



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

MARTINA GOMES COSTA NASCIMENTO

**SERVIÇO SOCIAL E ALTA POR EVASÃO HOSPITALAR EM PEDIATRIA: UMA
REVISÃO DA LITERATURA E EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO**

RECIFE

2025

MARTINA GOMES COSTA NASCIMENTO

**SERVIÇO SOCIAL E ALTA POR EVASÃO HOSPITALAR EM PEDIATRIA: UMA
REVISÃO DA LITERATURA E EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em Serviço
Social, da Universidade Federal de Pernambuco,
como requisito parcial para obtenção do grau de
Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa^a. Dra^a. Raquel Cavalcante Soares

RECIFE

2025

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do programa de geração automática do SIB/UFPE

Gomes Costa Nascimento, Martina.

Serviço social e alta por evasão hospitalar em pediatria: uma revisão da literatura e experiência de estágio / Martina Gomes Costa Nascimento. - Recife, 2025.

75p. : il.

Orientador(a): Raquel Cavalcante Soares

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Serviço Social - Bacharelado, 2025.

9,5.

Inclui referências.

1. Serviço Social. 2. Evasão Hospitalar. 3. Pediatria. 4. Direito à Saúde. 5. Proteção à vida de crianças e adolescentes. I. Cavalcante Soares, Raquel. (Orientação). II. Título.

610 CDD (22.ed.)

MARTINA GOMES COSTA NASCIMENTO

**SERVIÇO SOCIAL E ALTA POR EVASÃO HOSPITALAR EM PEDIATRIA: UMA
REVISÃO DA LITERATURA E EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em Serviço
Social, da Universidade Federal de Pernambuco,
como requisito parcial para obtenção do grau de
Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa^a. Dra^a. Raquel Cavalcante Soares

Aprovado em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dra^a Raquel Cavalcante Soares (Orientadora)
Universidade Federal de Pernambuco

Prof^a Dra^a Sandra Maria Batista Silveira (Examinador Interno)
Universidade Federal de Pernambuco

Dedico primeiramente à Deus, aos meus filhos, esposo, familiares e amigos. Como também aos assistentes sociais que atuam na saúde, em especial na garantia dos direitos da Criança e Adolescentes.

AGRADECIMENTOS

Como bem refletido por Gloria Hurtado, em sua Crônica “Encerrando Ciclos”. “Sempre é preciso saber quando uma etapa chega ao final. Se insistirmos em permanecer nela mais que o tempo necessário, perdemos a alegria e o sentido das outras etapas que é preciso viver”. É com essas perfeitas frases motivacionais que me despeço deste ciclo acadêmico. Não significa um adeus, mas um até breve! Pois como bem diz a autora, precisa fechar um ciclo para que outras possam iniciar.

Minha jornada na universidade não foi fácil, imagino como as maiorias das mulheres mãe, esposa, trabalhadora. Passei por momentos de incertezas, medos e com certeza muitos desafios.

Entretanto, a graduação sempre foi meu sonho de infância e hoje com quase 40 anos vejo esse sonho se concretizar. Assim, ao fim dessa jornada, não poderia deixar de agradecer às pessoas que fizeram parte desta trajetória e essenciais para concretização deste ciclo.

Primeiramente, a gratidão ao meu Deus, Sagrado Coração de Jesus e Virgem Maria, por estarem sempre me protegendo e livrando-me de todo o mal. Que com Deus e Nossa Senhora não existem desafios que não sejam superados!

Aos meus filhos Darlon e Maysa Nara, pelo carinho e confiança e palavras de incentivo. Além disso, ajuda com as atividades domésticas para que eu pudesse me dedicar quase que exclusivamente à escrita. Pois tudo isto é para eles e pôr eles. Assim como, o apoio incondicional do meu querido esposo Dielson, diante do seu companheirismo, amor, carinho, escuta, me transportando até a UF e buscando também. Essas atitudes contribuíram para nunca desistir. Gratidão por tudo, amo vocês! A família que Deus me deu, meu agradecimento especial.

A meus pais, Ana Elizabeth e Roberto. Aos meus irmãos Beatriz e Felipe. Os quais sempre estiveram ao meu lado.

As minhas amigas de graduação, (não vou citar nomes para) pois com elas tudo se tornou mais tranquilo ao compartilhar momentos como, passeios, lanches, estudos em grupo. Enfim, momentos que irão deixar saudades.

Não poderia deixar de mencionar e agradecer a toda equipe do hospital a qual realizou o estágio obrigatório, em especial Ana Elizabeth Lins (Preceptora), Flávia Campelo (Assistente Social) Maria Luiza (Assistente Social) Pedro Celerino (Assistente Social). Por terem me acolhido e transmitido seus conhecimentos da prática profissional.

Às prof^{as}, Orientadora Raquel Soares, pela contribuição e disponibilidade para elaboração deste trabalho. Por suas provocações que deixaram-me reflexiva sobre esta problemática. A Examinadora prof^a Sandra Maria Batista pela gentileza e disposição em avaliar este trabalho.

À Universidade Federal de Pernambuco possibilitar minha formação acadêmica e

concretizar esse sonho de ter uma graduação. Ao corpo docente e discentes do curso de Serviço Social - Centro de Ciências Sociais Aplicada, Departamento de Serviço Social - por terem contribuído para a minha formação vocês foram primordiais nesse processo.

Enfim, a todos por fazerem parte deste ciclo!!!!

“Acredite, ele sempre te ouviu e, com amor, esperou o momento certo para fazer a graça acontecer. Deus conhece o tempo perfeito para cada benção em sua vida. Confie na sua sabedoria e saiba que o melhor está por vir, no tempo certo”.

Frei Damião Silva

Direitos da criança

Uma criança é uma flor tem direito a florir, ser criada com amor, tem direito a sorrir.

Uma criança amada tem direito a proteção, direito a ser bem tratada, lá do fundo do coração.

Uma criança tem direito, que a sua vida seja feliz viver tratada com respeito e todos ouvirem o que diz.

Uma criança é o futuro, tem direito a alimentação, a crescer num lar seguro, sem nenhuma preocupação.

Uma criança só tem direitos, as obrigações são dos adultos, são elas que sofrem os efeitos de actos praticados por incultos.

José Couto, 2015

RESUMO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso apresenta um estudo sobre Serviço Social e Alta por Evasão Hospitalar em Pediatria: uma revisão da literatura e experiência de estágio . O estudo tem como objetivo geral discutir a evasão hospitalar em pediatria considerando o direito à saúde e proteção à vida de crianças e adolescentes, com absoluta prioridade e sem qualquer forma de discriminação. Em termos metodológicos, trata-se de um estudo de pesquisa documental e revisão bibliográfica, tendo como fontes dissertações, teses e livros publicados nos últimos anos que discutem a alta por evasão hospitalar em pediatria e as possíveis causas e estratégias de enfrentamento. Como fonte documental as normativas e documentos oficiais do Ministério da saúde, Diretrizes, Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a Constituição Federal de 1988, Resolução nº41/1995 do CONANDA, entre outras legislações que abordam o direito à saúde infantojuvenil. Portanto, espera-se que este trabalho contribua para ampliar o debate sobre a evasão hospitalar no atendimento pediátrico, oferecendo subsídios teóricos e práticos para a atuação do Serviço Social e demais profissionais da saúde. Que as reflexões aqui apresentadas possam inspirar novas pesquisas, fomentar a criação de protocolos institucionais mais humanizados e fortalecer as estratégias de cuidado integral às crianças e adolescentes, garantindo que o direito à saúde seja efetivamente respeitado e promovido.

Palavras- Chave: Serviço Social; Evasão Hospitalar; Pediatria; Direito à Saúde; Proteção à vida de crianças e adolescentes.

ABSTRACT

This Final Course Project presents a study on Social Work and Discharge due to Hospital Evasion in Pediatrics: a review of the literature and internship experience. The overall objective of the study is to discuss hospital evasion in pediatrics, considering the right to health and protection of the lives of children and adolescents, with absolute priority and without any form of discrimination. In methodological terms, it is a documentary research study and bibliographic review, using dissertations, theses, and books published in recent years that discuss discharge due to hospital evasion in pediatrics and the possible causes and coping strategies as sources. The documentary sources include official regulations and documents from the Ministry of Health, guidelines, the Statute of Children and Adolescents (ECA), the Federal Constitution of 1988, CONANDA Resolution No. 41/1995, among other legislation addressing the right to health for children and adolescents. Therefore, it is hoped that this work will contribute to broadening the debate on hospital evasion in pediatric care, offering theoretical and practical support for the work of social services and other health professionals. May the reflections presented here inspire new research, foster the creation of more humanized institutional protocols, and strengthen comprehensive care strategies for children and adolescents, ensuring that the right to health is effectively respected and promoted.

Keywords: Social Work; Hospital Evasion; Pediatrics; Right to Health; Protection of the lives of children and adolescents.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Modelo conceitual adotado pela CNDSS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS – Agência Nacional de Saúde Suplementar

APS – Atenção Primária à Saúde

CC – Caderneta da Criança

CF – Constituição Federal

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do

Adolescente DSS – Determinantes Sociais de Saúde

ECA – Estatuto da Criança e Adolescente

ESF – Estratégia Saúde da Família

FNCPS – Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde

HU/UFTM – Hospital Universitário da Universidade Federal do Triângulo

Mineiro LOS – Leis Orgânicas da Saúde

NEP – Núcleo de Educação Permanente

OMS – Organização Mundial da Saúde

PDRE – Plano Diretor de Reforma do Estado

PLOA – Projeto de Lei Orçamentária Anual

PNAISC – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da

Criança POP – PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO

SAMU – Serviço Móvel de Urgência

SGPDCA - Sistema de Garantia e Proteção dos Direitos da Criança e do Adolescente

SCIELO – *Scientific Electronic Library Online*

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SPA – Serviço de Pronto Atendimento

SUS – Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
2	POLÍTICA DE SAÚDE EM CONTRARREFORMA	19
2.1	Política de Saúde e Contrarreforma do SUS	19
3	PROTEÇÃO INTEGRAL DA CRIANÇA E ADOLESCENTE E O PROBLEMA DA EVASÃO EM HOSPITAL DE PEDIATRIA.....	34
3.1	A Proteção Integral e o Reconhecimento da Criança como Sujeito de Direitos	34
3.2	A evasão hospitalar em pediatria: caracterização e determinantes	37
4	SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A ATUAÇÃO NA PROBLEMÁTICA DA EVASÃO HOSPITALAR EM PEDIATRIA	49
4.1	Serviço Social e a atuação na saúde: trajetória e particularidades	49
4.1.1	Atuação do Serviço Social diante do direito à saúde da criança e adolescentes	55
4.2	Serviço social no enfrentamento da evasão hospitalar pediátrica: estratégias de intervenção a partir da experiência de estágio	60
4.2.1	Estratégias de intervenção a partir da experiência de estágio.....	66
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	72
	REFERÊNCIAS.....	75

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho de conclusão de curso tem como temática central a problemática da alta hospitalar por evasão de crianças e adolescentes e a atuação do Serviço Social. Esta temática passou a ser do interesse da pesquisadora a partir das observações e vivências no campo de estágio obrigatório no serviço de saúde de pediatria. Nesse período, foi possível perceber um número significativo de altas hospitalares por evasão, que suscitou a necessidade de compreender os fatores, a caracterização e possíveis formas de prevenção. Por fim, fazendo com que este assunto se tornasse objeto de pesquisa para desenvolver este trabalho de conclusão de curso.

Nesse contexto, o debate sobre a evasão hospitalar é de suma importância, visto que pode ser compreendido como uma violação aos direitos das crianças e adolescentes, previstos na legislação brasileira, falta de protocolos hospitalares e diálogo claro entre o profissional da saúde e os responsáveis pelas crianças e adolescentes, ou até mesmo consequência das expressões da questão social. Assim, constitui-se uma problemática que pode ter consequências graves, dependendo do estado clínico e das condições sociais do paciente. No entanto, ainda há pouco conhecimento sobre o tema.

Esta problemática traz desafios constantes ao Serviço Social, pois é um fenômeno que precisa ser investigado a fim de compreender o contexto o qual ocorreu a evasão hospitalar. Em contrapartida, essas ocorrências podem impactar negativamente o estado de saúde do usuário e ao se tratar da saúde de crianças e adolescentes, tornando-se mais sensível, devido à vulnerabilidade social, as quais podem refletir nesta parcela da população. Consequentemente, mais suscetíveis às complicações quando se tem um rompimento no tratamento. Por isso, faz-se necessário um acompanhamento contínuo multidisciplinar, com objetivo de assegurar o pleno cuidado em saúde dessa população.

Assim, este estudo tem como objetivo geral discutir a evasão hospitalar em pediatria e a atuação do Serviço Social considerando o direito à saúde e proteção à vida de crianças e adolescentes; e como objetivos específicos: 1. Caracterizar a evasão hospitalar, com base na bibliografia sobre o tema; 2. Discutir as possíveis condições que contribuem para a evasão hospitalar em pediatria; 3. Discutir estratégias educativas e informativas a serem desenvolvidas pelo Serviço Social para contribuir na redução das evasões hospitalares pediátricas. Inicialmente, temos como fundamentação teórico-metodológica a teoria social de Marx, a qual vincula-se a um projeto revolucionário, a análise e a crítica da sua concepção da realidade social. O materialismo dialético e histórico marxiano permite compreender a nossa problemática a partir das contradições e complexidade da realidade concreta, inserida na sociedade burguesa.

Neste sentido, a presente trabalho adota uma abordagem fundamentada em pesquisa bibliográfica e documental, com o intuito de compreender a temática abordada. A pesquisa bibliográfica é conduzida a partir de materiais já publicados, como livros, artigos científicos e outras produções acadêmicas relevantes, que contribuem para a construção teórica e embasam a análise crítica da realidade. Já a pesquisa documental se baseia na leitura e interpretação de registros institucionais, legislações e documentos oficiais, que embora não tenham sido elaborados com fins acadêmicos, oferecem informações significativas sobre a dinâmica social e institucional. Conforme apontado por Gil (2008), essas fontes permitem acessar elementos importantes para a compreensão do objeto de estudo, ampliando o olhar sobre os fenômenos sociais analisados. (Santos *et al.*, 2025).

No Brasil, o direito à saúde infantil está assegurado pela Constituição Federal de 1988 e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), de 1990, entre outras legislações que determinam que nenhuma criança ou adolescente pode ter seu atendimento médico negligenciado ou interrompido por falta de acesso ou informação inadequada. No entanto, mesmo com respaldo legal, a evasão hospitalar ainda é uma realidade frequente em diversas unidades de saúde. Essa prática compromete diretamente a eficácia do tratamento, gerando impactos negativos tanto para os pacientes quanto para o sistema de saúde, que se vê diante do aumento da demanda por novas internações evitáveis. Como indicam alguns estudos que discutem esta temática: Borba (2020); BRAZILH2 (2025); Gontijo *et al.* (2018); Mota (2024); Rodrigues *et al.* (2023); Santos, Reppetto (2020); Silva *et al.* (2019); Tito *et al.* (2015). Diante desse cenário, surgem questionamentos importantes: quais são os principais motivos que levam à evasão hospitalar no atendimento a crianças e adolescentes? E de que forma o Serviço Social pode atuar, por meio de ações educativas, para reduzir essa evasão e assegurar a continuidade do cuidado? Buscar respostas para essas perguntas é fundamental para aprofundar a compreensão dessa problemática e desenvolver intervenções eficazes voltadas à permanência dos pacientes pediátricos no tratamento.

Nessa perspectiva, a pesquisa trata-se de um estudo realizado através de uma revisão da literatura. Sobre Evasão Hospitalar. Utilizou das bases de dados, o Google acadêmico como também a base de dados Scientific Electronic Library Online (SCIELO) e o Repositorio.ufu.br. Não limitando a temporalidade dos registros, porém todos publicados em língua portuguesa. Nos resultados foram encontradas 15 (quinze) bibliografias distribuídas em artigos, dissertações, TCCs e teses. Destaco 08 (oito) na pesquisa, entretanto abordo conceitos de 05 (cinco): Borba (2020); BRAZILH2 (2025); Gontijo (2018); Mota (2024) e Silva *et al.* (2019). Entretanto, apenas 02 (dois) são produções do Serviço Social, respectivamente.

Assim, ao considerar a problemática da evasão hospitalar um fenômeno recorrente,

percebe-se, a necessidade de mais produções sobre o tema. Em especial ao se tratar de unidades de saúde pediátricas. Visto que, esta ‘fuga’ revela não só a falta de estrutura do hospital, como também a evasão hospitalar de crianças e adolescentes não ocorre simplesmente por uma decisão arbitrária dos responsáveis em deixar a unidade de saúde e interromper o tratamento. Esse fenômeno está relacionado a diversos fatores, que podem incluir aspectos ligados à conduta médica e/ou da equipe multiprofissional, bem como às condições socioculturais da família. Esses elementos, em conjunto, podem levar à interrupção do tratamento e à quebra da continuidade do cuidado, comprometendo a garantia do direito à vida e ao bem-estar social. Silva *et al.* (2019)

Portanto, faz-se necessário um olhar mais atento a esta problemática, tanto pela equipe multiprofissional, como pelo Serviço Social, pois esta configura-se umas das demandas dos/das assistentes sociais que atuam em unidades de saúde.

Esta monografia está estruturada a partir de um capítulo introdutório, três capítulos específicos e as considerações finais. O segundo capítulo tem como título “Política de saúde em contrarreforma”, partindo das temáticas sobre a Política de Saúde e Contrarreforma do SUS, a política de saúde para crianças e adolescentes e os impactos da contrarreforma, abordando a evolução da política de saúde no Brasil a partir da Constituição Federal de 1988, o qual posteriormente cria o Sistema Único de Saúde (SUS), que é o sistema responsável pela atenção à saúde dos cidadãos brasileiros. No que se refere ao direito à saúde relacionado ao segmento de crianças e adolescentes, destacam-se: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC). Entretanto, com o advento dos desmontes das políticas sociais no contexto neoliberal, os serviços de saúde estão se tornando cada vez mais um campo de intensa capitalização e uma fonte significativa de maximização do capital.

No que se refere ao terceiro capítulo, este trata sobre a Proteção integral da Criança e Adolescente e o Problema da Evasão em Hospital de Pediatria, nesse segmento contextualizamos a Proteção Integral e o Reconhecimento da Criança como Sujeito de Direitos, como também a evasão hospitalar em pediatria: caracterização e determinantes sociais. Para melhor entendimento, é de suma importância entender a historicidade da proteção à criança e adolescentes como sujeitos de direitos de acordo com a promulgação da Constituição de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, o Brasil incorporou ao seu ordenamento jurídico o princípio da proteção integral, promovendo uma ruptura com o modelo anterior, marcado por uma abordagem repressiva e excludente em relação à infância e adolescência. Esse avanço representou não apenas a revogação do antigo Código de Menores, mas também a adoção de uma nova perspectiva legal, centrada na garantia de direitos sociais e estabelecendo que crianças e adolescentes são capazes de exercer direitos e deveres. A partir desse marco, a

responsabilidade pela proteção e desenvolvimento desse público passou a ser compreendida como um dever compartilhado entre o Estado, a família e toda a sociedade (Silva, 2022).

Nesse contexto, o Estatuto da Criança e Adolescente (ECA), de 1990, no Brasil, torna as crianças e adolescentes sujeitos munidos de direitos e de proteção, e não mais como menores em situação irregular. Entretanto, cabe destacar que os determinantes sociais da saúde influenciam no acesso aos serviços oferecidos pelo SUS para esta camada da população. Dessa forma, analisá-los é de suma importância para desvelar os mecanismos que produzem exclusão e seletividade. Portanto, caracterizar a evasão hospitalar pediátrica implica compreender suas múltiplas determinações: econômicas, políticas, institucionais e subjetivas, bem como evidenciar os limites e desafios postos à efetivação de uma saúde pública de qualidade, especialmente em contextos marcados pela desigualdade social e pela retirada de direitos historicamente conquistados.

Por fim, no quarto e último capítulo, apresentamos o Serviço Social na saúde e a atuação na problemática da evasão hospitalar em pediatria. Considerando os pontos de atuação do Serviço Social diante do direito à saúde da criança e adolescentes, assim como, estratégias de intervenção a partir da experiência de estágio. Inicialmente, a gênese do Serviço Social atuava de modo a oferecer serviços de caridade e filantropia, posteriormente, com as mudanças no cenário brasileiro na década de 1970, culminando com as manifestações de lutas pelo acesso à saúde. Nesse contexto, o SUS proporciona novos espaços de atuação para o assistente social, que passou a integrar as equipes de saúde contribuindo com orientação, acolhimento e defesa dos direitos sociais. Neste viés, os/as assistentes sociais na área da saúde pediátrica são fundamentais para democratizar o acesso e garantir a efetivação dos direitos à saúde pública. É importante construir um perfil socioeconômico dos usuários para melhor compreender suas demandas. No contexto atual, vale refletir sobre a importância da Intersetorialidade e Integralidade, pois são umas das diretrizes do Sistema Único de Saúde, a partir da Carta Magna de 1988.

Dessa forma, compreender os determinantes sociais desse fenômeno permitirá o desenvolvimento de ações educativas para a equipe interdisciplinar, os quais devem reconhecer os desafios sociais e familiares enfrentados pela população atendida. Sendo importante montar um trabalho constante de sensibilização das famílias acerca da necessidade do acompanhamento médico, assim, visando minimizar os impactos negativos dessa prática. Assim, ao investigar essa problemática e propor estratégias preventivas, este trabalho poderá servir de base para a implementação de medidas que melhorem a adesão ao tratamento e assegurem um cuidado integral às crianças e adolescentes atendidos.

Portanto, ao abordar a evasão hospitalar sob a perspectiva dos direitos da criança e do

adolescente, conforme estabelecido pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e pela Constituição Federal de 1988, o estudo reforça a importância da continuidade do atendimento médico e a atenção em saúde como um direito fundamental. Dessa maneira, espera-se que os resultados obtidos possam contribuir para a melhoria da assistência hospitalar e para o fortalecimento de práticas educativas que garantam o acesso à saúde infantil de forma segura e eficaz.

Por fim, o presente estudo buscou evidenciar a evasão hospitalar no contexto pediátrico como uma expressão da questão social, marcada por múltiplas determinações que afetam o direito à saúde de crianças e adolescentes. A partir da perspectiva teórico-metodológica marxista, destacou-se a importância da atuação do Serviço Social na mediação entre os usuários e a rede de saúde, contribuindo com práticas intersetoriais e socioeducativas voltadas à proteção integral. Apesar da simplicidade metodológica, o trabalho proporciona reflexões relevantes para o campo do Serviço Social, apontando desafios e possibilidades na atuação profissional frente às desigualdades sociais, aos desmontes das políticas públicas e à necessidade de aprofundar os estudos sobre o tema, sobretudo na Política de Saúde.

2 POLÍTICA DE SAÚDE EM CONTRARREFORMA

2.1 Política de Saúde e Contrarreforma do SUS

Neste capítulo, será discutido brevemente a evolução histórica da saúde no Brasil, como também a Política de saúde voltada para a garantia do direito à criança e adolescente no contexto da contrarreforma do SUS.

A trajetória das políticas sociais no Brasil, especialmente na área da saúde, reflete as disputas históricas entre Estado, capital e classe trabalhadora. No início, o acesso aos serviços de saúde era restrito, estruturado sob a lógica da filantropia e da mercantilização, o que fazia com que apenas aqueles que podiam pagar fossem atendidos, configurando a saúde como privilégio e não como direito universal.

A partir da segunda metade do século XX, contudo, ocorreram transformações significativas na organização da saúde pública. Nesse período, o modelo sanitarista ganhou destaque, voltado para o combate às doenças endêmicas e epidêmicas que afetavam tanto as áreas rurais quanto urbanas, em um cenário de alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias. (Bertolli Filho, 2004 *apud* Albuquerque, 2015)

Entre os marcos históricos desse processo, podem ser mencionados a Revolta da Vacina, em 1904, a criação da Previdência Social por meio da Lei Eloy Chaves, em 1923, e a criação do Ministério da Saúde, em 1953, que fortaleceu institucionalmente a política nacional de saúde. (Bertolli Filho, 2004 *apud* Albuquerque, 2015)

Com o processo de abertura política após a Ditadura Militar, os movimentos sociais e de trabalhadores ampliaram as discussões sobre a saúde como direito social, protagonizando a luta pela Reforma Sanitária. Esse movimento culminou na promulgação da Constituição Federal de 1988, que instituiu o conceito de Seguridade Social, estruturado pelo tripé saúde, assistência social e previdência social. (Albuquerque, 2015)

Os princípios constitucionais próprios do Sistema de Seguridade Social encontram-se elencados nos incisos I a VII do parágrafo único pertencentes ao artigo 194 da Constituição Federal de 1988. Quais sejam:

Universalidade da cobertura e do atendimento; uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; diversidade da base de financiamento e caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, empregadores, aposentados e do Estado. (Figueiredo *et al.*, 2014, p.255)

Essa formulação representou um dos maiores avanços da proteção social brasileira, ao vincular a saúde à ordem social e reconhecê-la como direito universal e dever do Estado. Nos artigos 196 a 200, a Constituição regulamenta a saúde de forma específica, e no artigo 6º inclui-

a, juntamente com educação, trabalho, moradia, previdência e assistência, no rol dos direitos sociais (Silva, 2024).

O artigo 196 define a saúde como direito de todos e dever do Estado, enquanto o artigo 198 estabelece os princípios e diretrizes que orientaram a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse sistema foi regulamentado dois anos depois pelas Leis Orgânicas da Saúde, nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990, consolidando os fundamentos da Reforma Sanitária, como a universalidade, a integralidade, a descentralização e a participação social. (Albuquerque, 2015)

De acordo com o CFESS (2010), a Seguridade Social trouxe inovações importantes, como a universalização do acesso, a concepção de direitos sociais como deveres do Estado, a institucionalização da assistência social como política pública, a definição de fontes de financiamento e novas formas de gestão democrática e descentralizada, com ênfase na participação popular por meio de conselhos e conferências.

Entretanto, é importante ressaltar que as políticas sociais não se constituem de forma espontânea, mas resultam de conquistas históricas da classe trabalhadora e estão permeadas por contradições. Ao mesmo tempo em que ampliam o acesso a direitos e respondem às demandas sociais, também operam dentro dos limites impostos pela lógica do capital. Assim, embora não alterem estruturalmente o sistema capitalista, contribuem para a melhoria das condições de vida e de trabalho da população (CFESS, 2010).

Nesse cenário, o Sistema Único de Saúde representa não apenas um marco institucional, mas também um espaço de disputa política e de materialização do direito à saúde no Brasil. Sua consolidação está vinculada à luta pela construção de um Estado democrático de direito, voltado à universalização do acesso e à efetiva participação social.

Nessa perspectiva, o SUS é o sistema responsável pela atenção à saúde dos cidadãos brasileiros. Abrange um conjunto de serviços ambulatoriais especializados; serviços de apoio ao diagnóstico e a terapêutica; serviço pré-hospitalar de urgência e emergência, com destaque para o Serviço Móvel de Urgência (SAMU); além de uma rede hospitalar de média e de alta complexidade. Inclusive, e de forma mais expressiva, faz parte da sua competência a oferta de serviços básicos, na Atenção Primária à Saúde (APS), por meio, principalmente, da Estratégia Saúde da Família (ESF), compondo um conjunto que reúne ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como, das ações de prevenção de doenças, de agravos. (Albuquerque, 2015).

Outrossim, a Lei 8080/1990, Lei Orgânica da Saúde (SUS), dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais

ou jurídicas de direito Público ou privado.

Em seu art. 2º, a Lei Orgânica de Saúde dispõe sobre a saúde ser um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e na estabilidade de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação. (Brasil, 1990b)

O Ministério da Saúde tem como responsabilidade a elaboração de Políticas Públicas voltadas à promoção da saúde, formuladas com base nas necessidades específicas dos Estados e Municípios. Essas políticas são estruturadas de forma a considerar os diferentes ciclos de vida, faixas etárias, etnias, gêneros, orientações sexuais e condições sociais da população, adotando um caráter transversal e abrangente, ou seja, voltado a todos os segmentos da sociedade.

No que se refere ao direito à saúde relacionado ao segmento de crianças e adolescentes, destacam-se: Estatuto da Criança e do Adolescente (1990), a Caderneta da Criança (2005), Política de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens (2007), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) (2015), políticas que serão discutidas no próximo subtítulo 2.2 Política de saúde para criança e adolescentes e impactos da contrarreforma. (Macêdo, 2016).

Contudo, com o advento do neoliberalismo, as políticas de saúde se limitam aos interesses do capital, reforçando assim a lógica mercantil. Nessa perspectiva, os serviços de saúde não estão colocados apenas para a população como um direito social, como também uma estratégia de acumulação do capital. Essas são estratégias para criar arranjos com outros setores da economia, como a comercialização de medicamentos, entre outros bens e serviços. Logo, essas características retratam como a saúde pública está se transformando em mercadoria de intensas disputas. No sentido em que este processo desvaloriza o direito à saúde de qualidade e equidade integrada a um ideário de prioridade ao lucro. (Soares, 2020)

Assim sendo, esta expansão do capital financeiro, coloca o enfrentamento do processo saúde-doenças, como fenômeno dinâmico, influenciado por fatores sociais e econômicos. Logo, a compreensão dos Determinantes Sociais da Saúde (DSS) exige reconhecer que o processo saúde-doença ultrapassa a dimensão biológica, sendo fortemente influenciado pelas condições sociais em que os indivíduos e grupos estão inseridos. Dessa forma, os padrões de adoecimento e mortalidade não ocorrem de maneira homogênea, mas refletem desigualdades históricas e estruturais.

Nesse sentido, os determinantes sociais correspondem a fatores de ordem social e

econômica que influenciam diretamente a saúde das pessoas e das populações. De forma complementar, a Organização Mundial da Saúde ressalta que condições precárias de vida como habitações inadequadas, insegurança alimentar e ausência de saneamento básico perpetuam contextos de vulnerabilidade social e aumentam os riscos de adoecimento. (Giovanella, 2012 *apud* Santos *et al.* 2025)

Nesse sentido, configura-se como uma das expressões da questão social, ou seja, as desigualdades produzidas pelo Sistema Capitalista de Produção. Assim, a saúde passa a ser uma oportunidade lucrativa e um espaço de exploração econômica e política. O que está em foco, não é somente a saúde coletiva, mas também os interesses econômicos, os quais são priorizados em detrimento das necessidades da população. (Soares, 2007)

Dito isto, o adoecimento revela as contradições sociais, expressando a forma como a exploração e a desigualdade impactam diretamente na vida e no corpo dos trabalhadores.

Dado o exposto, compreende-se que a denominada contrarreforma do Estado teve início durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, orientada pelo Plano Diretor da Reforma do Estado (PDRE), que serviu de referência para a reorganização das políticas sociais brasileiras. Essas transformações expressam uma redefinição do papel estatal frente às demandas sociais, fundamentada em uma lógica gerencial e com forte alinhamento aos interesses de mercado. Nesse contexto, ao estabelecer o Estado e o mercado como parceiros estratégicos, evidencia-se que fragilidades em qualquer um desses pólos podem desencadear crises estruturais, comprometendo tanto a oferta quanto a efetividade das políticas públicas. (Silva, Silva, Souza, 2022)

Nesse mesmo sentido, como aponta Soares (2020), a diminuição dos investimentos públicos compromete significativamente o desenvolvimento do sistema de saúde, em contrapartida, limitando o acesso à saúde, mesmo diante do princípio Constitucional da universalidade. A precarização do SUS reflete justamente em um momento de crescente demanda, ora por causa dos altos níveis de desemprego no país, ora devido ao envelhecimento progressivo da população brasileira.

A única hipótese de manter o bolo de recursos para a saúde no mesmo tamanho de 2017 é se a EC 95 proibisse a população de crescer e envelhecer até 2036”, ironiza Funcia, completando: “Do contrário, custos crescentes decorrentes de tratamentos de saúde para os idosos, combinados com o crescimento da população, apontam que a despesa per capita vai cair e o atendimento vai ser precarizado. Sem contar que a inflação no setor é maior do que no restante da economia, enquanto a regra prevê a correção (de um ano para o outro) pela inflação geral (Mathias, 2017 *apud* Soares, 2020, p. 285)

Vê-se, conforme a citação acima, que, essas narrativas de ajustes fiscais pelo governo, justificam-se pela suposta necessidade de igualdade. Contudo, intensificou a penalidade sobre a classe trabalhadora. Durante esse período, o então Ministro da Saúde, Ricardo Barros, sustentou

a tese de que o Sistema Único de Saúde (SUS), nos moldes estabelecidos pela Constituição Federal de 1988, seria financeiramente inviável. Visando assim diminuir os impactos para aqueles que perderam seus planos de saúde privados, em consonância com a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS). (Soares, 2020)

Contudo, Salvador, 2024, argumenta que atualmente, vivemos um cenário bastante distinto do observado nos anos 1980, especialmente em função das transformações no mundo do trabalho, que têm provocado a desarticulação das lutas coletivas e a dispersão das pautas sociais. Em 2024, por exemplo, o país passou a adotar um novo marco fiscal com a aplicação da Lei Complementar nº 200/2023, o que impactou diretamente a elaboração do orçamento público. O Projeto de Lei Orçamentária Anual (PLOA), enviado ao Congresso no final de agosto de 2023, previu um orçamento total de R\$5,5 trilhões. Uma parcela significativa desse valor, cerca de R\$1,7 trilhão, foi destinada ao pagamento da dívida pública por meio da emissão de novos títulos. Excluindo os investimentos das estatais e essa rolagem da dívida, restaram R\$2,7 trilhões para as chamadas despesas primárias, que financiam áreas como saúde, educação e assistência. Deste montante, a grande maioria (91,6%) corresponde a gastos obrigatórios já definidos em lei, enquanto apenas 8,4% são recursos livres, que dependem de decisões políticas. Esse cenário reforça os limites impostos ao financiamento de políticas sociais, diante de um modelo fiscal orientado por regras rígidas de contenção de gastos.

Em 2010, foi criada a Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde (FNCPS), que é um movimento social anticapitalista que luta por um SUS público, estatal e de qualidade; como também pela defesa de um sistema sem privatizações, e acima de tudo, a valorização da classe trabalhadora da saúde, com salários compatíveis a suas funções, estabilidade e um ambiente de trabalho saudável. Não só isso, mas também investimento mínimo de 10% do PIB na saúde pública. Buscando, assim, garantir uma saúde pública de qualidade e acessível para toda população brasileira. (Bravo, Pelaez, 2018)

Torna-se essencial acentuar que, no campo da saúde, essa lógica neoliberal se expressa com ainda mais clareza. As diretrizes adotadas pelo Ministério da Saúde refletem orientações similares às propostas por organismos internacionais, como o Banco Mundial, o que evidencia a influência direta desses agentes globais nas decisões de política interna. Essa conjuntura compromete a efetividade da atenção hospitalar, especialmente na pediatria, onde a ausência de uma estrutura pública sólida e universal impacta diretamente a permanência e continuidade do cuidado, podendo contribuir, assim, para casos recorrentes de evasão hospitalar pediátrica. Deste modo, as medidas adotadas pelo Estado diante dessa crise apenas reforçam esse cenário. A precarização do atendimento, especialmente nos hospitais públicos, afeta diretamente a população mais pobre, estimulando a migração dos que podem pagar para o setor privado. Isso

confirma que a política pública de saúde tem sido operacionalizada sob a lógica do mercado tanto pela privatização quanto pela deterioração dos serviços públicos. Logo, torna-se pertinente destacar que o problema não está no Sistema Único de Saúde, mas sim nas estratégias de governos que limitam os investimentos e consequentemente, dificultam o acesso das classes mais vulneráveis.

Logo, a evasão hospitalar não deve ser tratada como um ato isolado ou de irresponsabilidade por parte da família, mas sim como um indicador de fragilidade das políticas públicas. Do ponto de vista da prática profissional do assistente social, essa realidade demanda uma atuação crítica, comprometida com a defesa do direito à saúde e com a construção de estratégias intersetoriais que favoreçam o acesso, a permanência e o cuidado integral das crianças, adolescentes e suas famílias nos serviços hospitalares.

2.2 Política de saúde para criança e adolescentes e impactos da contrarreforma

Em primeira análise, faz-se necessário discutir sobre algumas políticas de saúde voltadas para crianças e adolescentes vigentes no Brasil. Sob uma perspectiva cronológica, é possível identificar avanços significativos nas políticas públicas brasileiras voltadas à promoção e à proteção da saúde de crianças e adolescentes. O marco inaugural no que tange aos marcos legais que garantem o direito à saúde das crianças e adolescentes no Brasil. Em primeiro lugar, a Constituição Federal de 1988 estabelece, no artigo 227, a garantia de direitos fundamentais a crianças e adolescentes, incluindo o direito à saúde, sendo um marco legal fundamental para a proteção dos direitos humanos no país. Logo após é representado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), promulgado em 1990, o qual estabelece um arcabouço jurídico robusto que assegura os direitos fundamentais desse grupo populacional, incluindo o direito à saúde integral. Em 2005, no contexto da consolidação da atenção básica, foi implementada a Caderneta da Criança, instrumento normativo e operacional que permite o registro e o monitoramento sistemático de indicadores essenciais ao crescimento e desenvolvimento infantil, além de orientar práticas preventivas e educativas. Em 2007, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens, com o propósito de atender às especificidades biopsicossociais dessa faixa etária, promovendo uma abordagem integral e intersetorial. Por fim, em 2015, foi estabelecida a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), por meio da Portaria nº 1.130/2015, visando à organização e à qualificação das ações e serviços de saúde voltados a crianças de 0 a 9 anos, com base nos princípios da equidade, integralidade e intersetorialidade. Tais marcos normativos evidenciam a progressiva institucionalização de políticas voltadas à garantia do direito à saúde infantojuvenil no país.

Neste sentido, com a nova concepção de direitos introduzida pela Constituição Federal

de 1988 e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei 8069/90 o direito à saúde de crianças e adolescentes passou a ocupar lugar de destaque na agenda pública. O poder estatal, então, passou a estabelecer normas que garantem tratamento igualitário a esse público, considerando, no entanto, sua condição especial de pessoas em desenvolvimento, o que exige políticas públicas específicas. (Silva, 2022)

Já o direito à vida, inclusive do nascituro, é reconhecido em tratados internacionais dos quais o Brasil é signatário, como a Convenção Americana sobre Direitos Humanos, que estabelece a proteção da vida desde a concepção. Para assegurar esse direito desde as etapas iniciais da vida, a Lei nº 11.804/2008 regulamenta a concessão de alimentos gravídicos, assegurando à gestante os recursos necessários para garantir uma gestação saudável e segura para o feto. Do mesmo modo, o Sistema Único de Saúde (SUS), é um dos garantidores do direito à saúde infantojuvenil. Como também a Constituição Federal de 1988, pais e responsáveis. Simultaneamente, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu artigo 7º, assegura o direito à vida e à saúde por meio da implementação de políticas públicas que garantam condições dignas para o nascimento e crescimento saudável. (Brasil, 1990a)

Além disso, o ECA atribui ao poder público a obrigação de adotar medidas preventivas voltadas à promoção da saúde infantojuvenil. Assim, os serviços assistenciais devem formar uma rede de apoio desde a gestação, contemplando o atendimento às mães em diferentes condições. O artigo 8º do ECA reforça essa diretriz ao atribuir ao SUS a responsabilidade por cuidados específicos à criança desde o nascimento até a primeira infância. (Silva, 2022) Neste aspecto, está exposto que:

§ “4 o Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal. § 5 o A assistência referida no § 4 o deste artigo deverá ser prestada também a gestantes e mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção, bem como a gestantes e mães que se encontrem em situação de privação de liberdade. § 10º Incumbe ao poder público garantir, à gestante e à mulher com filho na primeira infância que se encontrem sob custódia em unidade de privação de liberdade, ambiência que atenda às normas sanitárias e assistenciais do Sistema Único de Saúde para o acolhimento do filho, em articulação com o sistema de ensino competente, visando ao desenvolvimento integral da criança”. (Silva, 2022, 15-16)

Com base nesta citação, constata-se que o poder público possui a responsabilidade legal e institucional de assegurar assistência integral à gestante e à mãe, tanto no período pré natal quanto no pós-natal, reconhecendo a importância desse cuidado para a saúde física e mental da mulher, bem como para o bem-estar da criança. Essa assistência deve abranger, de forma ampla e inclusiva, mulheres que estejam em sofrimento psíquico relacionado ao estado puerperal; expressem o desejo de entregar seus filhos para adoção; ou estejam privadas de liberdade. Além disso, há a determinação de que, nas unidades de privação de liberdade, o Estado deve garantir condições adequadas de ambiência para mães com filhos na primeira infância, respeitando as

normas do SUS e promovendo o desenvolvimento integral da criança, por meio da articulação com o sistema educacional.

Outro artigo importante é o 8º do ECA, que foi alterado pela Lei nº 13.257/2016, conhecida como Lei da Primeira Infância, trazendo uma nova abordagem para a atenção à saúde nos primeiros anos de vida. A legislação reforça a importância do cuidado integral à gestante e à criança, sem discriminação, priorizando o acolhimento humanizado nos serviços de saúde.

Como também aborda o cuidado com a parturiente durante todo o período gestacional e pós parto, assim como instruções sobre aleitamento materno, alimentação complementar saudável, crescimento e desenvolvimento.

Desta forma, o ECA estabelece, em seu artigo 10, que todos os hospitais e unidades de saúde públicas ou privadas que atendem gestantes, devem adotar cuidados específicos com o registro e a identificação de recém-nascidos. Entre as obrigações estão: manter os prontuários individuais arquivados por 18 anos, identificar o bebê por meio de impressão plantar e digital, bem como a impressão digital da mãe, e fornecer uma declaração de nascimento contendo dados sobre o parto e o estado do recém-nascido.

Assim, essas exigências buscam garantir a segurança, o bem-estar da mãe e do bebê e a transparência nos procedimentos hospitalares, evitando equívocos como erros de registro ou trocas de crianças. Além disso, os artigos 228º e 229º do ECA classificam como crime a omissão de profissionais ou gestores de saúde no cumprimento dessas medidas obrigatórias de identificação.

No Art. 12º do ECA garante o direito à presença contínua de um dos pais ou responsáveis durante a internação de crianças e adolescentes, inclusive em unidades de terapia intensiva e neonatais. Embora pareça evidente que menores de idade precisam ser acompanhados, esse direito vai além da representação legal.

Nesse contexto, a hospitalização pode gerar medo, angústia e insegurança, especialmente durante procedimentos invasivos. Por isso, a presença de um familiar com quem o paciente tenha vínculo afetivo é essencial para proporcionar acolhimento emocional e favorecer a recuperação. Esse direito também se estende aos adolescentes que estejam sob a responsabilidade de instituições, como os que cumprem medidas socioeducativas, pois o cuidado e o afeto não podem ser negligenciados mesmo nesses contextos.

Dessa forma, para assegurar a presença do acompanhante, os serviços de saúde devem estar preparados, a disponibilizar durante a internação todas as refeições necessárias, local para descanso, além de viabilizar a sua participação na recuperação do paciente. Assim, o hospital deve permitir que o acompanhante obtenha esclarecimentos com os médicos, receba orientações

da equipe multiprofissional, tenha o acesso ao prontuário clínico e aos canais para expressar reclamações ou sugestões, como por exemplo, ouvidoria interna. Para que ocorra a efetiva garantia desses direitos no âmbito do SUS, tais medidas estão contidas em documentos elaborados pelo Ministério da Saúde, como resoluções e cartilhas, bem como no regimento interno das instituições.

Outra questão é a importância da vacinação, no § 1º do art. 14 do ECA estabelece a obrigatoriedade da vacinação de crianças nos casos recomendados pelas autoridades sanitárias. Diante disso, cabe ao SUS promover redes de atendimento e acesso às vacinas de acordo com o calendário anual de vacinação, além de realizar campanhas educativas junto às escolas, comunidades, meios de comunicação, principalmente nas unidades de saúde.

Dado o exposto, compreende-se que a vacinação é um direito fundamental, na medida preventiva que visa proteger a criança e o adolescentes de uma série de doenças que podem comprometer sua saúde e até mesmo sua vida. Sendo assim, a vacinação do público infantojuvenil não é um ato facultativo aos pais e responsáveis, pois constitui um dever decorrente do poder familiar. Tal obrigação é exigível sempre que o Ministério da Saúde divulgar como necessário.

Ao longo de mais de três décadas de vigência, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) tem passado por importantes atualizações e aprimoramentos, com o objetivo de manter sua relevância e eficácia diante das transformações sociais e das novas demandas da infância e adolescência no Brasil. Diversas legislações complementares foram incorporadas ao marco legal, consolidando avanços na proteção integral desse público. Dentre elas, destaca-se a Lei da Primeira Infância (Lei nº 13.257/2016), que estabelece o dever do Estado em garantir políticas específicas para o desenvolvimento integral das crianças de 0 a 6 anos; a Lei Menino Bernardo (Lei nº 13.010/2014), que proíbe o uso de castigos físicos como método educativo; e a Lei do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo – Sinase (Lei nº 12.594/2012), que regulamenta a execução das medidas socioeducativas aplicadas a adolescentes em conflito com a lei. Também merece destaque a Lei nº 13.431/2017, que institui a escuta especializada e o depoimento especial de crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência, e fortalece o Sistema de Garantia de Direitos. Outras normativas recentes, como a Lei nº 13.798/2019 (Semana Nacional de Prevenção da Gravidez na Adolescência), a Lei nº 13.812/2019 (Política Nacional de Busca de Pessoas Desaparecidas) e o Decreto nº 10.701/2021 (Programa Nacional de Enfrentamento da Violência contra Crianças e Adolescentes), demonstram o contínuo esforço do Estado brasileiro em atualizar e expandir os mecanismos de proteção, reafirmando o ECA como um instrumento dinâmico e em constante evolução. (Rodrigues,2024)

Essas modificações refletem os avanços significativos no fortalecimento da proteção

integral, especialmente nas áreas de educação e saúde, onde o Brasil viu progressos substanciais, como a estruturação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o Programa Bolsa Família, a expansão da cobertura vacinal e a implementação do Programa Saúde da Família. No entanto, apesar das conquistas, a efetivação plena dos direitos previstos no ECA ainda enfrenta desafios consideráveis. A proteção integral exige um esforço contínuo do governo e da sociedade para garantir melhorias na qualidade de vida das crianças e adolescentes, oferecendo-lhes um futuro mais promissor. Embora o ECA tenha mostrado ser uma ferramenta eficaz em muitas áreas, os obstáculos para transformar suas diretrizes em realidade para todas as crianças brasileiras ainda são evidentes, exigindo uma luta constante para superar as desigualdades e garantir o cumprimento pleno de seus princípios. (Rodrigues,2024)

Estas dificuldades, destacam-se:

Em primeiro lugar, a ausência de recursos e meios necessários para o desenvolvimento de ações e políticas públicas capazes de implementar os direitos previstos no Estatuto, que tem como lema priorizar a criança em todas as áreas, o que significa, sobretudo, prioridade nos gastos públicos da União, dos estados e dos municípios. Em segundo lugar, outra dificuldade importante que obstaculiza a implementação do ECA refere-se à ausência da intersetorialidade entre as políticas públicas para o efetivo atendimento da criança e do adolescente nos territórios em que vivem. O ECA estabeleceu nova concepção, organização e gestão das políticas de atenção a este segmento da população e criou o Sistema de Garantia e Proteção dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGPDCA). (Rodrigues, 2024, p.26)

Em resumo, a autora Rodrigues (2024) aponta dois desafios principais para a efetiva implementação do ECA: a falta de recursos adequados para garantir a prioridade da criança e do adolescente e a ausência de intersetorialidade entre as políticas públicas. A alocação insuficiente de recursos financeiros nos níveis federal, estadual e municipal compromete a implementação das políticas, enquanto a falta de integração entre áreas como saúde, educação e assistência social impede uma ação coordenada e eficaz. Apesar da criação do Sistema de Garantia e Proteção dos Direitos da Criança e do Adolescente (SGPDCA), esses obstáculos estruturais dificultam a concretização plena da proteção integral proposta pelo Estatuto.

Nesse contexto, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), em seu artigo 88, estabelece o princípio da municipalização do atendimento, reconhecendo o papel central dos municípios na implementação das políticas voltadas à infância e adolescência (BRASIL, 1990). Essa diretriz é operacionalizada por meio do Sistema de Garantia de Direitos (SGD), estruturado em três eixos fundamentais: promoção, defesa e controle social. (Rodrigues,2024)

O eixo da promoção de direitos refere-se à oferta de políticas públicas universais e básicas, como saúde, educação, assistência social e cultura, voltadas ao atendimento integral de crianças, adolescentes e suas famílias. Já o eixo da defesa de direitos diz respeito à atuação de órgãos e instituições que intervêm diante de ameaças ou violações, assegurando o acesso à justiça, à proteção e à responsabilização dos agressores. Por fim, o eixo do controle social

envolve a participação ativa da sociedade civil na formulação, monitoramento e fiscalização das políticas públicas, especialmente por meio de organizações não governamentais, movimentos sociais e, de forma institucionalizada, pelos Conselhos de Direitos da Criança e do Adolescente, espaços fundamentais para o exercício da cidadania e da gestão democrática. Essa estrutura reforça o compromisso do ECA com a proteção integral, descentralizada e participativa, articulando Estado e sociedade na garantia dos direitos da população infantojuvenil. (Rodrigues, 2024)

Assim, ao completar 34 anos em 2025, o ECA reafirma sua importância como instrumento fundamental para a garantia dos direitos da infância e adolescência no Brasil. As conquistas obtidas são expressivas, mas os desafios demandam aperfeiçoamento constante das leis e das políticas públicas. Atualmente, a Lei Henry Borel, sancionada em 2022, representa um avanço no enfrentamento da violência contra crianças, promovendo alterações no ECA, como aumento de penas para crimes de violência infantil, protocolos específicos de atendimento, integração da rede de proteção e capacitação contínua de profissionais, visando maior agilidade e efetividade na identificação e no acolhimento das vítimas (LEAL, 2024). Esta lei representa um importante reforço na proteção contra a violência infantil, destacando a necessidade de uma sociedade vigilante e comprometida com a promoção da dignidade e dos direitos das novas gerações.

Na política de saúde, as tendências globais se manifestam de forma específica em comparação com outras políticas sociais. No entanto, ainda mantêm elementos que são utilizados como instrumentos pelo Estado contemporâneo. O mais relevante entre eles, sem dúvida, está relacionado à própria lógica do capital: a reprodução e consolidação dos interesses do mercado, visando à maximização dos lucros no sistema capitalista. No contexto atual, os impactos da lógica neoliberal estão afetando significativamente o financiamento das políticas sociais, especialmente na saúde infantojuvenil.

A Caderneta da Criança (CC) 2005, desenvolvida pelo Ministério da Saúde, é uma ferramenta importante para o cuidado à infância, pois cumpre o papel de monitorar continuamente a saúde da criança no contexto do SUS. Além do registro das vacinas, ela possibilita o acompanhamento do crescimento, dos fatores neuropsicomotor e dos hábitos alimentares da criança desde os primeiros dias de vida. Sua dimensão se acentua em configurações de cenários marcados pela vulnerabilidade social onde o acesso regular e de qualidade aos serviços de saúde é frequentemente limitado. Em resumo, este instrumento é de suma importância para proteção social e cuidado integral da infância. (BRASIL, 2015 *apud* Paixão, Costa, Vieira, 2022). Nesse contexto, as autoras expõem que:

“Em 2015, cerca de 5,9 milhões de crianças com menos de cinco anos perderam a vida

em decorrência de causas que poderiam ter sido prevenidas. Estimativas apontam que esse número pode alcançar 6,9 milhões até o ano de 2030, caso não sejam adotadas medidas eficazes de intervenção. No Brasil, só em 2016, mais de 35 mil crianças dessa faixa etária perderam a vida, sendo a maioria (58%) por motivos que poderiam ser prevenidos por meio de ações básicas de saúde materno-infantil. Nesse contexto, torna-se essencial o acompanhamento regular do crescimento e do desenvolvimento infantil, sendo a Caderneta da Criança (CC) uma das principais ferramentas nesse processo de cuidado e monitoramento”. (Paixão, Costa, Vieira, 2022, p. 14)

A partir disso, entende-se que, apesar de seu potencial, o uso da caderneta ainda é limitado e subaproveitado em muitos serviços de saúde. Embora a responsabilidade pelo preenchimento do documento recaia principalmente sobre a Atenção Básica e as maternidades, todos os pontos de atenção do SUS devem estar comprometidos com sua correta utilização. A baixa adesão ao uso da CC aponta para a necessidade urgente de capacitação dos profissionais de saúde e de melhor organização dos serviços.

Nessa perspectiva, a versão mais atual da Caderneta da Criança (CC) traz avanços importantes. Entre eles, destaca-se a inclusão de um instrumento de triagem para identificar precocemente sinais do transtorno do espectro autista. Também foram incorporadas orientações específicas para cuidadores sobre sinais de albinismo, além de sugestões práticas para fortalecer o vínculo entre pais e filhos como o incentivo à leitura em família e outras dinâmicas de integração. Essas inovações refletem o compromisso com um cuidado mais completo, humanizado e atento às múltiplas dimensões da infância. (Paixão, Costa, Vieira, 2022).

Portanto, como já mencionado, a CC é um instrumento importante e deve ser garantido pelo Estado, pois mais do que um simples documento de registros, ela é uma ferramenta de diálogo entre as famílias e os profissionais de saúde. Sua correta utilização permite a identificação precoce de agravos, o acompanhamento de marcos do desenvolvimento e a orientação das famílias em relação a hábitos saudáveis. Valorizar esse instrumento é, logo, um passo fundamental na construção de políticas públicas mais eficazes e no compromisso com a infância como prioridade absoluta.

Além da Caderneta da Criança, o Ministério da Saúde criou A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente, (2015) que surge como um marco importante na consolidação do cuidado com esse público no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), reconhecendo que adolescentes e jovens possuem demandas específicas e complexas que exigem abordagens sensíveis e interdisciplinares. Essa política parte do entendimento de que o cuidado em saúde não pode ser fragmentado, tampouco descolado das realidades sociais, culturais e emocionais que atravessam a juventude brasileira. (Nunes *et al.*, 2024). O autor ainda expõe que:

Tem como objetivo sensibilizar e mobilizar gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde para integrar nas ações, programas e políticas do SUS e nas outras políticas de Governo, estratégias interfederativas e intersetoriais que convirjam para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens. (Nunes *et al.*, 2024, p. 22)

De fato, a Caderneta de Saúde da Criança e do Adolescente, produzida pelo Ministério da Saúde, (2007) é um instrumento educativo que busca fortalecer o protagonismo juvenil ao oferecer informações claras sobre o corpo, as emoções e os direitos na fase da adolescência. Voltada para meninos e meninas, ela orienta de forma acolhedora sobre os cuidados com a saúde, promovendo o autoconhecimento e a autonomia. Entre os temas abordados estão alimentação, higiene, atividade física, vacinação, segurança, sexualidade e puberdade, tratados com respeito e linguagem acessível. Ao reforçar os direitos previstos no ECA e incentivar práticas saudáveis, a caderneta contribui para a formação de adolescentes mais conscientes e preparados para lidar com as transformações dessa etapa da vida (Nunes *et al.*, 2024).

Além disso, a caderneta não só trata de forma cuidadosa e pedagógica questões importantes como a higiene íntima, o cuidado com a genitália e a vulva, secreções naturais do corpo, cólicas menstruais e o uso correto de absorventes. Mas também orienta sobre violência física, sexual e psicológica, alertando para situações de risco e incentivando a busca por ajuda e proteção. Por fim, a Caderneta incentiva os adolescentes a refletirem sobre seus sonhos e metas, com um espaço dedicado ao projeto de vida, estimulando a construção de um futuro com dignidade, saúde e protagonismo.

Nesse aspecto, “As Diretrizes Nacionais buscam estabelecer processos de intervenção intersetoriais e interdisciplinares, integrando um conjunto de estratégias para a prevenção de agravos e promoção da saúde” (Nunes *et al.*, 2024, p. 21). Sendo assim, implica dizer que, em 2010, o Ministério da Saúde lançou um documento chamado Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde de Adolescentes e Jovens buscando promover um cuidado que considere a realidade, os sonhos e os direitos desse público. Para isso, propõem ações que ampliem o acesso aos serviços de saúde, valorizem a diversidade e fortaleçam o protagonismo juvenil. Entre os principais objetivos das Diretrizes Nacionais, estão planejar ações de saúde que ampliem a equidade e promovam um modo de viver mais saudável; levar em consideração os projetos de vida dos jovens, bem como seu contexto sociocultural e econômico. (Nunes *et al.*, 2024)

Outro ponto a ser abordado são as diretrizes, destacando que os serviços de saúde devem apoiar iniciativas (governamentais ou não) que estimulem a participação dos jovens, sua convivência comunitária e o envolvimento em atividades culturais, esportivas e sociais. Promover saúde, significa integrar-se a reflexões sobre desigualdades de raça, gênero, etnia e orientação sexual, essas temáticas devem estar presentes, criando espaços para que os jovens possam refletir e vivenciar valores plurais e inclusivos.

Por sua vez, entretanto, para garantir uma atenção realmente integral, é necessário, melhorar o acesso e o acolhimento nos serviços de saúde, com sensibilidade às diferenças individuais, culturais e territoriais, Reconhecer as vulnerabilidades enfrentadas por adolescentes

e jovens, especialmente aqueles em situação de maior exclusão social, Enxergar cada jovem em sua integralidade, respeitando sua trajetória, identidade e necessidades. Por fim, três eixos fundamentais norteiam essa atenção: o Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, a Saúde sexual e reprodutiva e a Prevenção e cuidado diante do uso abusivo de álcool e outras drogas. Por fim, a estrutura desta política está baseada em: Participação juvenil, Equidade de gêneros, Projeto de vida, Direitos sexuais e reprodutivos, Cultura de Paz, Ética e Cidadania, Igualdade Racial e Étnica, (Nunes *et al.*, 2024).

Outrossim, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), instituída pela Portaria nº 1.1130/2015, visa garantir a promoção, proteção e cuidado integral à saúde da criança no contexto do SUS, especificidades do desenvolvimento infantil e os determinantes sociais da saúde. A PNAISC tem por objetivo promover e proteger a saúde da criança e o aleitamento materno, mediante a atenção e cuidados integrais e integrados da gestação aos 9 (nove) anos de vida, com especial atenção à primeira infância e às populações de maior vulnerabilidade, visando à redução da morbimortalidade e um ambiente facilitador à vida com condições dignas de existência e pleno desenvolvimento. (Brasil, 2015)

Nesse contexto, é considerada Criança a pessoa na faixa etária de 0 a 9 anos, ou seja, de 0 a 120 meses, e a primeira infância, consiste na faixa etária de 0 a 5 anos, ou seja, de 0 a 72 meses. (PNAISC, 2015, Art. 3º)

Os princípios e diretrizes da PNAISC, Art.º 4, são: Direito à vida e à saúde, Prioridade absoluta da criança, Acesso universal à saúde, Integralidade do cuidado, Equidade em saúde, ambiente facilitador à vida, Humanização da atenção, Gestão participativa e controle social,

Art. 6º A PNAISC se estrutura em 7 (sete) eixos estratégicos, com a finalidade de orientar e qualificar as ações e serviços de saúde da criança no território nacional, considerando os determinantes sociais e condicionantes para garantir o direito à vida e à saúde, visando à efetivação de medidas que permitam o nascimento e o pleno desenvolvimento na infância, de forma saudável e harmoniosa, bem como a redução das vulnerabilidades e riscos para o adoecimento e outros agravos, à prevenção das doenças crônicas na vida adulta e da morte prematura de crianças. (Brasil, 2015, n. p.)

Deste modo, pode-se destacar que esta política de saúde promove o fortalecimento da rede de atenção básica, reduzindo as desigualdades sociais, raciais e territoriais, como também fortalece o papel da família. A PNAISC, por meio de articulação intersetorial, busca reduzir a mortalidade infantil e garantir efetivamente a cidadania na infância.

Dessa forma, de acordo com o Art. 9º da PNAISC, entre as ações estratégicas voltadas à promoção e ao acompanhamento do crescimento e do desenvolvimento integral da criança, destaca-se a utilização da Caderneta da Criança. Esse instrumento é essencial para monitorar o desenvolvimento infantil e deve ser preenchido tanto pelos profissionais de saúde que acompanham a criança quanto por seus familiares. Com o objetivo de acompanhar a saúde, o

crescimento e o desenvolvimento da criança, do nascimento até os 9 anos, bem como a situação vacinal na infância, entre outros cuidados fundamentais para a atenção integral e proteção da saúde da criança. (Brasil, 2015)

Dessa forma, o próximo capítulo, reflete sobre a Proteção Integral e o Reconhecimento da Criança como Sujeito de Direitos, com ênfase maior sobre a evasão hospitalar em pediatria, sua caracterização e determinantes sociais da saúde.

3 PROTEÇÃO INTEGRAL DA CRIANÇA E ADOLESCENTE E O PROBLEMA DA EVASÃO EM HOSPITAL DE PEDIATRIA

3.1 A Proteção Integral e o Reconhecimento da Criança como Sujeito de Direitos

Pela primeira vez na história do Brasil, uma Constituição incorporou de forma ampla e explícita os direitos sociais, assegurando a dignidade humana, a justiça social e a participação popular. No entanto, durante a década de 1990, o país vivenciou uma forte influência do ideário neoliberal, que buscava reduzir o papel do Estado na economia, controlar os gastos públicos e transferir responsabilidades sociais para a iniciativa privada. Esse movimento impactou profundamente as políticas públicas e os direitos recém-assegurados, promovendo uma lógica de regulação das funções do Estado e de exploração nas relações de trabalho. (Silva, 2022)

Desta maneira, com a promulgação da Constituição de 1988, conhecida como Constituição Cidadã, o Brasil incorporou ao seu ordenamento jurídico o princípio da proteção integral, promovendo uma ruptura com o modelo anterior, marcado por uma abordagem repressiva e excludente em relação à infância e adolescência. Esse avanço representou não apenas a revogação do antigo Código de Menores, mas também a adoção de uma nova perspectiva legal, centrada na garantia de direitos sociais e no estabelecimento de que crianças e adolescentes sejam capazes de exercer direitos e deveres. A partir desse marco, a responsabilidade pela proteção e desenvolvimento desse público passou a ser compreendida como um dever compartilhado entre o Estado, a família e toda a sociedade (Silva, 2022).

Em 1990, entrou em vigor o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), instituído pela Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho daquele ano. Esse marco legal reúne um conjunto de normas voltadas para assegurar, de forma ampla e integrada, os direitos de crianças e adolescentes previstos na Constituição Federal, garantindo sua proteção integral por meio de um sistema articulado de defesa e promoção desses direitos. (Silva, 2022)

Atribuindo ao Estado, a família e a sociedade de atuarem como facilitadores desse desenvolvimento. Portanto, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente:

Art. 4º É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do poder público assegurar, com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária. (Brasil, 1990a, n. p.)

Diante do exposto, cabe ressaltar alguns artigos do ECA, fundamentais para a garantia dos direitos sociais relacionados à saúde. Em primeiro plano, os artigos 7 a 14, os quais dispõem sobre o Direito à Vida e a Saúde (Brasil, 1990a). O ECA afirma que meninas e meninos têm o direito de crescer em um ambiente saudável e harmonioso, assegurado por políticas públicas voltadas à sua proteção integral. Na sequência, o art.8º, o qual estabeleceu a Semana Nacional

de Prevenção da Gravidez na Adolescência, ampliando assim o diálogo sobre sexualidade, prevenção e saúde reprodutiva entre os jovens. Essa ação, realizada todos os anos na semana do dia 1º de fevereiro, reforça o quanto a informação e a educação são fundamentais para que os adolescentes façam escolhas conscientes e estejam protegidos contra riscos que podem comprometer seu futuro. (Brasil, 1990a)

Dado o exposto, a saúde e o bem-estar das mães também ganham atenção especial. O artigo 9º determina que o poder público e os empregadores garantam condições adequadas para que as mulheres possam amamentar seus filhos, mesmo quando estão em situação de privação de liberdade. Isso mostra o reconhecimento da importância do vínculo materno desde os primeiros dias de vida da criança. (Brasil, 1990a)

Além disso, o art. 10º, traz parágrafos que assegura o nascimento de uma criança seja de forma segura, tanto para a mãe como para o nascituro. Isso abrange desde o registro minucioso das ações realizadas, passando pela identificação correta do bebê e da mãe, até a realização de exames para detecção precoce de possíveis doenças, bem como a oferta de orientações adequadas. Mais recentemente, também se tornou obrigação dos serviços de saúde oferecer apoio emocional e informações sobre a saúde mental da mulher durante a gravidez e o período pós-parto. (Brasil, 1990a)

Outrossim, a continuidade do cuidado é assegurada pelo artigo 11º, que garante o acesso integral às ações de saúde por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Isso significa que todas as crianças e adolescentes, independentemente de sua condição social, têm direito a um atendimento equitativo, respeitoso e de qualidade em todas as etapas de sua vida. Outro aspecto essencial está no direito de estar acompanhado. O artigo 12º garante que, nos casos de internação, seja em unidades de terapia intensiva ou em qualquer outro serviço de saúde, é dever da instituição permitir a permanência dos pais ou responsáveis. Em situações de violência ou maus-tratos, o artigo 13º estabelece que qualquer caso de suspeita ou confirmação deve ser, obrigatoriamente, comunicado ao Conselho Tutelar. Essa medida reforça o compromisso com a proteção das infâncias, especialmente diante de violências que muitas vezes ocorrem dentro do próprio ambiente familiar. (Brasil, 1990a)

Por fim, o artigo 14º reforça a responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS) na promoção da saúde da criança, ao estabelecer a implementação de programas voltados à prevenção de doenças comuns na infância, bem como a realização de campanhas educativas direcionadas aos pais, educadores e alunos. A saúde é compreendida como um direito de todos e uma responsabilidade compartilhada. Assim, os artigos 7º ao 14º do ECA mostram que cuidar das crianças e adolescentes é muito mais do que garantir acesso a serviços. É reconhecer a sua dignidade, ouvir suas necessidades e construir, com responsabilidade e afeto, um país mais justo

e humano desde os primeiros anos de vida. (Brasil, 1990a)

Dado o exposto, compreende-se que na adolescência, começa a surgir o desejo de conquistar independência e de construir um futuro profissional. O ECA também contempla essa fase da vida com cuidado e responsabilidade. De acordo com os artigos 60º ao 69º, a partir dos 14 anos, o adolescente tem o direito de iniciar sua trajetória no mundo do trabalho, mas em condição especial: como aprendiz. Isso significa que ele deve estar inserido em um ambiente que respeite seus direitos, com formação adequada, acompanhamento, jornada reduzida e em consonância com sua vida escolar. O objetivo é permitir o aprendizado e a preparação para a vida adulta, sem colocar em risco sua saúde, seu bem-estar ou seus estudos. (Brasil, 1990a)

Dessa maneira, garantir o acesso à educação, à cultura e ao trabalho digno não é apenas cumprir uma obrigação legal. É reconhecer que cada criança e adolescente tem potencial para transformar sua realidade, desde que lhes sejam dadas oportunidades reais de crescer, aprender e sonhar com um futuro melhor.

Dito isto, de acordo com o Art. 131º, do Estatuto, o Conselho Tutelar é um órgão permanente, autônomo e não jurisdicional, criado pelo ECA, para garantir e defender os direitos das crianças e dos adolescentes previstos na legislação. Como também, é um órgão fiscalizador no cumprimento dos direitos infantojuvenis.

Portanto:

Entre suas principais funções, destacam-se o atendimento a pais e responsáveis, a aplicação de medidas protetivas previstas em lei, a requisição de serviços públicos nas áreas de saúde, educação, assistência social, previdência, trabalho e emprego, além da execução de providências determinadas pela autoridade judiciária com vistas à efetiva garantia dos direitos infantojuvenis. (Brasil, 1990a)

Em resumo, é fundamental ressaltar que a criação e o funcionamento dos Conselhos Tutelares são de responsabilidade dos Municípios. Cabe, portanto, à administração municipal garantir os recursos necessários à atuação dos conselheiros, assegurando sua inclusão nas leis orçamentárias e priorizando as despesas destinadas ao pleno exercício de suas atribuições. (Silva, 2022)

Em síntese, desde sua promulgação em 1990, o Estatuto da Criança e do Adolescente tem se consolidado como um instrumento essencial para a promoção do bem-estar, da proteção e do desenvolvimento integral de crianças e adolescentes no Brasil. No entanto, ao longo de mais de três décadas, diversos desafios se impuseram, exigindo adaptações para acompanhar as transformações sociais e garantir a efetividade de sua aplicação. Um exemplo já mencionado, é a Lei Henry Borel, que trouxe mudanças relevantes no enfrentamento da violência contra crianças.

Segundo Leal, (2024):

Lei Henry Borel: Um Avanço Necessário Sancionada em 2022, essa legislação visa fortalecer o combate à violência contra crianças. Inspirada em um caso trágico que

comoveu o país, a lei trouxe atualizações relevantes ao ECA, como, aumento de penas para crimes de violência infantil, especialmente no âmbito doméstico, protocolos Específicos de Atendimento, garantindo agilidade e acolhimento adequado às vítimas, integração da Rede de Proteção, promovendo a atuação conjunta de órgãos de diversas áreas, capacitação Contínua dos Profissionais, visando à melhoria no atendimento e na identificação de situações de risco. (Leal, 2024, n. p.)

Conforme a autora, embora o ECA tenha progressivamente garantido direitos infanto juvenis, ao passo que evolui, enfrenta desafios na implementação e fiscalização, devido às diferenças regionais e outros elementos importantes, como a falta de investimento públicos e qualificação profissional permite que haja um comprometimento no cumprimento efetivo das diretrizes do estatuto. Outro ponto importante é a questão da violência urbana e intrafamiliar, algo permanente na sociedade contemporânea.

Como já dito, a Lei Henry Borel foi criada para melhorar esse cenário. Dessa forma, ao completar 35 anos em 2025, o Estatuto da Criança e do Adolescente, continua sendo um instrumento de suma importância para a proteção e garantias dos direitos infanto-juvenis. Porém, seus desafios necessitam ser revistos e colocados na agenda das políticas públicas. Pois só assim, pode-se ter uma sociedade atenta e comprometida com a promoção da dignidade e dos direitos das novas gerações.

3.2 A evasão hospitalar em pediatria: caracterização e determinantes

A Portaria SAS nº 312, de 2 de maio de 2002, estabeleceu a padronização de determinados termos utilizados nos hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde (SUS) para fins estatísticos. Entre eles, definiu-se a evasão como "a saída do paciente da unidade hospitalar sem autorização médica" (COREN-SP, 2010, p. 1).

Na literatura brasileira, não se encontram tantos registros sobre o conceito de “evasão hospitalar”, “alta por evasão” ou “fuga do paciente”. Principalmente na produção do Serviço Social. Entretanto, para embasar a discussão irei utilizar como revisão bibliográfica as obras dos seguintes autores: Borba (2020); BRAZILH2 (2025); Gontijo *et al.* (2018); Mota (2024); Rodrigues *et al.* (2023); Santos, Reppetto (2020); Silva *et al.* (2019); Tito *et al.* (2015).

Sendo assim, com base na construção teórica desses autores, Borba (2020) afirma que:

A evasão hospitalar é um problema significativo que pode trazer danos ao paciente e/ou ao público em geral, tendo como fonte diferentes aspectos ambientais, psicossociais e orgânicos, gerando consequências negativas; o que inclui danos físicos, tempo de tratamento prolongado e custos econômicos substanciais ao sistema de saúde (Cochrane; Mosel, 2008 *apud* Borba, 2020).

Considerando esta premissa, este capítulo aborda os temas:

Evasão hospitalar; Caracterização da evasão. “A evasão, conforme já descrito, é também caracterizada por ser um dos seis tipos de alta do paciente (CANO; BARBOSA 2011). Esta ocorre quando o indivíduo sai do hospital sem o conhecimento da equipe de saúde e, nesse caso,

o hospital e a equipe assistencial podem responder por omissão de amparo a que estão incumbidos”. (Borba, 2020, p. 13)

Deste modo, torna-se pertinente mencionar que em outras palavras, a evasão hospitalar é quando um paciente deixa o hospital sem que a equipe de saúde esteja ciente ou tenha autorizado essa saída. Isso é preocupante porque, ao sair sem acompanhamento, o paciente pode estar se expondo a riscos e complicações. Além disso, o hospital e os profissionais de saúde podem ser responsabilizados por não garantirem o cuidado adequado e o suporte necessário enquanto o paciente estava internado. Ou seja, a evasão não é apenas um ato do paciente, mas também pode refletir uma falha no acompanhamento e na responsabilidade da equipe de saúde.

Este fenômeno bem recorrente nos serviços de saúde, precisa ser investigado pois revela não apenas um risco a continuidade do tratamento, bem como a própria vida do usuário. E em se tratar de um hospital de pediatria esta problemática é ainda mais preocupante. Porque segundo o ECA se configura uma violação ao direito à saúde.

A recorrência desses casos evidencia a importância de se aprofundar na compreensão desse fenômeno, investigando suas causas, contextos e motivações. Mais do que uma simples interrupção no cuidado, a evasão hospitalar reflete, muitas vezes, fragilidades no acolhimento, na comunicação e na escuta qualificada por parte das equipes de saúde. Por isso, é fundamental buscar estratégias de intervenção que favoreçam o vínculo com os pacientes e suas famílias, fortalecendo o compromisso com o tratamento proposto e promovendo o cuidado de forma ética, acolhedora e integral (Borba, 2020).

“A evasão hospitalar, quando pacientes abandonam o tratamento antes da alta médica, é um problema sério que impacta a qualidade do atendimento, a saúde pública e os recursos financeiros das instituições.” (BRAZILH2, 2025, n. p.) Assim, como revela a afirmação que esse comportamento representa um problema importante, pois afeta diretamente a qualidade do cuidado prestado, compromete a saúde da população em geral e gera impactos financeiros negativos para as instituições de saúde. Ou seja, a evasão não é apenas uma decisão individual, mas traz consequências amplas para todo o sistema de saúde.

Nesse quesito, Gontijo *et al.* (2018), irá pontuar que:

Outro aspecto relacionado à evasão refere-se à comunicação estabelecida entre profissionais de saúde e a família, que por vezes não ocorre de forma clara, levando ao entendimento de que o acompanhamento está finalizado”. “O relato dos participantes também sugere que a evasão pode estar relacionada à organização do serviço, de modo a garantir a continuidade dos atendimentos, especialmente nas situações que ocorreram mudanças na equipe assistencial”. “Adicionado a isso, a ida às consultas acarreta gastos, como os relacionados com a alimentação. Todavia, nem todas as famílias têm condições financeiras para custear essas despesas, o que pode tornar desgastante a ida às consultas”. “O fato de residir em outra cidade, assim como a dificuldade de deslocamento para as consultas, surge também como comprometimento à frequência no programa de acompanhamento”. “A fragilidade da rede de apoio às famílias, evidente nas falas que informam sobre a ausência de pessoas para dar suporte aos filhos

na ausência da mãe, ou mesmo para levar a criança ao acompanhamento, é também motivo de evasão. Nesse sentido, cabe ao profissional de saúde apoiar as famílias a fim de construir possibilidades de cuidado que favoreçam o crescimento e desenvolvimento da criança. (Gontijo *et al.*, 2018, p. 81)

No trecho citado de Gontijo *et al.* (2018), aponta vários fatores que contribuem para a evasão hospitalar, especialmente em contextos de acompanhamento pediátrico. Primeiro, destaca que a comunicação entre os profissionais de saúde e as famílias nem sempre é clara, o que pode levar os familiares a entenderem erroneamente que o tratamento ou acompanhamento já terminou. Além disso, a organização do serviço de saúde, especialmente quando há mudanças na equipe, pode dificultar a continuidade do cuidado, favorecendo a evasão. Outra questão são as dificuldades financeiras enfrentadas pelas famílias, como custos relacionados à alimentação durante as consultas, que podem desestimular a ida aos atendimentos. Outros obstáculos mencionados são a distância geográfica e as dificuldades de deslocamento, que dificultam a frequência nas consultas. Por fim, a falta de uma rede de apoio social para ajudar nas tarefas cotidianas, como levar a criança ao hospital, contribui para que as famílias desistam do acompanhamento. Nesse contexto, reforça-se a importância do papel dos profissionais de saúde em oferecer suporte às famílias, ajudando a criar condições que promovam o cuidado contínuo e o desenvolvimento saudável das crianças.

Mota (2024), expõe que:

A alta hospitalar é a finalização do período de internação que ocorre pela melhora do estado do usuário ou óbito. Existem outros motivos que podem gerar a alta hospitalar, como a alta a pedido pelo usuário, que ocorre pela desistência do tratamento no ambiente hospitalar mediante assinatura do termo de responsabilidade, a necessidade de transferência para um hospital especializado para adequar o atendimento prestado ao usuário à estrutura necessária e compatível à complexidade do seu caso; a transferência também pode ocorrer pela vontade do próprio usuário ou dos seus familiares, e a evasão hospitalar, que é caracterizada quando há fuga do usuário. (Mota, 2024, p. 6)

A autora Mota (2024) explica que a alta hospitalar marca o encerramento da internação de um paciente, que normalmente ocorre quando ele melhora ou, infelizmente, em caso de óbito. No entanto, ela também aponta que existem outras situações que podem levar à alta, como quando o paciente decide desistir do tratamento e pede para sair, assinando um termo de responsabilidade. Além disso, a alta pode acontecer por necessidade de transferência para outro hospital que ofereça uma estrutura mais adequada à gravidade do caso, seja por decisão da equipe, do paciente ou da família. Por fim, a autora destaca que a evasão hospitalar ocorre quando o paciente sai do hospital sem autorização, ou seja, foge da internação. Em resumo, Mota destaca que a alta hospitalar pode ocorrer por diferentes motivos, nem todos relacionados à melhora clínica, e que a evasão é um tipo específico de alta caracterizada pela saída não autorizada do paciente.

Assim,

“para a garantia dos direitos da criança segundo o que preconiza o ECA em seu Art. 70-B, o Conselho Tutelar seria acionado, uma vez que esse tipo de alta em pediatria é considerado evasão hospitalar, podendo se configurar como omissão ou negligência por parte dos pais ou responsáveis”. (Mota, 2024, p. 16)

No contexto da saúde pediátrica, a “alta a pedido” desmascara uma contradição em relação aos direitos fundamentais requeridos a esta população. Embora exista o termo de responsabilidade para usuários adultos, tal procedimento em hospital de pediatria não isenta o Estado e os profissionais de saúde de suas obrigações legais e éticas diante da proteção integral da criança e do adolescente. Em suma, deixar a crianças ou adolescente sair do hospital sem autorização médica, especialmente quando demanda uma atenção específica no tratamento pode caracterizar negligência ou até mesmo maus-tratos, os quais ferem diretamente os direitos estabelecidos pelo ECA. Portanto, em serviços pediátricos, esse tipo de prática não deveria sequer ser admitida, pois naturaliza a evasão hospitalar e transfere indevidamente ao núcleo familiar a responsabilidade por uma decisão que deveria ser compartilhada e orientada com base na garantia do direito à vida e à saúde.

Logo, a evasão hospitalar não deve ser tratada como um ato isolado ou de irresponsabilidade por parte da família, mas sim como um indicador de fragilidade das políticas públicas, dentre elas a de saúde, e das condições sociais da população atendida. Do ponto de vista da prática profissional do assistente social, essa realidade demanda uma atuação crítica, comprometida com a defesa do direito à saúde e com a construção de estratégias intersetoriais que favoreçam o acesso, a permanência e o cuidado integral das crianças e suas famílias nos serviços hospitalares.

Conforme Mota (2024), crianças e adolescentes em vulnerabilidade social enfrentam desafios constantes devido às desigualdades persistentes e às fragilidades das políticas de educação, saúde e assistência. Esses fatores aumentam o risco de violência, uso de drogas e infecções sexualmente transmissíveis, especialmente nas periferias, onde a ausência de vínculos familiares, comunitários e governamentais contribui para a criminalidade e a exposição à violência entre jovens (Castro; Aquino, 2008 *apud* Mota, 2024).

Além disso, a autora também aborda que tais desafios configuram-se como expressões da questão Social estão diretamente relacionados aos determinantes sociais da saúde que influenciam o processo saúde-doença, como as condições de vida, o acesso a uma alimentação adequada, moradia digna e níveis de renda. Alguns estudos como, ROCHA, Rosimeri Salotto. Política de atenção à saúde da criança: os determinantes sociais no processo saúde-doença-internação. 2017; CARRAPATO, Pedro; CORREIA, Pedro; GARCIA, Bruno. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde, 2017, que serão citadas logo a seguir com base nos determinantes sociais da saúde, indicam que crianças provenientes de famílias em situação de vulnerabilidade socioeconômica apresentam maior propensão ao desenvolvimento de doenças, sejam crônicas ou agudas, em decorrência do limitado acesso a direitos essenciais,

como alimentação adequada, moradia digna e serviços de saúde.

Nesse contexto, Iamamoto (2008) enfatiza que a Questão Social não deve ser compreendida como um fenômeno meramente individual, mas como um fenômeno coletivo, estruturado pelas relações de poder e pelas desigualdades presentes na sociedade. As expressões dessa questão são múltiplas e inter-relacionadas, incluindo pobreza, desemprego, precarização do trabalho, exclusão social e violência, fatores que impactam diretamente na saúde e no bem-estar infantil (Mota, 2024).

As relações sociais assumem diferentes formas e expressões conforme a dinâmica da sociedade, sendo moldadas pela interação histórica entre capital e trabalho. No Brasil, as manifestações da Questão Social impactam distintos grupos de maneira particular, afetando de forma significativa crianças e jovens.

Outro ponto a ser mencionado é a questão de gênero, é comum na maioria das vezes, a responsabilidade de cuidar recai sobre as mulheres, especialmente mães e avós. Esse fenômeno está fortemente ligado a papéis de gênero tradicionais e às expectativas sociais que atribuem às mulheres a função de cuidadoras dentro da família e da sociedade. (Mota, 2024)

Apesar da importância do papel feminino nas relações familiares, essa responsabilidade muitas vezes é imposta sem o devido apoio. Em muitos casos, a mulher não recebe auxílio financeiro ou ajuda nas tarefas de cuidado. Além disso, é comum a falta de solidariedade de outros familiares, os quais se negam em ajudar, colocando a mulher exclusivamente na função de cuidadora. A ausência de suporte pode gerar uma sobrecarga intensa para as mulheres que assumem esse papel, afetando sua saúde física e mental. Além disso, o estresse e a exaustão das cuidadoras podem comprometer a qualidade do atendimento oferecido às crianças e aos recém nascidos.

Assim:

O acúmulo de tarefas por uma única pessoa pode provocar problemas relacionados à saúde, acarretar problemas à vida pessoal, profissional e familiar em função do cuidador anular sua vida pessoal, profissional e familiar para garantir a sobrevivência e a qualidade de vida do indivíduo que está sob seus cuidados. (Cardoso; Rosalini; Pereira, 2010; Floriano *et al.*, 2012 *apud* Mota, 2024, p. 22)

Portanto, a Questão Social influencia diretamente a internação hospitalar, impactando o acesso aos serviços de saúde, a qualidade do atendimento, às desigualdades no cuidado médico, o suporte após a alta e os fatores sociais que afetam a saúde. Para garantir um atendimento mais justo e eficiente, é essencial que os sistemas de saúde integrem esses aspectos sociais no planejamento e na prestação dos cuidados hospitalares.

Por fim, torna-se essencial acentuar, que a evasão hospitalar não deve ser tratada como um ato isolado ou de irresponsabilidade por parte da família, mas sim como um indicador de fragilidade das políticas públicas, dentre elas a de saúde, e das condições sociais da população atendida. Do ponto de vista da prática profissional do assistente social, essa realidade demanda

uma atuação crítica, comprometida com a defesa do direito à saúde e com a construção de estratégias intersetoriais que favoreçam o acesso, a permanência e o cuidado integral das crianças e suas famílias nos serviços hospitalares.

Entender que nesse contexto, o debate sobre a evasão hospitalar é de suma importância visto que pode ser compreendido como umas das consequências de expressões da questão social, uma violação aos direitos das crianças e adolescentes prevista na legislação brasileira, falta de protocolos hospitalares e diálogo claro entre o profissional da saúde e os responsáveis pelas crianças ou adolescentes, ou até mesmo como uma forma de negligência familiar. A evasão de pacientes do hospital, em especial o pediatra, pode desenvolver complicações graves dependendo do estado clínico que o evadiu.

Deste modo, pode-se destacar que, é fundamental fortalecer estratégias de humanização no atendimento hospitalar, com escuta qualificada, vínculo entre equipe e usuário, e atuação de profissionais como assistentes sociais, que podem contribuir para o acolhimento e o enfrentamento das causas que motivam a evasão.

Portanto, caracterizar a evasão hospitalar pediátrica implica compreender suas múltiplas determinações econômicas, políticas, institucionais e subjetivas, bem como evidenciar os limites e desafios postos à efetivação de uma saúde pública de qualidade, especialmente em contextos marcados pela desigualdade social e pela retirada de direitos historicamente conquistados.

Na sequência, cabe destacar que compreender os significados dos determinantes sociais da saúde, em especial da criança e adolescentes, como pontes influenciadoras ao acesso dos serviços oferecidos pelo SUS. Dessa forma, analisá-los é de suma importância para desvelar os mecanismos que produzem exclusão e seletividade.

Consoante Silva e Souza (2024),

determinantes sociais da saúde, surge com a reformulação do conceito de saúde pela Organização Mundial da saúde (OMS), em 1948, quando esta definiu saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, não o limitando à apenas ausência de doença. Entretanto, foi na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, na República do Cazaquistão, que o conceito de determinantes sociais de saúde um amplo conhecimento, sendo retomado entre o final da década de 1990 e os anos 2000, momento em que o assunto desigualdade social e saúde passa a ser uma agenda mundial, em especial a OMS. (Silvia; Souza, 2024, p. 165)

Nesse contexto, nas últimas décadas, tem ganhado destaque a formulação de políticas públicas de saúde que consideram os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) como centrais na promoção do bem-estar, da qualidade de vida e da autonomia das populações. Os determinantes são às condições sociais em que as pessoas vivem, trabalham, estudam e se relacionam, as quais influenciam no processo saúde-doença.

Assim, a compreensão ampliada da saúde, que ultrapassa a ausência de doenças e considera as condições sociais em que os indivíduos vivem, motivou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a criar, em 2005, a Comissão sobre Determinantes Sociais da Saúde, com a missão

de enfrentar as desigualdades que afetam diretamente a qualidade de vida das populações. Bebendo da fonte deste movimento internacional, o Brasil adota, em 2006, sua própria Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), para fortalecer o compromisso com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). A iniciativa teve como objetivo central promover a equidade, combater a pobreza e melhorar as condições de vida das camadas mais vulneráveis da sociedade. Esse olhar ampliado sobre o processo saúde-doença incorporou dimensões econômicas, culturais, subjetivas, étnico-raciais e comportamentais, reconhecendo que os contextos sociais moldam profundamente os riscos à saúde e o acesso aos cuidados. (Nogueira, 2011)

Dentro desse contexto, destaca-se a importância de reconhecer e compreender o que significa viver de forma saudável em comunidades vulneráveis, as quais enfrentam constantemente múltiplas fragilidades relacionadas a questões sociais, econômicas, culturais e ambientais. Nessas populações, os impactos das desigualdades estruturais afetam diretamente os vínculos interpessoais, as relações familiares e as dinâmicas coletivas, exigindo uma abordagem integral e sensível às realidades locais. Entretanto, o que se percebe é que há escassa literatura para identificar autores que coloquem o Modo de Produção Capitalista responsáveis por tais iniquidades sociais. O que se tem visto é a análise das desigualdades sociais em relação ao mais pobre como fundamentos econômicos versus políticas relevantes.

Diante desse cenário, grande parte das pessoas em situação de vulnerabilidade social está diretamente ligada à Estratégia Saúde da Família (ESF), reconhecida como a principal porta de entrada do SUS e pilar da atenção primária no Brasil. Mais do que um modelo de atendimento, a ESF representa uma forma de aproximar o cuidado em saúde das reais necessidades da população, especialmente daqueles que mais precisam. Por meio de equipes multiprofissionais, essa estratégia promove ações de prevenção, promoção da saúde e acompanhamento contínuo, valorizando o vínculo, o acolhimento e o olhar integral sobre cada indivíduo. Ao atuar diretamente nos territórios, a ESF contribui para reduzir desigualdades, fortalecer os laços comunitários e reconhecer a saúde como parte essencial da dignidade e do bem viver.

Em resumo, conforme Rocha (2017), para a Comissão Nacional sobre os Determinantes Sociais da Saúde, os Determinantes Sociais de Saúde (DSS) são:

[...] os fatores sociais, econômicos, culturais, étnicos/raciais, psicológicos e comportamentais que influenciam a ocorrência de problemas de saúde e seus fatores de risco na população”. Os determinantes sociais da saúde estão relacionados, ainda, às condições onde o indivíduo vive e trabalha, isto é, as condições onde as pessoas vivem, crescem, se desenvolvem e morrem, influenciando todas as dimensões do processo de saúde, tanto individualmente quanto na comunidade na qual está inserido (Buss; Pellegrini Filho, 2007 *apud* Rocha, 2017, p. 19)

A partir disso, entende-se, mais uma vez, que outra questão a ser abordada é a determinação social da saúde, está amplia-se a concepção para além do aspecto biológico ou da

simples ausência de enfermidades. A saúde passa a ser entendida como qualidade de vida, diretamente relacionada a fatores como trabalho, moradia, educação e ao contexto social no qual o indivíduo está inserido. Dessa forma, aspectos como posição social e relações sociais influenciam de maneira significativa nos diferentes níveis de risco de adoecer e morrer (Prata, 1994; Reis, 2004-2005 *apud* Rocha, 2017).

Portanto:

Em outros termos, a determinação social do processo saúde-doença aqui é entendida como a compreensão da totalidade do processo saúde-doença historicamente determinado pelas formas de produção e reprodução social. Toma-se a saúde como reflexo da contradição de classes, a partir dos embates entre interesses contraditórios no âmbito dos conflitos advindos da relação capital e trabalho. (Moreira, 2013 *apud* Silva; Souza, 2022, p. 167)

Assim, a determinação social está intrínseca no processo saúde-doença, como também a necessidade de compreender a realidade como um todo dos indivíduos os quais utilizam os serviços do SUS, com o intuito de fortalecer os objetivos da Reforma Sanitária. Como se pode ver em escritos de alguns autores.

Segundo Dalcin *et al.* (2016), a vulnerabilidade socioeconômica se manifesta, de forma evidente, nas condições precárias de trabalho e renda observadas em determinadas comunidades. Grande parte dos moradores atuam sem vínculo formal de emprego, seja em atividades informais ou como trabalhadores autônomos, o que implica na ausência de garantias trabalhistas e previdenciárias. Esse cenário alimenta um sentimento de exclusão social, especialmente quando comparado às regiões centrais da cidade, evidenciando como a desigualdade socioeconômica compromete diretamente a possibilidade de uma vida saudável e digna.

No que se refere à vulnerabilidade cultural e ambiental, a escassez de oportunidades de lazer e de valorização da cultura local. Apesar da existência de espaços físicos que poderiam ser destinados a essas práticas, a falta de iniciativas e apoio por parte da gestão pública para fortalecer a cultura como expressão cotidiana da vida comunitária. A cultura, nesses contextos, é tratada de forma fragmentada e eventual, sem ser reconhecida como um processo contínuo que reflete os modos de vida, saberes e práticas sociais das famílias e coletividades.

Ademais, os autores Carrapato, Correia e Garcia (2017), apontam que, sob a ótica da saúde, os determinantes ambientais englobam os efeitos que elementos químicos, físicos e biológicos exercem sobre o organismo humano. Entre os principais fatores preocupantes estão a poluição do ar, da água, do solo e dos alimentos, bem como ameaças ambientais de escala global, como as mudanças climáticas e a destruição da camada de ozônio. Evidências demonstram que esses fatores estão diretamente associados ao desenvolvimento socioeconômico das populações. (George, 2011; Oliveira, 2010 *apud* Carrapato, Correia e

Garcia, 2017).

Além disso, na visão dos autores, no que se refere aos determinantes econômicos, há uma longa trajetória de estudos que analisam a relação entre condições socioeconômicas e estado de saúde. Fatores como desemprego, baixos rendimentos e privação material estão na base das desigualdades em saúde. Além disso, comportamentos relacionados à saúde, como alimentação e prática de exercícios físicos, muitas vezes dependem diretamente do poder aquisitivo (Karmakar; Breslin, 2008; Oliveira, 2010 *apud* Carrapato, Correia e Garcia, 2017).

Diante deste contexto, percebe-se que a disparidade nos comportamentos de saúde entre diferentes grupos de renda reflete uma profunda desigualdade estrutural e social, em que condições materiais, acesso à informação e oportunidades de cuidado com a saúde são distribuídas de forma desigual. Indivíduos com maior renda não apenas possuem recursos para adquirir alimentos saudáveis ou praticar atividades físicas, mas também vivem em ambientes que favorecem essas escolhas com mais segurança, tempo livre, acesso a serviços e infraestrutura. Em contraste, pessoas em situação de vulnerabilidade enfrentam estresse constante, precariedade nas condições de moradia e trabalho, e barreiras ao acesso à saúde e à educação, o que favorece a adoção de comportamentos prejudiciais como forma de enfrentamento ou por ausência de alternativas. A diferença na expectativa de vida entre grupos ocupacionais, como professores e trabalhadores industriais, ou entre regiões ricas e pobres, como evidenciado nos casos da França e da Hungria, revela que não se trata apenas de escolhas individuais, mas sim de determinantes sociais da saúde. Assim, combater essas desigualdades exige ações intersetoriais e políticas públicas comprometidas com a justiça social e a equidade, para que condições dignas de vida e saúde sejam uma realidade acessível a todos. (Oliveira, 2010; George, 2011 *apud* Souza; Silva; Silvia, 2013).

A análise do modelo proposto por Dahlgren e Whitehead possibilita a identificação de elementos estratégicos para a formulação de políticas públicas voltadas à redução das desigualdades que influenciam os Determinantes Sociais da Saúde (DSS). A seguir, é apresentado esse modelo, amplamente citado na literatura científica. (Carrapato, Correia e Garcia, 2017)

Figura 1 - Modelo conceitual adotado pela CNDSS.



Fonte: Determinantes sociais: modelo de Dahlgren e Whitehead apud Buss; Pellegrini Filho (2007).

Neste aspecto, por vezes a determinação social da saúde e os determinantes sociais da saúde têm se apresentado como sinônimos, entretanto, trata-se de duas concepções diferentes. Ao longo do texto, buscaremos apresentar alguns pontos de análise histórica e crítica dessas distintas perspectivas. Como apontam Laurell (1982), Fleury-Teixeira (2009) e Breilh (2013), a expressão determinação social da saúde foi cunhada no contexto da Epidemiologia Latino Americana dos anos 1970, no escopo dos debates sobre as reformas sanitárias, enquanto era construída uma crítica contundente ao modelo biologicista e se introduziu o debate crítico sobre a inter-relação entre desigualdade social, condições de vida e trabalho e processo de saúde doença. (Silva; Souza, 2024)

Portanto, os determinantes sociais da saúde estão organizados em diferentes níveis que se inter-relacionam e impactam diretamente o bem-estar das pessoas. No centro estão os indivíduos, com suas características próprias, como idade, gênero e genética. Ao seu redor, os fatores ligados ao estilo de vida como alimentação, atividade física e hábitos também influenciam na saúde e podem ser modificados por meio de ações educativas. Um pouco mais adiante, destacam-se as redes de apoio social e comunitário, fundamentais para a construção de uma saúde coletiva mais sólida. Já no nível mais amplo, os chamados determinantes macro abrangem aspectos econômicos, ambientais, políticos e culturais que moldam as condições de vida da população como um todo. Esses fatores mais amplos impactam diretamente os demais níveis, reforçando ou reduzindo desigualdades.

De fato, entender que o principal objetivo ao compreender esses determinantes é promover a equidade em saúde, melhorar a qualidade de vida, mitigar as iniquidades e alcançar um desenvolvimento social com mais equidade. No entanto, apesar do reconhecimento de sua importância, o avanço na implementação de políticas eficazes nessa área ainda é lento. Como apontam Pellegrini Filho *et al.* (2011), muitos dos grandes desafios do século XXI permanecem

sem solução devido às limitações da governança em níveis locais e globais.

Sendo assim, a compreensão do processo saúde-doença precisa ir além de explicações apenas biológicas ou individuais. É essencial reconhecê-lo como parte de um todo social mais amplo, marcado por desigualdades estruturais e pelas condições de vida impostas pelo sistema capitalista. A saúde, nesse sentido, é resultado direto das relações sociais, econômicas, culturais e políticas, refletindo os efeitos da exploração da classe trabalhadora e das injustiças sociais. Assim, tanto o adoecimento quanto as formas de buscar o cuidado em saúde revelam, de forma coletiva e individual, as contradições de uma sociedade marcada pela desigualdade. Neste aspecto, Silva, Souza (2024) expõem que:

“[...] o processo saúde-doença tem caráter histórico em si mesmo e não apenas porque está socialmente determinado (em) termos gerais, o processo saúde-doença é determinado pelo modo como o homem se apropria da natureza em um dado momento, apropriação que se realiza por meio do processo de trabalho baseado em determinado desenvolvimento das forças produtivas e relações sociais de produção”. (Laurell, 1982, p. 15-16, *apud* Silva, Souza, 2024, p.167).

De forma sintetizada, a determinação social do processo saúde-doença refere-se à compreensão de que a saúde é profundamente influenciada pelas condições históricas, sociais e econômicas nas quais os indivíduos vivem. Essa perspectiva considera que as desigualdades em saúde são fruto das contradições entre as classes sociais, evidenciando os conflitos gerados pela relação entre capital e trabalho. Assim, a saúde deixa de ser vista apenas como uma questão individual ou biológica e passa a ser entendida como um reflexo das disputas sociais e das estruturas que organizam a vida em sociedade. (Silva, Souza, 2024)

Por fim, é importante destacar a incorporação do conceito de determinantes sociais da saúde no cotidiano profissional dos/das assistentes sociais. Segundo Carvalho (2019), essa aproximação se justifica, em parte, pelo caráter interventivo do Serviço Social e pela constante demanda por respostas técnicas frente às situações que emergem nos territórios, especialmente aquelas ligadas às desigualdades e vulnerabilidades evidenciadas nas diretrizes do Ministério da Saúde e nas agendas dos organismos internacionais. No entanto, apesar de ser uma ferramenta útil para análise e atuação, esse conceito carrega uma base teórica que, muitas vezes, se distancia dos princípios e valores que orientam o projeto ético-político do Serviço Social como a centralidade dos direitos humanos, a crítica às desigualdades estruturais e o compromisso com a transformação social. Assim, é necessário que sua utilização seja feita de forma crítica e comprometida com os fundamentos da profissão. (Souza; Silva, 2024)

Por fim, é de fácil compreensão que a evasão hospitalar em pediatria representa uma realidade complexa, marcada por diversos fatores que vão além do ambiente hospitalar. Questões como pobreza, condições precárias de moradia, baixa escolaridade e fragilidades nas redes de apoio social influenciam diretamente essa decisão, revelando desigualdades profundas que dificultam o acesso e a permanência de crianças e suas famílias nos serviços de saúde. Esse

tipo de alta interrompe o cuidado contínuo e compromete a eficácia das ações em saúde infantil, evidenciando a necessidade de políticas públicas mais sensíveis e integradas à realidade social das populações vulneráveis. Dessa maneira, o próximo capítulo irá discutir como o Serviço Social lida com este fenômeno da evasão hospitalar em pediatria.

4 SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E A ATUAÇÃO NA PROBLEMÁTICA DA EVASÃO HOSPITALAR EM PEDIATRIA

4.1 Serviço Social e a atuação na saúde: trajetória e particularidades

Neste capítulo será abordado a atuação do Serviço Social na política de saúde infantojuvenil, inicialmente discutindo aspectos históricos da gênese do Serviço Social na saúde, como trabalhando frentes as expressões da questão social impostas pelas contradições capitalistas, assim como seus avanços e particularidades e a Atuação do Serviço Social diante do direito à saúde da criança e adolescentes a partir de pesquisa bibliográfica. Nesse sentido, para a construção do tópico seguinte será exposto possíveis estratégias e ações desenvolvidas pelo Serviço Social para o enfrentamento da evasão hospitalar no ambiente de saúde pediátrica a partir da experiência de estágio.

Primeiramente, partirei sobre a perspectiva da autora Figueiredo, (2021, p. 56), no dizer dela, “o Serviço Social surge a partir das lutas sociais que pressionam o Estado monopolista para a criar políticas e serviços sociais para enfrentamento dos conflitos de classe”.

Logo, como expõe a autora, o Serviço Social teve suas origens vinculadas às práticas médicas, especialmente no início do século XX, surgindo inicialmente no Chile na década de 1920, com um perfil voltado para funções consideradas paramédicas. Conforme Fleury (1997 *apud* Rocha, 2017), desde o início, a profissão buscava uma escuta diferenciada e uma prática menos mecanicista, com foco na politização das ações em saúde.

No Brasil, o ingresso do Serviço Social na área da saúde ocorreu por volta da década de 1940, influenciado pelo novo entendimento de saúde proposto pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que passou a considerar os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do processo saúde-doença. Esse novo paradigma exigiu uma atuação mais ampla, interdisciplinar, e envolveu profissionais de diversas áreas, entre eles os assistentes sociais. Com esse novo cenário, os assistentes sociais passaram a ser chamados pelo Estado para desenvolver ações educativas voltadas aos cuidados com a saúde e à promoção de hábitos de higiene, além de atuar em programas estratégicos da política pública da época. Nos anos de 1960, houve a necessidade de se questionar sobre o exercício do assistente social e quais medidas teriam a potencialidade de ser seguida.

Dito isto, destaca, Bravo e Castro (2004):

Nos anos 60, esta situação começou a se modificar, surgindo um debate na profissão questionando o seu conservadorismo. Essa discussão não surgiu de forma isolada, mas com respaldo das questões levantadas pelas ciências sociais e humanas, principalmente em torno da temática do “desenvolvimento e de suas repercussões na América Latina”. (Bravo; Castro, 2004, *apud* Araújo, 2023, p. 41).

Dado o exposto compreende -se que a partir dos anos 1960, o Serviço Social começou a

ser criticado por sua atuação tradicional, muitas vezes limitada a práticas assistencialistas, caritativas e filantrópicas. Esse cenário provocou reflexões profundas dentro da própria categoria profissional, impulsionando um processo de transformação que visava qualificar e repensar a prática profissional. Inicialmente, esse movimento ganhou força na América Latina sob o nome de movimento de Reconceitualização, e mais tarde foi consolidado no Brasil como o movimento de Renovação do Serviço Social, marcando um importante avanço teórico, ético e político da profissão. (Araújo, 2023)

Dessa maneira, Segundo Iamamoto (1983), foi necessário compreender mais profundamente a prática profissional dos assistentes sociais e a relação entre o projeto profissional predominante e a atuação real no cotidiano. Esse processo de reflexão crítica ganhou força a partir de 1979, quando a categoria passou por uma importante renovação teórica e metodológica, buscando romper com posturas tradicionais e se alinhar ao movimento de redemocratização do país. Conforme Netto (2008), é nesse período que se consolida o que hoje conhecemos como o Projeto Ético-Político do Serviço Social, um marco que redefiniu os princípios e compromissos da profissão com a justiça social, os direitos humanos e a democracia. Essas transformações coincidiram com mudanças significativas no campo da saúde, marcadas pelo esgotamento de um modelo centrado apenas na cura e pela valorização de práticas preventivas e integradas. Assim, a atuação do assistente social na saúde passou a estar intimamente ligada ao desenvolvimento das políticas públicas e à construção coletiva de respostas às demandas da população. (Pereira *et al.*, 2022)

Neste contexto de redemocratização, em 1988 foi promulgada a Constituição Federal, o qual instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS). Sendo este um direito universal de caráter humanizador, equitativo com integralidade, considerando os determinantes sociais da saúde como ponto chave para o processo saúde-doença. Assim, ao abordar a saúde de um indivíduo, é fundamental compreender que ele não está isolado, mas inserido em um contexto social mais amplo. Suas condições de vida como moradia precária, ausência de saneamento básico, falta de coleta de lixo adequada e a inexistência de uma rede de apoio próxima influenciam diretamente na saúde e bem-estar. Esses elementos vão além do campo biomédico, são exemplos claros dos determinantes sociais da saúde, que dizem respeito às condições em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem. Conforme aponta Barros (2024), esses fatores são fundamentais para entender o adoecimento e a promoção da saúde, uma vez que fragilidades sociais frequentemente agravam quadros clínicos e dificultam o acesso a um cuidado digno e equitativo.

Cuida-se aqui de explicar que com a criação do Sistema Único de Saúde, ampliaram-se os espaços de atuação do assistente social, sendo o profissional chamado a atuar com as políticas públicas intervindo e orientando sobre direitos sociais. Essa é uma

área de diversas contradições que a profissão possa enfrentar, nesse discurso, essas inquietações estão associadas à imprecisão da profissão, cujos traços voluntaristas e empiristas, no entender de muitos assistentes sociais, contribuem para fragilização e consequente desqualificação técnica do Serviço Social na área da saúde. (Costa, 1998 *apud* Pereira *et al.*, 2022, p. 6)

O assistente social possui formação específica para lidar com as diversas manifestações da questão social que impactam diretamente a saúde das pessoas. Com a criação e fortalecimento do SUS, esse profissional passou a ocupar um espaço cada vez mais relevante nas políticas públicas, sendo convocado a intervir com base na garantia dos direitos sociais (Abreu, 2004 *apud* Pereira *et al.*, 2022)

Posto isso, com o SUS, novos espaços de atuação foram abertos para o assistente social, que passou a integrar as equipes de saúde contribuindo com orientação, acolhimento e defesa dos direitos sociais. No entanto, essa área ainda apresenta desafios e contradições, especialmente quando a atuação da profissão é vista como pouco definida e marcada por práticas empíricas, o que pode fragilizar seu reconhecimento técnico.

A área da saúde sempre foi um dos campos mais expressivos da atuação do Serviço Social, concentrando historicamente um número significativo de profissionais, realidade que ainda se mantém. Nesse contexto, o assistente social precisa afirmar sua concepção de profissão, contribuindo com práticas que defendam os princípios éticos e os direitos dos usuários. (Bravo 1996 *apud* Pereira *et al.*, 2022)

Sobre esta questão, Pereira destaca:

A atuação na área da saúde apresenta desafios constantes, sobretudo pelas condições de vulnerabilidade social e econômica que chegam como demandas diárias. Para responder adequadamente a essa realidade, é essencial que o assistente social tenha domínio das políticas de saúde e compreenda as particularidades do campo, incluindo aspectos relacionados às doenças mais recorrentes, o que contribui para uma atuação mais sensível e contextualizada. (Martinelli, 2007 *apud* Pereira, 2022, p. 7)

Podemos refletir nessa linha de pensamento que no trabalho em equipe multiprofissional, o profissional de Serviço Social se depara com desafios como a lógica privatista, a seletividade no atendimento com base na condição socioeconômica, práticas psicossociais limitadas, fiscalizações voltadas aos usuários de planos de saúde e ações assistencialistas baseadas na ideia de favor. Cabe ao assistente social desenvolver estratégias que fortaleçam o acesso ao direito à saúde, atuando em diferentes frentes como atendimento direto, gestão, planejamento, mobilização comunitária e participação social (CFESS, 2010).

Com isso, o debate da inserção da profissão na área da saúde deve estar sempre em consonância com o seu Projeto Ético Político, seguindo suas atribuições e competência estabelecidas pelo Código de Ética de 1993. Como também pela Lei de Regulamentação da Profissão, do Projeto Ético-político das Diretrizes Curriculares, considerando os Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010).

Além disso, o trabalho do Serviço Social está voltado para o atendimento e o enfrentamento das diversas manifestações da questão social vivenciadas pelos sujeitos, com o objetivo de garantir o acesso a direitos sociais aos usuários dos serviços de saúde. Considerando que o processo de saúde-doença-cuidado é influenciado por múltiplas determinações sociais, a atuação do/a assistente social na área da saúde contribui para assegurar o direito à saúde e a outros direitos sociais, dentro de uma abordagem integral, interdisciplinar e intersetorial (Nogueira, 2011 *apud* Sousa, 2022). Portanto, um dos aspectos fundamentais do trabalho do/a assistente social, pode-se destacar:

O debate sobre determinantes sociais da saúde e sua relação com as iniquidades de saúde deve ser apropriado pelos assistentes sociais como uma ferramenta necessária para analisar os aspectos estruturais, particulares e peculiares incidentes sobre as condições de vida e saúde da população. (Silva; Zacaron; Bezerra, 2019 *apud* Viana *et al.*, 2022, p. 4)

É possível, portanto, compreender que embora a principal finalidade do Serviço Social seja viabilizar e defender a garantia de direitos humanos, é importante reconhecer que o exercício profissional enfrenta desafios decorrentes do atual cenário de retrocessos sociais.

Na contemporaneidade, a classe trabalhadora tem enfrentado intensas transformações impulsionadas por reformas trabalhistas que refletem a lógica neoliberal de flexibilização e precarização das relações de trabalho. Nesse cenário, o/a assistente social, tanto na área da saúde quanto em outros campos de atuação, também sofre os impactos dessas mudanças, que se expressam na fragilização dos vínculos empregatícios, na redução das equipes profissionais, em contratos temporários, altas demandas de trabalho e na fragmentação das práticas profissionais. A consolidação desse processo foi intensificada com a promulgação da Lei nº 13.429/2017, que passou a regulamentar a terceirização tanto das atividades-meio quanto das atividades-fim nos serviços públicos e privados, institucionalizando mecanismos de gestão que priorizam a lógica do mercado em detrimento dos direitos trabalhistas. Como aponta Barroco (2021), essa realidade compromete as condições ético-técnicas do exercício profissional do assistente social, dificultando a efetivação de uma prática crítica e comprometida com os princípios do projeto ético-político da profissão. (Barroco, 2021)

Não distante deste contexto, os profissionais que têm vínculos estáveis de trabalho, também sofrem com pressões por produtividade, competição entre colegas, desigualdades nas condições de trabalho, o que contribui para enfraquecer o trabalho em equipe. Neste contexto, impactando na saúde física e mental, consequentemente, reduz o trabalho social a uma lógica produtiva e pouco crítica. (Barroco, 2021)

Contudo, o campo da saúde permanece sendo um dos espaços mais importantes da atuação do Serviço Social, especialmente após a criação do SUS. Mesmo que os direitos sociais estejam sempre atacados pelos avanços neoliberais e da contrarreforma do Estado. (Barroco,

2021) Chegamos, portanto, na discussão sobre a demanda social imposta ao Serviço Social, bem como destaca o relato da autora, Barroco (2021):

Observa que há um crescimento de demandas sociais que, por não estarem diretamente vinculadas à saúde, acabam sendo desconsideradas pelas instituições. Isso limita o trabalho do Serviço Social e impede uma escuta mais qualificada e crítica da realidade dos usuários. (Vasconcelos 2010 *apud* Barroco, 2021, p. 76)

Esta questão implica que a atuação do/a assistente social na saúde precisa estar alinhada com esses princípios, com constante atualização profissional, criatividade e participação crítica. Reforçam, ainda, que a luta pela efetivação dos direitos sociais deve ser coletiva, ultrapassando os limites da categoria profissional. (Bravo; Matos, 2010 *apud* Barroco, 2021)

Em consonância com esses argumentos, é de suma importância abordar brevemente as particularidades do Serviço Social no campo da saúde, fazendo-se necessário, pois a natureza coletiva e subordinada da prática estão presentes na atuação do assistente social nas organizações de saúde. De fato, concorda-se que uma das particularidades do trabalho do assistente social está profundamente ligado às condições históricas e sociais em que se insere. A forma como a sociedade estrutura suas necessidades e organiza os serviços influencia diretamente o tipo de intervenção que esse profissional pode realizar. Sua atuação, portanto, não acontece isoladamente, mas de forma articulada com outros profissionais, buscando garantir que os indivíduos e as comunidades tenham acesso digno aos serviços de saúde e aos seus direitos. (Costa 1998 *apud* Pereira *et al.*, 2022)

Nesse sentido, as particularidades se entrelaçam por um conjunto de demandas singulares no serviços de saúde pública. A atuação dos assistentes sociais nos serviços de saúde está diretamente relacionada tanto ao reconhecimento social da profissão quanto às demandas que emergem ao longo do tempo. Essas demandas são moldadas pelas transformações históricas que marcaram a trajetória da saúde pública no Brasil, revelando que a presença desses profissionais nos espaços de cuidado não é aleatória, mas resultado de processos históricos, políticos e sociais que definem continuamente o papel e a necessidade do Serviço Social nesse campo. (Costa, 1998)

Outra particularidade está no trabalho em equipe multiprofissional, o profissional de Serviço Social se depara com desafios como a lógica privatista, a seletividade no atendimento com base na condição socioeconômica, práticas psicossociais limitadas, fiscalizações voltadas aos usuários de planos de saúde e ações assistencialistas baseadas na ideia de favor. Cabe ao assistente social desenvolver estratégias que fortaleçam o acesso ao direito à saúde, atuando em diferentes frentes como atendimento direto, gestão, planejamento, mobilização comunitária e participação social (CFESS, 2010 *apud* Pereira, 2022).

Além disso, outra particularidade é que é essencial que os profissionais compreendam os

determinantes sociais da saúde, fatores históricos, culturais, econômicos e políticos que impactam o bem-estar das pessoas. Isso exige uma leitura crítica não só da estrutura do sistema de saúde, mas também da forma como ele se relaciona com os usuários e com a cultura que o sustenta. (Mourão *et al.*, 2006 *apud* Pereira, 2022)

O debate sobre determinantes sociais da saúde e sua relação com as iniquidades de saúde deve ser apropriado pelos assistentes sociais como uma ferramenta necessária para analisar os aspectos estruturais, particulares e peculiares incidentes sobre as condições de vida e saúde da população. (Silva; Zacaron; Bezerra, 2019 *apud* Araújo *et al.*, 2022, p. 4)

Diante do exposto, o Serviço Social, com sua capacidade de compreender a realidade do sujeito como um todo, pode intervir nos determinantes sociais que afetam a população mais vulnerável a partir de suas dimensões: ético-político, técnico-operativo e teórico- metodológico e articular com outras redes de apoio social, fornecer informações sobre seus direitos sociais e como garanti-los. Ademais, a instrumentalidade do Serviço Social, também se configura nessas três dimensões, porém com suas especificidades e sempre articulados com o projeto ético-político da profissão. (Figueiredo, 2021)

Desse modo, o CFESS, 2010, destaca a importância fundamental da atuação dos assistentes sociais na promoção da integralidade em saúde, entendida como uma abordagem que considera os fatores sociais, econômicos e culturais que influenciam o processo saúde doença. Essa integralidade não é responsabilidade de um único serviço ou profissão, mas resulta da articulação entre diferentes setores da rede e do trabalho interdisciplinar.

Na dimensão apresentada, de acordo com Segundo Monnerat e Souza (2024) compreende-se que a integralidade, assim como a intersetorialidade, busca garantir o atendimento às múltiplas necessidades de saúde dos usuários por meio da articulação entre diferentes setores, serviços e profissionais. Nesse sentido, sob uma ótica crítica, a intersetorialidade se revela como um instrumento concreto para a efetivação da integralidade, pois permite a construção de respostas mais completas e integradas às demandas sociais. Ao reconhecer os usuários como sujeitos com dimensões singulares, particulares e universais, esse processo favorece um cuidado que respeita a complexidade da condição humana. Assim, a intersetorialidade não se limita a uma estratégia administrativa, mas assume um papel essencial na promoção dos direitos e na qualificação do cuidado, contribuindo para a consolidação de um sistema de saúde mais justo, sensível e comprometido com os princípios do SUS.

Portanto, é visível que o Serviço Social, lida com demandas complexas que exigem conhecimento amplo e articulação entre políticas públicas e serviços de integralidade e intersetoriais. Contudo, encontram obstáculos significativos, como a fragilidade da rede de proteção, que muitas vezes carece de estrutura e recursos suficientes para responder de forma

adequada, especialmente nos âmbitos municipal e estadual. Casos envolvendo violência sexual infantil ou conflitos familiares, por exemplo, exigem uma ação integrada com a rede socioassistencial para garantir medidas protetivas eficazes.

4.1.1 Atuação do Serviço Social diante do direito à saúde da criança e adolescentes

Neste item, discutiremos a atuação de assistentes sociais em serviços de saúde de referência à assistência de crianças e adolescentes a partir de pesquisa bibliográfica. Esta abordagem é importante visto que o caráter interventivo da profissão, configura-se essencial para a proteção e estratégias voltadas aos direitos das crianças e adolescentes.

Assim, conforme Silva, (2022, p. 30) “Em conformidade com os Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (CFESS, 2010), o Serviço Social do Hospital elabora seu Procedimento Operacional Padrão (POP), um documento que normatiza a prática profissional em diferentes contextos, abrangendo tanto atividades de rotina quanto demandas espontâneas”. O POP estrutura e consolida as seguintes atribuições, segundo argumentos:

“classifica essas ações como procedimentos de natureza socioeducativa, informação e comunicação em saúde: com o objetivo de assegurar aos usuários as informações em relação às normas da instituição, aos serviços oferecidos, aos trâmites para acesso ao prontuário, informações sobre os procedimentos realizados, terapêuticas administradas, etc”. (Costa, 2000 *apud* Silva, 2022, p. 30)

Neste sentido, o referido documento tem o objetivo de padronizar a prática do Serviço Social seja ela em qualquer vínculo trabalhista, em especial no SUS. Desse modo, para caracterizar de modo geral, irei beber da fonte da autora sobre alguns POPs de sua pesquisa bibliográfica Intitulada: PROCEDIMENTO OPERACIONAL PADRÃO (POP) EM SERVIÇO SOCIAL: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NA UTI ADULTO. (Vencio, 2020) A autora, destaca cinco instituições e suas aplicações do POP.

Os Procedimentos Operacionais Padrão (POP's) aplicados em diferentes instituições hospitalares brasileiras. No Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), os POP's têm como objetivo orientar a conduta profissional dos assistentes sociais nas unidades de internação, especialmente em situações de óbito ou iminência de óbito, contribuindo para uma abordagem qualificada junto às famílias, redes de apoio e equipes multiprofissionais. Já na Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal (SES-DF), voltada para as Unidades de Pronto Atendimento (UPA-24h), o principal objetivo é estabelecer rotinas e fluxos de atendimento que direcionam a atuação do assistente social, ampliando a compreensão do seu processo de trabalho e contribuindo com a execução das rotinas nas unidades de urgência e emergência.

No Hospital Universitário da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HU/UFTM), localizado em unidade de terapia intensiva adulta, os POP's foram elaborados para padronizar

os procedimentos de atendimento, com foco na humanização dos cuidados aos familiares e visitantes. Essa padronização visa facilitar o acesso à informação e promover melhorias na qualidade e eficiência da assistência prestada. No Hospital Municipal de Emergências Clínicas de São Paulo (HMEC-SP), também em UTI adulta, destaca-se que o manual do Serviço Social não tem a pretensão de ser um instrumento fechado, mas sim um orientador para reflexões e futuras construções na prática profissional da saúde. Por fim, no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Universidade de São Paulo (HU/USP), os POP's são voltados à reflexão sobre a situação social dos usuários, com vistas a orientar e encaminhar aos recursos socioassistenciais disponíveis, otimizando assim a adesão ao tratamento proposto. (Vencio, 2020)

Assim, conforme afirma Matos (2015):

A chamada documentação em Serviço Social é um conjunto de registros elaborados pelo próprio profissional no contexto da sua intervenção profissional, logo uma expressão do trabalho do assistente social na saúde. (Matos, 2015, p. 110).

Logo, a atuação dos assistentes sociais na área da saúde pode ser organizada em dois núcleos principais, conforme Costa (2000 *apud* Silva, 2022). O primeiro envolve a coleta de informações para identificar as condições socioeconômicas, familiares e sanitárias dos usuários, além da interpretação de normas e procedimentos, incluindo atividades educativas, como orientações, aconselhamentos e encaminhamentos. Já o segundo núcleo abrange ações emergenciais e assistenciais para lidar com situações que impactam o processo de saúde e doença, assim como a resposta a demandas reprimidas devido à insuficiência dos serviços de saúde e das políticas sociais. Esses desafios estão ligados às desigualdades econômicas, políticas, sociais e culturais enfrentadas pelos usuários do SUS, exigindo a busca de recursos dentro e fora da unidade de saúde.

A vista disso, a prática profissional do Serviço Social no ambiente de assistência à saúde infantojuvenil, está voltada às demandas colocadas pelos usuários intrínsecas as expressões da questão social. E como já relatado anteriormente, as particularidades neste âmbito serão discutidas segundo as minhas observações no período de estágio obrigatório supervisionado em pediatria.

A princípio, as ações interventivas do Serviço Social, na unidade de saúde, ocorrem tanto na Enfermaria, na Sala de Observação, como no Espaço de Pronto Atendimento, realizando atendimentos individuais ou em grupos. Também são feitos acolhimentos, reflexões sobre o processo saúde-doença, articulação interdisciplinar e interinstitucional, encaminhamentos à rede socioassistencial, quando necessário, elaboração de estudos e relatórios sociais, emissão de pareceres, organização de fichas sociais e prontuários, além da supervisão de estágio.

Assim, sob este prisma, a atuação do assistente social é essencial na proteção dos direitos

de crianças e adolescentes seja dentro das unidades de saúde ou em contextos de vulnerabilidade social. Diante das múltiplas dificuldades que afetam a infância, o trabalho desse profissional exige uma postura ativa e preventiva, buscando não apenas intervir em situações críticas, mas também criar condições que favoreçam o crescimento e o bem-estar dessa população. Sua intervenção vai além do enfrentamento de urgências. (Vieira, 2023)

Nesse contexto, o fluxo de atendimento do hospital, de acordo com as minhas percepções se dá da seguinte forma: Em primeiro lugar, ao chegar no hospital, crianças e adolescentes, geralmente acompanhados por suas mães ou responsáveis, são acolhidos pela equipe de enfermagem, que realiza a escuta inicial e avalia os sintomas apresentados. Em seguida, é feita a classificação de risco, determinando a prioridade de atendimento conforme a gravidade do quadro clínico.

Durante a consulta médica, especialmente com o/a pediatra de plantão, caso seja identificada alguma suspeita de violação de direitos como negligência, maus-tratos ou algum tipo de abuso, o profissional aciona imediatamente o Serviço Social. A equipe de plantão é então responsável por acolher a família, escutar o relato com sensibilidade e responsabilidade, e, se necessário, notificar o Conselho Tutelar ou outros órgãos da rede de proteção.

Além dos atendimentos por encaminhamento médico, o Serviço Social realiza visitas rotineiras aos leitos, integrando-se à equipe multiprofissional para prestar um cuidado ampliado. Essas visitas têm como objetivo oferecer escuta qualificada, orientar os familiares sobre seus direitos e deveres, e identificar situações que exijam apoio da rede socioassistencial. Nesses momentos, são promovidas ações socioeducativas que estimulam os acompanhantes a participarem ativamente do processo de recuperação, mantendo hábitos saudáveis e fortalecendo o vínculo com os profissionais de saúde.

Durante o plantão, os assistentes sociais também são frequentemente requisitados por outros profissionais da equipe como psicólogos, enfermeiros, fisioterapeutas e nutricionistas para mediar situações complexas. Isso inclui desde momentos críticos, como agravamento do quadro clínico ou óbitos, até conflitos familiares, dificuldades de adesão ao tratamento, abandono de pacientes, entre outras demandas que impactam diretamente o cuidado integral à saúde. Nesses casos, o Serviço Social atua como elo fundamental entre o hospital e a rede de suporte familiar e institucional.

Há também os atendimentos por demanda espontânea, quando pais ou responsáveis procuram o setor de Serviço Social para esclarecer dúvidas sobre o funcionamento da unidade, obter orientações sobre o acesso a serviços da rede externa ou registrar queixas relacionadas à hospitalização, usar o telefone da instituição para se comunicar com familiares, ou até mesmo solicitar transporte organizacional para o retorno a residência após alta médica. Esses

atendimentos envolvem também, por exemplo, solicitações para troca de acompanhantes, pedidos de visitas extras, denúncias de negligência, abandono ou qualquer forma de violência contra a criança ou adolescente.

Além disso, o Serviço Social contribui com as ações permanentes da instituição voltadas à educação em saúde, prevenção de infecções hospitalares e segurança do paciente. Contudo, seu papel vai além das normativas institucionais: os/as assistentes sociais promovem o acesso à informação e aos direitos, orientando famílias com base em marcos legais como o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). De acordo com o ECA (Brasil, 1990) em seu Artigo 18º, é dever de todos zelar pela dignidade de crianças e adolescentes, protegendo-os de toda forma de tratamento desumano, violento ou constrangedor. Com base nesse princípio, sempre que identificadas situações que ameaçam a integridade física, emocional ou social dos pacientes, o Serviço Social atua de forma ética e articulada, encaminhando os casos aos órgãos competentes para as providências necessárias.

Nesse contexto, a Resolução nº 41 de 13 de outubro de 1995, elaborada pela Sociedade Brasileira de Pediatria, determina que os hospitais devem respeitar integralmente os direitos constitucionais e os previstos no ECA. Esse documento, composto por 20 itens, foi aprovado pelo Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA) e trata especificamente dos direitos de crianças e adolescentes internados em hospitais. O CONANDA, por sua vez, é um órgão permanente e deliberativo previsto no ECA, responsável por formular normas de atendimento e fiscalizar a execução das políticas de proteção à infância e juventude.

Frente a este contexto, percebe-se que as instituições vinculadas ao SUS tornam-se espaços fundamentais para a efetivação dos direitos sociais dessa população, pois recebem diariamente demandas relacionadas a violações da integridade física, psíquica e sexual de crianças e adolescentes.

Em resumo, a atuação dos assistentes sociais na área da saúde pode ser organizada em dois núcleos principais, conforme Costa (2000). O primeiro envolve a coleta de informações para identificar as condições socioeconômicas, familiares e sanitárias dos usuários, além da interpretação de normas e procedimentos, incluindo atividades educativas, como orientações, e encaminhamentos. Já o segundo núcleo abrange ações emergenciais e assistenciais para lidar com situações que impactam o processo de saúde e doença, assim como a resposta a demandas reprimidas devido à insuficiência dos serviços de saúde e das políticas sociais. Esses desafios estão ligados às desigualdades econômicas, políticas, sociais e culturais enfrentadas pelos usuários do SUS, exigindo a busca de recursos dentro e fora da unidade de saúde.

Portanto, o Serviço Social desempenha um papel essencial na garantia dos direitos das crianças e adolescentes à vida e à saúde. O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA),

fundamentado na doutrina da proteção integral, influenciou o Estado brasileiro a adotar um modelo ampliado de atenção, especialmente nas áreas da saúde e assistência social. No âmbito dos serviços de saúde e assistência social, bem como nos órgãos que integram o Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente, o artigo 13, § 2º do ECA estabelece que crianças na primeira infância, com suspeita ou confirmação de qualquer tipo de violência, devem receber atendimento prioritário, com intervenções em rede.

Embora o trabalho dos assistentes sociais esteja alinhado ao projeto ético-político profissional e aos princípios do SUS, a precarização das políticas sociais compromete a efetividade dos serviços de saúde. As contrarreformas reduzem a qualidade do atendimento, dificultando o acesso dos usuários aos direitos sociais recomendados, o que impacta diretamente o direito à saúde e à vida.

Dessa forma, reforça-se o papel do assistente social em:

(...) Formular estratégias que busquem reforçar ou criar experiências nos serviços de saúde que efetivem o direito social à saúde, atentando que o trabalho do assistente social que queira ter como norte o projeto ético político profissional tem que, necessariamente, estar articulado ao projeto da reforma sanitária. (...) (Fonseca; Azevedo *apud* Matos, 2003; Bravo; Matos, 2004, p. 3).

Sob esta conjuntura, o trabalho do Serviço Social na pediatria se destaca pelo enfrentamento das diversas expressões da questão social, que vão além do tratamento médico. Observa-se que os usuários atendidos apresentam uma ampla variedade de doenças, muitas das quais estão diretamente ou indiretamente relacionadas a fatores sociais. A maioria desses pacientes pertence à classe trabalhadora em situação de vulnerabilidade social, o que impõe o desafio de desenvolver uma prática profissional que considere a totalidade de sua realidade social. Isso significa compreender o contexto socioeconômico brasileiro, marcado pela lógica do capital, sem reduzir os indivíduos às suas condições de vida, mas reconhecendo as desigualdades estruturais que impactam sua saúde.

Como especifica a autora Saez (2023), os/as assistentes sociais atuam com base em fundamentos teóricos, éticos e técnicos para responder às diversas formas da questão social que surgem em seu cotidiano profissional. esses profissionais enfrentam o desafio diário de oferecer soluções práticas para problemas sociais que afetam diretamente a saúde das crianças e adolescentes, desafios esses que se intensificaram com a pandemia da COVID-19.

Ainda segundo a autora, o exercício do Serviço Social exige não apenas base teórica e postura ética, mas também domínio técnico-operativo, incluindo o uso adequado de instrumentos, técnicas e saberes específicos da área. Esses elementos são essenciais para uma intervenção profissional de qualidade, orientada pelos princípios do projeto ético-político do Serviço Social. Conforme a exposição da autora, dentre os principais desafios está a defesa dos direitos dos usuários, a luta contra a privatização da saúde e a afirmação da saúde como direito

garantido pelo Estado. É fundamental planejar ações integradas que fortaleçam o trabalho interdisciplinar e melhorem diretamente o atendimento infantojuvenil.

A área da saúde representa tanto uma conquista de direitos quanto um espaço de desafios para os profissionais, especialmente devido às dificuldades históricas enfrentadas pelo SUS e pelas políticas sociais no Brasil. Apesar do princípio constitucional de acesso universal e igualitário à saúde, muitos ainda não usufruem plenamente desses serviços. Um dos fatores que contribui para isso é o desconhecimento por parte dos usuários sobre seus direitos, os serviços disponíveis e as políticas sociais existentes. Soma-se a isso a ausência de ações contínuas de educação em saúde e de integração com os serviços socioassistenciais nos territórios onde vivem as puérperas.

Segundo Netto (2006 *apud*, Saez (2023) , “os aspectos éticos da profissão vão além de normas e deveres formais, eles envolvem também escolhas teóricas, ideológicas e políticas”. Assim, a ética e a política são indissociáveis, da nossa prática profissional, seja em qual for a atividade profissional. Diante disso, é fundamental que os/as assistentes sociais estejam preparados para compreender a realidade social de forma crítica e agir com base nas diretrizes éticas da profissão. A intervenção deve estar sustentada na abordagem teórico metodológica crítico-dialética, permitindo conhecer as políticas sociais e defender os direitos das crianças e adolescentes e suas famílias. Essa atuação inclui encaminhamentos, articulação com a rede de apoio no território e a promoção do acesso aos direitos, fortalecendo o exercício da cidadania.

4.2 Serviço social no enfrentamento da evasão hospitalar pediátrica: estratégias de intervenção a partir da experiência de estágio

Para entender melhor, antes de relatar minha experiência de estágio, vou descrever onde está localizada a unidade de saúde, as características dos usuários e retomar sinteticamente a problemática da evasão hospitalar e como o Serviço Social lida com este fenômeno adverso.

Deste modo, a minha experiência de estágio ocorreu em um hospital de pediatria da rede SUS, localizado na cidade de Recife, que atende crianças e adolescentes de até 13 anos, 11 meses e 29 dias. O hospital é especializado em urgência, emergência e internamentos, embora não realize o atendimento ambulatorial. Necessário para um acompanhamento mais contínuo e de médio/longo prazo.

Além disso, realizei levantamento de dados sobre perfil de atendimento no mês de agosto de 2024, obtive uma amostra de 100 entrevistas sociais, assim, consegui identificar que as crianças e adolescentes atendidas eram de ambos os gêneros, sendo (54) do sexo masculino e (46) do sexo feminino. Outro ponto verificado foi a questão racial, segundos os acompanhantes das crianças e adolescentes, identificaram os usuários na maioria das vezes como pardos(as)

(64), brancos (24) e pretos (10). Ademais, outro ponto importante é a classificação do gênero, percebeu-se que a maioria dos acompanhantes eram mulheres com algum grau de parentesco com a criança ou adolescente, como mães e avós. Neste sentido, a estrutura familiar, em geral, consistia em mães com mais de um filho(a), com baixo nível de escolaridade (fundamental incompleto) e sem vínculo empregatício, sendo assistidas por programas sociais como beneficiárias do Bolsa Família, o qual geralmente corresponde a única fonte de renda familiar. Muitas dessas mulheres não têm uma rede de apoio para revezar o acompanhamento nos casos de internação, potencializando, nestes casos, uma possível alta por evasão hospitalar.

Por fim, os internamentos Quanto à faixa etária são distribuídos das seguintes formas: menores de um ano (28), de 01 a 10 anos (64), de 10 a 13 anos (08). No fluxo do hospital, os pacientes passam inicialmente pela classificação de risco feita por uma enfermeira, são atendidos por um médico e, se necessário, a internação passa pelo Serviço Social. Porém, como já foi mencionado, os profissionais atendem diversas demandas inerentes ou não a função.

O perfil de usuários do referido hospital era expressivo do perfil dos usuários do SUS de modo geral:

Pesquisa realizada pelos autores, Silveira; Ribeiro; Lourenço, 2023, sobre o PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS INTERNAÇÕES E MORBIDADE HOSPITALAR PEDIÁTRICA NO SUS, no período pré- pandêmico(2018 e 2019) e pandêmico (2020 e 2021). Considerando os aspectos, a faixa etária, sexo, tipo de internação, as causa que motivaram o atendimento e os obtos registrados.

Revela que: não houve mudanças expressivas no perfil das crianças atendidas. Em ambos os períodos, predominou o sexo masculino (56,37% no pré-pandêmico e 55,22% no pandêmico), com maior ocorrência em menores de 1 ano (36,54% e 40,85%, respectivamente) e entre pacientes de raça parda (82,99% e 87,99%). (Silveira; Ribeiro; Lourenço, 2023).

Outro ponto a sinalizar é que a maior ocorrência de internações em crianças com menos de 1 ano pode ser explicada por características fisiológicas dessa faixa etária, como vias aéreas mais estreitas e sistema imunológico ainda imaturo, o que aumenta a vulnerabilidade a infecções que podem exigir hospitalização (BARBOSA *et al.*, 2020 *apud* Silveira; Ribeiro; Lourenço, 2023).

Já a predominância de crianças pardas entre os internados pode estar relacionada ao fato de que, conforme dados do IBGE, 46,8% da população brasileira se autodeclara parda. Observa-se ainda que, entre 2020 e 2021, houve redução no número de prontuários sem registro da informação de cor/raça em comparação com o pA análise dos dois períodos avaliados demonstra que o perfil das hospitalizações pediátricas no SUS manteve-se estável. Tanto antes quanto durante a pandemia, os atendimentos de urgência foram predominantes, representando

91,63% (25.824 casos) no período pré-pandemia e 94,29% (20.830 casos) durante a pandemia. Em seguida, apareceram os atendimentos eletivos, com 6,41% (1.808 casos) e 3,23% (714 casos), e, por fim, as internações por outras causas externas, com 1,67% (472 casos) e 2,21% (488 casos), período de 2018 a 2019. (Silveira; Ribeiro; Lourenço, 2023).

Desse modo, entre 2018 e 2019, as hospitalizações pediátricas no SUS, de acordo com a CID-10, foram majoritariamente motivadas por doenças do aparelho respiratório, que representaram 23,52% (6.628 casos). Em seguida, destacaram-se as afecções originadas no período perinatal (17,04% – 4.802 casos) e as doenças infecciosas e parasitárias (3,95% – 3.933 casos). Já no biênio 2020-2021, observou-se alteração nesse perfil: as afecções perinatais passaram a ocupar a primeira posição (22,64% – 5.002 casos), seguidas por lesões, envenenamentos e outras consequências de causas externas (14,59% – 3.223 casos) e pelas doenças infecciosas e parasitárias (14,11% – 3.118 casos). (Silveira; Ribeiro; Lourenço, 2023).

Assim, durante a pandemia, observou-se uma redução nas hospitalizações pediátricas por infecções respiratórias. Esse cenário pode estar relacionado ao uso generalizado de máscaras, que ajudou a conter a disseminação de agentes causadores dessas doenças. Além disso, medidas como o fechamento das escolas e o período de férias escolares já haviam sido associadas, em estudos anteriores (EARN *et al.*, 2012; KUITUNEN *et al.*, 2020 *apud* (Silveira; Ribeiro; Lourenço, 2023).

Por fim, os dados indicam que o tempo médio de internação pediátrica no SUS manteve-se próximo nos dois períodos analisados: cerca de 5 a 5,5 dias antes da pandemia e de 5,5 a 5,8 dias durante ela. A maior parte das internações ocorreu em crianças com menos de 1 ano, seguidas pelas de 1 a 4 anos, possivelmente devido à imaturidade do sistema imunológico nessa faixa etária. Em relação aos óbitos, houve aumento da taxa no período pandêmico (1,62%, equivalente a 358 casos) em comparação ao pré-pandêmico (1,18%, 332 casos). Esse crescimento pode estar associado à redução das internações, já que muitos pais, receosos da COVID-19, procuravam o hospital apenas diante de quadros mais graves. (Silveira; Ribeiro; Lourenço, 2023)

Portanto, a experiência de estágio oferece um retrato consistente com o perfil epidemiológico observado em estudos regionais, como o de Silveira, Ribeiro e Lourenço(2023). A predominância de crianças menores de 1 ano e pardas nas internações ilustra a persistência da vulnerabilidade social e biológica que demanda abordagem integrada. A evidente falta de suporte social aos acompanhantes com baixa escolaridade, ausência de trabalho formal e rede de apoio limitada reforça o papel central do Serviço Social na prevenção de evasões hospitalares e na promoção da continuidade do cuidado. Esta realidade ressalta a urgência de políticas que reconheçam e apoiem essas famílias tanto durante o internamento quanto no processo de alta,

para garantir acesso efetivo aos direitos à saúde e ao bem-estar.

Em consonância com o perfil apresentado, uma vez que, os usuários são colocados nos leitos do SPA do hospital, os (as) assistentes sociais também precisam realizar o acolhimento conduzido por uma entrevista social simplificada, para entender melhor o contexto da criança ou adolescente, está no hospital ao considerar os determinantes sociais que afetam o processo saúde-doença. Se houver suspeita de violência, é realizada uma entrevista social mais detalhada e, se confirmada a suspeita, o caso é notificado ao Conselho Tutelar da região de residência da criança e preenchida a ficha de notificação individual do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Compreende-se a partir do exposto que as principais demandas do Hospital estão profundamente ligadas ao contexto de vulnerabilidade social dos usuários. Esses problemas são potencializados pelo desemprego das famílias e pela falta de acesso adequado aos serviços de saúde da Atenção Básica. Apesar de viverem provavelmente em áreas cobertas por unidades de saúde, muitos usuários relatam não receber acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde ou sequer ter conhecimento sobre os serviços disponíveis.

Logo, cabe ressaltar que a deficiência no atendimento básico de saúde, faz com que aumentem a demanda no hospital pediátrico. Entre as enfermidades de saúde mais comuns atendidas no hospital incluem doenças respiratórias, como asma e bronquiolite. Doenças com maior incidência no período sazonal. Todavia, a escuta qualificada permite identificar outras necessidades que podem não ser evidentes no primeiro contato, como situações de violência contra crianças e adolescentes, incluindo negligência, como exemplo, vacinas atrasadas. Com base nessas situações, são realizados encaminhamentos e fornecidas orientações sobre os direitos das crianças e adolescentes, com o objetivo de garantir a proteção dos usuários.

Para garantir um cuidado integral aos pacientes pediátricos crianças e adolescentes no contexto hospitalar, é fundamental reconhecer o papel do assistente social na compreensão da realidade social dos sujeitos e de suas famílias. A partir dessa análise crítica e do diálogo com a equipe multiprofissional, os/as assistente social desenvolvem um conjunto articulado de ações voltadas à mediação das demandas identificadas no quadro de saúde dos usuários. No entanto, tais demandas muitas vezes extrapolam os limites do ambiente hospitalar, exigindo articulações com outros serviços e instituições. É nesse sentido que se destaca a importância da articulação interinstitucional como estratégia para responder às necessidades que não podem ser plenamente supridas apenas no espaço hospitalar. A ausência dessa articulação pode acarretar em prolongamento da internação e agravamento de situações sociais já fragilizadas, reforçando a necessidade de atuação integrada e em rede para a efetivação do cuidado em sua dimensão ampliada.

Sem perder de vista o que foi discutido no desenrola-se dessa pesquisa, durante o estágio no Serviço de Pronto Atendimento (SPA) do Hospital Pediátrico, um ponto preocupante observado foi o número significativo de evasões hospitalares, isto é, como já relatado anteriormente, é quando os usuários saem do hospital sem alta médica ou sem completar o atendimento necessário.

Logo, a evasão hospitalar pode ter sérias consequências. Uma delas pode ser quando a criança não recebe todos os cuidados necessários ou os exames complementares não são avaliados pelo médico/a para fechar um diagnóstico, na sequência acabar retornando ao hospital em condições mais graves. Isso afeta tanto a saúde dos usuários, quanto o fluxo do atendimento hospitalar, já que muitos desses casos retornam como emergências. O desconhecimento sobre a importância de concluir o atendimento reflete a necessidade de uma comunicação mais clara entre a equipe de saúde e os familiares.

Em alguns casos, há uma pressão para sair por conta de responsabilidades familiares ou outras dificuldades, o que torna a situação ainda mais complexa. Essa alta incidência de evasões refletiu a necessidade de um trabalho informativo e educativo, orientando as mães e acompanhantes sobre o que constitui uma evasão hospitalar e os riscos envolvidos. Atualmente, essa orientação não parece estar sendo suficientemente discutida ou enfatizada, e muitas vezes, os acompanhantes não recebem informações claras sobre a importância de seguir todo o protocolo hospitalar até o fim.

Para tratar dessas demandas, as ações de intervenções foram realizar atividades informativas na sala de espera, explicando aos acompanhantes o que é uma evasão hospitalar, quais são as suas implicações e por que é fundamental aguardar o término completo do atendimento. Além disso, seria importante que a equipe de saúde reforçasse essa orientação de forma mais direta, especialmente em situações em que o tempo de espera é longo, assim como no momento da realização da entrevista social de internamento. Sendo assim, a redução das evasões hospitalares passaria tanto pela conscientização dos familiares sobre o processo de atendimento no SPA, como pela comunicação efetiva da equipe de saúde. Nesse sentido, ficaria claro a importância de respeitar o tempo necessário para garantir o cuidado adequado das crianças e adolescentes.

Diante da análise, quando ocorrem casos adversos de alta por evasão, a priori os/as assistentes sociais realizam a busca ativa por telefone, através do número fornecido na ficha de atendimento ou no momento da entrevista social, (quando houver internamento). Se o/a assistente social conseguir contatar o responsável pela criança ou adolescente, o mesmo irá fornecer as informações/ orientações acerca dos riscos da interrupção do tratamento. Recomenda-se o retorno ao hospital com a criança/adolescente para realizar uma reavaliação

médica. Bem como, enfatizar as responsabilidades do responsável pela saúde infantojuvenil de acordo com o ECA. E o não cuidado configura negligência podendo ser notificada aos órgãos competentes caso não haja o retorno.

Em segundo lugar, a ficha de atendimento ou prontuário deve permanecer na sala do Serviço Social, para que o/a assistente social possa registrar em prontuário a intervenção realizada, e no livro de ocorrência. Em caso da criança ou adolescente voltar no mesmo plantão que ocorreu a evasão, o prontuário deverá ser entregue à equipe médica para ser realizada a reavaliação do estado clínico. Se o retorno for no plantão posterior, a orientação é que seja feita outra ficha de atendimento, entretanto, a ficha anterior será anexada na ficha atual com o devido registro da evasão.

Nos casos de negativa de retorno ou busca ativa telefônica, o/a assistente social deverá providenciar as notificações/ encaminhamentos cabíveis, de acordo com o Estatuto da Criança e Adolescente. Assim, é essencial que medidas preventivas sejam adotadas desde o início da internação para evitar situações de evasão.

Conforme Rodrigues (2023) na sua visão, a evasão hospitalar representa um desafio significativo para a continuidade do cuidado em saúde e para a segurança dos pacientes. Para prevenir esse agravo, é necessário adotar estratégias abrangentes que envolvam ações preventivas, monitoramento contínuo e intervenções integradas por parte da equipe de saúde. Diante do que afirma o autor, outras estratégias que podem ser realizadas certamente são as avaliações individuais dos fatores de risco, considerando o histórico do paciente, sinais de comportamento evasivo, transtornos mentais e contextos externos que possam influenciar sua decisão, como datas comemorativas. Esse processo deve ser acompanhado de um diálogo esclarecedor com o usuário ou seu responsável, sendo criança ou adolescente, a fim de compreender os motivos da intenção de evadir-se e orientar quanto às consequências da interrupção do tratamento.

Nesse contexto, para tratar das demandas a comunicação eficaz também é uma medida essencial. É importante que pacientes e familiares sejam orientados de forma clara sobre a importância da permanência hospitalar para cumprir todo o tratamento. Além disso, canais abertos de diálogo devem ser estabelecidos, permitindo que os usuários expressem suas necessidades e preocupações. Sempre que houver alterações no comportamento do paciente, a família deve ser informada. Assim, o apoio psicossocial deve ser ofertado aos usuários em situação de vulnerabilidade social, com envolvimento da equipe da psicologia para avaliação e orientação.

4.2.1 Estratégias de intervenção a partir da experiência de estágio

Dando continuidade no que já foi dito, este novo tópico busca corroborar para promover possíveis estratégias de intervenções ao Serviço Social, a partir das ações realizadas no campo de estágio.

Inicialmente, foi possível observar que entre os meses de Julho a Setembro de 2024, ocorreram cerca de (101) evasões. Ao realizar as busca-ativas, (por telefone), os responsáveis pela criança ou adolescentes, relataram aos assistentes sociais que saíram do hospital sem passar pela reavaliação médica, porque não tinham o conhecimento da necessidade. Acreditando que a criança/adolescente após tomar a medicação necessária estaria bem e assim poderiam retornar para casa. Consequentemente, não completando o ciclo medicamentoso.

Outra questão que favorece a alta por evasão é o fluxo de entrada e saída do hospital, são feitas pelo mesmo acesso. Espaço de Pronto Atendimento -SPA. Tanto os pacientes que vão ao consultório como aqueles que estão internados. O que prejudica o controle por parte da vigilância e portaria.

Perante estas observações, propôs desenvolver meu projeto de intervenção com esta temática, alta por evasão hospitalar. Com o objetivo de informar aos acompanhantes sobre o significado da evasão hospitalar, com destaque aos riscos e consequências para a saúde das crianças e adolescentes. Nesse sentido, desenvolvi este projeto em dois momentos: a priori, realizei ações socioeducativas e em todas as enfermarias e na sala de observação-SPA do hospital, a fim de dialogar acerca da temática envolvida. Posteriormente, na sala de espera, entretanto com algumas limitações devido ao fluxo intenso do período sazonal.

Para facilitar o entendimento das informações prestadas, distribui folders educativos sobre a temática, a todos os acompanhantes, assim como um questionário com perguntas objetivas abordando se conheciam o conceito de evasão hospitalar, quais os motivos que levariam os acompanhantes evadir-se da unidade de saúde e se conheciam as consequências dessa atitude. Por fim, possíveis sugestões para a melhoria do atendimento.

Em síntese, a ação socioeducativa foi desenvolvida em dois encontros, com intervalo de três dias, visando ampliar o alcance do público. Inicialmente, utilizou-se uma abordagem expositiva para esclarecer o conceito de evasão hospitalar, caracterizada pela saída do responsável com a criança ou adolescente sem reavaliação e alta médica, o que pode agravar o estado de saúde do paciente, levando a reinternações ou até óbito.

Na sequência, abordou-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA/90), destacando o artigo 4º, que trata da proteção integral. Foi enfatizado que a evasão configura uma forma de

negligência, considerada violência, sendo dever da família, da sociedade e do Estado garantir o direito à saúde. Também foram exemplificadas outras formas de negligência, como falta de vacinação, ausência de certidão de nascimento, não matrícula escolar e cuidados básicos de saúde e alimentação. Os casos de evasão são comunicados ao Conselho Tutelar.

Outro tema tratado foi a classificação de risco, que define o tempo de espera e a prioridade de atendimento nas unidades hospitalares:

- Vermelho: atendimento imediato;
- Laranja: até 10 minutos;
- Amarelo: até 60 minutos;
- Verde: até 120 minutos ou buscar UBS;
- Azul: até 240 minutos ou buscar UBS;
- Destaquei também que em períodos de alta demanda, os tempos de espera podem ser maiores.

Por fim, foram apresentados os canais para denúncia de violações de direitos da criança e do adolescente, como: Ministério Público, Defensoria Pública, DPCA, Conselho Tutelar, CRAS, CREAS, Disque 100 e 190.

A ação socioeducativa foi realizada em dois dias distintos, sob supervisão da preceptora de campo. O primeiro dia ocorreu na segunda-feira, 31/03/2025, às 20h30, no SPA, com a participação dos acompanhantes de crianças e adolescentes internados nos leitos de observação e nas enfermarias Roda Gigante, Balanço, Carrossel, Dominó e Escorrego. Foram distribuídos 24 folders e 24 formulários de avaliação.

O segundo dia aconteceu na sexta-feira, 04/04/2025, às 10h, também no SPA, porém na sala de espera. Contou com a presença da preceptora e de uma funcionária do Núcleo de Segurança do Paciente. Participaram 16 acompanhantes, sendo distribuídos 16 folders e 16 formulários de avaliação.

Ao todo, 40 acompanhantes participaram da ação. Dentre eles, 14 afirmaram conhecer o conceito de evasão hospitalar, 24 não conheciam e 2 não responderam. Sobre os motivos que levaram à saída sem alta médica, 7 apontaram dificuldades financeiras, 30 negaram essa motivação e 3 não responderam. Em relação à falta de rede de apoio, 10 responderam sim, 23 não e 7 não responderam. Quando questionados sobre o tempo de espera, 10 responderam sim, 25 não e 5 não responderam.

Por fim, 14 acompanhantes sabiam que a evasão é uma forma de violência contra

crianças e adolescentes, enquanto 25 desconheciam essa informação e 1 não respondeu. A intervenção que foi realizada teve grande relevância, os quais é possível destacar: em primeiro lugar, ela cumpriu um papel educativo ao informar e sensibilizar mães e acompanhantes sobre o que é a evasão hospitalar, suas implicações para a saúde das crianças e adolescentes, e os riscos de uma saída precoce sem alta médica. Muitas vezes, a evasão ocorre por falta de informação, falta de rede de apoio, dificuldades financeiras ou até mesmo tempo elevado de espera, entre outros potenciais motivos, e esta ação buscou justamente enfrentar essas questões por meio do diálogo e da orientação.

Além disso, a intervenção promoveu o fortalecimento do vínculo entre os usuários e a equipe multiprofissional, em especial com o Serviço Social, reforçando o papel do assistente social como educador e articulador no campo da saúde. Ao levar informações acessíveis sobre direitos garantidos pela Constituição Federal de 1988 e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), a ação contribuiu para a valorização do cuidado integral e seguro, colocando a criança e o adolescente como sujeitos de direitos.

Outro ponto relevante foi a valorização da sala de espera -SPA. como espaço estratégico para ações educativas. Apesar de ser um local de fluxo contínuo, este se revelou um ambiente potente para a promoção da saúde e prevenção de agravos. A iniciativa também despertou na gestão hospitalar um olhar mais sensível e humanizado, promovendo a possibilidade de atividades regulares com profissionais de diferentes áreas, para ampliar o acesso à informação e à garantia de direitos, por meio do Núcleo de Educação Permanente.

Portanto, a intervenção não só cumpriu seu objetivo imediato de informar e reduzir as evasões, como também abriu caminhos para transformações institucionais mais amplas, com impacto positivo na qualidade do atendimento, na humanização do cuidado e na efetivação de políticas públicas de saúde e assistência social.

A meta inicial do projeto de intervenção de estágio foi abordar cerca de 20 acompanhantes dos usuários da Pediatria, que estavam entre a sala de espera, como nas enfermarias e salas de observações.

Sendo assim, levando em consideração o fluxo constante, estabeleci como periodicidade da ação 03 dias, sendo 02 no plantão diurno e 01 no plantão noturno. Dessa forma, a ação socioeducativa teve como proposta principal alcançar o maior número possível de acompanhantes por dia, Desse modo, considerando o número de pessoas que procurei atingir, foram desenvolvidos e impressos 50 folders informativos e 50 questionários.

Apesar das dificuldades para implementar as atividades, principalmente na segunda feira devido ao aumento significativo de atendimento, e tendo em vista o grande fluxo do Hospital

que é sistematicamente mais intenso nas segundas-feiras, e a falta de recursos como um sistema de som para realização da ação na sala de espera, foi um ponto negativo, visto que é um ambiente grande e ocioso. Mesmo diante de tais limitações foi possível realizar a intervenção. Sendo assim, tanto o questionário como os folders foram impressos em folha A4. Impressão disponibilizada pela gestão do hospital, e entregue aos acompanhantes, acompanhado de caneta para que pudessem responder.

Entretanto, um ponto negativo foi a periodicidade da ação, pois a intervenção só contou com dois dias, um plantão noturno e um plantão diurno. Embora, consegui alcançar o maior número possível de acompanhantes por dia, ao considerar que todas as crianças e adolescentes internados precisam estar acompanhados, conforme a Lei nº 8.069 de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente).

Em suma, como ponto positivo, destaca-se, a participação do público no debate, ou para concordar ou para trazer questionamentos sobre a temática, e isto tornou a exposição mais rica e dinâmica. As dificuldades encontradas já eram previstas, pois a sala de espera - SPA é uma local de grande circulação de pacientes e acompanhantes, consequentemente não é um espaço silencioso, o que dificultou atrair a atenção para a atividade.

As informações a seguir apresenta os dados quantitativos obtidos por meio da avaliação realizada com 40 acompanhantes dos usuários da unidade hospitalar. O objetivo, como já dito, foi compreender o nível de conhecimento sobre a evasão hospitalar, suas possíveis causas e efeitos. Assim sendo, as informações levantadas podem contribuir para o planejamento de estratégias de sensibilização, prevenção e fortalecimento do cuidado em saúde, como desvelar os determinantes sociais no processo saúde-doença. Desse modo, garantir os direitos à saúde e permanência segura dos usuários nos serviços hospitalares pediátricos.

A participação de 40 acompanhantes forneceu subsídios importantes para compreender a realidade enfrentada por essas famílias. (fonte própria, 2025)

Os dados revelaram que 60% dos entrevistados(as) desconheciam o que é evasão hospitalar, evidenciando uma lacuna significativa na informação e na educação em saúde. Esse dado reforça a importância de ações socioeducativas em espaços como a sala de espera, que podem contribuir para a ampliação do conhecimento e para a prevenção de práticas que colocam em risco a saúde das crianças e adolescentes.

Com relação aos fatores que podem levar à evasão, os mais citados foram a falta de rede de apoio (25%) e o tempo de espera (também 25%). Ainda que em menor proporção, 17,5% dos(as) acompanhantes apontaram as dificuldades financeiras como um motivo potencial para a saída precoce do hospital. Esses elementos refletem situações de vulnerabilidade social, que

exigem uma abordagem intersetorial, envolvendo saúde, assistência social e, quando necessário, o sistema de garantia de direitos.

Outro dado preocupante é que 62,5% dos(as) participantes não sabiam que a evasão hospitalar configura-se uma forma de negligência e, portanto, pode ser caracterizada como uma violência institucional contra crianças e adolescentes. Esse desconhecimento reforça a necessidade de fortalecer a dimensão educativa do Serviço Social no hospital, promovendo espaços de orientação e reflexão com os(as) usuários(as) do sistema de saúde.

Os dados referentes à avaliação da atividade educativa demonstram uma recepção bastante positiva por parte dos(as) acompanhantes participantes. Do total de 40 pessoas, 87,5% consideraram a apresentação como boa, 5% a classificaram como regular e apenas 7,5% optaram por não responder. Esses números refletem não apenas o interesse pelo tema abordado, evasão hospitalar e seus impactos, mas também a efetividade da metodologia utilizada na intervenção. A alta taxa de aprovação indica que a linguagem, o conteúdo e a abordagem foram adequados ao público-alvo, promovendo compreensão e engajamento.

Esse resultado também reforça a importância das ações socioeducativas conduzidas pelo Serviço Social no ambiente hospitalar, especialmente em espaços como a sala de espera, que muitas vezes são subutilizados como locais de promoção de direitos e de fortalecimento do vínculo entre usuários(as) e serviços de saúde. Além disso, demonstra que há abertura por parte das famílias para esse tipo de atividade, que pode favorecer a continuidade e a ampliação dessas estratégias dentro da instituição.

Portanto, os dados evidenciam que, além de atender às demandas imediatas, é fundamental que a equipe de Serviço Social atue de forma preventiva, educativa e articulada com a rede de proteção, buscando garantir o direito à saúde integral e segura, especialmente no contexto da infância e adolescência.

Diante do que foi analisado, os dados reforçam a tese de que a evasão hospitalar está intimamente ligada aos determinantes sociais da saúde. A renda, a escolaridade, o apoio social e a qualidade do serviço interferem diretamente na permanência das crianças e adolescentes no ambiente hospitalar. O Serviço Social, ao propor ações educativas e articuladas com a rede de proteção, atua como agente de transformação e garantia de direitos, fortalece o protagonismo das famílias no cuidado com a saúde. Logo, a sistematização da intervenção educativa revela a importância de transformar os espaços de espera hospitalar em ambientes de formação, escuta e orientação. A atuação educativa do Serviço Social reforça a necessidade de uma atuação articulada e contínua entre saúde, assistência social e educação, com vistas à proteção integral da infância e adolescência.

Diante dessa realidade, desenvolver um protocolo institucional para enfrentar a evasão hospitalar infantojuvenil é uma das principais ações, que pode ser desenvolvida tanto pela equipe do Serviço Social como por todos os profissionais que atuam no ambiente de saúde, por meio do apoio do Núcleo de Educação Permanente (NEP). Este documento reforça o papel do Estado, da família e da comunidade na proteção da infância, consoante a Carta magna e ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio de pesquisa documental e bibliográfica, foi possível desenvolver o objetivo geral: discutir a evasão hospitalar em pediatria e a atuação do Serviço Social - considerando o direito à saúde e proteção à vida de crianças e adolescentes, evidencia a análise de que a evasão hospitalar no atendimento pediátrico revela-se como uma problemática complexa e desafiadora, que exige uma compreensão aprofundada dos múltiplos fatores que a determinam. Este trabalho buscou refletir sobre esse fenômeno a partir da perspectiva do Serviço Social, reconhecendo que a interrupção precoce do tratamento médico de crianças e adolescentes não é um ato isolado, mas sim o resultado de um conjunto de condições sociais, econômicas, institucionais e subjetivas que atravessam a vida dos sujeitos e de suas famílias.

A partir da análise realizada, foi possível perceber que a evasão hospitalar, além de comprometer a continuidade do cuidado e a efetividade do tratamento, pode configurar uma violação dos direitos fundamentais garantidos à infância e à adolescência pela Constituição Federal de 1988 e pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Em muitos casos, a ausência de informação clara, a falta de vínculo entre equipe de saúde e usuários, a negligência institucional e a vulnerabilidade social das famílias contribuem para o agravamento desta realidade.

Ademais, a intervenção do Serviço Social na unidade hospitalar está pautada na análise das expressões da questão social que se manifestam no contexto da saúde pública, especialmente no que se refere às dificuldades de acesso aos serviços, à vulnerabilidade socioeconômica dos usuários e à evasão hospitalar. Nesse sentido, os/as assistentes sociais atuam na orientação e acompanhamento das famílias, no encaminhamento para a rede de proteção social e na articulação com outros profissionais da equipe interdisciplinar, assegurando a integralidade do cuidado.

Entre os principais achados, tem-se que em primeiro lugar a compreensão que os desmontes do SUS, a partir da política neoliberal, vem prejudicando o acesso universal e equitativo ao sistema. Este processo de contrarreforma do SUS, causa precarização dos serviços devido a falta de investimento públicos, consequentemente gerando desigualdades no acesso aos direitos. Essas particularidades afetam em especial os grupos mais vulneráveis como crianças e adolescentes, os quais necessitam de uma sistema de saúde estruturado e integralizado. Contatou-se, que mesmo com a criação de políticas de proteção como o Estatuto da Criança e Adolescente- ECA e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança-PNAISC, os retrocessos no financiamento e na gestão do SUS dificultam a efetivação das ações propostas, gerando descontinuidade no cuidado e fragilidade na atenção pediátrica. Em segundo lugar, os resultados apontam para a importância da Constituição Federal de 1988 e do Estatuto da Criança

e do Adolescente (ECA) como marcos legais fundamentais no reconhecimento das crianças e adolescentes como sujeitos de direitos. Entretanto, observou-se que persistem contradições entre os princípios legais e a realidade vivida pelos usuários do sistema público de saúde.

No que se refere a evasão hospitalar, ela foi analisada a partir do entendimento do que é determinantes sociais. Consoante, Silvia, Souza, (2024, p.165) determinantes sociais da saúde surge com a reformulação do conceito de saúde pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1948, quando esta definiu saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, não o limitando à apenas ausência de doença. Nesse contexto, nas últimas décadas, tem ganhado destaque a formulação de políticas públicas de saúde que consideram os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) como centrais na promoção do bem-estar, da qualidade de vida e da autonomia das populações.

Os determinantes são às condições sociais em que as pessoas vivem, trabalham, estudam e se relacionam, as quais influenciam no processo saúde-doença. Esses fatores revelam que a evasão não se reduz a uma simples decisão individual ou familiar, mas está vinculada a processos estruturais que limitam o acesso e a permanência no tratamento.

Em terceiro lugar, os achados reforçam o papel estratégico do Serviço Social, na mediação entre os usuários e serviços de saúde, buscando atuar de forma efetiva na garantia dos direitos, principalmente das crianças e adolescentes, como também agente de transformação social. A experiência de estágio como futura assistente social, permitiu-me identificar vulnerabilidades sociais que levam a evasão hospitalar, como desemprego, falta de acesso à educação, localização geográfica, entre outros. Logo, as atividades socioeducativas desenvolvidas pelo Serviço Social, tornam-se instrumentos fundamentais na prevenção da evasão hospitalar, em particular em unidades pediátricas. Principalmente quando acompanhadas por ações intersetoriais e interdisciplinares e integradas.

Esta pesquisa contribui para o campo do Serviço Social na saúde ao aprofundar o debate sobre a evasão hospitalar no contexto pediátrico, uma temática ainda pouco explorada na literatura acadêmica. Além disso, o estudo propõe reflexões e estratégias que podem apoiar a prática profissional nos serviços de saúde, reforçando a importância da integralidade, da intersetorialidade e da defesa dos direitos sociais no cuidado às infâncias.

No que tange a contribuição teórica. Os resultados aqui apresentados oferecem evidências ao incorporar o referencial marxista, o qual faz uma análise crítica da realidade social que produz e reproduz as situações de vulnerabilidade que impactam diretamente a saúde da população infantojuvenil.

A partir do referencial teórico-metodológico marxista, foi possível compreender que as expressões da questão social, como a evasão hospitalar, estão ligadas às contradições do modo de produção capitalista, que produz desigualdades, precariza o acesso aos direitos e mercantiliza

os serviços públicos.

Ademais, como contribuição social, os resultados deste estudo fortalecem o debate sobre a importância da garantia do direito à saúde de crianças e adolescentes, ao evidenciar os impactos da evasão hospitalar e a necessidade de políticas públicas que assegurem um atendimento contínuo, humanizado e integral. Ao abordar a atuação do Serviço Social frente a essa problemática, a pesquisa também contribui para a qualificação das práticas profissionais voltadas à defesa dos direitos da infância e juventude no contexto hospitalar, incentivando ações educativas, intersetoriais e de acolhimento às famílias.

Os achados desta pesquisa podem ser úteis para gestores hospitalares, ao evidenciar a necessidade de implantar políticas institucionais que promovam o cuidado integral e a permanência das crianças e adolescentes nos serviços.

Acerca das limitações presentes neste estudo, mesmo destacando suas contribuições, ressalta-se que o tempo para desenvolver a pesquisa, foram menos de três meses, que dificultou a construção mais aprofundada deste trabalho. Outra limitação constatada foi a falta de publicações no campo do Serviço Social sobre evasão hospitalar pediátrica. Nesse contexto, por se tratar de uma pesquisa de natureza documental e bibliográfica, os dados analisados foram restritos às informações disponíveis em fontes secundárias, como artigos científicos, legislações e relatórios institucionais. Isso pode ter limitado o aprofundamento em experiências concretas vivenciadas no cotidiano dos serviços hospitalares pediátricos. A ausência de entrevistas ou dados empíricos também restringe a compreensão direta das percepções de profissionais, usuários e familiares sobre a evasão hospitalar.

Por fim, sugerem-se que pesquisas ampliem o escopo metodológico por meio de estudos de campo, com a realização de entrevistas com profissionais da saúde, assistentes sociais e familiares de pacientes pediátricos. Pesquisas que envolvam dados quantitativos e análises estatísticas também podem contribuir para mensurar a incidência da evasão hospitalar e identificar com maior precisão os fatores socioeconômicos associados. Além disso, seria relevante investigar experiências de enfrentamento da evasão hospitalar pediátrica em diferentes regiões do país, com o objetivo de compartilhar estratégias e fortalecer as práticas de cuidado integral. Tornam-se importantes estudos interdisciplinares, que articulem saúde, assistência social, educação e direitos humanos, também se mostram importantes para aprofundar a compreensão da temática e propor intervenções mais efetivas.

Portanto, espera-se que este trabalho contribua para ampliar o debate sobre a evasão hospitalar no atendimento pediátrico, oferecendo subsídios teóricos e práticos para a atuação do Serviço Social e demais profissionais da saúde. Que as reflexões aqui apresentadas possam inspirar novas pesquisas, fomentar a criação de protocolos institucionais mais humanizados e fortalecer as estratégias de cuidado integral às crianças e adolescentes, garantindo que o direito

à saúde seja efetivamente respeitado e promovido.

REFERÊNCIAS

- ALBUQUERQUE, Maria Ilk Nunes. **Uma revisão sobre as políticas públicas de saúde no Brasil**. Sistema Único de Saúde – SUS. Estratégia Saúde da Família práticas. Recife, 2015. 33 p.
- ARAÚJO, Daniely Evelin Garcia de. **O trabalho do Serviço Social e a política pública de saúde do Brasil**: desvelando seus limites e possibilidades na contemporaneidade. 2023. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Ciências Jurídicas e Sociais, Unidade Acadêmica de Serviço Social, Sousa, PB, 2023.
- ASSUNÇÃO, Marina Figueirêdo; SOARES, Raquel Cavalcante; SERRANO, Isadora. A superlotação das maternidades em Pernambuco no contexto atual da política de saúde. **Revista Saúde & Ciência**, v. 16, n. 2, p. 5–13, 2014.
- BARROCO, Clivia Costa. **Saúde e Serviço Social**: particularidades e desafios do trabalho profissional na alta complexidade em Manaus. 2021. 166 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social e Sustentabilidade na Amazônia) – Universidade Federal do Amazonas, Instituto de Filosofia, Ciências Humanas e Sociais, Manaus, 2021.
- BARROS, André Braga *et al.* Prevalência sazonal das patologias pediátricas que cursam para internações no Hospital Materno Infantil Tia Dedé em Porto Nacional-TO nos períodos de janeiro a novembro de 2023. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v. 7, n. 5, p. 01-16, set./out. 2024. DOI:10.34119/bjhrv7n5-582. Acesso em: 14 fev. 2025.
- BARROS, L. M. **Determinantes sociais da saúde**: implicações para o cuidado em enfermagem. Fortaleza: EdUECE, 2024.
- BORBA, Ester de Melo. **Perfil sociodemográfico e clínico de pacientes com história de evasão hospitalar**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, 2020. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem).
- BRASIL. Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (CONANDA). **Resolução nº 41, de 13 de outubro de 1995**. Aprova o texto relativo aos Direitos da Criança e do Adolescente Hospitalizados, oriundo da Sociedade Brasileira de Pediatria. Publicado no Diário Oficial da União, 17 out. 1995.
- BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm. Acesso em: 12 out. 2014.
- BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente**: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990.
- BRASIL. **Lei n.º 8.662, de 7 de junho de 1993**. Dispõe sobre a regulamentação da profissão de Assistente Social e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, ano 131, n. 109, p. 8269, 8 jun. 1993.

BRASIL. **Lei nº 11.804, de 5 de novembro de 2008.** Disciplina o direito a alimentos gravídicos e a forma como ele será exercido e dá outras providências. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 6 nov. 2008. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111804.htm. Acesso em: 8 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 12.842, de 10 de julho de 2013.** Dispõe sobre o exercício da Medicina. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 11 jul. 2013. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2013/lei/112842.htm. Acesso em: 20 jul. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016.** Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 9 mar. 2016. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2016/lei/113257.htm. Acesso em: 8 ago. 2025.

BRASIL. **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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 04 ago. 2025.

BRASIL. **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. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 04 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Criança.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, [202–]. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/caderneta-da-crianca>. Acesso em: 26 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. **Gestão do Cuidado Integral.** Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/dgci>. Acesso em: 15 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS:** acolhimento com classificação de risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.130, de 5 de agosto de 2015.** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, 6 ago. 2015. Disponível em: Ministério da Saúde Acesso em: 08 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 312, de 2 de maio de 2002.** Estabelece a padronização da nomenclatura do censo hospitalar para os hospitais integrantes do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2 maio de 2002. Disponível em: <http://www.inova.saeb.ba.gov.br/sites/default/files/praticasPortaria%20n%C2%BA%20312.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 104 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_atencao_saude_adolescentes_jovens.pdf. Acesso em: 26 jun. 2025.

BRAVO, Maria Inês Souza; PELAEZ, Elaine Junger. Avanços das contrarreformas na saúde no governo Temer. *In*: Sessão temática: **Política Social e Serviço Social**. Mesa coordenada: A radicalização do capital, impactos na saúde e no serviço social: lutas e resistências. (XVI ENPESS, 2018).

BRAZILH2. **Combate à evasão hospitalar: um guia essencial para administradores e profissionais da saúde**. Disponível em: <https://brazilh2loja.com.br/combate-a-evacao/>. Acesso em: 07 ago. 2025.

CARRAPATO, Pedro; CORREIA, Pedro; GARCIA, Bruno. Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 676-689, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017170304>. Acesso em: 14 jun. 2025.

CFESS. **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Aprovado em 1993. Brasília: CFESS, 2011.

CFESS. Conjunto CFESS/CRESS. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO (COREN-SP). **Parecer COREN-SP GEFIS nº 27/2010**: evasão de pacientes, conceito, responsabilidade, formas de preservação. São Paulo: COREN-SP, 2010.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO DISTRITO FEDERAL. **Parecer técnico nº 01/2020**: sobre a conduta dos técnicos de enfermagem na busca ativa (evasão de paciente) no Hospital São Vicente de Paulo – HSVP em Brasília-DF. Brasília, 2020.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **Os elos invisíveis do processo de trabalho no Itico de Saúde**: um estudo sobre as particularidades do trabalho dos assistentes sociais na saúde pública de Natal (RN). 1998. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 1998. Orientadora: Ana Elizabete Mota.

COSTA, Maria Dalva Horácio da. **Serviço social e intersetorialidade**: a contribuição dos assistentes sociais para a construção da intersetorialidade no cotidiano do Sistema Único de Saúde. 2010. 264 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Recife, 2010.

COUTINHO, Arnaldo Pineschi de Azeredo. Alta em pediatria: análise da autonomia e do risco. **Residência Pediátrica**, Rio de Janeiro, v. 6, supl. 1, p. 17-20, 2016. Disponível em: https://www.residenciapediatrica.com.br/detalhe_artigo.asp?id=386. Acesso em: 18 jul. 2025.

EQUIPE EDITORIAL. Determinantes sociais em saúde infantil: determinantes de uma boa saúde ou determinantes das iniquidades sociais? ODS 3: **Saúde e Bem-estar**, 12 ago. 2011. Disponível em: <https://ods3.org/determinantes-sociais-em-saude-infantil-determinantes-de-uma-boa-saude-ou-das-iniquidades/>. Acesso em: 14 jun. 2025.

FIGUEIREDO, Ivanilda Vitoriano de. **A intersectorialidade no trabalho do(a) Assistente Social na garantia do direito à saúde**. 2021. 141 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Serviço Social, Rio de Janeiro, 2021.

FIGUEIREDO, Alcio Manoel de Sousa; VIDAL, Aroldo Aparecido; SCHMIDT, Rosângela Javorski; RODRIGUES, Valdinei Aparecido. **Princípios da Seguridade Social**. *Revista Jurídica Uniandrade*, Curitiba, v. 21, n. 2, p. 251-267, 2014.

FONSECA, Franciele Fagundes; SENA, Ramony Kris R.; SANTOS, Rocky Lane A. dos; DIAS, Orlene Veloso; COSTA, Simone de Melo. As vulnerabilidades na infância e adolescência e as políticas públicas brasileiras de intervenção. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 12, n. 1, p. 73–82, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/revistapsicologia/article/view/31092>. Acesso em: 26 jun. 2025.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de Pesquisa Social**, 2008. Disponível em: <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicas-de-pesquisa-social.pdf> Acesso em: 08 ago. 2025.

GONTIJO, Mariana Lacerda; CARDOSO, Ana Amélia; DITZ, Erika da Silva; MAGALHÃES, Livia de Castro. Evasão em ambulatório de seguimento do desenvolvimento de pré-termos: taxas e causas. **Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional**, São Carlos, v. 26, n. 1, p. 73-83, 2018. DOI: 10.4322/2526-8910.ctoAO1027.

GUERRA, Tamar Monique Silva; COSTA, Maria Dalva Horácio da. Formação profissional da equipe multiprofissional em saúde: a compreensão da intersectorialidade no contexto do SUS. **Textos & Contextos**, Porto Alegre, v. 16, n. 2, p. 454-469, ago./dez. 2017. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. São Paulo: Cortez, 2007.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **Serviço social em questão: trabalho, profissão e identidade**. São Paulo: Cortez, 1983.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 14º ed. Cortez. São Paulo, 2008

LEAL, Adriana. Conquistas e desafios do ECA aos 34 anos e as importantes atualizações da Lei Henry Borel. **JusBrasil**, 6 jun. 2025. Disponível em: <https://www.jusbrasil.com.br/artigos/conquistas-e-desafios-do-eca-aos-34-anos-e-as-importantesatualizacoes-da-lei-henry-borel/2626508348>. Acesso em: 6 jun. 2025.

MACÊDO, Vilma Costa de. **Atenção integral à saúde da criança: políticas e indicadores de saúde**. Recife: Ed. Universitária da UFPE, 2016. 43 p. (e-book). ISBN 978-85-415-0853-7.

MATOS M. C.; BERNARDO M. H. J.; VELOSO, R.; OLIVEIRA, D. L. de, SOUZA, R.

Dicionário Crítico do Serviço Social na Saúde. Uberlândia: Navegando Publicações, 2024.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: www.saude.gov.br. Acesso em: 03/09/ 2024.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Intersetorialidade. *In*: MATOS, Maurílio Castro de *et al.* (org.). **Dicionário crítico do Serviço Social na saúde**. 1. ed. eletrônica. Uberlândia, MG: Navegando Publicações, 2024.

MOTA, Elisabeth Maria de Barcelos. **Serviço Social: um relato de experiência com a alta a pedido em saúde da criança**. Uberlândia: Universidade Federal de Uberlândia, Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (UNI e Multiprofissional) – PRAPS/FAMED/UFU, 2024.

NUNES, Ana Beatriz Santana; SANTOS, Camila Oliveira dos; MOURA, Kaylane Isabelle da Costa; VEIGA, Gabrielly Blanco; MACHADO, Angélica Homobono; DIAS, George Alberto da Silva; DIAS, Biatrix Araújo Cardoso. **Álbum Seriado: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Adolescente**. Belém: Universidade do Estado do Pará – UEPA, 2024. 54 p.

NUNES, E. D. *et al.* Determinantes sociais da evasão hospitalar em serviços públicos. **Saúde & Sociedade**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 123-135, 2016. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/RJPVpyDmfCtcbfMyQFkDJXC/>. Acesso em: 24 maio 2025.

O/A assistente social no hospital pediátrico e a articulação interinstitucional para a continuidade do cuidado em saúde: relato de experiência na perspectiva da residência multiprofissional. *In*: **XVII CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 11 a 13 outubro, 2022, [s. l.]. Anais..., 2022.

PAIM, Jairnilson Silva. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e avaliação. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 73-82, jan./abr. 2003.

PAIXÃO, Glenda Miranda da; COSTA, Nilzelene Cavaleiro da; VIEIRA, Adrine Carvalho dos Santos. A Caderneta da Criança e a terapia ocupacional na atenção básica à saúde. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 46, n. especial 5, p. 13–21, dez. 2022. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E501>.

PENSADOR. **Biografia de Gloria Hurtado**. [s.d.]. Disponível em: https://www.pensador.com/autor/gloria_hurtado/biografia/. Acesso em: 8 ago. 2025.

PEREIRA, Cibelly Theilon Ferreira *et al.* A influência de determinantes sociais no tratamento de criança diagnosticada com doença respiratória em um hospital da região do Caeté: relato de experiência a partir da perspectiva do Serviço Social. *In*: **CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS**, 17., 2022, virtual. Anais... Recife: CFESS/ABEPSS/ENESSO, 11 a 13 out. 2022. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/finais/0000001345.pdf> . Acesso em: 14 jun. 2025.

PEREIRA, Radiana Brasil *et al.* Os desafios e entraves do assistente social na saúde. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 14, e72111435766, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i14.35766>. Acesso em: 5 ago. 2025.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. 8. ed. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS/UERJ; ABRASCO, 2009.

REIS, Regina Sá dos. A influência dos determinantes sociais na saúde da criança. **Libertas**, Juiz de Fora, v. 4 e 5, n. especial, p. 17–42, jan./dez. 2004–2005. ISSN 1980-8518.

ROCHA, Rosimeri Salotto. **Política de atenção à saúde da criança: os determinantes sociais no processo saúde-doença-internação**. 2017. 62 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM, Vitória, 2017.

RODRIGUES, Alexsandro; SILVA, Suellen Cristine da; MALTA, Arlete do Monte Massela; ZANATELLI, Carla; DE MATIA, Graciele. Acompanhamento de agravo através de indicador de evasão hospitalar. **Health and Society**, v. 3, n. 5, 2023. ISSN 2763-5724.

RODRIGUES, Tainara de Souza. **33 anos do Estatuto da Criança e Adolescente: a contribuição do Serviço Social**. 2024. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Serviço Social) – Instituto de Ciências Sociais, Educação e Zootecnia, Universidade Federal do Amazonas, Parintins, 2024. Orientadora: Keuryanne Guerreiro dos Reis.

SAEZ, A. M. **O Serviço Social em uma Unidade de Internação Materno-Infantil: articulações para a garantia dos direitos sociais**. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Serviço Social), Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2023.

SALVADOR, Evilásio. O arcabouço fiscal e as implicações no financiamento das políticas sociais. **Argumentum**, Vitória, v. 16, n. 1, p. 6–19, jan./abr. 2024. Disponível em: <https://orcid.org/0000-0002-9474-374X>. Acesso em: 10 abr. 2025.

SANTOS, Antonio Nacílio Sousa dos *et al.* Políticas de saúde e desigualdade: determinantes sociais e barreiras no acesso aos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista Aracê**, São José dos Pinhais, v. 7, n. 4, p. 17006–17039, abr. 2025.

SANTOS, Simone Farias dos; REPPETTO, Maria Angela. **Ocorrências de evasão em um hospital de ensino**. In: FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO. Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC): 31ª e 32ª Turmas de Formandos – Resumos. São Paulo: Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, 2020. Arquivos Médicos dos Hospitais e da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, v. 65, supl. 1, p. 1-40.

SILVA, Alessandra Ximenes da; SILVA, Bruna Valeska Barros; SOUSA, Gabriely Almeida de. A contrarreforma na política de saúde sob a ofensiva ultraneoliberal. In: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL – ENPESS, 17., 2022, Rio de Janeiro. Anais [...]. Rio de Janeiro: ABEPSS, 2022.

SILVA, Alessandra Ximenes da; SILVA, Bruna Valeska Barros; SOUSA, Gabriely Almeida de. A contrarreforma na política de saúde sob a ofensiva ultraneoliberal. In: **ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM SERVIÇO SOCIAL – ENPESS**, 17., 2022, Rio de Janeiro. Anais [...]. Rio de Janeiro: ABEPSS, 2022.

SILVA, Daizyenne Santos da *et al.* Os direitos das crianças e adolescentes hospitalizados:

proposta de protocolo de evasão hospitalar. *In: Anais do I Encontro Nacional de Trabalho Interdisciplinar e Saúde (ENTIS)*, Manaus, UFAM, 2019.

SILVA, Daizyenne Santos da; PEREIRA, Indayah Maria Costa; ARAÚJO, Livia Hevellynny Priscila Dantas de; PINTO, Heleonora Cristina Oliveira; LEAL, Renata Santos Guedes. **Os direitos das crianças e adolescentes hospitalizados: proposta de protocolo de evasão hospitalar.** *In: ENCONTRO NACIONAL DE TRABALHO INTERDISCIPLINAR E SAÚDE*, 1., 2019, Manaus. Anais [...]. Manaus: Universidade Federal do Amazonas, 2019.

SILVA, Letícia Batista; SOUZA, Rodriane de Oliveira. Determinação social do processo saúde-doença. *In: MATOS, Maurílio Castro de; BERNARDO, Maria Helena de Jesus; VELOSO, Renato; OLIVEIRA, Debora Lopes de; SOUZA, Rodriane de Oliveira (org.). Dicionário crítico do Serviço Social na Saúde*. 1. ed. eletrônica. Uberlândia: Navegando Publicações, 2024.

SILVA, Marjory Mayara Deocleciano da. **O papel do assistente social no protagonismo do direito à vida e a saúde das crianças e dos adolescentes atendidos no Hospital Municipal Valentina** / Marjory Mayara Deocleciano da Silva. João Pessoa, 2022.

SILVEIRA, Silvestre Júlio Souza da; RIBEIRO, Natalia Kisha Teixeira; LOURENÇO, Jullya Alves. Perfil epidemiológico das internações e morbidade hospitalar pediátrica no SUS. *JNT – Facit Business and Technology Journal*, Araguaína, v. 2, n. 47, p. 253-264, nov. 2023. Disponível em: <http://revistas.faculdadefacit.edu.br>. Acesso em: 9 ago. 2025.

SILVIA, M. J.; FIGUEIREDO, A. C. Evasão hospitalar: fatores associados e implicações para o cuidado. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 5, p. 789-796, 2014.

SOARES, Raquel Cavalcante. **Contrarreforma no SUS e o Serviço Social**. Recife: Ed. UFPE, 2020. Originalmente apresentada como tese de doutorado – UFPE. Centro de Ciências Sociais Aplicadas. Serviço Social, 2010.

SOUZA, Lethicia Gabriele Nascimento de; KOMESSU, Janete Hatsuko. **O papel do enfermeiro na prática esportiva segundo a teoria das necessidades humanas básicas: uma revisão bibliográfica.** *In: FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA SANTA CASA DE SÃO PAULO*. Curso de Graduação em Enfermagem. Trabalhos de Conclusão de Curso (TCC): 31ª e 32ª Turmas de Formandos: Resumos. Arquivos Médicos do Hospital da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo, São Paulo, v. 65, supl. 1, p. 1-40, 2020.

SUCUPIRA, Ana Cecília Silveira Lins *et al.* Determinantes sociais da saúde de crianças de 5 a 9 anos da zona urbana de Sobral, Ceará, Brasil. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, Botucatu, v. 18, n. 49, p. 375-388, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1809-4503201400060014>. Acesso em: 14 jun. 2025.

TITO, E. A. S.; SILVA, Cassio; FERNANDES, L.; MACEDO, C. R.; BARBOSA, L. G.; CIPRIANO, N. **Melhoria na taxa de evasões após implantação do controle de acesso em um pronto socorro municipal de São Paulo, gerido por organização social de saúde (OSS)**. Hospital Municipal Moyses Deutsch – Mboimirin, São Paulo, SP, 2015. https://apps.einstein.br/forumqualidadesequanca/pdf/TC_4DSX.pdf

UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DR. ALAIR MAFRA. **Procedimento Operacional Padrão: Evasão**. Código: UPA-SS-POP.001, revisão 001. Setor: Serviço Social. Data de elaboração: 02 fev. 2024. Data de revisão: 02 fev. 2026. 7 p.

VENCIO, Laura Maria de Araújo. **Procedimento operacional padrão (POP) em Serviço Social:** um relato de experiência na UTI adulto. Uberlândia, MG: Universidade Federal de Uberlândia, Faculdade de Medicina, Programa de Residência em Área Profissional da Saúde (UNI e Multiprofissional) – PRAPS/FAMED/UFU, 2020.

VIANA, Francisco Daniel Coelho; ARAÚJO, Liliane Batista; PATRÍCIO, Carlos Marcelo Silva. O/a assistente social no hospital pediátrico e a articulação interinstitucional para a continuidade do cuidado em saúde: relato de experiência na perspectiva da residência multiprofissional. *In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ASSISTENTES SOCIAIS*, 17., 2022, Brasília. Anais [...]. Brasília: CFESS, 2022.