



16º Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

Tema: “40 anos da “Virada” do Serviço Social”

Brasília (DF, Brasil), 30 de outubro a 3 de novembro de 2019

Eixo: Serviço Social, Fundamentos, Formação e Trabalho Profissional.

Sub-Eixo: Ênfase em Trabalho Profissional.

A INTERVENÇÃO DO SERVIÇO SOCIAL NO HOSPITAL REGIONAL DE FERRAZ DE VASCONCELOS NO PROCESSO PARA A ALTA QUALIFICADA HOSPITALAR

Soraia da Silva Sousa¹

Aparecida Jurema Paulino²

Janete Pereira Rafael³

Magnolia Assis de Oliveira Theodoro⁴

Dayse Prado de Camargo Lanes⁵

Resumo: A inserção do assistente social na saúde se dá, quando a demanda de cunho biológico se encerra com os atendimentos médicos. A necessidade de olhar o sujeito em sua subjetividade com o objetivo de atendimento humanizado, e específico realizando assim sob um aspecto de garantia de direitos diante de estado de adoecimento.

Palavra Chave: Humanização; Política Nacional de Saúde Hospitalar; Serviço Social trabalho profissional.

Abstract: The insertion of the social worker in health occurs when the demand of biological nature ends with the medical care. The need to look at the subject in your subjectivity with objective of Humanized, and held under an aspect like that specific guarantee rights before State of illness.

Key Words: Humanization; National Health Hospital policy; social service professional work.

INTRODUÇÃO

“Este trabalho surgiu com o objetivo de dar visibilidade às intervenções da equipe de Serviço Social no Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos” Doutor Osiris Florindo

¹ Profissional de Serviço Social, Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos-Doutor Osiris Florindo Coelho, E-mail: soraiaasservicosocial@gmail.com.

² Profissional de Serviço Social, Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos-Doutor Osiris Florindo Coelho, E-mail: soraiaasservicosocial@gmail.com.

³ Profissional de Serviço Social, Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos-Doutor Osiris Florindo Coelho, E-mail: soraiaasservicosocial@gmail.com.

⁴ Profissional de Serviço Social, Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos-Doutor Osiris Florindo Coelho, E-mail: soraiaasservicosocial@gmail.com.

⁵ Profissional de Serviço Social, Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos-Doutor Osiris Florindo Coelho, E-mail: soraiaasservicosocial@gmail.com.

Coelho localizado na região do extremo Leste de São Paulo denominado Alto Tiete através de discussões e inquietações que se estabeleceram durante o período entre 2017/2018.

A inserção do Serviço Social na saúde se inicia na década de 1940, momento em que o assistente social começa a atuar na saúde como profissional tecnicamente preparado. Segundo Bravo e Mattos (2009), o novo conceito de saúde elaborado em 1948 é focado em aspectos psicossociais, o que determinou a requisição de outros profissionais para atuar no setor, entre eles o assistente social.

De acordo com Bravo (2009), no Brasil os assistentes sociais começaram a ser requisitados no setor de saúde em 1945, no contexto do processo de expansão do capitalismo e das mudanças internacionais geradas pelo fim da Guerra Mundial.

Nesse contexto, o assistente social tornou-se um profissional indispensável na saúde, em especial no atendimento médico hospitalar. Em 1945, na cidade de São Paulo foi inaugurado o Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Sua presença se deu sob a perspectiva do Serviço Social Médico.

As condições geradas pelo formato contributivo que caracterizavam os Serviços de Saúde no Brasil também influenciaram o exercício profissional na saúde. Como acesso à saúde não era universal-em termos da lei- seu caráter seletivo colocou os profissionais entre a instituição hospitalar e a população desenvolvendo atividades que tinham a finalidade de viabilizar a utilização dos serviços e benefícios, mas que devido ao caráter seletivo dos mesmos, cristalizavam práticas que mais excluíaam do que incluíaam (SIMÕES, 2010).

Diante da atuação do profissional, o ambiente hospitalar se torna complexo, pois diariamente o envolvem em diversas situações de difícil resolução imediata, além de terem que lidar com diferentes tipos de atendimento, o que torna o trabalho desse profissional ainda mais complexo. Finalizado o atendimento de cunho biológico que o médico realiza, então entra concomitantemente a alta social ou “alta qualificada”; para ampliar essa nomenclatura adequando ao Serviço Social é usado o termo “Alta Qualificada”, sugerindo tal complexidade que gera o atendimento de retorno para ‘residência’ Cunha (2018).

Salientamos que tais nomenclaturas estão presentes no cotidiano de trabalho do profissional.

O principal objetivo com a realização da pesquisa bibliográfica é mostrar que finalizado o atendimento de cunho biológico, é necessário trabalhar numa perspectiva que extrapole tal situação e haja resolutividade nas questões que perpassam esses limites dos atendimentos.

A metodologia aplicada terá seu referencial teórico embasado em autores que já estabelecem essa discussão em relação ao trabalho desenvolvido na alta complexidade, aqui são enfatizados os atendimentos realizados em hospitais cujas situações envolvem frentes da questão social, onde outros profissionais não visualizam um atendimento de forma que abarque essas demandas, cabendo ao profissional da assistência essa abordagem no sentido de garantir continuidade do tratamento de forma propositiva no pós-alta médica, garantindo seu direito diante do Sistema Único de Saúde, Sistema Único de Assistência Social e Política Nacional de Humanização Hospitalar.

Conforme estabelecido pela Política Nacional no que se refere ao usuário, esse acolhimento se dá na porta de entrada dos equipamentos de saúde; estabelecida uma reflexão das dores inicialmente emocionais aparentes, não levando em consideração a sua subjetividade. O processo inicial do acolher nos remete a ouvir e entender sem julgar ou qualificar as demandas que chegam até os serviços de saúde, principalmente nos de alta complexidade onde é preciso fortalecer um atendimento humanizado.

UMA BREVE INTERPRETAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O direito à saúde nasce sob forte pressão da sociedade em relação ao básico para sobrevivência humana. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas públicas sociais e econômicas que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos, ao acesso universal à saúde é igualitária às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação (CF), partindo desse princípio nasce a Lei 8.080 que em continuidade dispõe das condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes, embasado nessas atribuições em relação aos quesitos mínimos para uma saúde plena.

Pode se entender que para que o cidadão tenha uma saúde plena necessita muito mais que alimentação; é necessária uma visão ampla e humanizada quem venha de

encontro às questões minimamente subjetiva em consonância com os cuidados básicos de saúde, esses não cabendo possibilidades de efetivação.

Diante das demandas apresentadas ao profissional no aspecto da questão social tão presente atualmente, com a profissão alicerçada nos direitos dos usuários, como fazer com que o sistema funcione? Estar à frente do trabalho na saúde requer conhecimento profundo das questões que permeiam a discussão e relação ao cuidado com o outro.

Se a saúde é um direito de todos, porque ainda na atualidade notam – se tantas dificuldades em efetivá-la diante do arcabouço existente, ou seja, às leis que embasam sua efetivação, se todos têm direito porque ainda encontramos barreiras, para iniciar e concluir os atendimentos alicerçados nos direitos já adquiridos?

Discussão que se inicia desde a Constituição de 1988, adentra a lei 8.080/90, lei 10.741-01/10/03, lei, 8.069,13/07/90 com o objetivo de garantir os direitos dos cidadãos perante a sociedade. Embora a Constituição Federal de 1988 (Seção II, Art.196) estabeleça que “A saúde é um direito de todos e dever do Estado”, é sabido que há controvérsias, pois ainda que haja proximidade física do paciente ao sistema de saúde, não é garantido acesso efetivo aos serviços, uma vez que é grande a demanda nas Unidades Básicas e a escassez evidente do atendimento especializado também tem grande influência na saúde do paciente, o difícil acesso e a demora no atendimento são importantes agravantes nesse momento.

Ainda assim é possível afirmar que estamos vivendo um momento de transformação na rede pública de saúde, o que pode revolucionar os conceitos sobre a importância das relações humanas na promoção de saúde.

Dentre os principais problemas a serem resolvidos encontra-se o quadro desvalorizado dos trabalhadores, a precarização das relações de trabalho, o baixo investimento no processo de educação permanente desses trabalhadores e os modelos de gestão centralizados e verticais que desapropriam o trabalhador do seu próprio processo de trabalho (BRASIL, MS, 2004).

O Ministério da Saúde (2004), com base nessa iniciativa pretendia valorizar as pessoas implicadas no processo de trabalho, desde pacientes, trabalhadores e gestores e, incluir valores como autonomia, protagonismo dos sujeitos, com responsabilidades, estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva no processo de gestão. Com grande número de usuários da rede pública os profissionais não suprem a demanda de trabalho e enfrentam dificuldades com as condições oferecidas pela Instituição, tornando praticamente inevitável os conflitos por maior que seja o esforço da equipe; A interação

entre administração, gestão e paciente torna-se fundamental para aproximação dos profissionais implicados no processo de trabalho de um ponto a outro da rede assistencial.

A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

Observa-se no cotidiano dos atendimentos que infelizmente são poucos os profissionais de saúde dentre eles os Assistentes Sociais que têm conhecimento sobre a Política Nacional de Humanização.

Alguns profissionais acreditam que o processo de humanização, se baseia apenas em gentileza e educação, julgando como uma qualidade dos serviços e potencializando essa ação nos serviços públicos de saúde, porém o conceito de humanização vai além da valorização dos usuários, trabalhadores e gestores no processo de produção de saúde, além do mais é importante ressaltar que a PNH existe para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão, qualificando a saúde pública no Brasil e incentivando trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários.

A PNH é uma Política que visa promover a pessoa humana com valor fundamental no seio das práticas públicas de saúde, empenha-se em tornar toda experiência viva em transmissível, ao alcance daqueles que desejam conhecer e empregá-las em sua própria realidade. E são tantas (e tão singulares) estas realidades que seria enganoso supor uma receita única para todo e qualquer hospital (BRASIL, 2002)

Recomendamos ao leitor que acesse o conteúdo da Política Nacional de Humanização, disponível no site do Ministério da Saúde, visto que consideramos inviável anexá-la na íntegra neste trabalho, devido ao grande volume de páginas, mas ressaltamos a importância do conhecimento mais aprofundado do documento.

O PROGRAMA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO HOSPITALAR

É preciso salientar que a Política Nacional de Humanização foi precedida pela criação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar criado no ano de 2000, abordado no capítulo anterior. Assim, no ano de 2004, o Programa é substituído por uma perspectiva transversal, constituindo uma Política de Assistência e não mais um programa específico intitulado “Humaniza SUS”.

Deve-se considerar como um marco importante para introdução do tema da humanização a saúde nas discussões acerca da qualidade da assistência a saúde, a 11ª

Conferência Nacional de Saúde, realizada em dezembro de 2000, sob título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. É importante observar que a partir deste evento e da regulamentação do Programa Nacional de Humanização Hospitalar pelo Ministério da Saúde em 2000, a questão da humanização ganha novo status, contribuindo de forma imprescindível para legitimidade pública da questão, originando assim a Política de Humanização dos Serviços de Saúde.

O Programa Nacional de Humanização Hospitalar (PNHAH) foi apresentado com o desafio de incentivar mudanças de atitudes que vislumbrem um atendimento de excelência nos hospitais da rede SUS, passando também por uma forma de gestão dos serviços públicos e assim possibilitar, difundir e consolidar a criação de uma cultura de humanização democrática solidária e crítica na rede hospitalar.

Alguns objetivos e pontos que caracterizam a Política Nacional de Saúde Hospitalar:

- Melhorar a qualidade e a eficácia da atenção dispensada aos usuários do sistema de saúde;
- Capacitar os profissionais para um novo conceito de atenção à saúde, que valoriza não só a integralidade dos processos de atendimento à saúde, como também as crenças e o estilo de vida do paciente, a subjetividade e a cidadania;
- Estimular a realização de parcerias e intercâmbio de conhecimento, experiências e pesquisas de humanização da assistência hospitalar;
- Fortalecer e articular as iniciativas de humanização já existentes na rede hospitalar entre outros.

Esclarecemos que usaremos o termo Paciente, quando estivermos nos referindo à relação do indivíduo com a equipe de saúde, em demais situações usaremos o termo Usuário, salvo em situações, neste caso manteremos a terminologia.

A PNHAH vem fortalecer a anterior com objetivo de clarificar e garantir o direito do usuário na Unidade Hospitalar na sua prática organizacional; para o usuário o importante é o atendimento efetivo e de qualidade com o objetivo de resolver suas questões patológicas e angustias dos processos de adoecimento, um dos objetivos do programa é fortalecer o vínculo entre usuários e profissionais com propostas de trocas.

AS CONFIGURAÇÕES DE FAMÍLIA E A SUA IMPORTÂNCIA NA SAÚDE.

As famílias atuais têm vivenciado um momento de dificuldade em relação às novas configurações, ou seja, novas formas de vínculo afetivo.

Independente das condições sejam elas socioeconômicas ou culturais, é esperado que exista preferencialmente um provedor do sexo masculino, porém devido a essas transformações a mulher tem assumido esse papel importante no contexto reproduzindo os cuidados a todos que fazem parte da formação familiar.

Independente da formação familiar sempre existirá a necessidade de um responsável pelos cuidados de algum familiar que passa por vulnerabilidades em relação a si mesmo.

O modo como o paciente e familiar se relaciona com a situação de adoecimento é influenciada pelos diferentes arranjos existentes. É possível que as famílias extensas apresentem maiores recursos para divisão de tarefas, ao contrário dos modelos mono parentais nos quais o chefe de família na maioria das vezes mulheres torna se é responsável pela provisão, cuidados e de sustento financeiro do enfermo. Andrade (2015)

Diante da inserção do paciente na Alta complexidade, em geral uma Unidade Hospitalar os familiares já visualizam sua melhora e retorno para residência; porém para que esse retorno aconteça existe um processo de desospitalização que requer maior cuidado e atenção do profissional para a efetivação dele.

Vale ressaltar que nem sempre os vínculos entre membros de sua família são permeados por laços de estima e efetividade, tampouco sequer foram construídos ao longo dos anos. Por isso é um equívoco avaliar a possibilidade de cuidados somente pela perspectiva da obrigação legal, muito embora haja forte cobrança para isso, Andrade (2015).

Pode se visualizar diante dos arranjos familiares que existe uma grande dificuldade de aceitação de quem vai realizar os cuidados; determinar quem assumirá a responsabilidade de realizá-los é sempre um desafio, pois é preciso reciprocidade, afeto, carinho e compreensão da situação de adoecimento do enfermo, o que em muitas situações não é realidade da família.

É importante ressaltar que a família fica apreensiva em relação aos cuidados que o paciente precisa e o local onde serão realizados. A inserção do paciente em Unidade Hospitalar é um grande alívio para seus familiares, pois ali se entende que ele será cuidado por médicos, especialista e terão acesso a todos os equipamentos necessários para permitir uma evolução significativa em seu quadro clínico, ou até mesmo sua estabilidade médica, permitindo o retorno para a sua residência, porém isso torna-se um real equívoco; uma vez

que esse paciente precisará de cuidados e de um suporte assistencial específico, e é nesse momento que é acionada a rede Socioassistencial que fará o suporte para paciente, cuidador e familiares envolvidos.

Nesse momento se encerra o tratamento médico, e entra o cuidado assistencial para sequência e êxito do tratamento.

A TIPIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS.

Conforme o tipo de assistência que o usuário é inserido é necessário à inclusão nos serviços assistenciais de cuidados, o principal a seguir.

O principal é o de acordo com grau de vulnerabilidade conforme a resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009 do Conselho Nacional de Assistência Social que tipifica os Serviços Socioassistenciais existentes, baseada nas atenções de atuação que segue:

- Serviços de Proteção Básica.
- Serviços de Proteção Especial de Média Complexidade.
- Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade.

Os serviços de Proteção Especial de Alta complexidade, são aqueles que garantem a proteção integral, são eles: moradia, alimentação, higiene, trabalho, saúde, bem-estar e convívio social, pessoas que se encontram com seus direitos violados, sem referência familiar / sem vínculo social.

Os encaminhamentos mais comuns em Unidades Hospitalares em geral são:

- Instituições de Acolhimento de Crianças e adolescentes;
- Instituições de Acolhimento de Idosos;
- Centro de Referência Especializado de Assistência Social-CREAS;

Essa demanda caracterizada como de alta vulnerabilidade, é composta na maioria dos casos por crianças e idosos com vínculos fragilizados, por motivo de violência física, afetiva ou sexual, abandono, maus tratos, drogadição entre outras, e requer um olhar atento e crítico do profissional, quando chega à Unidade de Alta Complexidade.

ATUAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NA ALTA QUALIFICADA.

O Serviço Social é acionado quando o paciente está em processo de alta hospitalar ou mais precisamente quando já foram realizados os atendimentos médicos necessários ao

paciente. A partir de uma aparente observação dos profissionais envolvidos, o profissional da assistência é designado para realizar as intervenções necessárias a fim de garantir a continuidade do atendimento no pós-alta e iniciar o processo de alta qualificada para êxito do tratamento e garantir seus direitos além do ambiente hospitalar.

A alta hospitalar é outra demanda que precisa ser refletida pela equipe com o objetivo de se estabelecer um fluxo com equipe multidisciplinar, buscando realizar em tempo hábil a investigação social da realidade que permeia a vida do paciente; realizar a escuta qualificada. (Parâmetros de atuação na saúde).

A alta qualificada é uma forma de promoção a saúde e qualidade de vida que busca através do acolhimento ressignificar o atendimento sob ótica individual do profissional, estabelecendo vínculos e acolhendo as necessidades do usuário.

Destarte, relacionar a alta qualificada é garantir o conhecimento em relação à questão social subjetiva e posteriormente investigada.

Relacionar a alta qualificada requer um conhecimento da questão social que permeia o paciente; é preciso trabalhar em rede assistencial e multiprofissional com um só objetivo, restabelecer esse paciente ao convívio social digno.

Através da escuta qualificada o assistente social consegue realizar as intervenções que são necessárias e encaminhamentos para as redes socioassistenciais de saúde para realização de intervenções de acolhimento.

Tais ações devem transpor o caráter emergencial e burocrático (Parâmetros do serviço social na saúde). É preciso que o profissional tenha clareza das suas atribuições diante das demandas que lhe são apresentadas no cotidiano dos atendimentos nas Unidades Hospitalares, o mesmo deve se apropriar do trabalho desenvolvido em âmbito hospitalar, pois diante da equipe multiprofissional é necessário estabelecer um diálogo claro e conclusivo a respeito de suas atribuições a fim de garantir e fortalecer sua atuação perante as leis vigentes em relação às questões sociais do paciente.

O atendimento Humanizado é direcionado através das intervenções do profissional, que além de proporcionar o acolhimento, estabelece vínculos com a equipe de referência, fazendo valer os princípios de equidade, integralidade e universalidade do Sistema Único de Saúde.

Deste modo de atuação, é importante ressaltar as condutas propositivas da equipe, pois o objetivo é minimizar os conflitos, fortalecer o usuário, e incluir a referência familiar nos cuidados.

O Trabalho do Serviço Social desenvolvido no Hospital Regional de Ferraz de Vasconcelos.

Atualmente o Serviço Social tem cinco profissionais.

Dados estatísticos entre 2017 e 2018.

1 profissional Assistencial e chefia

1 profissional que atua no Pronto Socorro.

1 profissional que atua no Setor de pediatria, Centro Obstétrico, UTI Neonatal e Maternidade.

1-profissional que atua nas enfermarias -7ª e UTI- adulto

1-profissional que atua nas enfermarias- 8ª, 9ª.

DADOS QUALITATIVOS

Leitos ativos: 236.

Unidade de terapia Intensiva: 11

Berçário Neonatal: 28

2017- pacientes internados- 10.371

2018-pacientes internados- 9.254.

Total: 19.625

Atendidos pelo Serviço Social: 2017>20.014-

2018 >9.558.126

Total aproximado de atendimentos- Mês- Pronto Socorro-15 mil.

Inseridos no Programa Melhor em Casa - 26 pacientes mais dois bebês.

Psiquiatria fechada; no entanto existe a demanda de porta em surtos psiquiátricos que são atendidos no Pronto Socorro:

Pacientes psiquiátrico atendidos:

2017 > 2.820

2018> 3190

Total: 6. 010- Atendidos pelo Serviço Social no período: 1.293: 22 %.

Fatores Positivos e Negativos a demanda- quanto à inserção no programa Melhor em casa/Assistência Domiciliar- SAD

- Positivos: Desospitalização com e/ou Acolhimento Familiar;
- Judicialização/empoderamento do usuário/paciente;
- Negativos;
- Falta de insumos a rede assistencial-Cofinanciamento Efetivo;

- Déficit de vaga para inserção na Proteção de Média e Alta Complexidade para ILPI e Leito de retaguarda (Secretaria de Assistência Social e Secretaria de Saúde);
- Judicialização da Saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de humanização na Alta qualificada é realizado através da ótica do profissional mostrando a importância da inserção do usuário nos equipamentos, seja ele de assistência social ou saúde. Esse tratamento é realizado no sentido de desospitalização do paciente/ usuário e cidadão sem prejuízos ao mesmo. A alta complexidade / hospital deve propiciar a continuidade de cuidados de saúde do indivíduo, buscando a sua inserção nos equipamentos, através de um atendimento responsável, respeitando os princípios do Sistema Único de Saúde e as leis que pautam esses direcionamentos.

Considerando o comprometimento ético político que legitima a atuação do profissional, é importante salientar que existe um embasamento teórico na profissão que permite tais ações dentro desse ambiente de alta complexidade.

Portanto, através desse trabalho surge a expectativa de promover uma importante discussão acerca do tema com a finalidade de possibilitar o reconhecimento e a importância dos sujeitos diante de suas demandas não só de saúde, mas também sociais, buscando sempre priorizar e garantir a qualidade de vida do indivíduo e efetivação de seus direitos constitucionais,

REFERENCIAS

Cuidados paliativos e Serviço Social um exercício de coragem/ Letícia Andrade-Holambra, SP: Editora Setembro, 2015

BRASIL. Constituição (1988) Constituição da República Federativa do Brasil. Brasil, DF: Senado Federal, 1988.

Família: redes e laços e políticas/ Ana Rojas Acosta, Maria Amália Faller Vitale, organizadores-7. Ed- São Paulo: Cortez: Instituto de Estudos Especiais -Puc /SP 2008.

BRASIL. Lei nº 8.662/1993. Lei de Regulamentação da Profissão Assistente Social. 10 ed. Brasília, 2012.

CFESS. Parâmetros Para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Conselho federal de serviço social¹. ed. Brasília, 2004

CUNHA, Aline Andrade- Serviço Social e Alto qualificado hospitalar um relato de experiência 2018-Trabalho de Conclusão de Curso (Especialista em Saúde) Faculdade de Medicina- Famed- Uberlândia.

Lei n. 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

Lei nº 8.069, de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre Estatuto da Criança e do Adolescente, e dá outras providências.

Lei nº 10.741 de 01 de Outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências.

Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais. Resolução CFESS nº 273, de 13 de março de 1993.

Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar. Ministério da Saúde, 2000.

Humanizaus. Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

[Http://www.saude.sp.gov, br/ressourve/humanização/biblioteca/pnh/acplhimento.com.avaliações classificação de riscp.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/ressourve/humanização/biblioteca/pnh/acplhimento.com.avaliações%20classificação%20de%20riscp.pdf)

Tipificação dos Serviços Socioassistenciais-Texto da resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009-Publicado em Diário Oficial da União em 25 de Novembro de 2009.

Curso de Direito do Serviço Social / Carlos Simões-3 ed. ver e atual são Paulo-Cortez, 2009-(Biblioteca de serviço social; v.3).

HRFV- Hospital Regional Doutor Osiris Florindo Coelho-Ferraz de Vasconcelos

DAT - (Divisão de Apoio Técnico) – Contrato Programa.

*SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatístico