao mesmo tempo, o HU-USP materializa a função social da Universidade ao integrar-se à Rede de Atenção à Saúde no âmbito do

Sistema Único de Saúde (SUS), exercendo papel estratégico na assistência à população da capital e dos municípios vizinhos.

O Serviço Social insere-se no quadro funcional do HU – USP a partir deste contexto, sendo demandado a intervir sobre os determinantes sociais de saúde dos pacientes e suas famílias, garantindo o acesso a direitos, mobilizando recursos da rede de saúde e assistência social e apoiando o planejamento da alta hospitalar de forma segura e integrada. Neste sentido, a atuação do Serviço Social no ambiente hospitalar envolve a identificação de situações de risco e vulnerabilidade social, a mediação da relação entre pacientes, famílias e sujeitos da equipe multiprofissional, bem como a proposição de estratégias que favoreçam a continuidade do cuidado fora do ambiente hospitalar.

Contudo, tal inserção não se dá isolada dos tensionamentos que atravessam a efetivação do SUS, que não obstante tenha conseguido importantes inovações, ainda se encontra bastante distante do SUS constitucional. Conforme aponta Paim (2018), o SUS enfrenta diversos obstáculos que comprometem sua efetivação plena, entre os quais destacamos o subfinanciamento, a prevalência de valores individuais em detrimento da solidariedade, a insuficiência de infraestrutura, a manutenção do modelo biomédico e a crescente articulação público-privada predatória, que privilegia interesses econômicos sobre os direitos da população. Tais atravessamentos manifestam-se de diversas maneiras na atuação do Serviço Social no HU-USP, seja por meio da hierarquização de saberes dentro das equipes multiprofissionais, seja pela superlotação hospitalar diante da escassez de recursos humanos e materiais, ou ainda pela fragilidade das redes de proteção e cuidado nos territórios.

Nesse cenário de desafios que atravessam a efetivação do SUS, emerge uma tensão particularmente relevante no HU-USP e nos serviços hospitalares em geral: a alta responsável. Embora a Política Nacional de Atenção Hospitalar estabeleça como diretriz a continuidade do cuidado por meio da articulação do hospital com os demais pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), compreendendo que a alta hospitalar responsável consiste na transferência do cuidado realizada por meio da orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia e o autocuidado; da articulação com os demais pontos da RAS, em especial a Atenção Básica; e da

implantação de mecanismos de desospitalização, como os cuidados domiciliares pactuados (BRASIL, 2013), na prática cotidiana observa-se uma série de impasses que dificultam a efetivação desses princípios.

É frequente que o tempo de internação necessário para o tratamento clínico não coincida com o período requerido para articular a transição do cuidado, resultando na ocupação prolongada de leitos hospitalares. Esse quadro é ainda mais crítico diante da superlotação das unidades de internação no SUS, com impactos significativos para a população que vivencia quadros agudos e deixa de ter acesso ao leito hospitalar, função essencial do hospital. Além disso, os pacientes que permanecem internados além do tempo indicado enfrentam riscos acrescidos de infecções, sofrem com o afastamento da vida familiar e comunitária e, não raramente, se tornam alvo de formas sutis ou explícitas de violência institucional, quando sua permanência é interpretada pelas equipes como resultado de uma suposta falta de vontade em reorganizar a própria vida.

Tais situações são institucionalmente denominadas de “alta social”, embora tal definição não encontre correspondência nos documentos oficiais do SUS e nem na literatura especializada. Ora, essa denominação não é neutra, mas revela uma postura institucional centrada no modelo médico-hegemônico, desconsiderando a determinação social do processo saúde-doença. Nessas condições, os casos mais complexos de alta tornam-se “casos sociais”, atribuídos quase que exclusivamente ao Serviço Social, evidenciando a subvalorização das dimensões sociais da saúde. Assim, direcionamos nossa ênfase a um dos impasses mais críticos na efetivação da alta responsável: a desospitalização de pessoas que adquiriram deficiência na vida adulta e que não possuem vínculos familiares ou redes comunitárias protetivas, sendo frequentemente o evento que resultou na deficiência também a causa de sua internação hospitalar.

A partir dessa análise, cabe contextualizar a questão da deficiência adquirida. Nesse sentido, Alves (2012) observa que, embora pesquisas populacionais de grande escala, como o Censo e a PNAD, não diferenciem deficiências adquiridas das congênitas, tal distinção é de grande relevância. Isso porque a deficiência adquirida implica uma experiência psicossocial singular, resultante da interação entre os novos limites corporais e os demais marcadores

identitários que compõem a trajetória de cada sujeito, sempre em estreita relação com seu contexto social, econômico, político, cultural e familiar. Nessa mesma direção, Santos e Carvalho-Freitas (2019) ressaltam que a aquisição de uma deficiência tende a produzir impactos profundos na vida e nas relações das pessoas, uma vez que frequentemente ocorre em circunstâncias traumáticas e exige não apenas processos de ressignificação subjetiva, mas também adaptações concretas e imediatas no cotidiano. As autoras assinalam, ainda, a carência de estudos voltados especificamente à experiência da deficiência adquirida, o que reforça a necessidade de ampliar o debate e a produção de conhecimento nesse campo, sobretudo para subsidiar políticas públicas mais efetivas e sensíveis às especificidades dessa população.

Tal discussão mostra-se particularmente relevante neste cenário, uma vez que grande parte das situações classificadas institucionalmente como “alta social” envolve pessoas que, em algum momento da vida adulta, sofreram eventos súbitos — acidentes, agravos de saúde, episódios de violência urbana — que culminaram em uma deficiência permanente. Ao concluírem o tratamento hospitalar, alguns desses sujeitos não dispõem mais das condições funcionais necessárias para retomar sua vida cotidiana de forma autônoma, passando a demandar apoio para atividades básicas. A experiência da deficiência, nesses casos, intersecciona-se com outros marcadores de vulnerabilidade social, como a insegurança de renda, vínculos fragilizados, situação de rua, acesso precário a bens e serviços, dentre outros. Ainda que possuam alguma fonte de renda, esses recursos, por si só, não se mostram suficientes para garantir o cuidado pessoal contínuo. Mesmo o ato de contratar cuidadores ou prover adaptações no ambiente doméstico pressupõe a existência de vínculos protetivos e redes de apoio, que, em grande parte das vezes, estão ausentes ou severamente fragilizados entre essas pessoas.

Neste contexto, destacamos os critérios excludentes adotados por hospitais de retaguarda ligados à política de saúde. Em muitos casos, essas instituições recusam pacientes que não tenham um cuidador previamente identificado. Assim, justamente aqueles que mais necessitam de acolhimento — pessoas com deficiência adquirida, sem vínculos protetivos e em vulnerabilidade socioeconômica — tornam-se os primeiros a serem rejeitados. Essa lógica

reitera a exclusão: só pode acessar a retaguarda quem já dispõe de uma rede de suporte mínima, deixando à margem quem mais precisa dela.

Os serviços de acolhimento institucional da Política de Assistência Social, por sua vez, frequentemente também estabelecem critérios excludentes, como a exigência de autonomia para a realização das atividades da vida diária — justamente aquilo que essa população não consegue exercer. Mesmo os dispositivos especializados, como as residências inclusivas, também impõem restrições, a exemplo da proibição de ingresso de pessoas que necessitem de cuidados de enfermagem. Ainda que seja fundamental preservar as atribuições específicas das políticas públicas, evitando a responsabilização desproporcional da Assistência Social pelos vácuos da Política de Saúde, é importante destacar que as necessidades da população não se segmentam, e tais lacunas contribuem para condená-las a um verdadeiro limbo normativo e assistencial.

A situação descrita agrava-se em relação às pessoas com menos de 60 anos, que não se encontram amparadas pelo Estatuto da Pessoa Idosa, sendo portanto inelegíveis para acolhimento em Instituições de Longa Permanência para pessoas Idosas – ILPIs e em muitas situações, também inelegíveis para as outras modalidades de acolhimento institucional previstas nos marcos normativos do Sistema Único de Assistência Social. Não se trata, portanto, de um problema social residual, mas de uma consequência direta do processo saúde-doença relacionado à aquisição da deficiência, para a qual não há resposta prevista no âmbito institucional das políticas públicas brasileiras. Ao negar-se a responsabilidade compartilhada nesse processo, o Estado priva a pessoa com deficiência de um direito básico: o de transitar do ambiente hospitalar para o território com dignidade, contando com proteção e suporte adequados.

A permanência prolongada de pessoas com deficiência nos leitos hospitalares configura, destarte, uma grave violação de direitos humanos. Ao converter-se em local de moradia por tempo indeterminado, o hospital transforma-se em uma espécie de “internação social forçada” – um confinamento que é fruto da insuficiência de políticas públicas de proteção. Isso porque submete o indivíduo a um espaço que, embora adequado ao cuidado de agravos agudos à saúde,

não oferece condições para a convivência comunitária, a promoção da autonomia, a reabilitação integral, o acesso a equipamentos sociais, culturais e laborais. Tal realidade contraria frontalmente todas as perspectivas relacionadas à promoção, proteção e defesa dos direitos das pessoas com deficiência e evidencia que, ao invés de remover barreiras, as políticas públicas brasileiras seguem criando mecanismos de exclusão para parte desta população.

Tal cenário torna imprescindível pensar em estratégias possíveis. Ao Estado, urge o fortalecimento das políticas de seguridade social em vistas de atender a tal necessidade. Aos hospitais, cabe a produção de dados sobre as internações prolongadas e suas causas, bem como a mobilização insistente das políticas públicas, do Sistema de Garantia de Direitos e dos demais mecanismos de controle social, em vistas de visibilizar tais questões para além dos muros hospitalares. Às Universidades, por sua vez, cabe investir na formação dos profissionais para um cuidado verdadeiramente integral, que reconheça a determinação social dos processos de saúde-doença enquanto fator relacionado a questões estruturantes da sociedade brasileira, e não atribuído à (ir)responsabilidade particular dos indivíduos. Ainda, urge a produção de conhecimento crítico, que registre e mensure a dimensão das internações prolongadas de pessoas com deficiência, bem como a construção e oferta de projetos de extensão que articulem hospitais, serviços territoriais e comunidade.

Por fim, é imprescindível que a sociedade reconheça que as violações de direitos enfrentadas por pessoas com deficiência adquirida não constituem problemas isolados, mas desafios coletivos. A ausência de políticas públicas adequadas não afeta apenas aqueles que hoje permanecem internados sem perspectiva de alta, mas projeta um horizonte de insegurança social para todos, pois qualquer pessoa, em algum momento da vida, pode tornar-se pessoa com deficiência. Defender políticas robustas de inclusão social é, portanto, um compromisso que diz respeito a nós todos, um imperativo ético que reconhece a dignidade humana como direito universal, inalienável e inegociável.

Referências Bibliográficas

ALVES, Fabiana Paulino. Deficiência física adquirida em decorrência da violência física: representações de adolescentes e jovens. 2012. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2012. Disponível em:

<http://tede.bc.uepb.edu.br/jspui/bitstream/tede/1924/1/PDF%20-%20Fabiana%20Paulino%20Alves.pdf>. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 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 as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Brasília, 2013.

SANTOS, Joelma Cristina; CARVALHO-FREITAS, Maria Nivalda de. Processos psicossociais da aquisição de uma deficiência. *Psicologia: Ciência e Profissão*, Brasília, v. 39, p. 1-16, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/pcp/a/9s7ppcDdyrSjZgGMXSg68PH/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2025.

PAIM, Jairnilson S. Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 1.723-1.728, jun. 2018.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/Qg7SJFjWPjvdQjvnRzxS6Mg/?lang=pt>. Acesso em: 24 ago. 2025.