REVISTA TÓPICOS
ISSN 2965-6672 | Qualis A2

REORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO DO SERVIÇO SOCIAL HOSPITALAR: DESAFIOS, DIMENSIONAMENTO PROFISSIONAL E ESTRATÉGIAS PARA A INTEGRALIDADE DO CUIDADO NO SUS

REORGANIZATION OF HOSPITAL SOCIAL WORK PROCESSES: CHALLENGES, STAFFING AND STRATEGIES FOR COMPREHENSIVE CARE IN THE BRAZILIAN HEALTH SYSTEM

Ciências da Saúde • 23/11/2026

REGISTRO DOI: 10.70773/revistatopicos/795308233

Claudinei Ferro Souza[1]

RESUMO

A reorganização do Serviço Social hospitalar exige delimitação de atribuições, preservação do sigilo profissional e distribuição de recursos humanos compatível com as necessidades dos usuários. Este artigo analisa a reformulação do processo de trabalho do Serviço Social do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, formalizada em proposta institucional de 2023, em diálogo com literatura científica recente e esclarecimentos posteriores de um de seus autores. Desenvolveu-se estudo qualitativo, descritivo e analítico, fundamentado em análise documental e interpretação temática. O documento apresenta reorganização das atividades, articulação com as equipes assistenciais, dimensionamento por clínicas e encaminhamento de tarefas administrativas às áreas competentes. Em comentários de revisão registrados em 2026, o coautor informa que a reorganização foi efetivada e relata melhora percebida da qualidade dos atendimentos e da produtividade profissional. Esses resultados são apresentados como apreciação qualitativa do participante, pois não foram disponibilizadas séries de indicadores ou avaliações comparativas para mensuração independente. Discute-se a relevância da atuação integrada, das condições éticas de atendimento e do monitoramento institucional. Conclui-se que a experiência oferece subsídios à organização do trabalho hospitalar, com necessidade de sistematizar evidências de seus efeitos.

Palavras-chave: Serviço Social; Hospitais Universitários; Recursos Humanos em Saúde; Assistência Integral à Saúde; Determinantes Sociais da Saúde.

ABSTRACT

Hospital social work reorganization requires clear professional responsibilities, protection of confidentiality, and staffing

arrangements consistent with service users' needs. This article examines a work-process reform at Maria Aparecida Pedrossian University Hospital in Brazil, drawing on a 2023 institutional proposal, recent scientific literature, and subsequent clarifications provided by one of the proposal's authors. A qualitative, descriptive, and analytical study was conducted through documentary analysis and thematic interpretation. The document addresses workflow redesign, collaboration with clinical teams, distribution of social workers across hospital units, and reassignment of administrative tasks to the appropriate departments. In editorial comments submitted in 2026, the coauthor states that the reorganization was implemented and reports perceived improvements in care quality and professional productivity. These outcomes are described as a qualitative account rather than independently quantified effects, because comparative indicators or longitudinal data were not supplied. The discussion addresses interdisciplinary integration, ethical working conditions, and institutional monitoring. The experience provides insights for hospital social work organization while underscoring the need to systematically document its outcomes.
Keywords: Social Work; University Hospitals; Health Workforce; Comprehensive Health Care; Social Determinants of Health.

1. INTRODUÇÃO

A organização do trabalho profissional em hospitais públicos integra um campo de relações no qual necessidades clínicas, desigualdades sociais e responsabilidades institucionais se encontram. A assistência hospitalar não se restringe à execução de procedimentos diagnósticos e terapêuticos: o percurso de adoecimento e recuperação é atravessado por condições de moradia, renda,

transporte, suporte familiar, acessibilidade, exposição à violência e capacidade efetiva de utilizar a rede de proteção social. Nesse contexto, o Serviço Social contribui para que a dimensão social seja reconhecida como componente constitutivo do cuidado, e não como assunto residual a ser solucionado somente no momento da alta. Revisões sobre integração entre atenção à saúde e proteção social indicam potencial para melhorar coordenação, acesso e qualidade percebida, embora os resultados dependam da configuração dos serviços e da capacidade de resposta territorial (Novilla *et al.*, 2023; De Matos *et al.*, 2024).

A intensificação das demandas em hospitais universitários torna visível uma tensão recorrente: profissionais de Serviço Social podem ser requisitados para ações administrativas, comunicação operacional e resolução de problemas organizacionais, enquanto situações de risco e vulnerabilidade exigem estudo social, intervenção técnico-profissional, orientação de direitos e articulação intersetorial. Não se trata de opor cuidado e organização administrativa, mas de estabelecer responsabilidades claras para que a centralidade das necessidades dos usuários não se converta em transferência indiscriminada de tarefas. Evidências internacionais identificam diferentes modalidades de intervenção do Serviço Social hospitalar, abrangendo coordenação do cuidado, acompanhamento de transições e manejo de necessidades psicossociais; contudo, a heterogeneidade dos estudos recomenda cautela ao atribuir efeitos causais a uma categoria profissional isoladamente (Petruzzi *et al.*, 2023; Dimla *et al.*, 2023).

O Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, vinculado à Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, constitui cenário pertinente para examinar a reorganização do trabalho do Serviço

Social. O documento institucional “Proposta de reformulação do processo de trabalho do Serviço Social do HUMAP”, elaborado em 2023, apresenta condições físicas de atendimento, diversidade de encaminhamentos, atribuições administrativas, cobertura assistencial e alternativas de distribuição de profissionais entre clínicas e ambulatórios. Em esclarecimentos registrados durante a revisão deste manuscrito, em novembro de 2026, um dos autores do documento informou que a reorganização foi efetivada e associou a mudança a uma percepção de melhoria da qualidade dos atendimentos e da produtividade. Essas informações complementam a contextualização histórica, mas, na ausência de registros comparativos, devem ser distinguidas de resultados mensurados por instrumentos de pesquisa (Araújo; Souza, 2023).

O problema científico que orienta o presente artigo consiste em compreender como o redesenho do processo de trabalho do Serviço Social pode favorecer a atuação técnico-política, resguardar o sigilo profissional e ampliar a articulação com equipes e redes externas sem aprofundar a sobrecarga ou comprometer o acesso dos usuários. A experiência do HUMAP permite discutir a relação entre organização de atribuições, disponibilidade de profissionais e continuidade assistencial, considerando complexidade social, perfil dos usuários e tempo de trabalho. A literatura sobre transições de cuidado indica que colaboração insuficiente e acompanhamento fragmentado representam obstáculos que atravessam profissões e pontos da rede (Brown *et al.*, 2024; Hindsbak *et al.*, 2024; Zanetoni; Cucolo; Perroca, 2023).

A justificativa científica encontra respaldo no crescimento das iniciativas de identificação de necessidades sociais relacionadas à saúde e, simultaneamente, na persistência de lacunas entre triagem,

encaminhamento e resolução de problemas. Estudos hospitalares demonstram que detectar insegurança alimentar, dificuldades de transporte ou ausência de suporte não assegura, por si, o acesso a respostas efetivas; são necessários fluxos institucionais, responsabilidades compartilhadas e retorno de informações pelas organizações parceiras. Por conseguinte, reorganizar o Serviço Social requer refletir tanto sobre aquilo que deve ser realizado pelo profissional quanto sobre os arranjos que permitem transformar avaliação social em intervenção consistente (Yan *et al.*, 2022; Ashe *et al.*, 2023; Lax *et al.*, 2024).

A análise também exige atualização normativa. O documento de 2023 recorre à Resolução CFESS nº 493/2006 para justificar espaços adequados e confidencialidade; entretanto, essa resolução foi integralmente revogada e substituída pela Resolução CFESS nº 1.114/2025, referente às condições éticas e técnicas do exercício profissional. A identificação dessa mudança não desqualifica o relato histórico, mas impede a reprodução automática de fundamentação jurídica superada. A leitura do caso, portanto, relaciona princípios profissionais duradouros — autonomia técnica, privacidade, resguardo documental e garantia de direitos — às exigências normativas aplicáveis no momento de elaboração deste estudo (CFESS, 2025; Araújo; Souza, 2023).

A relevância prática reside na possibilidade de construir parâmetros de governança do trabalho que diferenciem demanda social complexa, tarefa administrativa e situação que requer intervenção interprofissional. A bibliografia não autoriza pressupor que toda ação social deva ser exclusiva do assistente social ou que a articulação administrativa não tenha valor; aponta, ao contrário, para a importância de papéis definidos e de comunicação coordenada.

Quando pessoas e famílias vivenciam trajetórias assistenciais fragmentadas, a alocação adequada de profissionais pode ser tão importante quanto a implantação de ferramentas de rastreamento, capacitação e acompanhamento longitudinal (Dib; Belrhiti, 2025; Markossian *et al.*, 2023; Marini *et al.*, 2025).

Diante desse quadro, o objetivo do estudo é analisar a experiência de reorganização do processo de trabalho do Serviço Social do HUMAP, a partir da proposta institucional elaborada em 2023 e de esclarecimentos posteriores de seu coautor, em diálogo com evidências científicas recentes e diretrizes normativas vigentes. Especificamente, busca-se caracterizar as atribuições profissionais e os modelos de cobertura descritos, discutir as condições de atendimento e sigilo, examinar a articulação multiprofissional, contextualizar a implementação relatada e sugerir indicadores que permitam documentar, de maneira sistemática, seus resultados assistenciais e organizacionais.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA OU REVISÃO DA LITERATURA

2.1. Serviço Social Hospitalar e Determinação Social do Processo Saúde-Doença

A compreensão crítica do Serviço Social hospitalar pressupõe reconhecer que situações apresentadas como dificuldades individuais podem expressar desigualdades estruturais. A falta de um acompanhante, por exemplo, pode relacionar-se à precarização do trabalho familiar, distância geográfica, responsabilidades de cuidado, custos de deslocamento ou rompimento de vínculos. Interpretá-la simplesmente como não colaboração familiar obscurece mecanismos sociais que condicionam a permanência e a

alta hospitalar. A literatura sobre determinantes sociais reforça que necessidades identificadas no cuidado clínico exigem respostas intersetoriais e contextualizadas, nas quais encaminhamento significa construir acesso e não apenas entregar informações. A integração de serviços sociais e de saúde produz melhores perspectivas quando dispõe de governança, comunicação e capacidade real de acolher as pessoas referenciadas (Novilla *et al.*, 2023; De Matos *et al.*, 2024).

A atuação profissional compreende acolhimento, entrevista e estudo social, orientação sobre direitos, produção de registros técnicos, construção de pareceres quando cabíveis e articulação de respostas junto a serviços públicos e comunitários. Essas atividades articulam capacidade analítica, julgamento ético e conhecimento das condições de vida dos usuários. Uma triagem padronizada pode apoiar identificação preliminar de necessidades, mas não substitui a análise da singularidade de histórias familiares, limitações de rede e barreiras institucionais. Revisão sistemática sobre instrumentos de rastreamento evidencia grande heterogeneidade entre domínios avaliados, extensão e aplicabilidade, reforçando que nenhum questionário universal resolve todas as situações encontradas na prática (Neshan *et al.*, 2024).

Em hospitais de ensino, a presença de estudantes, residentes e equipes de várias especialidades acrescenta oportunidades de formação, pesquisa e inovação, mas também exige protocolos claros sobre compartilhamento de informações. A integração interprofissional não equivale à perda de competências específicas: o diálogo entre profissões deve ser orientado pelo objeto de trabalho de cada área e pelo interesse legítimo do paciente. Revisões de práticas colaborativas apontam que hierarquias rígidas e

ambiguidade de papéis fragilizam o cuidado compartilhado, ao passo que comunicação estruturada, clareza de atribuições e educação interprofissional podem ampliar a capacidade de resposta das equipes (Brown *et al.*, 2024; Dib; Belrhiti, 2025).

A dimensão social precisa ser considerada ao longo da trajetória de atendimento, da admissão à continuidade territorial. A identificação tardia de dificuldades de renda, documentação, moradia ou suporte doméstico tende a reduzir o tempo de mobilização de recursos e a transformar a alta em situação de crise. Estudos sobre necessidades sociais de pacientes hospitalizados sugerem que a avaliação em diferentes momentos e a coordenação com serviços comunitários são úteis, mas demandam planejamento de pessoal e critérios de priorização. Assim, o trabalho social mais resolutivo não é necessariamente aquele que atende o maior número bruto de solicitações, e sim o que reconhece precocemente problemas relevantes, constrói respostas proporcionais e acompanha sua efetivação (Carter *et al.*, 2026; Singh; Hogg-Graham, 2025).

O reconhecimento da determinação social do processo saúde-doença também impõe cuidado para não individualizar a responsabilidade pela superação de desigualdades. Uma família orientada sobre benefício social não adquire automaticamente acesso a renda; um encaminhamento para assistência territorial pode encontrar serviço com fila, equipe reduzida ou critérios próprios. A prática profissional deve registrar essas condições e distingui-las de recusas deliberadas ou de insuficiência do trabalho técnico. A literatura sobre programas de rastreamento de necessidades sociais demonstra que a resolução depende de recursos e capacidade comunitária externos ao hospital, além de acompanhamento e comunicação bidirecional. A efetividade,

portanto, é função de redes organizadas e não apenas do empenho individual dos profissionais (Yan *et al.*, 2022; Lax *et al.*, 2024).

2.2. Competências, Atribuições e Fronteiras do Trabalho Administrativo

A delimitação de responsabilidades no hospital deve partir do conteúdo da demanda e do tipo de decisão técnica envolvida. Informar mudança de leito, confirmar horário de consulta, encaminhar reclamação à ouvidoria ou solicitar transporte a um setor responsável são operações que podem possuir natureza predominantemente administrativa. Em contrapartida, avaliar vulnerabilidade associada à ausência de cuidador, violência, abandono ou impedimentos concretos à alta requer análise específica e articulação de proteção. A separação não deve ser mecânica, pois uma solicitação aparentemente simples pode revelar risco social relevante; é necessário construir protocolos de acolhimento inicial e critérios de escalonamento para o Serviço Social (Araújo; Souza, 2023).

A gestão por processos favorece a distinção entre demanda originária, profissional responsável, ação executada e resultado esperado. Um pedido de ambulância, por exemplo, pode envolver uma etapa logística de regulação e, paralelamente, uma situação social complexa relativa à ausência de domicílio seguro ou de rede de apoio. Transferir a etapa logística para equipe administrativa não dispensa o acompanhamento social quando necessário, e tampouco autoriza atribuir ao Serviço Social decisões clínicas ou de regulação que estejam fora de sua competência. O objetivo é eliminar desvios sistemáticos de função sem fragmentar o percurso do usuário,

mantendo fluxos claros de referência, contrarreferência e resolução de impasses.

O documento-base enumera demandas como entrega de roupas e kits, agendamento, contatos telefônicos, comunicação de alta e reclamações sobre regulação. Essa enumeração descreve o modo como o setor era acionado em 2023, mas sua interpretação demanda discernimento. Algumas atividades podem constituir meios de atendimento humanizado ou resposta intersetorial quando integradas a estudo social; outras devem ser alocadas em núcleos administrativos. A proposta de reorganização será mais consistente se classificar situações por critério técnico e não somente por nome da tarefa. A importância de delimitar papéis aparece em revisões sobre colaboração, nas quais clareza de responsabilidades e processos de decisão compartilhados se associam a melhor coordenação, ainda que a tradução dos achados para hospitais brasileiros exija adaptação institucional (Dib; Belrhiti, 2025; Pöhner *et al.*, 2026).

Outro aspecto consiste em preservar a autonomia relativa do trabalho técnico diante de metas gerenciais exclusivamente quantitativas. A contagem de atendimentos pode revelar demanda e apoiar planejamento; entretanto, ela não mede, isoladamente, qualidade, complexidade ou alcance de direitos. A avaliação social de violência familiar, por exemplo, pode demandar várias entrevistas, discussões de caso, proteção de dados e contato seguro com rede externa, de modo que uma intervenção prolongada não significa baixa produtividade. Estudos sobre serviços integrados reforçam que indicadores precisam abranger acesso, experiência, continuidade e resultados, com cautela contra comparações sem

controle de complexidade e recursos disponíveis (De Matos *et al.*, 2024; Marini *et al.*, 2025).

A responsabilidade multiprofissional por uma alta segura não elimina atribuições próprias dos serviços assistenciais, administrativos ou da gestão. Ao contrário, exige construção de decisões compartilhadas que incluam orientação clínica, planejamento do transporte, disponibilidade de medicamentos, condições de moradia, suporte familiar e recursos territoriais. Experiências brasileiras de alta responsável evidenciam a importância da continuidade informacional e relacional, ao mesmo tempo em que assinalam o peso negativo da sobrecarga sobre o desempenho das equipes. O Serviço Social contribui ao introduzir questões sociais na discussão, sem assumir a totalidade das tarefas que compõem o processo de desospitalização (Zanetoni; Cucolo; Perroca, 2023; Barbosa *et al.*, 2023).

2.3. Alta Hospitalar Responsável e Continuidade do Cuidado

A alta hospitalar configura transição entre ambientes com diferentes capacidades de monitoramento, disponibilidade de apoio e condições de acesso. Quando o planejamento começa tardiamente, problemas sociais podem ser identificados depois de concluídas as decisões clínicas, produzindo atrasos, insegurança ou encaminhamentos frágeis. Revisão sistemática dedicada às medidas empregadas por assistentes sociais para apoiar a transição de pessoas idosas evidencia a relevância da avaliação de necessidades, do planejamento coordenado e do vínculo com recursos comunitários. Não há, porém, razão para transformar esse achado em promessa de redução automática de internações, pois

resultados variam conforme a população, os recursos e o desenho de cada intervenção (Dimla *et al.*, 2023; Garcia; Hass, 2025).

A alta responsável pressupõe comunicação compreensível e participação do usuário e de seus responsáveis legítimos. A capacidade de acompanhar orientações depende de letramento em saúde, apoio domiciliar, acesso a transporte e medicamentos e possibilidade de retorno aos serviços. Estudos brasileiros sobre transição após hospitalização identificam desafios relacionados ao planejamento, ao entendimento das recomendações e à inclusão das preferências familiares. Essa dimensão é particularmente significativa para a análise do Serviço Social, pois barreiras sociais podem impedir que um plano clinicamente adequado seja exequível no território (Dantas *et al.*, 2023; Boeng *et al.*, 2024; Gama *et al.*, 2025).

A literatura contemporânea amplia o foco de indicadores centrados exclusivamente na reinternação. Revisão de escopo sobre intervenções de transição identificou medidas dirigidas à experiência do paciente, incluindo coordenação, comunicação e programas integrados. Revisão guarda-chuva de planejamento de alta observou maior robustez de evidências para determinados desfechos, como reinternações e satisfação, mas lacunas para mortalidade e qualidade de vida. As medidas de avaliação do Serviço Social, assim, deveriam considerar continuidade do apoio social, efetivação de encaminhamentos, compreensão de direitos, resolutividade de situações de risco e participação informada nas decisões, além de indicadores clínico-administrativos gerais (Hindsbak *et al.*, 2024; Imhof *et al.*, 2026).

A transição é também questão distributiva: pessoas com maior vulnerabilidade podem necessitar de esforços adicionais para alcançar resultados semelhantes aos de usuários com melhor suporte. Estudos identificam associações entre riscos sociais e utilização hospitalar, necessidade de serviços pós-alta e dificuldades de retorno ao domicílio, mas esses resultados não justificam estigmatização ou exclusão. Na interpretação ética, indicadores de vulnerabilidade servem para orientar oferta proporcional de recursos e não para classificar pacientes como culpados por potenciais readmissões. Avaliação de vulnerabilidade social e fragilidade em adultos idosos, por exemplo, mostrou relação com duração da internação e destino após alta, contribuindo para a necessidade de planejamento individualizado (Mah *et al.*, 2023; Cornell *et al.*, 2025).

Do ponto de vista organizacional, um plano de alta pode ser estruturado em etapas: identificação precoce de barreiras, reunião de equipe quando indicada, deliberação compartilhada sobre prioridades, encaminhamentos sociais e clínicos, registro do que foi efetivamente acordado e verificação de continuidade. Não se recomenda automatizar tais decisões com base exclusiva em pontuações, pois instrumentos disponíveis possuem limitações de sensibilidade e aplicabilidade. O papel do Serviço Social deve ser explicitado no protocolo, inclusive quanto à responsabilidade pela avaliação de segurança sociofamiliar, acionamento da rede de proteção quando indicado e registro técnico sigiloso. Essa abordagem dialoga com evidências de intervenções de transição e de integração interprofissional (Brown *et al.*, 2024; Rincón Estrada *et al.*, 2024; Marini *et al.*, 2025).

2.4. Condições Éticas, Confidencialidade e Infraestrutura Física

O espaço físico de atendimento integra a qualidade técnica do serviço, pois o levantamento de condições de vida pode envolver violência, sexualidade, renda, vínculos afetivos, condições de moradia e conflitos familiares. A ausência de privacidade pode limitar a expressão espontânea de informações e expor pacientes a estigma ou riscos. O relato de salas compartilhadas do documento de 2023 deve ser lido como achado documental, cuja persistência atual precisaria ser aferida por vistoria ou fonte institucional atualizada. A proteção do sigilo pressupõe tanto espaço apropriado quanto procedimentos de guarda, acesso e compartilhamento mínimo das informações pertinentes (Araújo; Souza, 2023; CFESS, 2025).

A revisão normativa é essencial. A Resolução CFESS nº 1.114/2025 estabelece novo marco sobre condições éticas e técnicas para o exercício profissional, substituindo a resolução de 2006 utilizada pela proposta originária. Ao adaptar o texto às normas atuais, importa explicitar que documentos antigos permanecem fontes históricas de situações relatadas, mas a apreciação de conformidade deve considerar a legislação e regulamentação vigentes. A análise proposta não substitui manifestação do conselho profissional, auditoria de infraestrutura ou parecer jurídico; oferece critérios para que a gestão identifique riscos e planeje mudanças físicas, de agenda e de armazenamento seguro de registros (CFESS, 2025).

A privacidade exige atenção também nas discussões interprofissionais e nos sistemas digitais. O compartilhamento de informações precisa corresponder a uma finalidade assistencial legítima e ser limitado ao conteúdo necessário para a decisão coletiva. A transmissão indiscriminada de detalhes de entrevistas sociais pode enfraquecer a confiança e confundir prontuário comum

com instrumentos técnicos de acesso restrito. Em contrapartida, ocultar da equipe condições sociais indispensáveis a uma alta segura também prejudicaria o cuidado. A questão ética consiste em discernir o que compartilhar, com quem, em que momento e sob qual fundamento profissional, registrando decisões proporcionais e respeitando a autonomia do usuário.

A organização dos ambientes deve prever sala reservada para entrevista, acolhimento de familiares e documentação confidencial, além de oportunidades de atuação nas clínicas e participação em reuniões de equipe. A territorialização do profissional por unidade não elimina a necessidade de um espaço de referência onde se possa desenvolver atividade privativa ou atendimento sensível. Ao distribuir tempo de trabalho, convém computar deslocamento interno, reuniões, elaboração de estudos e pareceres, contato com rede externa e educação permanente. O planejamento centrado somente no número de leitos pode invisibilizar essas atividades e subdimensionar o esforço real da equipe (Araújo; Souza, 2023).

2.5. Dimensionamento e Saúde do Trabalhador

O dimensionamento de pessoal deve relacionar volume e complexidade da demanda ao tempo necessário para execução de atividades, levando em conta jornada disponível, ausências previsíveis, distribuição temporal dos atendimentos e perfil assistencial. O número de leitos constitui dado de contexto, não medida suficiente de carga de trabalho do Serviço Social. Ambulatórios de oncologia, atenção a pessoas vítimas de violência ou unidades de alta complexidade podem apresentar demandas sociais relevantes sem equivalência direta com ocupação de leitos. O Manual Técnico de Dimensionamento de Pessoal para Áreas

Assistenciais da Ebserh oferece parâmetros para o planejamento da força de trabalho hospitalar, mas sua aplicação requer explicitar a versão utilizada, as premissas de cálculo e a compatibilidade com a realidade do serviço avaliado (EBSERH, 2026).

O contraste entre cenários ideal e factível é legítimo em documentos de gestão, desde que suas bases sejam transparentes. Uma distribuição ideal exige informar critérios por setor, cobertura de turnos e custos de férias, licenças e capacitação. Já uma alternativa de contingência precisa identificar quais serviços não poderão ser abrangidos, como ocorrerá o atendimento de urgências sociais e que eventos desencadearão revisão da escala. A proposta do HUMAP aponta um cenário de 24 profissionais e outro de 13; contudo, a comparação não corresponde a estudo de produtividade validado ou a cálculo atual de lotação. O documento oferece hipóteses organizacionais a serem testadas sob condições observáveis (Araújo; Souza, 2023).

A sobrecarga laboral não representa apenas problema individual de adaptação. Revisão sistemática sobre exaustão emocional entre assistentes sociais identificou associação com fatores como volume de trabalho, conflito entre demandas da vida e do emprego e experiências adversas; apoio institucional e recursos ocupacionais figuraram como fatores protetivos. Um estudo com assistentes sociais atuantes em hospitais identificou desgaste e estresse traumático secundário no contexto da pandemia. Embora esses achados não possam ser transpostos numericamente ao HUMAP, justificam incorporar sustentabilidade da força de trabalho, supervisão e prevenção de adoecimento à reorganização (Chaves-Montero; Blanco-Miguel; Ríos-Vizcaíno, 2025; Olson *et al.*, 2026).

A saúde ocupacional deve ser analisada como atributo da organização, e não somente pela presença de sintomas individuais. Fatores psicossociais, jornadas fragmentadas, incerteza de função, cobranças contraditórias e falta de recursos de trabalho podem combinar-se e comprometer qualidade assistencial. Estudo comparativo envolvendo trabalhadores de saúde e assistência social encontrou vínculos entre condições psicossociais e sofrimento mental, enquanto síntese qualitativa sobre sofrimento moral aponta que impossibilidades de agir conforme valores profissionais decorrem frequentemente de barreiras estruturais. Portanto, um projeto de reorganização precisa preservar mecanismos de escuta dos trabalhadores e capacidade de negociar expectativas com gestores e equipes assistenciais (Lin; Wong; Cheng, 2025; Beadle *et al.*, 2024).

A ausência temporária de profissionais deve integrar a programação desde o início. Em um setor que atende situações complexas em diferentes turnos, férias, licenças, ausências por formação e atividades de ensino alteram a capacidade disponível. Não seria metodologicamente adequado deduzir suficiência de pessoal comparando somente número de servidores e leitos; é indispensável calcular equivalente em tempo integral e carga de trabalho real, com margens para eventos não programados. A avaliação de processos poderá identificar percentuais de tempo destinados a atendimentos diretos, discussão de casos, registros, deslocamentos e encaminhamentos. Essa matriz deverá ser revista periodicamente para impedir que uma escala formalmente distribuída produza descoberturas recorrentes no cotidiano.

2.6. Redes de Proteção, Equidade e Resposta às Vulnerabilidades

O vínculo entre hospital e território é fundamental nos casos de violência, negligência, falta de moradia, insuficiência de renda e desproteção familiar. A análise social considera direitos, desejos do usuário, riscos imediatos, alternativas disponíveis e competência dos serviços acionados. A presença de uma rede formal não garante resposta automática: encaminhamentos podem esbarrar em distância, espera, documentação e recursos insuficientes. Intervenções integradas em saúde e assistência revelam potencial de resultados positivos, mas os estudos também indicam variação contextual e dificuldade de atribuir impactos a componentes isolados. É necessário avaliar o percurso concreto do usuário entre setores e não presumir resolutividade a partir da emissão de um ofício (De Matos *et al.*, 2024; Shannon *et al.*, 2025).

O rastreamento de necessidades sociais oferece uma porta de entrada possível. Porém, a seleção de domínios, o modo de perguntar, a privacidade e a decisão de encaminhar têm consequências éticas. Revisões sistemáticas identificam diferenças expressivas entre instrumentos e questionam a ausência de padronização, enquanto estudos com pacientes hospitalizados demonstram discrepâncias entre necessidades identificadas por profissionais do hospital e aquelas relatadas a equipes de pesquisa. O desenvolvimento de um fluxo de acolhimento deve, portanto, associar escuta qualificada e triagem prudente, respeitando diferenças culturais e evitando induzir respostas que não possam ser acompanhadas por serviços efetivos (Neshan *et al.*, 2024; O'Leary *et al.*, 2026).

A insegurança alimentar constitui exemplo de demanda que exige articulação ampliada. Projetos hospitalares de rastreamento demonstram possibilidade de identificar necessidades mediante

instrumentos curtos e encaminhar famílias a organizações comunitárias; ao mesmo tempo, indicam barreiras de adesão, documentação e continuidade após a alta. Os resultados não autorizam generalizar indicadores de outros países para o Brasil, mas sustentam a importância de combinar identificação, ação proporcional e verificação de acesso. O Serviço Social pode coordenar a leitura contextual e a conexão com serviços da assistência social quando o caso assim exigir, sem assumir tarefas logísticas de forma indiscriminada (Gore *et al.*, 2022; Tepe *et al.*, 2024; Lopez *et al.*, 2026).

As necessidades jurídico-sociais também podem tornar-se determinantes de internação prolongada e barreiras à alta. Estudos de parcerias médico-jurídicas demonstram que entraves referentes a documentação, tutela ou acesso a benefícios podem demandar atuação compartilhada com áreas especializadas, não solucionáveis somente por orientação genérica. Esses modelos são próprios de contextos institucionais específicos e não devem ser importados como fórmula de financiamento; oferecem, contudo, a lição de que demandas com conteúdo legal devem chegar ao serviço competente sem abandonar o acompanhamento social do usuário. O cuidado integral requer reconhecer a interface entre direitos e processos assistenciais (Johnson *et al.*, 2024; DePolo; West; Johnston, 2025; Sage; Warren, 2024).

Uma abordagem orientada à equidade precisa evitar decisões baseadas em rótulos. A condição de vulnerabilidade social pode interagir com idade, deficiência, discriminação, doença crônica e recursos territoriais; entretanto, avaliações devem ser individualizadas, com atenção aos fatores modificáveis. Pesquisas sobre vulnerabilidade social e desfechos pós-hospitalares

evidenciam associações variadas conforme população e indicador considerado, o que recomenda interpretação prudente e recusa de estereótipos. Nas discussões de equipe, a contribuição profissional consiste em oferecer elementos que tornem o cuidado factível e respeitoso, não em criar categorias de pacientes reputados difíceis (Mah *et al.*, 2023; Ibrahim *et al.*, 2024; Shimizu *et al.*, 2025).

2.7. Síntese das Evidências e Implicações para Hospitais Públicos Brasileiros

A leitura articulada da literatura permite reconhecer três níveis distintos de contribuição para a reorganização hospitalar. O primeiro reúne pesquisas que descrevem necessidades sociais e mecanismos de identificação, abrangendo instrumentos de rastreamento, dados sobre vulnerabilidade e relações com utilização dos serviços. O segundo examina modalidades de intervenção, tais como planejamento de alta, parcerias externas, cuidado de transição e acompanhamento de situações com demanda jurídico-social. O terceiro enfoca condições de implementação, trabalho interprofissional e saúde dos trabalhadores. Esses níveis não podem ser fundidos em uma sequência causal automática: rastrear necessidades não significa resolvê-las, assim como criar protocolos não garante que profissionais ou parceiros territoriais disponham de condições concretas para executá-los (Yan *et al.*, 2022; Ashe *et al.*, 2023; Singh; Hogg-Graham, 2025).

Em contextos estrangeiros, a literatura enfatiza mecanismos específicos de financiamento, instrumentos de codificação de riscos sociais e modelos de parcerias comunitárias. Para analisar um hospital universitário brasileiro, tais experiências funcionam como referências comparativas e não como parâmetros normativos

diretamente transferíveis. A estrutura do Sistema Único de Saúde, a organização das políticas de assistência social, as condições regionais de acesso e as atribuições legalmente reconhecidas às profissões modificam a possibilidade de aplicação. Por isso, uma intervenção que reduziu encaminhamentos não resolvidos em um hospital de outro país não comprova que se obterá resultado semelhante no HUMAP; a hipótese só poderia ser examinada mediante desenho avaliativo local, indicadores estáveis e identificação de fatores de contexto (De Matos *et al.*, 2024; Shannon *et al.*, 2025).

Pesquisas nacionais sobre transição do cuidado constituem contraponto importante à bibliografia internacional, pois registram dificuldades de comunicação, preparação da família e continuidade no pós-alta em hospitais brasileiros. Ainda que esses estudos não avaliem diretamente o Serviço Social do HUMAP, ajudam a situar a necessidade de organização multiprofissional das altas e de integração com a rede territorial. A alta deve ser entendida como processo de cuidado, iniciado antes do último dia de internação, em vez de evento puramente administrativo ao qual se acrescenta uma chamada telefônica. Essa compreensão favorece a delimitação de quem informa, quem decide, quem planeja e quem acompanha cada etapa (Barbosa *et al.*, 2023; Dantas *et al.*, 2023; Zanetoni; Cucolo; Perroca, 2023).

A preocupação com equidade requer, ainda, distinguir vulnerabilidade como experiência contextual de vulnerabilidade como rótulo individual. Indicadores populacionais podem orientar planejamento de serviços, mas não substituem a entrevista, a escuta e a consideração de recursos e desejos específicos de cada usuário. Estudos brasileiros que relacionam vulnerabilidade social a

desfechos hospitalares reforçam a relevância do território e da desigualdade; contudo, seus modelos estatísticos e populações não permitem inferir o risco de pacientes de uma unidade específica sem avaliação individual (Santos *et al.*, 2022; Mah *et al.*, 2023; Ibrahim *et al.*, 2024).

Em conjunto, as evidências sustentam uma orientação analítica: a reorganização da força de trabalho deve ser avaliada por sua capacidade de produzir cuidado social oportuno, tecnicamente fundamentado e conectado aos demais pontos da rede, e não apenas por redistribuir servidores em uma escala. O documento do HUMAP representa oportunidade de observar tensões concretas que muitas vezes permanecem implícitas nos protocolos: limites de infraestrutura, multiplicidade de tarefas, insuficiência de pessoal e dificuldade de atribuição de responsabilidades. A questão crítica passa a ser a transformação dessas tensões em critérios transparentes de decisão, sujeitos à participação de trabalhadores, usuários e gestão (Petruzzi *et al.*, 2023; Dib; Belrhiti, 2025).

3. METODOLOGIA

Trata-se de estudo qualitativo, descritivo e analítico-interpretativo, fundamentado na análise de documento institucional de 2023 sobre a reorganização do processo de trabalho do Serviço Social do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian. A interpretação incorpora, de modo complementar, esclarecimentos escritos de um dos autores, registrados em comentários de revisão do manuscrito em novembro de 2026, referentes à efetivação da reorganização, à permanência de condições de infraestrutura e aos resultados percebidos. O desenho permite contextualizar a experiência e

discutir seus fundamentos, sem equiparar percepções informadas à mensuração independente de resultados assistenciais.

O documento central é a “Proposta de reformulação do processo de trabalho do Serviço Social do HUMAP”, identificada como elaborada por Carolina Maria Paixão Araújo e Claudinei Ferro Souza e revisada por Juliana Rodrigues de Souza, em Campo Grande, Mato Grosso do Sul, em 2023. O material descreve equipe, espaços, demandas, competências profissionais, remanejamento de atividades, distribuição de pessoal, considerações finais e legislação de referência. As notas do coautor, formuladas durante a revisão do artigo em 2026, foram consideradas esclarecimentos de autoria sobre a trajetória posterior da proposta, sem constituir entrevistas estruturadas ou fonte administrativa de indicadores. Não foram acessados prontuários, relatórios de produtividade, sistemas de pessoal ou dados individualizados de pacientes (Araújo; Souza, 2023).

A análise partiu da leitura integral do documento e do agrupamento de trechos sobre: composição e organização da equipe; condições de espaço físico e sigilo; natureza das demandas dirigidas ao Serviço Social; atuação junto às clínicas; planejamento de altas e articulação territorial; alternativas de dimensionamento; e condições de execução da reorganização. As duas tabelas institucionais foram lidas conforme sua finalidade declarada, distinguindo-se o quadro de pessoal considerado necessário do quadro representativo da cobertura efetivamente existente no contexto de elaboração da proposta. A interpretação valorizou as decisões organizacionais, os fundamentos técnico-profissionais e as condições de continuidade do trabalho.

As unidades de sentido foram organizadas em eixos temáticos e relacionadas à literatura e às normativas profissionais. A matriz interpretativa considerou a descrição institucional, os objetivos do redesenho, os fundamentos técnico-profissionais e as possibilidades de acompanhamento dos resultados. Não houve codificação independente por múltiplos avaliadores ou teste formal de confiabilidade; por essa razão, as conclusões são de natureza interpretativa. Os comentários do coautor constituem informação complementar sobre a experiência e são explicitamente identificados quando utilizados como relato de implementação ou de resultado percebido.

Para contextualização, utilizou-se bibliografia científica recente identificada a partir de registros bibliográficos indexados e páginas de publicações científicas, privilegiando estudos de 2022 a 2026 referentes a Serviço Social hospitalar, necessidades sociais em saúde, integração entre saúde e assistência, alta hospitalar, trabalho interprofissional, dimensionamento e sofrimento ocupacional. Os estudos foram empregados como evidências secundárias de discussão, com distinção entre sínteses de revisão, estudos observacionais, avaliações de intervenção e relatos de implementação. Não se trata de revisão sistemática, metanálise ou revisão de escopo original; não houve protocolo registrado, estratégia de busca exaustiva reproduzível, dupla triagem de todos os resultados nem avaliação formal de risco de viés do conjunto. Por essa razão, não são apresentados números de registros encontrados e excluídos nem fluxograma PRISMA fictício.

A atualização de referências profissionais teve como marco a Resolução CFESS nº 1.114/2025, que substituiu integralmente a Resolução CFESS nº 493/2006 citada no documento de 2023. O texto

original foi preservado como evidência histórica, enquanto a análise das exigências éticas e técnicas atuais adotou a norma posterior. Documentos normativos e o documento institucional não foram classificados como estudos científicos e são apresentados separadamente no fundamento de sua natureza. A legislação mais antiga listada no anexo da proposta não foi reproduzida como se estivesse dentro do recorte bibliográfico de cinco anos: serviu apenas para caracterizar o repertório de 2023, sem substituir verificação de vigência específica de cada ato (CFESS, 2025; Araújo; Souza, 2023).

Os quadros de pessoal foram empregados para compreender o planejamento do atendimento por unidades e a cobertura disponível no período descrito. A comparação focalizou a intenção de ampliar a presença do Serviço Social em áreas assistenciais e de preservar capacidade de resposta transversal, sem utilizar os quantitativos como estimativa atualizada de lotação. O exame não substitui estudo institucional de carga de trabalho, análise de escalas, acompanhamento de ausências e avaliação das necessidades específicas de cada clínica.

A interpretação foi orientada pelo diálogo entre o documento de 2023, os esclarecimentos de revisão de 2026 e a literatura, buscando elementos de organização do trabalho, condições de implementação e perspectivas de avaliação. As medidas descritas na proposta foram distinguidas das informações posteriores do coautor sobre sua efetivação. As melhorias de qualidade e produtividade são mencionadas como resultados percebidos, sem atribuição de magnitude ou relação causal demonstrada. As recomendações adicionais são apresentadas como oportunidades de sistematização

e aprimoramento de uma experiência relatada como já implementada.

Quanto aos aspectos éticos, a pesquisa utiliza documento institucional e comentários escritos do coautor sobre sua própria experiência, sem acesso a dados individuais de pacientes, recrutamento de participantes ou tratamento de informações clínicas identificáveis. O uso desses materiais não substitui eventual autorização institucional exigida para divulgação de informações internas. Não se declara aprovação de comitê de ética que não tenha sido informada. A publicação deve observar, quando pertinente, orientações editoriais e institucionais relativas ao relato de experiência profissional e à utilização de documentos organizacionais.

As limitações do estudo incluem a utilização de um documento institucional histórico, a ausência de séries atualizadas de pessoal e produtividade, a inexistência de observação direta ou entrevistas estruturadas e o caráter não sistemático da bibliografia contextual. As informações do coautor sobre a efetivação da reorganização e os ganhos percebidos contribuem para situar a experiência, mas não permitem quantificar variações nem atribuir causalidade. Essas restrições delimitam o alcance das conclusões sem afastar a relevância técnico-organizacional da prática relatada.

4. RESULTADOS E DISCUSSÕES OU ANÁLISE DOS DADOS

4.1. Caracterização Histórico-Institucional da Proposta de 2023

A análise do documento revela que a reformulação foi concebida no contexto de mudança gerencial e de intenção de aproximar assistentes sociais das clínicas e ambulatórios. A proposta parte da

percepção de que os atendimentos concentrados em salas próprias, recebidos por encaminhamento ou procura espontânea, coexistiam com solicitações originadas das enfermarias e de outras áreas hospitalares. A diversidade de origens não representa, por si, desorganização: hospitais de média e alta complexidade apresentam percursos não lineares. O problema identificado é que a ausência de critérios de encaminhamento poderia colocar em concorrência atividades burocráticas repetitivas e intervenções sociais que exigem tempo, continuidade e julgamento técnico (Araújo; Souza, 2023).

Quanto à estrutura de equipe, a fonte relata quatro assistentes sociais pela manhã e três à tarde, com revezamento de profissionais no período noturno, variação de jornada e regime de plantão nos finais de semana. Em outra passagem, registra nove profissionais atuando sem restrições, além de situações de carga horária reduzida, atividades administrativas e afastamento. Essas informações refletem a configuração histórica descrita em 2023 e auxiliam a compreender os desafios de cobertura por clínicas e turnos, sem equivaler a levantamento atualizado da força de trabalho em 2026 (Araújo; Souza, 2023).

Na dimensão física, o documento de 2023 descreve três salas compartilhadas entre diferentes profissionais e funções, sem ambiente individualizado permanentemente disponível para entrevistas sigilosas. Em esclarecimento escrito durante a revisão do manuscrito, o coautor informou que essa situação permanece. O relato aponta a importância de medidas institucionais voltadas à privacidade e ao resguardo de documentos, ainda que uma avaliação formal de conformidade demande verificação presencial. A atuação próxima às equipes clínicas deve coexistir com a

possibilidade de atendimento reservado, conforme a natureza de cada intervenção.

O texto também indica que dificuldades com agendamentos, regulação, pedidos administrativos, comunicação de mudanças de setor e solicitações de transporte chegavam ao Serviço Social. Trata-se de um diagnóstico de fluxo de trabalho descrito pela equipe, e não de medida da proporção de atendimentos efetivamente consumidos por essas demandas. Sem contagem de casos, tempo médio, severidade e resolutividade, é inadequado inferir que determinado percentual da jornada era desperdiçado. A descrição, entretanto, fornece justificativa suficiente para investigar se o setor estava assumindo tarefas que poderiam receber encaminhamento mais adequado (Araújo; Souza, 2023).

A proposta foi concebida com pactuação prevista para dezembro de 2023 e janeiro de 2024 e início do novo arranjo em fevereiro de 2024. Em comentário de revisão de novembro de 2026, o coautor confirmou que a reorganização ocorreu e relatou aumento percebido da qualidade do atendimento e da produtividade profissional. O presente artigo acolhe essa informação como registro qualitativo da experiência do autor, e não como estimativa estatística: não foram fornecidas séries antes e depois, medidas padronizadas ou documentação de avaliação de impacto. Assim, a discussão articula o redesenho proposto, a implementação informada e perspectivas de acompanhamento sistemático de seus efeitos.

4.2. Dimensionamento e Cobertura do Serviço Social: Planejamento e Contexto de Implementação

O Quadro 1 apresenta a distribuição profissional considerada necessária pela proposta institucional de 2023 para uma atuação ampliada nas clínicas, ambulatórios e setores específicos, abrangendo áreas críticas, clínicas médicas e cirúrgicas, maternidade, neonatologia, pediatria e funções de apoio técnico. O Quadro 2, conforme esclarecimento do coautor registrado em novembro de 2026, retrata a cobertura então disponível, com agrupamento de setores e acúmulo de responsabilidades pela equipe. Assim, os quadros não são duas alternativas futuras equivalentes: registram uma necessidade projetada e a organização existente à época, o que ajuda a compreender a motivação da reorganização (Araújo; Souza, 2023).

Quadro 1. Necessidade de profissionais do Serviço Social por clínicas e setores (proposta de 2023)

CLÍNICA/SETOR	Nº DE LEITOS	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS
CTI Adulto e UCO	10 + 9 = 19 leitos	01 assistente social
Clínica Cirúrgica I	20 leitos	01 assistente social
Clínica Cirúrgica II	34 leitos	02 assistentes sociais
Clínica Médica	27 leitos	02 assistentes sociais
Maternidade e CO	28 + 14 = 38 leitos	03 assistentes sociais
UCIN e UTI Neo	10 + 6 = 16 leitos	02 assistentes sociais
CTI Ped e Enf. Ped.	6 + 18 = 24 leitos	02 assistentes sociais
PAM Ped	8 leitos	01 assistente social
AVC, PAM Amarelo, Verde e Vermelho	4 + 4 + 6 + 8 = 18 leitos	02 assistentes sociais (plantonistas)

Hospital Dia e DIP	12 + 10 leitos	02 assistentes sociais
Hemodinâmica	demanda de atendimento	01 assistente social
NIR	demanda de atendimento	01 assistente social
Oncologia	demanda de atendimento	01 assistente social
Ambulatório Geral, Trans e Aborto Legal	demanda de atendimento	02 assistentes sociais
SOST	trabalhadores do HUMAP	01 assistente social
Responsável Técnica	-	01 assistente social
Total	**-**	**24 assistentes sociais**

Fonte: *Araújo e Souza (2023). Dados reproduzidos da proposta institucional, incluindo os totais nela declarados.*

Quadro 2. Cobertura do Serviço Social por clínicas com o quantitativo disponível em 2023

CLÍNICA/SETOR	Nº DE LEITOS	QUANTIDADE DE PROFISSIONAIS
Clínicas Cirúrgicas I e II	35 leitos	01 assistente social
Clínica Médica	27 leitos	01 assistentes social
Maternidade, CO, UCIN e UTI Neo	28 + 14 + 10 + 8 = 60 leitos	02 assistentes sociais
CTI Ped, Enf. Ped. e PAM Ped	6 + 18 + 14 = 38 leitos	02 assistentes sociais

CTI, UCO, AVC, PAM Amarelo, Verde e Vermelho	10 + 10 + 8 + 9 + 7 = 44 leitos	03 assistentes sociais
Hospital Dia e DIP	12 + 10 = 22 leitos	01 assistente social
Hemodinâmica	demanda de atendimento	sem assistente social
NIR	demanda de atendimento	sem assistente social
Oncologia	demanda de atendimento	sem assistente social
Ambulatório Trans e Aborto Legal	demanda de atendimento	01 assistente social que acumulará com clínica
Ambulatório Geral	demanda de atendimento	sem assistente social
SOST	trabalhadores do HUMAP	sem assistente social
Responsável Técnica	-	sem assistente social
Total	**-**	**13 assistentes sociais**

Fonte: *Araújo e Souza (2023). Os dados representam a cobertura descrita em 2023, e não quantitativos atuais.*

A comparação entre necessidade projetada e cobertura então existente torna visível a importância de distribuir o trabalho de acordo com a complexidade das demandas sociais e as características assistenciais de cada setor. A proposta buscou aproximar os assistentes sociais das equipes clínicas e reduzir o predomínio de solicitações administrativas que limitavam a disponibilidade para intervenções específicas. Esse direcionamento favorece a continuidade dos atendimentos e a participação nas

decisões multiprofissionais, desde que sejam preservadas atividades transversais, tempos de deslocamento, registros e articulação com a rede de proteção.

O dimensionamento do Serviço Social hospitalar deve ser interpretado à luz de diferentes necessidades assistenciais. Unidades de terapia intensiva, internação clínica, maternidade e ambulatórios apresentam perfis distintos de usuários e de situações sociais, que não se resumem ao número de leitos. A cobertura disponível, descrita pela equipe em 2023, ajuda a compreender a experiência de acumulação de clínicas e a busca por uma distribuição mais próxima das demandas de cada setor. Para documentar a evolução dessa organização, são relevantes registros de jornadas, perfil dos atendimentos, volume de solicitações e disponibilidade de profissionais por turno.

A apresentação de um quadro de necessidade de pessoal e de outro correspondente à cobertura existente constitui instrumento de diálogo entre trabalhadores e gestão hospitalar. A definição de prioridades pode considerar carga de trabalho, tempo de intervenção, complexidade social e continuidade do acompanhamento, bem como períodos de férias, licenças e atividades acadêmicas. Tais critérios colaboram para avaliar a sustentabilidade de uma reorganização que, conforme relato posterior do coautor, foi efetivada, embora seus resultados quantitativos ainda necessitem de documentação sistematizada (Araújo; Souza, 2023; Chaves-Montero; Blanco-Miguel; Ríos-Vizcaíno, 2025).

A cobertura do Serviço Social pode combinar profissionais de referência para unidades, presença programada em clínicas e

regime de plantão para demandas urgentes. A distribuição por setores favorece vínculo e participação em discussões de caso, enquanto o apoio transversal permite compartilhar experiência e garantir continuidade nas ausências. A experiência relatada pelo coautor reforça a pertinência de definir responsáveis por encaminhamentos e mecanismos de retaguarda. A avaliação institucional pode esclarecer quais aspectos do arranjo implantado são mais adequados às demandas efetivas das equipes e dos usuários.

4.3. Discriminação de Responsabilidades e Superação do Encaminhamento Indiscriminado

O documento de 2023 lista atividades classificadas como não pertencentes ao Serviço Social, abrangendo fornecimento de itens, marcação de consultas, pedidos de ambulância, informação de alteração de setor, comunicação operacional com familiares e recepção de reclamações. A classificação expressa uma preocupação com desvio de função e fragmentação do trabalho. Entretanto, a natureza de cada tarefa depende do contexto e do conteúdo da intervenção. Em situações de pobreza extrema, por exemplo, obter recursos materiais pode fazer parte de uma estratégia integrada de proteção social, embora logística de estoque e distribuição não precisem constituir responsabilidade técnica exclusiva do assistente social (Araújo; Souza, 2023).

A análise recomenda decompor solicitações compostas em etapas. Quando uma família solicita transporte após a alta, pode haver ação administrativa de cadastro e agendamento, avaliação clínica sobre segurança do deslocamento e avaliação social sobre condições de retorno e acesso à rede. Um único contato telefônico não revela

todas as competências envolvidas. Definir o responsável por cada etapa protege a equipe contra repasses automáticos e evita que o usuário fique circulando entre setores sem solução. A literatura de transição do cuidado destaca a importância de definição de responsabilidades e comunicação consistente entre serviços (Brown *et al.*, 2024; Marini *et al.*, 2025).

As reclamações relativas à demora de agendamentos e ao funcionamento do sistema de regulação merecem caminho acessível e institucionalmente reconhecido, como atendimento administrativo, regulação e ouvidoria, conforme a natureza da manifestação. Essa separação não implica proibir que o assistente social acolha ou oriente uma pessoa cuja dificuldade de acesso esteja relacionada a vulnerabilidade social. O que se busca evitar é a transferência integral da resolução de processos que não estão sob sua capacidade decisória. Manter escuta qualificada e direcionamento informado ajuda a não reproduzir barreiras, especialmente para usuários com baixo letramento institucional.

A comunicação de informações clínicas e decisões médicas requer respeito à competência de cada equipe. O assistente social pode contribuir para a compreensão das circunstâncias familiares, barreiras de acesso e necessidade de suporte, mas não deve substituir profissionais responsáveis por comunicar diagnósticos, prognósticos e condutas clínicas. Da mesma forma, a comunicação operacional de transferência de leito pode ser realizada por fluxo administrativo pactuado, ao passo que situações de abandono, conflito familiar ou violência demandam análise social própria. A delimitação de papéis deve ser formalizada sem desestimular cooperação em casos complexos (Dib; Belrhiti, 2025; Gregoriou *et al.*, 2025).

Um risco de reformas exclusivamente baseadas em exclusão de tarefas é criar vazios assistenciais. Se a gestão retirar do Serviço Social um contato que estava sendo realizado, mas não instituir equipe, canal e prazo alternativos, o usuário poderá enfrentar maior dificuldade. Desse modo, cada transferência de atribuição precisa conter identificação da demanda, unidade que passa a ser responsável, condições de execução, horário de atendimento, fluxo de exceção e mecanismo de devolutiva. Em vez de tratar o remanejamento como simples supressão, é mais adequado entendê-lo como redesenho de processo com salvaguarda da continuidade do cuidado.

Esse redesenho pode ser acompanhado por indicadores de encaminhamentos devolvidos sem resposta, tempo entre solicitação e definição de responsável, queixas de comunicação e volume de demandas clínicas equivocadamente direcionadas ao Serviço Social. Resultados devem ser monitorados por tendência, e não por metas que estimulem encerramento superficial de casos. O desempenho de um setor não pode melhorar artificialmente à custa do deslocamento de trabalho para outra equipe, especialmente quando inexiste capacidade de atendimento adicional. A colaboração interprofissional depende de acordos verificáveis e revisão periódica de interfaces (Pöhner *et al.*, 2026; Singh; Hogg-Graham, 2025).

4.4. Sigilo Profissional, Proteção Documental e Ambientes de Atendimento

A descrição de salas compartilhadas indica potencial conflito entre acesso ao atendimento e privacidade. Em situações de violência doméstica, sofrimento psíquico, orientação sobre benefícios ou problemas familiares, a presença de terceiros pode impedir que o

usuário relate informações importantes ou expô-lo a consequências indesejadas. A confidencialidade não se reduz ao isolamento físico; exige também condições de acolhimento, controle de acesso a registros, proteção de documentos e reflexão sobre o que é estritamente necessário compartilhar com outras categorias. A proposta original identifica corretamente o espaço de atendimento como condição de exercício profissional (Araújo; Souza, 2023).

Em 2023, a fundamentação citada pela equipe utilizava a Resolução CFESS nº 493/2006. Em setembro de 2025, o Conselho Federal publicou a Resolução nº 1.114/2025, em vigor e revogadora da norma anterior. Por conseguinte, um artigo escrito em 2026 deve diferenciar a norma historicamente mencionada da regulamentação atual aplicável à discussão. Não se presume, sem inspeção, que um ambiente específico esteja ou não em conformidade com a norma vigente; faz-se uma análise das condições descritas e da necessidade de avaliação institucional atualizada (CFESS, 2025).

A atuação nas enfermarias exige critérios situacionais. Pode ser possível realizar orientação breve à beira do leito, mas assuntos sensíveis requerem avaliar presença de outros pacientes, acompanhantes, trabalhadores e limites de confidencialidade. O acesso a sala reservada deve ser considerado recurso permanente do processo de trabalho, inclusive para atendimento de familiares e produção de documentos técnicos. Instituir visitas regulares sem preservar essa infraestrutura pode apenas deslocar a exposição de informações para outros ambientes. O planejamento deve prever localização, segurança, acessibilidade, possibilidade de atendimento privado e fluxos para situações urgentes.

A proteção de informações também se relaciona aos registros interprofissionais. A equipe pode necessitar saber que há ausência de local de moradia ou necessidade de apoio social para planejar a alta, mas não precisa necessariamente receber todos os detalhes de conflitos familiares narrados em entrevista privativa. Recomenda-se distinguir informação necessária ao cuidado compartilhado de material técnico reservado, segundo normas e políticas institucionais aplicáveis. Plataformas digitais que favorecem continuidade não devem ampliar indiscriminadamente a circulação de dados sensíveis. A qualidade da comunicação depende de clareza e pertinência, não de acumulação de informações (Monaci *et al.*, 2025; Foad; Lippert; Lippert, 2026).

Os meios de comunicação externos exigem cuidados semelhantes. Contatar serviços da rede de proteção, familiares ou órgãos públicos pode ser fundamental para acesso a direitos, mas convém avaliar legitimidade da solicitação, finalidade, autorização pertinente e conteúdo indispensável. Uma orientação institucional pode estabelecer canais oficiais, registro resumido das providências e regras para devolutiva, com atenção especial a casos de ameaça ou violência. A circulação de profissionais entre clínica, ambulatório e sala do Serviço Social não dispensa critérios uniformes de documentação e preservação da confiança.

No plano avaliativo, não basta contabilizar salas existentes; é necessário verificar sua disponibilidade real nos turnos de atendimento, condições para portas fechadas, guarda segura, acessibilidade e adequação aos procedimentos desenvolvidos. Uma inspeção futura poderia adotar instrumento estruturado e observação in loco, desde que devidamente autorizada. A evidência

documental de 2023 constitui alerta histórico e fundamento para reavaliação, não laudo contemporâneo sobre a estrutura do HUMAP.

4.5. Integração às Clínicas e Tensão Entre Referência Territorial e Trabalho Transversal

A proposta sugere vincular assistentes sociais às clínicas com o propósito de aproximar a leitura social do processo terapêutico. A presença mais regular no local onde as decisões assistenciais são tomadas pode favorecer identificação precoce de barreiras ao cuidado, participação em reuniões e construção de planos de alta. Essa estratégia encontra correspondência em estudos sobre equipes interprofissionais e coordenação de transições, embora não haja comprovação direta de sua eficácia no hospital em análise. Sua utilidade dependerá da carga de trabalho, do reconhecimento das competências profissionais e de canais de comunicação com serviços externos (Araújo; Souza, 2023; Brown *et al.*, 2024).

A definição de profissional de referência pode melhorar previsibilidade para equipe e usuário, mas exige cobertura quando há férias, formação, licenças e escalas de plantão. Sem substituição definida, a referência exclusiva corre o risco de transformar-se em dependência de pessoa específica e ampliar interrupções. Modelos híbridos podem combinar vinculação prioritária com retaguarda transversal, de modo que as clínicas tenham ponto de contato identificável e o setor mantenha capacidade de lidar com situações urgentes não planejadas. Essa hipótese deveria ser construída com profissionais, chefias e responsáveis pelos fluxos assistenciais, evitando decisão unilateral.

A adesão das equipes é componente central. Se a integração às clínicas ocorrer sem apresentação das competências e sem pactuação de critérios de encaminhamento, o profissional pode receber ainda mais solicitações administrativas por estar fisicamente próximo. O acesso facilitado não é sinônimo de divisão adequada do trabalho. Recomenda-se definir situações de acionamento prioritário, como suspeita de violência, desproteção, dificuldades graves de alta, ausência de apoio e direitos ameaçados; simultaneamente, convém divulgar canais para demandas administrativas. Revisões sobre colaboração enfatizam que a indefinição de papéis constitui barreira recorrente e pode limitar resultados mesmo quando há reuniões frequentes (Dib; Belrhiti, 2025; Gregoriou *et al.*, 2025).

A participação em discussão de caso precisa ter finalidade concreta. Reuniões com pauta, registros essenciais, responsáveis por encaminhamentos e prazos de retorno são mais úteis do que presença meramente formal em encontros de equipe. Recomenda-se que informações sociais compartilhadas estejam vinculadas à decisão a ser tomada e que sua transmissão respeite privacidade. Síntese de discussões interprofissionais em hospitais identifica formatos diversos e potencial contribuição para coordenação, mas ressalta heterogeneidade de processos e insuficiência de evidência para afirmar superioridade universal de um formato específico (Pöhner *et al.*, 2026).

O trabalho transversal, por sua vez, pode ser preservado por estruturas de consultoria interna e critérios de escalonamento. Casos de violência, situações envolvendo criança e adolescente, pessoas idosas, ausência de moradia ou dificuldades graves de continuidade frequentemente atravessam mais de uma clínica. Se todos os

recursos forem rigidamente setorizados, a equipe poderá perder capacidade de compartilhar experiência e oferecer apoio diante de casos complexos. A experiência de colaboração entre profissionais de diferentes ambientes assistenciais aponta que a governança deve equilibrar continuidade e especialização sem gerar fragmentação adicional (Van Oosterhout *et al.*, 2026).

A reorganização descrita no documento de 2023 foi posteriormente confirmada pelo coautor como implementada. Por isso, a discussão não a trata como mera intervenção hipotética, mas como experiência institucional que pode ser sistematizada em pesquisas futuras. Um aprofundamento avaliativo pode recuperar o cronograma real de implantação, as atividades pactuadas, as mudanças nos fluxos de atendimento e os registros disponíveis sobre produtividade e qualidade. A partir desses elementos, seria possível examinar tendências e circunstâncias associadas aos ganhos percebidos, com escuta de trabalhadores e usuários e análise de fatores contextuais.

4.6. Planejamento de Alta e Continuidade da Atenção: Responsabilidades Compartilhadas

A proposta de 2023 identifica contatos para informar altas, solicitar transporte, obter pertences ou viabilizar apoio como demandas recorrentes. A análise dessas tarefas recomenda distinguir aviso administrativo, tomada de decisão clínica e intervenção social. A comunicação da alta pode ser organizada por recepção ou secretaria, enquanto as orientações clínicas competem à equipe assistencial e a avaliação das condições sociais de retorno exige abordagem especializada quando o caso apresenta vulnerabilidades. A distribuição não deve tornar o percurso do

usuário mais fragmentado; precisa operar como processo compartilhado com decisões reconhecíveis, registros suficientes e responsáveis definidos (Araújo; Souza, 2023; Barbosa *et al.*, 2023).

Revisões recentes descrevem modalidades de planejamento de alta que combinam orientação, educação, revisão de necessidades, coordenação entre setores e contato com serviços externos. A literatura sobre intervenções pré-alta em pessoas idosas identifica estratégias variadas, mas também heterogeneidade que dificulta determinar um padrão único eficaz para todas as instituições. Dessa forma, o melhor desenho depende das características de cada população, da rede pós-hospitalar e do risco de descontinuidade. Para o Serviço Social, isso significa priorizar situações em que barreiras sociais podem tornar inviável o plano clínico proposto, sem assumir integralmente funções logísticas ou médicas (Dimla *et al.*, 2023; Garcia; Hass, 2025; Imhof *et al.*, 2026).

A preparação de familiares e cuidadores precisa incluir compreensão das orientações, condições efetivas de apoio e possibilidade de manifestar dúvidas. Em internações por doenças crônicas, a continuidade pode ser afetada por complexidade terapêutica, limitações funcionais, distância entre serviços e disponibilidade de recursos. Estudo clínico sobre plano de transição encontrou contribuições para competência de cuidado de pacientes e cuidadores em condições avaliadas, ao passo que pesquisas brasileiras descrevem desafios de comunicação e de articulação após alta. Essas evidências justificam considerar acompanhamento social e educação interprofissional, mas não permitem deduzir ganho quantitativo no HUMAP sem estudo local (Rincón Estrada *et al.*, 2024; Gama *et al.*, 2025).

O documento de alta também é componente do processo. Informações incompletas, atrasadas ou pouco compreensíveis podem prejudicar continuidade, especialmente quando há múltiplos pontos de cuidado. Revisões de escopo sobre resumos de alta e comunicação pós-consulta evidenciam interesse crescente por legibilidade, oportunidade e participação de profissionais e pacientes. Contudo, o prontuário e o resumo clínico não devem ser confundidos com relatório social integral: cada registro possui finalidade, destinatário e limites de divulgação. A integração deve assegurar a informação necessária para continuidade sem exposição indevida de dados íntimos (Monaci *et al.*, 2025; Foad; Lippert; Lippert, 2026).

Em contextos de alta complexidade, recomenda-se iniciar levantamento social orientado por necessidades quando as barreiras forem identificadas, e não aguardar o dia previsto da saída. O momento oportuno depende de critérios de risco e disponibilidade; a exigência de avaliação social universal e integral para todos os pacientes poderia ampliar sobrecarga sem benefício demonstrado. A literatura sobre avaliação de necessidades hospitalares oferece instrumentos de triagem, mas evidencia diferentes níveis de sensibilidade e viabilidade. Um processo eficiente pode utilizar encaminhamento qualificado seguido de avaliação aprofundada dos casos que efetivamente demandem intervenção técnico-social (Neshan *et al.*, 2024; Carter *et al.*, 2026).

A efetividade deverá ser medida por desfechos diversos: proporção de casos com plano compartilhado, encaminhamentos aceitos pela rede, tempo até resposta, satisfação do usuário, ocorrências de alta com barreiras sociais não resolvidas e reincidência de demandas. Não se recomenda adotar taxa de reinternação como indicador

exclusivo de trabalho social, pois depende de condições clínicas, sociais e organizacionais não controladas pela equipe. Estudo de associação entre riscos sociais e readmissão e revisão de intervenções integradas indicam que relações são complexas e que contexto institucional pode modificar efeitos. Portanto, avaliação deve combinar indicadores de processo e resultado com interpretação prudente (Mixon *et al.*, 2024; Hamadi *et al.*, 2026).

4.7. Identificação das Necessidades Sociais e Conexão com Respostas Territoriais

O atendimento social no ambiente hospitalar frequentemente inicia com demandas explícitas, como transporte, falta de recursos materiais ou dificuldade de localizar familiares; outras necessidades aparecem apenas durante entrevista, acolhimento ou discussão de equipe. O documento do HUMAP registra situações de violência, negligência, abandono, uso problemático de substâncias e ausência de apoio como objetos relevantes de intervenção. A complexidade dessas experiências exige abordagem que respeite singularidade, rede de vínculos e capacidade de proteção disponível. Reduzir a atuação a formulários ou listas de encaminhamento pode comprometer a análise necessária para decisões sensíveis (Araújo; Souza, 2023).

A expansão internacional da triagem de necessidades sociais sugere ganhos potenciais em visibilidade de problemas antes pouco identificados. Entretanto, síntese sistemática de intervenções mostra que efeitos sobre utilização de serviços, custos e desfechos clínicos variam, e que falta de acompanhamento pode limitar resultados. Estudos mais recentes também mostram que a resposta de pacientes pode variar segundo quem realiza a abordagem, a forma

de comunicação e o ambiente. Assim, instrumentos podem ser incorporados como apoio à escuta, mas não como substitutos do diálogo e do julgamento técnico profissional (Yan *et al.*, 2022; O'Leary *et al.*, 2026).

Em hospitais, a insegurança alimentar tem sido explorada como necessidade social identificável por perguntas específicas. Estudos de implementação mostram que a incorporação de triagem ao fluxo assistencial é possível, mas exige treinamento, orientações claras e respostas externas disponíveis. Uma experiência que encaminha usuários a programas de alimentação não demonstra por si que a necessidade foi resolvida, sobretudo se não houver retorno verificável. O indicador mais relevante deve separar pessoas avaliadas, necessidades reconhecidas, encaminhamentos realizados e acesso concretizado (Gore *et al.*, 2022; Tepe *et al.*, 2024; Lopez *et al.*, 2026).

As diferenças territoriais modificam as possibilidades de intervenção. Unidades que recebem pacientes de municípios distantes podem enfrentar dificuldades de transporte, hospedagem, continuidade ambulatorial e comunicação entre redes, enquanto pessoas em situação de rua ou sob violência requerem outras estratégias de proteção. O documento aponta a presença de pacientes de municípios do interior e recomenda articulações específicas. A adequada definição de responsabilidades deve, portanto, considerar a atuação da gestão municipal, serviços socioassistenciais e órgãos de proteção pertinentes; isso exige contato institucional estruturado e não simples transferência de responsabilidade ao indivíduo (Araújo; Souza, 2023).

Experiências internacionais de parcerias médico-jurídicas mostram que barreiras vinculadas a direitos, documentação e relações contratuais podem produzir necessidades em saúde que não são resolvidas por procedimentos clínicos. Estudos sobre desenvolvimento e financiamento dessas parcerias ilustram como cooperação com serviços jurídicos pode complementar a atenção, mas se referem a arranjos de outros sistemas. No SUS, a análise precisa distinguir orientações gerais, competência de assistência social, acesso à Defensoria Pública e outros equipamentos da rede, sem pressupor que o hospital deva criar estrutura idêntica à de outra jurisdição (Johnson *et al.*, 2024; Dowling *et al.*, 2024; Sage; Warren, 2024).

Uma articulação territorial efetiva deve incluir critérios de envio, informação pertinente, modalidade de comunicação, confirmação de recebimento e possibilidade de retorno ao serviço hospitalar. Nos casos em que o usuário não desejar ou não puder utilizar determinado recurso, o registro deve refletir essa circunstância sem qualificar a decisão como falha moral. A integração entre atenção social e saúde, em sínteses de literatura, mostra dependência de condições de implementação e de relações estáveis entre organizações. O contato pontual é valioso, mas não equivale à construção de uma rede operante de proteção e continuidade (De Matos *et al.*, 2024; Markossian *et al.*, 2023).

A amplitude dos domínios sociais identificados varia conforme especialidade assistencial. Revisão sistemática sobre intervenções de rastreamento de câncer, por exemplo, sugere que barreiras sociais também alteram possibilidades de prevenção e acesso a exames, e não apenas a trajetória de pacientes internados. Por isso, a exclusão automática de áreas ambulatoriais do acompanhamento social

requer justificativa e análise de demanda efetiva, especialmente quando a proposta institucional inclui unidades de oncologia e ambulatórios especializados (Korn *et al.*, 2023).

Em serviço de urgência de outro país, investigação transversal sobre insegurança alimentar identificou a pertinência de reconhecer vulnerabilidades mesmo em atendimentos não programados; esse desenho não produz estimativas para hospitais brasileiros, mas reforça que uma demanda social pode aparecer fora dos setores com profissionais de referência. Estudos sobre requisitos de equidade e parcerias médico-jurídicas, por sua vez, destacam a necessidade de relacionar identificação de problemas a responsabilidades e caminhos de resposta, evitando indicadores baseados apenas em número de formulários preenchidos (Richling; Hammer; Tan, 2024; Tartarilla *et al.*, 2025).

4.8. Saúde do Trabalhador, Desgaste Ocupacional e Condições de Permanência

A proposta atribui parte da sobrecarga a solicitações administrativas repetitivas somadas ao atendimento de situações de sofrimento e vulnerabilidade. Trata-se de percepção profissional importante, mas não constitui mensuração formal de adoecimento, afastamento ou estresse ocupacional. O texto informa diferentes condições de jornada e afastamento, sem disponibilizar indicadores que permitam estimar risco ou estabelecer comparações. Ainda assim, a literatura sugere que volume de demandas, ambiguidade de papéis e falta de apoio gerencial merecem atenção como componentes organizacionais do sofrimento laboral (Araújo; Souza, 2023; Chaves-Montero; Blanco-Miguel; Ríos-Vizcaíno, 2025).

Pesquisas sobre profissionais de Serviço Social em hospitais, particularmente em situações de crise sanitária, descrevem desgaste e trauma secundário. Embora a pandemia tenha características singulares e os resultados não se transfiram diretamente a outro momento, esse repertório destaca a exposição ocupacional decorrente do contato frequente com sofrimento, violência e limitações institucionais. As respostas organizacionais não deveriam se restringir a orientações individuais de autocuidado. É necessário examinar volume de casos, equipe disponível, possibilidade de supervisão, acesso a capacitação, oportunidades de debate ético e fluxos para situações de alto risco (Olson *et al.*, 2026).

O conceito de sofrimento moral ajuda a analisar circunstâncias nas quais o profissional reconhece o que seria tecnicamente adequado, mas enfrenta impedimentos de recursos, hierarquia ou processo. Revisões qualitativas envolvendo trabalhadores da saúde e da assistência social associam sofrimento moral a conflitos institucionais e obstáculos à prática considerada correta. Desse modo, remover tarefas administrativas não garante, isoladamente, prevenção do adoecimento se persistirem lacunas de pessoal, impossibilidade de encaminhar usuários e exigências contraditórias. A qualidade das condições de trabalho é atributo coletivo e precisa integrar o próprio objeto de gestão (Beadle *et al.*, 2024).

Estudo comparativo de trabalhadores de saúde e assistência social identificou relações entre condições psicossociais e indicadores de sofrimento mental, sugerindo relevância de proteção ocupacional em ocupações de cuidado. No caso hospitalar, esse princípio apoia avaliação da jornada real, incluindo trabalho invisível de documentação, reuniões e articulações externas. A alocação por leito pode aparentar objetividade, mas ocultar grande parte das

intervenções mais complexas. Um dimensionamento que considere apenas atendimentos concluídos tende a penalizar atividades demoradas e essenciais, como estudo social em caso de violência ou busca de resposta territorial segura (Lin; Wong; Cheng, 2025).

A participação de trabalhadores no redesenho é condição prática para identificar problemas que quadros de pessoal não revelam. Grupos de discussão com supervisão técnica e gestão podem explicitar demandas de maior complexidade, pontos de transferência malsucedida e períodos críticos de atendimento. Em avaliação posterior, a observação de rotinas e registros de tempo poderia estimar trabalho direto e indireto, preservados sigilo e finalidade. Tais dados deveriam informar cenários de distribuição profissional sem transformar a equipe em objeto de vigilância punitiva. Indicadores de carga precisam ser usados para planejamento coletivo, não para estimular atendimento apressado.

Para sustentabilidade, sugere-se plano com cobertura de ausências, retaguarda técnica para casos críticos, formação permanente, apoio de gestão e critérios objetivos para revisão de escala. A proposta de 2023 menciona explicitamente falta de profissionais para férias, licenças e afastamentos, o que representa fragilidade organizacional descrita, independentemente do total nominal escolhido. A distribuição poderá ser testada somente depois de resolver inconsistências numéricas e estimar recursos efetivamente disponíveis por turno, sem pressupor que a mesma quantidade de profissionais produz idêntica capacidade de resposta em contextos diferentes.

4.9. Atribuições de Formação, Gestão e Produção de Conhecimento

O documento reserva espaço para preceptoria, elaboração de estudos, atuação socioeducativa, monitoramento, produção de relatórios e colaboração na formação de trabalhadores. Tais atividades não constituem adornos ao atendimento individual, mas dimensões do exercício profissional que permitem qualificar o serviço, construir aprendizado institucional e interpretar tendências das demandas. Em hospital universitário, a relação com ensino e pesquisa também integra a identidade organizacional. Contudo, reservar horas para essas tarefas exige transparência quanto à jornada disponível e ao impacto sobre cobertura assistencial (Araújo; Souza, 2023).

A formação interprofissional pode ajudar equipes administrativas e assistenciais a distinguir qual situação necessita de avaliação social, qual pode ser resolvida em outros setores e quando é indispensável atuação compartilhada. Estudos sobre colaboração mostram que atitudes favoráveis à cooperação não resolvem, sozinhas, limites organizacionais; a aprendizagem precisa ser articulada a papéis claros e fluxos disponíveis. A realização de oficinas isoladas, sem revisão de processos, tem potencial de produzir conhecimentos que não se convertem em mudança. Por esse motivo, programas educativos devem conter objetivos, casos práticos, avaliação de entendimento e acompanhamento de aplicação na rotina (Gregoriou *et al.*, 2025; Dib; Belrhiti, 2025).

Na atividade de preceptoria, a supervisão deve combinar aprendizagem prática, ética e proteção do usuário. A participação de estudantes em entrevistas ou discussões sociais não afasta necessidade de informar a finalidade da atividade, resguardar dados e avaliar a pertinência de cada presença. A qualificação profissional pode utilizar análise de casos desidentificados, discussão de

conflitos de atribuição e revisão de situações em que encaminhamentos não alcançaram a rede. Esse tipo de aprendizagem tem valor especial porque evidencia que decisões técnicas estão relacionadas a condições institucionais e não apenas a conhecimento individual.

Os relatórios de gestão, por sua vez, deveriam evitar o viés de quantidade de atendimentos. Um profissional que realiza número menor de registros pode ter conduzido situações de elevada complexidade, com múltiplos contatos, análise de riscos e proteção de direitos. Por isso, a produção de conhecimento institucional pode contemplar tipologias de demanda, gravidade, tempo necessário, desfechos de encaminhamento e barreiras do sistema. A estratificação deve ser interpretada de modo agregado e protegido, sem estabelecer metas inadequadas para casos de violência ou situações de alta vulnerabilidade.

A melhoria dos registros depende da uniformização de conceitos e campos mínimos. Denominações vagas como “orientação” ou “encaminhamento” podem ocultar ações de natureza e intensidade diferentes; um sistema mais útil distinguiria acolhimento inicial, estudo social, atendimento familiar, discussão de caso, parecer técnico, articulação externa e acompanhamento de retorno. Cada categoria requer definição operacional, para que dados coletados por profissionais diversos sejam comparáveis. A existência de categorias não deve impedir registro narrativo qualificado quando o caso exceder padrões de formulário.

O diálogo com outras experiências hospitalares pode apoiar produção de protocolos, mas precisa respeitar diferenças entre territórios, perfis de pacientes e recursos. Revisões recentes de

intervenções integradas apontam que medidas de resultado e descrição de contexto são frequentemente heterogêneas. É preferível construir pequena base local de dados confiáveis e avaliáveis a adotar grandes conjuntos de indicadores sem capacidade de alimentação e validação. Esse cuidado transforma informação em insumo efetivo para planejamento e favorece aperfeiçoamento contínuo (Shannon *et al.*, 2025; Singh; Hogg-Graham, 2025).

4.10. Proposta de Matriz de Monitoramento e Avaliação

Uma contribuição analítica do estudo consiste em propor dimensões de monitoramento compatíveis com a reorganização relatada e com a literatura. A primeira dimensão é o acesso, incluindo tempo até o acolhimento em casos prioritários e cobertura das clínicas. A segunda é a articulação dos encaminhamentos, observando responsabilidade definida e retorno da rede. A terceira é a qualidade percebida por usuários e profissionais. Essas dimensões podem complementar a experiência já efetivada e ajudar a transformar avaliações qualitativas positivas em informação institucional acompanhada ao longo do tempo.

A definição dos indicadores exige estabelecer denominador. Por exemplo, percentual de encaminhamentos com retorno não deve ser calculado sobre todos os atendimentos, mas sobre os encaminhamentos externos para os quais houve necessidade e possibilidade legítima de acompanhamento. De modo semelhante, avaliação de demora deve distinguir urgência social, atendimento programado e demanda administrativa indevidamente repassada. Sem essas definições, diferenças entre turnos ou clínicas podem refletir alteração de registro, e não de desempenho. O primeiro

passo de eventual implementação é pactuar dicionário de dados e critérios de elegibilidade para cada medida.

A mensuração da continuidade deve valorizar o resultado para usuário, não apenas o envio de solicitação. Estudos de programas de necessidades sociais mostram que identificar carência e encaminhar não equivale a solucionar problema, o que torna apropriado verificar contato com serviço de destino e barreiras persistentes. Entretanto, o hospital não controla integralmente a oferta territorial e não deve responsabilizar profissionais por resultado condicionado a políticas externas. O acompanhamento pode separar “encaminhamento emitido”, “recebido”, “atendimento iniciado” e “necessidade parcialmente ou integralmente atendida”, com categorias para falta de informação e recusa legítima (Lax *et al.*, 2024; Ashe *et al.*, 2023).

A qualidade da alta poderia ser acompanhada por amostras de casos de maior complexidade social, usando revisão conjunta de registro, oportunidade de identificação da barreira e articulação com equipe. Pesquisas de transição mostram que experiências de pacientes e cuidadores variam e merecem instrumentos específicos, sem reduzir qualidade ao tempo de internação. A interpretação dos resultados precisa considerar condições clínicas e territoriais, sazonalidade, diferenças na gravidade das situações e mudanças paralelas do sistema hospitalar (Barbosa *et al.*, 2023; Marini *et al.*, 2025; Imhof *et al.*, 2026).

Para estimar carga de trabalho, poderiam ser utilizadas janelas de observação com registro de tempo em atividades agregadas, nunca exposição indevida de conteúdo sensível. A partir dessa base, seria possível estimar tempo por tipo de demanda, proporção de

solicitações reencaminhadas a áreas administrativas e intervalos de espera. A gestão poderia comparar cenários por equipe efetivamente disponível e por capacidade de cobertura de risco, sem converter automaticamente uma relação de leitos em número suficiente de profissionais. Tal procedimento corresponde a recomendação metodológica de planejamento, e não a método empregado na proposta de 2023.

A participação de usuários e familiares pode fornecer informações sobre acessibilidade, clareza da comunicação e dificuldades após encaminhamento. A coleta deve observar voluntariedade e proteção de informações pessoais. Sugere-se que os resultados agregados sejam discutidos em reuniões periódicas entre equipe técnica, gestão e setores parceiros, com registro de decisões e responsabilidades. A avaliação não será útil caso produza apenas relatórios sem capacidade de alterar os processos identificados como problemáticos. Como as intervenções integradas dependem do contexto, ciclos regulares de análise podem ser mais informativos do que avaliação única e descontextualizada (De Matos *et al.*, 2024; Hamadi *et al.*, 2026).

4.11. Sistematização da Experiência de Implantação e Acompanhamento

Quadro 3. Matriz propositiva de acompanhamento da reorganização do Serviço Social

Dimensão	Indicador sugerido	Interpretação e cautela
Acesso	Tempo até primeiro atendimento social prioritário	Estratificar por risco; comparar apenas casos elegíveis

Fluxo de encaminhamentos	Proporção de demandas com responsável definido	Distinguir tarefas administrativas, clínicas e sociais
Continuidade	Encaminhamentos à rede com confirmação de retorno	Não confundir envio de solicitação com solução da necessidade
Sigilo	Disponibilidade efetiva de espaço reservado por turno	Exige avaliação presencial e critérios éticos
Carga de trabalho	Tempo por tipo de intervenção e cobertura de ausências	Incluir atividade indireta, complexidade e formação
Experiência dos usuários	Avaliação de clareza e acessibilidade do percurso	Participação voluntária e proteção de informações

Fonte: Elaboração própria. Matriz sugerida para acompanhamento futuro de uma reorganização cuja implementação foi informada pelo coautor; não houve mensuração dos indicadores neste estudo.

A proposta de 2023 recomenda central de alta ou redistribuição de tarefas administrativas às secretarias, canal de informação ambulatorial e protocolo para problemas de comunicação assistencial. Essas iniciativas se relacionam ao objetivo de ampliar a atuação específica do Serviço Social junto às clínicas. O coautor informou que a reorganização do processo de trabalho ocorreu, mas os comentários de revisão não detalham quais instrumentos, setores e etapas foram efetivamente adotados. Por isso, a sistematização da experiência deve distinguir o desenho originalmente proposto dos componentes posteriormente executados, preservando a centralidade da qualidade do atendimento ao usuário (Araújo; Souza, 2023).

O primeiro eixo de sistematização consiste em documentar a trajetória de implantação. Registros de reuniões de pactuação, mudanças de escala, orientações às equipes e distribuição das atividades podem permitir descrever o processo de modo cronológico, sem questionar a experiência relatada por seus formuladores. O levantamento de profissionais disponíveis, turnos e demandas atendidas ajudaria a caracterizar a abrangência alcançada. Essas informações são especialmente relevantes para distinguir as condições de partida em 2023 da organização posteriormente adotada e das necessidades atuais do hospital.

O segundo eixo consiste em descrever os fluxos de encaminhamento que passaram a orientar o cotidiano do serviço. Solicitações de comunicação de mudança de leito, informações sobre regulação, transporte, atendimento em casos de violência e alta de pacientes sem suporte envolvem responsabilidades diferentes, mas podem exigir articulação entre áreas. A documentação de protocolos, rotinas e decisões interprofissionais permitiria identificar práticas consolidadas e pontos que ainda demandam ajuste. A ausência temporária de um profissional de referência também deve ser considerada no planejamento de continuidade do atendimento.

O terceiro eixo diz respeito ao acompanhamento da qualidade e da produtividade após a reorganização. O coautor relata melhora nesses aspectos, avaliação que constitui informação relevante sobre a experiência. Para dimensionar essa percepção de forma comparável, poderiam ser reunidos dados históricos disponíveis sobre atendimentos, tempo de resposta, situações sociais complexas identificadas, encaminhamentos com devolutiva e satisfação dos usuários. Indicadores devem ser interpretados à luz da variação da

demanda e de outras mudanças institucionais, sem reduzir a qualidade do trabalho à contagem de procedimentos (Hindsbak *et al.*, 2024; Shannon *et al.*, 2025).

O quarto eixo envolve análise participativa e aprimoramento contínuo do arranjo implementado. A participação de assistentes sociais, demais equipes, gestão e usuários pode contribuir para reconhecer avanços, limites de cobertura e necessidades de ajustes, considerando continuidade do cuidado, proteção do sigilo e saúde dos trabalhadores. Essa avaliação não pressupõe ausência de planejamento técnico anterior; propõe tornar mais visíveis os procedimentos e as aprendizagens de uma reorganização já realizada, de maneira que a experiência possa ser comunicada e comparada com critérios transparentes.

Em hospitais universitários, a consolidação do processo de trabalho também se articula a ensino, preceptoria e pesquisa. A participação de residentes e estudantes pode apoiar educação permanente, mas não substitui profissionais responsáveis por atendimento e decisões técnicas. O registro dos procedimentos adotados e de seus resultados favorece que a experiência relatada no HUMAP seja discutida no âmbito acadêmico sem extrapolar as evidências disponíveis. O aprimoramento permanente constitui aspecto relevante de inovação organizacional, especialmente diante da diversidade de contextos hospitalares (Brown *et al.*, 2024; Dib; Belrhiti, 2025).

4.12. Interpretação Crítica das Evidências, Transferibilidade e Limites da Proposta

A evidência recente associa necessidades sociais a resultados de saúde e descreve intervenções promissoras de rastreamento, parceria externa e cuidado de transição. Contudo, diferenças de delineamento e população impedem concluir que uma mesma arquitetura organizacional seja eficaz em todos os hospitais. Estudo de coorte sobre risco social e readmissão, por exemplo, observa associações, mas não identifica automaticamente qual intervenção profissional causaria redução dos eventos. Da mesma forma, achados sobre vulnerabilidade social e destino da alta não justificam regras indiscriminadas de priorização que desconsiderem necessidades individuais (Cornell *et al.*, 2025; Shimizu *et al.*, 2025).

A presença de estudos econômicos sobre parcerias médico-jurídicas amplia a discussão de possíveis custos e benefícios, mas requer cautela. Modelos de financiamento, instrumentos legais e duração de internação de outros países não são parâmetros diretos para estimar economia no SUS. Pesquisas de viabilidade e análises de caso podem sugerir hipóteses sobre barreiras que prolongam internações, sem confirmar que a criação de determinado arranjo gerará economia equivalente no HUMAP. Qualquer cálculo financeiro deveria incluir custos de implantação, manutenção, transferência de tarefas e resultados observados em período definido (Richman *et al.*, 2023; Depolo; West; Johnston, 2025).

A transposição de instrumentos de rastreamento também exige avaliação. Estudos recentes identificam variações entre populações e métodos de identificação de necessidades; algumas medidas se concentram em alimentos e transporte, enquanto outras abordam moradia, segurança e apoio. Instrumentos formulados para um sistema não podem ser simplesmente traduzidos sem considerar relevância cultural, fluxo assistencial e rede de resposta disponível.

Além disso, a identificação de necessidade que o serviço não tem condições de acolher pode gerar expectativas indevidas. A adaptação exige pactuação ética e validação operacional local (Neshan *et al.*, 2024; O'Leary *et al.*, 2026).

O coautor da proposta institucional informa que a reorganização foi realizada e que percebeu melhora de qualidade e produtividade. Esses esclarecimentos devem ser reconhecidos como parte da trajetória da experiência relatada. Ao mesmo tempo, a análise documental disponível não inclui séries históricas ou indicadores assistenciais que permitam estimar a dimensão dessas mudanças e compará-las com uma linha de base. Essa distinção entre apreciação profissional e mensuração quantitativa não desqualifica a implementação: indica uma oportunidade de sistematizar dados existentes, quando disponíveis, e de realizar avaliação longitudinal dos efeitos da reorganização.

A experiência analisada evidencia a importância de preservar a memória do processo de mudança e de registrar decisões institucionais relativas a atribuições, cobertura assistencial e condições de trabalho. Documentos de planejamento ajudam a explicitar prioridades e a comunicar objetivos à gestão; registros posteriores permitem compreender o percurso de implementação e seus resultados. Para favorecer a circulação do conhecimento produzido pelos profissionais, recomenda-se reunir protocolos, relatórios de acompanhamento e avaliações de usuários e equipes, quando existentes, respeitando a confidencialidade e as regras institucionais de acesso.

A reorganização do HUMAP é relevante por priorizar intervenção social contextualizada, articulação com equipes, proteção de direitos

e reordenamento das atividades administrativas. Esses eixos dialogam com evidências atuais de integração entre serviços de saúde e proteção social e com a necessidade de condições éticas para o atendimento. O relato de melhoria percebida pelo coautor constitui ponto de partida para discussão de resultados, enquanto a sistematização de registros e indicadores pode fortalecer a comunicabilidade científica da experiência. O estudo não apresenta modelo universal, mas elementos que outras equipes podem discutir à luz de suas condições concretas (Petruzzi *et al.*, 2023; Novilla *et al.*, 2023; CFESS, 2025).

5. CONCLUSÃO/CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise da reformulação do processo de trabalho do Serviço Social do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, elaborada em 2023, evidencia uma proposta orientada à ampliação de intervenções sociais tecnicamente fundamentadas, à presença nas clínicas e à articulação com a proteção de direitos. Segundo esclarecimento escrito do coautor, a reorganização foi posteriormente efetivada. O estudo examinou a fundamentação desse redesenho, a distribuição de responsabilidades, as condições de atendimento, a integração multiprofissional e as possibilidades de acompanhamento da experiência, respeitando a diferença entre a implantação relatada e a mensuração de seus efeitos.

O documento identifica desafios de delimitação de atribuições, disponibilidade de espaços reservados, sustentabilidade da jornada e continuidade das articulações com famílias e serviços externos. A reorganização por clínicas, conforme descrita na proposta e confirmada em sua execução pelo coautor, busca aproximar a atuação do Serviço Social das demandas reais dos usuários. A

proteção da confidencialidade, a cobertura dos plantões e os fluxos institucionais para tarefas administrativas ou clínicas continuam sendo condições importantes para que a mudança organizacional mantenha foco na qualidade do atendimento.

Os quadros de distribuição profissional apresentados em 2023 ajudam a distinguir a necessidade de cobertura identificada no planejamento da configuração então existente de atuação dos assistentes sociais. Essa leitura permite compreender o sentido da reformulação, sem confundir as referências históricas com a lotação atual do hospital. O principal aporte da experiência reside na discussão sobre redistribuição de tarefas, inserção nas equipes assistenciais, continuidade do cuidado e valorização das atribuições técnico-profissionais do Serviço Social.

A atualização das exigências éticas e técnicas requer considerar a Resolução CFESS nº 1.114/2025 em substituição ao marco normativo anterior citado pela equipe. A preservação de ambientes que permitam atendimento reservado e de procedimentos para proteção das informações deve ser entendida como condição do trabalho qualificado, inclusive quando a equipe passa a atuar mais diretamente nas unidades hospitalares. A integração profissional não pode depender de exposição indevida de dados ou de perda de autonomia técnica.

Como contribuição prática, o artigo sistematiza os fundamentos do redesenho e sugere indicadores de acesso, continuidade, qualidade, produtividade e saúde do trabalhador para acompanhamento longitudinal. Em comentários registrados em 2026, o coautor relata melhora percebida da qualidade dos atendimentos e da produtividade após a implantação; contudo, não foram

apresentados resultados quantitativos comparáveis neste estudo. A documentação futura desses efeitos poderá ampliar a força analítica da experiência, preservando a participação dos profissionais e a centralidade dos direitos dos usuários.

As limitações principais são a análise de documento institucional histórico, o caráter complementar dos esclarecimentos escritos do coautor, a inexistência de indicadores padronizados disponíveis para aferir os efeitos relatados, a ausência de entrevistas estruturadas ou observação direta e a natureza não sistemática da bibliografia contextual. Estudos posteriores podem combinar registros institucionais, análise de carga de trabalho, escuta de usuários e comparação de indicadores ao longo do tempo. A experiência reforça que a organização do Serviço Social deve ser avaliada pela capacidade de assegurar atendimento social oportuno, proteção de direitos, privacidade e continuidade do cuidado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, Carolina Maria Paixão; SOUZA, Claudinei Ferro. **Proposta de reformulação do processo de trabalho do Serviço Social do HUMAP.** Campo Grande, MS, 2023. Documento institucional fornecido para análise.

ASHE, Jason J. et al. Screening for Health-Related Social Needs and Collaboration With External Partners Among US Hospitals. **JAMA Network Open,** 2023. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2023.30228. Disponível em: https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.30228. Acesso em: 8 out. 2026.

BARBOSA, Sara Maria et al. Hospital discharge planning in care transition of patients with chronic noncommunicable diseases.

Revista Brasileira de Enfermagem, 2023. DOI: 10.1590/0034-7167-2022-0772. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0772. Acesso em: 12 out. 2026.

BEADLE, Emily S. et al. Triggers and factors associated with moral distress and moral injury in health and social care workers: a systematic review of qualitative studies. **PLOS ONE,** 2024. DOI: 10.1371/journal.pone.0303013. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0303013. Acesso em: 6 out. 2026.

BOENG, Ana Cecilia et al. Quality of Care Transition for COVID-19 Patients in a University Hospital in Southern Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 2024. DOI: 10.1590/0034-7167-2023-0402. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0402. Acesso em: 14 out. 2026.

BROWN, Cara L. et al. Interprofessional Teams Supporting Care Transitions from Hospital to Community: a scoping review. **International Journal of Integrated Care,** 2024. DOI: 10.5334/ijic.7623. Disponível em: https://doi.org/10.5334/ijic.7623. Acesso em: 9 out. 2026.

CARTER, Jocelyn et al. Screening for Health-Related Social Needs Among Inpatient Adults at an Academic Medical Center. **Journal of General Internal Medicine,** 2026. DOI: 10.1007/s11606-025-09848-1. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s11606-025-09848-1. Acesso em: 5 out. 2026.

CHAVES-MONTERO, Alfonso; BLANCO-MIGUEL, Pilar; RÍOS-VIZCAÍNO, Belén. Analysis of the Predictors and Consequential Factors of Emotional Exhaustion Among Social Workers: a systematic review. **Healthcare,** 2025. DOI:

10.3390/healthcare13050552. Disponível em: https://doi.org/10.3390/healthcare13050552. Acesso em: 11 out. 2026.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL (CFESS). **Resolução CFESS nº 1.114/2025:** dispõe sobre as condições éticas e técnicas para o exercício profissional de assistentes sociais. Brasília, DF: CFESS, 2025. Disponível em: https://cfess.org.br/noticia/view/2271/nova-resolucao-do-cfess-atualiza-regulamentacao-sobre-condicoes-eticas-e-tecnicas-para-o-exercicio-profissional. Acesso em: 7 out. 2026.

CORNELL, Portia Y. et al. Using social risks to predict unplanned hospital readmission and emergency care among hospitalized Veterans. **Health Services Research,** 2025. DOI: 10.1111/1475-6773.14353. Disponível em: https://doi.org/10.1111/1475-6773.14353. Acesso em: 15 out. 2026.

DANTAS, Marianny Nayara Paiva et al. Transition of care in post-hospitalization patients due to covid-19 in a hospital in northeastern Brazil. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 2023. DOI: 10.1590/0034-7167-2023-0030. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0030. Acesso em: 10 out. 2026.

DE MATOS, Ricardo Correia et al. Implementation and impact of integrated health and social care services: an umbrella review. **Journal of Public Health Policy,** 2024. DOI: 10.1057/s41271-023-00465-y. Disponível em: https://doi.org/10.1057/s41271-023-00465-y. Acesso em: 13 out. 2026.

DEPOLO, Nicole; WEST, Catherine A.; JOHNSTON, Brian D. Feasibility of Medical-Legal Partnership to Improve Inpatient Outcomes and Reduce Hospital Length of Stay. **Journal of Health Care for the Poor**

and Underserved, 2025. DOI: 10.1353/hpu.2025.a959105. Disponível em: https://doi.org/10.1353/hpu.2025.a959105. Acesso em: 6 out. 2026.

DIB, Kaoutar; BELRHITI, Zakaria. Unpacking the black box of interprofessional collaboration within healthcare networks: a scoping review. **BMJ Open,** 2025. DOI: 10.1136/bmjopen-2025-101702. Disponível em: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2025-101702. Acesso em: 9 out. 2026.

DIMLA, Bernadette et al. Hospital discharge planning: a systematic literature review on the support measures that social workers undertake to facilitate older patients' transition from hospital admission back to the community. **Australasian Journal on Ageing,** 2023. DOI: 10.1111/ajag.13138. Disponível em: https://doi.org/10.1111/ajag.13138. Acesso em: 14 out. 2026.

DOWLING, Allison B. et al. Designing and Developing a Medical-Legal Partnership to Address Cancer Patients' Health-Harming Legal Needs. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved,** 2024. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/38828594/. Acesso em: 7 out. 2026.

EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES (EBSERH). *Manual técnico de dimensionamento de pessoal para áreas assistenciais: legislações e parâmetros*. 2. ed. Brasília, DF: Ebserh, 2026. Disponível em: https://www.gov.br/hubrasil/pt-br/acesso-a-informacao/boletim-de-servico/sede/2026/anexos-2026/manual-tecnico-de-dimensionamento-de-pessoal-para-areas-assistenciais-legislacoes-e-parametros. Acesso em: 16 nov. 2026.

FOAD, Ninah C.; LIPPERT, Jacqueline; LIPPERT, William C. Bridging Inpatient and Outpatient Care: a scoping review on discharge

summary documentation timeliness and quality. **Journal of Brown Hospital Medicine,** 2026. DOI: 10.56305/001c.151812. Disponível em: https://doi.org/10.56305/001c.151812. Acesso em: 12 out. 2026.

GAMA, Liasse Monique de Pinho et al. Transition from hospital to home care: a mixed methods study in light of Meleis's Theory. **Revista Brasileira de Enfermagem,** 2025. DOI: 10.1590/0034-7167-2023-0357. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0034-7167-2023-0357. Acesso em: 5 out. 2026.

GARCIA, Emily; HASS, Zachary J. Characterizing pre-discharge interventions to reduce length of stay for older adults: a scoping review. **PLOS ONE,** 2025. DOI: 10.1371/journal.pone.0318233. Disponível em: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0318233. Acesso em: 11 out. 2026.

GORE, Emily et al. Implementing a Process for Screening Hospitalized Adults for Food Insecurity at a Tertiary Care Center. **Journal for Healthcare Quality,** 2022. DOI: 10.1097/JHQ.0000000000000350. Disponível em: https://doi.org/10.1097/JHQ.0000000000000350. Acesso em: 8 out. 2026.

GREGORIOU, Polyxeni Lazarou et al. Attitudes of Physicians and Nurses Toward Interprofessional Collaboration: a systematic literature review. **Journal of Interprofessional Care,** 2025. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/40098756/. Acesso em: 15 out. 2026.

HAMADI, Hanadi et al. Social determinants of health data reporting and hospitals' 30-day readmissions. **Health Care Management Review,** 2026. DOI: 10.1097/HMR.0000000000000469. Disponível em:

https://doi.org/10.1097/HMR.0000000000000469. Acesso em: 10 out. 2026.

HINDSBAK, Natasia et al. Identification of interventions to improve patient experienced quality of care in transitions between healthcare settings: a scoping review. **BMC Health Services Research,** 2024. DOI: 10.1186/s12913-024-11609-5. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12913-024-11609-5. Acesso em: 6 out. 2026.

IBRAHIM, Ramzi et al. Influence of social vulnerability index on Medicare beneficiaries' expenditures upon discharge. **Journal of Investigative Medicine,** 2024. DOI: 10.1177/10815589241247791. Disponível em: https://doi.org/10.1177/10815589241247791. Acesso em: 13 out. 2026.

IMHOF, Lena et al. Hospital Discharge Planning—An Investigation of Outcomes and Interventions. **Health Services Research,** 2026. DOI: 10.1111/1475-6773.70060. Disponível em: https://doi.org/10.1111/1475-6773.70060. Acesso em: 9 out. 2026.

JOHNSON, Daniel Y. et al. US Medical-Legal Partnerships to Address Health-Harming Legal Needs: closing the health injustice gap. **Journal of General Internal Medicine,** 2024. DOI: 10.1007/s11606-023-08546-0. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s11606-023-08546-0. Acesso em: 14 out. 2026.

KORN, Ariella R. et al. Social determinants of health and US cancer screening interventions: a systematic review. **CA: A Cancer Journal for Clinicians,** 2023. DOI: 10.3322/caac.21801. Disponível em: https://doi.org/10.3322/caac.21801. Acesso em: 7 out. 2026.

LAX, Yonit et al. Impact of an Inpatient Social Needs Screening Program: Did Our Referral Resolve Your Need? **Hospital Pediatrics,** 2024. DOI: 10.1542/hpeds.2024-007895. Disponível em: https://doi.org/10.1542/hpeds.2024-007895. Acesso em: 12 out. 2026.

LIN, Ming-Wei; WONG, Su-Wei; CHENG, Yawen. Psychosocial Work Conditions, Mental Distress, Burnout, and Hypnotic Use Among Healthcare and Social Workers: a comparative analysis with general employees. **Journal of Occupational and Environmental Medicine,** 2025. DOI: 10.1097/JOM.0000000000003356. Disponível em: https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000003356. Acesso em: 5 out. 2026.

LOPEZ, Michelle A. et al. Food Insecurity Screening and Interventions: from hospital to home. **Hospital Pediatrics,** 2026. DOI: 10.1542/hpeds.2025-008559. Disponível em: https://doi.org/10.1542/hpeds.2025-008559. Acesso em: 11 out. 2026.

MAH, Jasmine C. et al. Social Vulnerability and Frailty in Hospitalized Older Adults. **Canadian Geriatrics Journal,** 2023. DOI: 10.5770/cgj.26.638. Disponível em: https://doi.org/10.5770/cgj.26.638. Acesso em: 8 out. 2026.

MARINI, Giulia et al. Transitional Care Interventions in Improving Patient and Caregiver Outcomes After Discharge: a scoping review. **Healthcare,** 2025. DOI: 10.3390/healthcare13030312. Disponível em: https://doi.org/10.3390/healthcare13030312. Acesso em: 15 out. 2026.

MARKOSSIAN, Talar W. et al. Integrating Community Health Workers into Hospital Systems Through a Social Work Partnership: a report from the field. **Journal of Health Care for the Poor and**

Underserved, 2023. DOI: 10.1353/hpu.2023.0032. Disponível em: https://doi.org/10.1353/hpu.2023.0032. Acesso em: 10 out. 2026.

MIXON, Amanda S. et al. Association of Social Determinants of Health With Hospital Readmission and Mortality: a prospective cohort study. **Health Literacy Research and Practice,** 2024. DOI: 10.3928/24748307-20240702-01. Disponível em: https://doi.org/10.3928/24748307-20240702-01. Acesso em: 6 out. 2026.

MONACI, Michela et al. After-visit and discharge summaries: a scoping review of stakeholder perspectives and experiences. **BMC Health Services Research,** 2025. DOI: 10.1186/s12913-025-13774-7. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12913-025-13774-7. Acesso em: 13 out. 2026.

NESHAN, Mahdi et al. Screening tools to address social determinants of health in the United States: a systematic review. **Journal of Clinical and Translational Science,** 2024. DOI: 10.1017/cts.2024.506. Disponível em: https://doi.org/10.1017/cts.2024.506. Acesso em: 9 out. 2026.

NOVILLA, M. Lelinneth B. et al. Integrating Social Care into Healthcare: a review on applying the social determinants of health in clinical settings. **International Journal of Environmental Research and Public Health,** 2023. DOI: 10.3390/ijerph20196873. Disponível em: https://doi.org/10.3390/ijerph20196873. Acesso em: 14 out. 2026.

O'LEARY, Kevin J. et al. Hospitalized patients' health-related social needs: a comparison of screenings conducted by hospital staff and research staff. **Journal of Hospital Medicine,** 2026. DOI:

10.1002/jhm.70164. Disponível em: https://doi.org/10.1002/jhm.70164. Acesso em: 7 out. 2026.

OLSON, Lindamarie et al. Medical Social Workers in Hospitals: burnout and secondary trauma during the COVID-19 pandemic. **Social Work in Public Health,** 2026. DOI: 10.1080/19371918.2025.2545831. Disponível em: https://doi.org/10.1080/19371918.2025.2545831. Acesso em: 12 out. 2026.

PETRUZZI, Liana et al. Exploring the Efficacy of Social Work Interventions in Hospital Settings: a scoping review. **Social Work in Public Health,** 2023. DOI: 10.1080/19371918.2022.2104415. Disponível em: https://doi.org/10.1080/19371918.2022.2104415. Acesso em: 5 out. 2026.

PÖHNER, Julien et al. A systematic review on content, structure and process characteristics of interprofessional case discussions (InCaD) involving nurses in adult acute hospital care. **Journal of Interprofessional Care,** 2026. DOI: 10.1080/13561820.2025.2562071. Disponível em: https://doi.org/10.1080/13561820.2025.2562071. Acesso em: 11 out. 2026.

RICHLING, Stephanie; HAMMER, David; TAN, Eunicia. Examining food insecurity in a regional New Zealand emergency department: a cross-sectional study. **Emergency Medicine Australasia,** 2024. DOI: 10.1111/1742-6723.14376. Disponível em: https://doi.org/10.1111/1742-6723.14376. Acesso em: 8 out. 2026.

RICHMAN, Barak D. et al. A Financial Case for a Medical-Legal Partnership: reducing lengths of stay for inpatient care. **Journal of Law, Medicine & Ethics,** 2023. DOI: 10.1017/jme.2023.148. Disponível em: https://doi.org/10.1017/jme.2023.148. Acesso em: 15 out. 2026.

RINCÓN ESTRADA, Yuliana Valentina et al. Efficacy of a Hospital Discharge Transition Plan in the care competence of patients with chronic conditions and their family caregivers: a clinical trial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** 2024. DOI: 10.1590/1518-8345.6620.4104. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1518-8345.6620.4104. Acesso em: 10 out. 2026.

SAGE, William M.; WARREN, Keegan D. Why MLP Legal Care Should Be Financed as Health Care. **AMA Journal of Ethics,** 2024. DOI: 10.1001/amajethics.2024.640. Disponível em: https://doi.org/10.1001/amajethics.2024.640. Acesso em: 6 out. 2026.

SANTOS, Ivan Lira dos et al. Vulnerabilidade social, sobrevida e letalidade hospitalar por COVID-19 em pessoas com 50 anos ou mais: coorte retrospectiva de casos no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública,** 2022. DOI: 10.1590/0102-311XPT261921. Disponível em: https://doi.org/10.1590/0102-311XPT261921. Acesso em: 13 out. 2026.

SHANNON, Brendan et al. Assessing the Impact of an Integrated Community Care Program on Unplanned Hospital and Emergency Department Representations: interrupted time series analysis. **Journal of Advanced Nursing,** 2025. DOI: 10.1111/jan.16808. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jan.16808. Acesso em: 9 out. 2026.

SHIMIZU, Michelle Riyo et al. The Utility of Neighborhood Social Vulnerability Indices in Predicting Non-Home Discharge Disposition Following Revision Total Joint Arthroplasty: a comparison study. **The Journal of Arthroplasty,** 2025. DOI: 10.1016/j.arth.2024.10.118. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.arth.2024.10.118. Acesso em: 14 out. 2026.

SINGH, Simone R.; HOGG-GRAHAM, Rachel. Hospital Involvement in Screening for and Addressing Patients' Health-Related Social Needs. **Medical Care Research and Review,** 2025. DOI: 10.1177/10775587241310922. Disponível em: https://doi.org/10.1177/10775587241310922. Acesso em: 7 out. 2026.

TARTARILLA, Ashley B. et al. Complying with Joint Commission Health Equity Requirements: medical-legal partnership data and health-related social needs. **The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety,** 2025. DOI: 10.1016/j.jcjq.2024.12.003. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2024.12.003. Acesso em: 12 out. 2026.

TEPE, Kerry A. et al. Evaluating Screening to Assess Endorsement of Food Insecurity in the Inpatient Setting. **Hospital Pediatrics,** 2024. DOI: 10.1542/hpeds.2023-007164. Disponível em: https://doi.org/10.1542/hpeds.2023-007164. Acesso em: 5 out. 2026.

VAN OOSTERHOUT, M. et al. Impact of interprofessional collaboration between long-term care physicians and medical specialists on quality of care and quality of life of long-term care facility residents: a systematic review. **European Geriatric Medicine,** 2026. DOI: 10.1007/s41999-025-01359-w. Disponível em: https://doi.org/10.1007/s41999-025-01359-w. Acesso em: 11 out. 2026.

YAN, Alice F. et al. Effectiveness of Social Needs Screening and Interventions in Clinical Settings on Utilization, Cost, and Clinical Outcomes: a systematic review. **Health Equity,** 2022. DOI: 10.1089/heq.2022.0010. Disponível em: https://doi.org/10.1089/heq.2022.0010. Acesso em: 8 out. 2026.

ZANETONI, Tatiane Cristina; CUCOLO, Danielle Fabiana; PERROCA, Marcia Galan. Interprofessional actions in responsible discharge: contributions to transition and continuity of care. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** 2023. DOI: 10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0452pt. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0452pt. Acesso em: 15 out. 2026.

---

[1] Assistente social. E-mail: acesse o artigo original para visualizar o e-mail.