



Conselho Regional
de Serviço Social / RJ
www.cressrj.org.br

II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016

PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS PACIENTES INTERNADOS NO INSTITUTO
ESTADUAL DO CÉREBRO PAULO NIEMEYER – IECPN



80
ANOS
SERVIÇO
SOCIAL
NO BRASIL

Análise de dados sociais dos usuários avaliados pelo Serviço Social no período de janeiro a outubro de 2015.

Proponentes: Débora Louíse Simões Gouvêa

Elaine Cristina de Jesus Messias

Natureza do trabalho: Sistematização do trabalho profissional,

Eixo: EIXO II - POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL

Tema: Seguridade Social (Assistência, Saúde, Previdência)

Formação e titulação das proponentes: Graduação em Serviço Social e Pós-Graduação em Serviço Social e Saúde pela UERJ

Instituição: Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer

Telefone: (21) 2277-9330 / (21) 999460441 / (21) 98593-3075

Correio eletrônico: seso@iecpnprosaude.org.br



II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



PERFIL SOCIOECONÔMICO DOS PACIENTES INTERNADOS NO INSTITUTO ESTADUAL DO CÉREBRO PAULO NIEMEYER – IECPN

Análise de dados sociais dos usuários avaliados pelo Serviço Social no período de janeiro a outubro de 2015.

RESUMO: O trabalho objetivou identificar o perfil socioeconômico dos pacientes internados no IECPN de janeiro a outubro de 2015. Realizamos estudo de dados da ficha social, utilizando quatro categorias analíticas: trabalho e renda, família e rede de proteção, condição de moradia e acesso à política de saúde e assistência social; analisando como os determinantes sociais influenciam na condição de saúde.

Palavras-chave: Cuidado integral, condição socioeconômica, intervenções do serviço social.

Abstract: The objective was to identify the socioeconomic profile of patients hospitalized in IECPN January to October 2015. We conducted a study using data from social form and used four analytical categories: employment and income, family and social protection network, housing conditions and access to health policy and welfare policy; analyzing how social determinants influence the health condition.

Keywords: integral care, socioeconomic condition, social service interventions



Conselho Regional
de Serviço Social / RJ
www.cressrj.org.br

II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



80
ANOS
**SERVICO
SOCIAL
NO BRASIL**



Conselho Regional
de Serviço Social / RJ
www.cressrj.org.br

II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



INTRODUÇÃO

O Instituto Estadual do Cérebro Paulo Niemeyer (IECPN) é uma unidade classificada na atenção terciária conforme o nível de complexidade, especializado em neurocirurgia no que se refere ao seu perfil assistencial, ou seja, preconiza atender somente doenças cerebrais com possibilidade cirúrgica, como aneurisma, tumor, malformação vascular, parkinson e outros distúrbios de movimentos, hidrocefalia, epilepsia e acidente vascular cerebral isquêmico (AVC). Oferece também exames e procedimentos de neuropsicologia clínica e utilização de recursos diagnósticos ou terapêuticos.

É um hospital de pequeno porte, pois possui 44 leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), dispõe de 3 salas cirúrgicas; 1 sala cirúrgica híbrida (conta com a utilização de ressonância magnética), 9 consultórios ambulatoriais. É uma unidade referenciada do estado do Rio de Janeiro, com vagas gerenciadas pela Central Estadual de Regulação (CER). Inaugurado em agosto de 2013 sob a gestão de uma organização social de saúde (O.S), entidade de direito privado: a Pró-Saúde - Associação Beneficente de Assistência Social e Hospitalar.

O atendimento da assistente social no Instituto do Cérebro pode ocorrer por meio de busca ativa nos leitos dos pacientes ou em abordagem aos usuários e familiares que estão no IECPN, por demanda espontânea do próprio usuário ou solicitação de atendimento pela equipe de saúde. No que se refere aos pacientes internados o Serviço Social utiliza um formulário de avaliação social para guiar as entrevistas individuais com os pacientes, por meio de levantamento de dados para caracterização e identificação das condições socioeconômicas, sanitárias, culturais dos usuários e/ou da comunidade. Com o objetivo de conhecer as variáveis que interferem no processo saúde/doença, no diagnóstico e no tratamento; identificar as possibilidades e condições de participação da família, responsáveis, cuidadores, agregados, vizinhos e até de empregadores na consecução de meios viabilizadores do diagnóstico e tratamento do usuário.

O objetivo deste trabalho é identificar o perfil socioeconômico dos pacientes avaliados pelo Serviço Social durante a internação nas UTI's do IECPN. Considerando que os dados aqui analisados não oferecem condições de generalização, constituindo-se em uma pequena amostra, não temos como considerá-la como representativa do conjunto total de pessoas que buscam atendimento no IECPN. Almejamos ainda que o presente trabalho possa constituir-se em um estudo explicativo, por se centrar no desvelamento dos fatores sociais, econômicos



Conselho Regional
de Serviço Social / RJ
www.cressrj.org.br

II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



e culturais presentes nas situações de vida da classe trabalhadora e usuária dos serviços de saúde.

A condição socioeconômica e seu impacto em saúde são objeto de grande interesse para pesquisadores e gestores de saúde, podendo contribuir para a promoção em saúde. Ao estudar as causas e a distribuição de estados ou eventos relacionados à saúde em populações específicas, fornece conhecimentos e informações que instruem a formação do consenso e a tomada de decisão. Para essa função, não raro, os estudos precisam classificar indivíduos e grupos de população segundo condições socioeconômicas – dimensão há muito reconhecida como importante fator para modificação do risco de doenças, para restrição ou facilitação do acesso a serviços de saúde.

Destacamos a relevância do perfil socioeconômico a fim de conhecer o perfil da população para a promoção de ações em saúde. O levantamento do perfil socioeconômico do usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) é um dos estudos preliminares e fundamentais para se orientar o processo de tomada de decisões setoriais e para se traçar diretrizes da ação regulatória do Estado. Conhecendo a situação de saúde da população, podem-se estabelecer metas e estratégias para melhoria dos problemas de saúde.

MATERIAIS E MÉTODOS

O trabalho se propôs a analisar os formulários de avaliação social – resultado dos atendimentos realizado aos usuários internados no período de 01 de janeiro a 31 de outubro de 2015, totalizando-se 296 avaliações, o que corresponde a 25% do total dos pacientes internados no mesmo período, que chegou a 1.210 pacientes. Destacamos que 219 dos pacientes avaliados se referem à população em idade adulta a partir de 18 anos e, 77 à crianças e adolescentes até 18 anos, estes atendidos pela UTI de Pediatria.

Cabe ressaltar que o Serviço Social atua a partir do fluxo de classificação de prioridade de atendimento que contempla grupos de crianças e adolescentes, idosos, mulheres em situação de risco e/ou violência, pessoas que apresentam necessidades sociais, ausência ou fragilidade de vínculos sociais e familiares, situações de violência e violação de direitos. Assim, na atual condição de trabalho e dimensionamento da equipe constata-se que o Serviço Social não tem possibilidade de atender 100% da população usuária, e assim utiliza-se das prioridades planejadas para que possa responder as demandas dos usuários no período de internação ou em acompanhamento ambulatorial e ainda as necessidades que se apresentam



II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



ao processo de trabalho. A partir dessa realidade é que estabelecemos o recorte dessa pesquisa em 25% do total dos pacientes internados.

Para o desenvolvimento da nossa análise, trabalhar-se-á a partir do estudo de quatro categorias analíticas, inspiradas na concepção ampliada de saúde, que não caracteriza a simples ausência de enfermidade, devendo fazer referência ao bem-estar físico, emocional, espiritual do indivíduo; assim, congregar elementos referentes à educação, alimentação, habitação, lazer, cultura, expectativas de vida, entre outras. Nesse sentido, iniciamos o perfil com uma caracterização geral dos usuários (sexo, faixa etária, cor/raça e religião) avaliados na internação, objetivando-se o estudo dos elementos a seguir: Trabalho e Renda (escolaridade, situação trabalhista, situação previdenciária, renda do usuário internado, renda familiar no domicílio); Família e rede de proteção (estado civil, tipo de família, número de pessoas residentes no domicílio, rede de apoio de referência no tratamento, suporte de hospedagem à família do usuário no município do Rio de Janeiro); Condição de Moradia (Região de Residência no Estado do Rio de Janeiro, tipo de moradia, condições de moradia) e Acesso à Política de Saúde e Assistência Social (acesso a unidade pública de saúde, programas de transferência de renda, transporte fora domicílio, transporte gratuito).¹

RESULTADOS E DISCUSSÃO

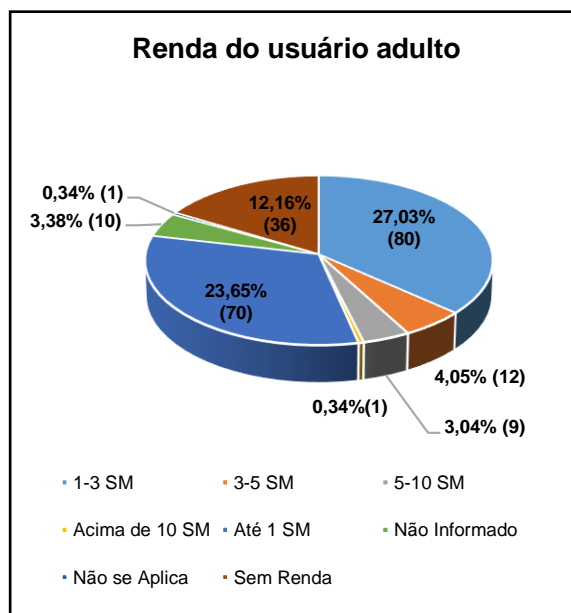
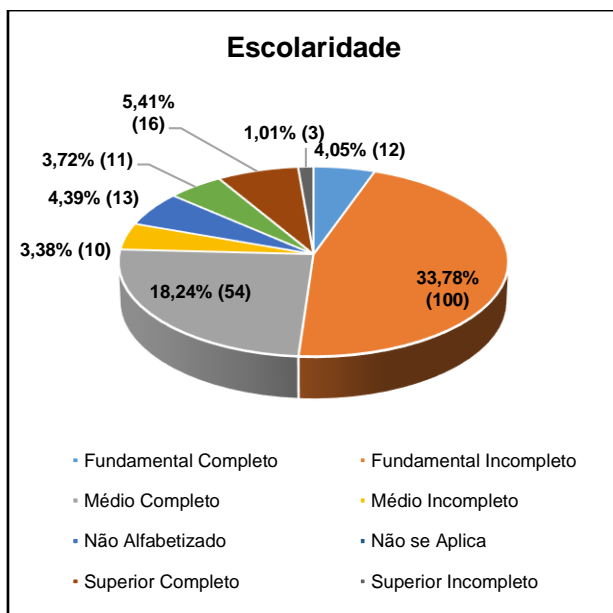
O perfil socioeconômico dos usuários avaliados na internação pelo Serviço Social no IECPN são em sua maioria do sexo feminino 57,9%, o que corresponde a 169 usuárias e 127 do sexo masculino. Destacamos que estudos apontam que em caso de alguns tumores cerebrais há maior incidência sobre o sexo feminino, o que pode explicar o maior número de mulheres do que de homens internados. Quanto à faixa etária identificamos que a predominância dos atendimentos se classificam pelo grupo dos idosos² (101 - 34%). Em consonância com o observado em outros países do mundo, os registros de câncer de base populacional no Brasil revelam um aumento das taxas dos tumores malignos de cérebro e de mortalidade, especialmente na população idosa. Sinalizamos que 58,45% dos usuários avaliados se caracterizam do grupo étnico-racial negro composto pelos ditos de cor parda e

¹ Sabe-se que, a rigor, a assunção de um conceito amplo de saúde, da qual esse trabalho é tributário, demanda um recorte metodológico extenso e diferenciado envolvendo um conjunto maior de “vidas” de usuários para estudo e, consequentemente, a atuação de uma equipe maior de pesquisadores. E um instrumental mais específico e detalhado para o levantamento de dados. Nesse sentido, nosso trabalho, partindo de um instrumental já utilizado pelas assistentes sociais, traduz um esforço para melhor conhecer o público atendido.

² O Estatuto do idoso em seu Artigo 1º define idoso como pessoas com idade igual ou superior a 60 (sessenta) anos.

preta. Evidenciou-se que a maioria dos usuários avaliados se declara da religião evangélica (43,92%), seguida pela católica (38,85%).

No que se refere à categoria trabalho e renda, em relação ao nível de escolaridade, a maioria possui apenas o ensino fundamental incompleto (33,78%). O grau de instrução tem estreita relação com o nível de saúde das pessoas e com a renda. Já na situação previdenciária há um número expressivo de aposentados (18,92%) e também de usuários que não tem vínculo previdenciário (16%). No indicador de renda a maioria dos usuários adultos (total de 219) declarou receber até três salários mínimos (50,68%), o que foi constatado também no total da renda familiar (63,18%, este se refere a um universo de 296 usuários considerando crianças e adolescentes inclusive). A renda individual e coletiva é uma variável muito relacionada à saúde, uma vez que, pode dificultar o acesso a cuidados e sua manutenção, bem como incidir nas condições de continuidade do tratamento.



Com relação à categoria família e rede de proteção social a maioria dos usuários declarou ser casado quanto ao estado civil (30,74%), no que se refere à população adulta internada avaliada. O tipo de família predominante na pesquisa foi a denominada nuclear (47,30%), ou seja, formada por ambos os pais e filhos, a maioria compostas por duas a cinco pessoas, cuja rede de referência no tratamento é formada por um número expressivo de mulheres (69,26%). As famílias passam a assumir um cuidado que elas não conhecem devido à nova condição de dependência do seu familiar, e por não existirem serviços públicos mais amplos que se responsabilizem pelas necessidades de saúde e sociais. Cabe ressaltar que



II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

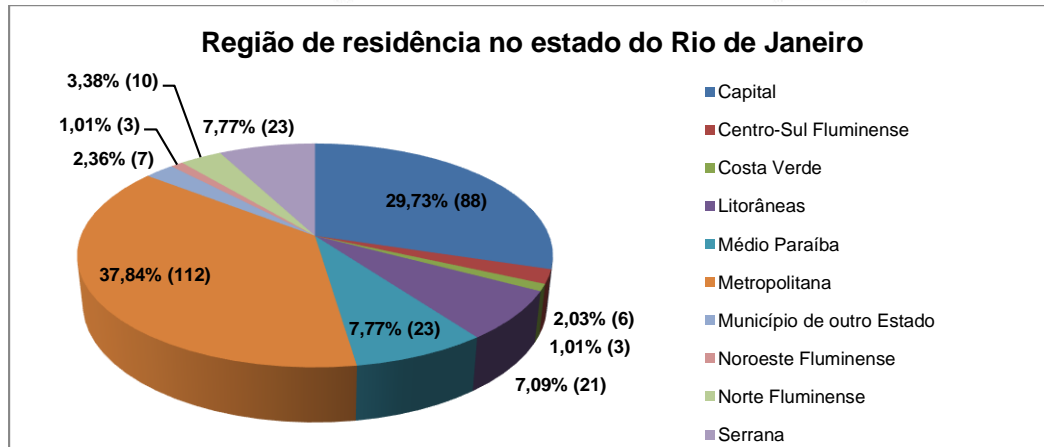
11 a 13 de maio de 2016



os pacientes muitas vezes passam de uma condição ativa para uma situação de dependência, trazendo muitas angústias e preocupações, além de grandes conflitos emocionais para o paciente e seus familiares.

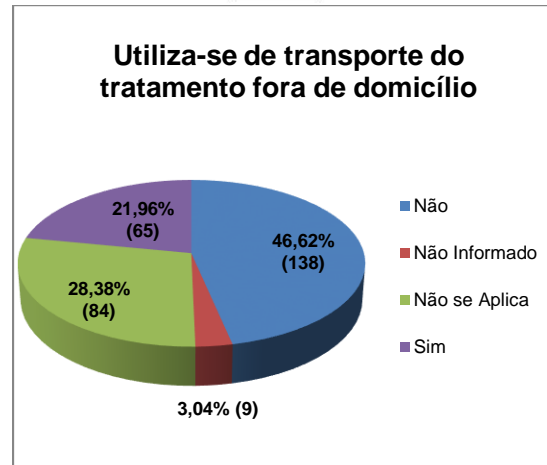
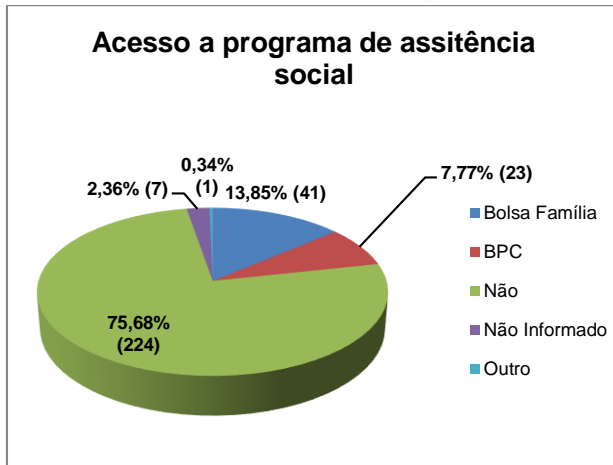
Dessa forma, no momento da alta constatamos o que é demonstrado nos estudos sobre família, em que o cuidado é exercido em sua maioria pelas mulheres, muitas delas relatam que para responder a essa nova necessidade de cuidado precisam deixar suas atividades de trabalho, além de se adequarem a inúmeras situações. Apesar de o paciente ser assistido por serviço de alta complexidade em muitos casos tem dificuldade de acesso à continuidade do tratamento na atenção básica, por meio de reabilitação, por exemplo, o que pode comprometer os esforços e investimentos até ali realizados. A pesquisa ainda expõe as dificuldades encontradas pelas famílias e outros municípios para acompanhar de maneira mais próxima o tratamento, uma vez que, 43% relataram não possuir rede de apoio para hospedagem na localidade do IECPN, sendo mais um fator complicador e que onera o processo terapêutico para as famílias estarem presente nas visitas e/ou ausentes.

Na categoria local de moradia e situação habitacional, o Serviço Social constatou que atende mais gente de outros municípios do estado do Rio de Janeiro (70%) do que da capital, com destaque para os municípios da região metropolitana do estado (37,84%). No que se refere a capital, a zona oeste é a que mais teve pacientes avaliados 45%, seguidos da zona norte com 38%, centro 11% e zona sul 6,8%. Esses dados nos remetem a importância de atender como o local de moradia dos pacientes é um determinante social que irá influenciar no processo saúde/doença, no que diz respeito: ao acesso dos usuários ao IECPN, a presença da família nesse tratamento, a viabilização de direitos que garantam e possibilitem o tratamento, e em estabelecer uma rotina institucional que não onere ainda mais o tratamento. Quanto ao tipo de moradia declaram possuir casa (87,16%), e embora a maioria tenha acesso as condições sanitárias adequadas, há uma parcela que ainda não as têm, quase 14% não possuem água encanada e saneamento básico; e 6,5% não tem coleta de lixo regular.



Quando questionados sobre os indicadores de acesso à política de saúde e política de assistência social, um pouco mais da metade declarou não utilizar unidade pública de saúde (51%), fator relevante diante da necessidade da continuidade de tratamento e cuidados da rede de saúde aos pacientes após alta médica. Por volta de 17% dos usuários avaliados disseram ter acesso a algum tipo de plano de saúde privado, o que demonstra que a maioria dos usuários dependem completamente do atendimento no SUS, este indicador nos aponta a necessidade de promover ações que possam melhorar e contribuir no acesso dos usuários, após internação, a outras unidades de saúde, preconizando a intersetorialidade e a integralidade, princípios do SUS.

O estudo sinaliza os baixos números de acesso ao Benefício de Prestação Continuada (7,7%) e ao programa de transferência de renda Bolsa Família (13%) diante do perfil da renda apresentada pelos usuários. A maioria dos pacientes de outros municípios não utiliza o transporte fora domicílio (46,62%); e ainda é pequeno o acesso ao passe livre municipal (52,7%) e intermunicipal (53,38%).



No contexto apresentado, é possível destacar a enorme importância do serviço social como um agente que contribui para o acesso dos usuários a direitos e serviços e intervém junto à rotina institucional com suas possibilidades e limitações, uma vez que os números sugerem que a maioria dos usuários conhecem tais direitos a partir do contato com a assistente social na internação.

CONCLUSÃO

O referido perfil socioeconômico nos aponta que os usuários são em sua maioria do sexo feminino, idosos, negros, com predomínio da religião evangélica e apenas o ensino fundamental incompleto. Há um número expressivo de aposentados, e também de usuários que não tem vínculo previdenciário. Um grande percentual declarou ter algum companheiro e ser casado quanto ao estado civil, apresentando predominância do tipo de família classificada como nuclear, e ainda compostas por duas a cinco pessoas, cuja rede de referência no tratamento é formada por um número expressivo de mulheres. Quase a totalidade dos usuários não residentes no município do Rio de Janeiro informam a inexistência de rede de apoio de hospedagem na capital. Apesar da capital contemplar o maior número de internação, com grande incidência da zona oeste, a maioria dos pacientes são de outros municípios do estado. Quanto ao tipo de moradia declaram possuir casa própria, e embora a maior parcela tenha acesso as condições sanitárias adequadas, há um grupo considerável que ainda não as têm. Um pouco mais da metade declarou não utilizar unidade pública de saúde; revelou-se também os baixos números de acesso ao BPC e ao programa de transferência de renda Bolsa Família; muitos pacientes de outros municípios não utilizam o transporte do tratamento fora domicílio; e ainda é pequeno o acesso ao passe livre municipal e intermunicipal.



II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



O trabalho nos auxilia a compreender como os determinantes sociais influenciam diretamente na condição de saúde, assim a equipe envolvida no cuidado deve na prática profissional assumir o compromisso de que o paciente seja assistido no caminho de uma concepção mais abrangente de saúde, se envolvendo em garantir acesso a tratamentos e em fortalecer as redes sociofamiliares nesse processo, demonstrando entender que existem outras variáveis além do problema neurológico apresentado, que estão implicadas.

Campos e Amaral (2007, p. 852) nos mostram a necessidade de que as unidades de saúde ultrapassem o tratamento das doenças, considerando também os problemas de saúde, assumindo a centralidade que o sujeito deve ter no processo de saúde. Essa é a perspectiva da chama clínica ampliada, que ao mesmo tempo trabalha na direção da promoção à saúde por meios curativos, preventivos, de reabilitação ou com cuidados paliativos e tem a capacidade de contribuir para ampliação do grau de autonomia dos usuários:

Autonomia entendida aqui como um conceito relativo, não como a ausência de qualquer tipo de dependência, mas como uma ampliação da capacidade do usuário de lidar com sua própria rede ou sistema de dependências. A idade, a condição debilitante – hipertensão, diabetes, câncer, etc. o contexto social e cultural, e, até mesmo, a própria subjetividade e a relação de afetos em que cada pessoa inevitavelmente estará envolvida. A ampliação do grau de autonomia pode ser avaliada pelo aumento da capacidade dos usuários compreenderem e atuarem sobre si mesmo e sobre o mundo da vida. O grau de autonomia se mede pela capacidade de autocuidado, de compreensão sobre o processo saúde/enfermidade, pela capacidade de usar o poder e de estabelecer compromisso e contato com outros (CAMPOS e AMARAL, 2007, p. 852).

O objeto de trabalho do Assistente Social é o trato com as múltiplas expressões da questão social. Porém, tanto ao assistente social, quanto a outros profissionais, que buscam contribuir para a concepção democrática de direitos, faz-se necessário entender a conjuntura em que os usuários estão inseridos. E a partir daí traçar caminhos frente a esta realidade, com a elaboração de planos, programas e projetos; planejados, avaliados e reavaliados. Caminhos esses que perpassem por construção de práticas integrais, intersetoriais e interdisciplinares. Cabe ressaltar que, o Serviço Social historicamente é requisitado pela instituição a mediar os conflitos existentes, em que temos a possibilidade nesse processo de trabalho de aproximar as demandas dos usuários à realidade.

Mioto (2010, p. 67) nos remete aos diferentes sistemas de valores das organizações, e que adoção de práticas intersetoriais pressupõe vontade política da gestão para realizar tais mudanças necessárias na cultura organizacional, além da “sensibilização de todos seus trabalhadores, sendo estes atores políticos importantes” (MIOTO, 2010, p.67). Nesse processo, devem ser potencializados mecanismos de democratização do planejamento e



II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



avaliação das políticas públicas, de forma que se torne mais permeáveis a população. E ainda, as prioridades devem ser definidas, com base, na realidade desta população.

O presente estudo nos ilumina quanto a algumas questões e traz sugestões iniciais de ações que possam ser desenvolvidas pelo IECPN a fim de contribuir na direção da integralidade e intersetorialidade. Quando nos debruçamos sobre os indicadores como o acesso à política de saúde e rede de apoio no tratamento, nos apontam que o IECPN deve aprofundar o contato e se aproximar de outras unidades de saúde, a fim de promover parcerias que favoreçam ações intersetoriais que visem a integralidade da atenção. Destacamos a CAP da Zona Oeste no município do Rio de Janeiro para essa aproximação, uma vez que foi a região que o presente estudo apresentou maior densidade de usuários internados. E ainda, fortalecer as relações com outros hospitais com perfil semelhante, como o INCA e secretarias de saúde dos municípios de maior incidência de internação, na região metropolitana do Estado, verificando as possibilidades de parceria e viabilização de acesso de forma a contribuir na continuidade do tratamento.

Na mesma perspectiva sugerimos que uma ação intrasetorial seria estabelecer um fluxo/rotina em que o paciente transferido para o Hospital Estadual Anchieta, unidade de apoio que compõe o Complexo estadual do Cérebro, possa ter seu retorno ao ambulatório do IECPN agendado pelo NIR do HEAN no momento da alta médica, facilitando e fortalecendo o acompanhamento ambulatorial do paciente.

Quanto ao acesso dos usuários aos direitos previdenciários, trabalhistas e sociais que afetam diretamente o processo saúde-doença, propomos aprovar modelos de declarações médicas que contemplem as exigências dos órgãos públicos de forma a garantir o acesso dos usuários a documentação adequada e melhorar o processo de trabalho dos profissionais de saúde. Cabe destacar que, as referidas sugestões não se encerram neste estudo, antes este perfil socioeconômico é uma ação que vai ao encontro da melhoria contínua dos processos de trabalho e da assistência aos pacientes e sua rede sociofamiliar.

A ampliação do estudo do perfil socioeconômico alcançando a totalidade dos usuários internados e atendidos no ambulatório irá colaborar para qualidade e aprofundamento do trabalho no IECPN, o que no momento não foi possível diante das limitações institucionais.



II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



REFERÊNCIAS

BRASIL. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm>. Acesso em 10/05/2015.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciência e Saúde coletiva*, vol.4, n.2, 1999, p. 393-403

CAMPOS, G. W. S.; AMARAL, M. A. A clínica ampliada e compartilhada, a gestão democrática e redes de atenção como referenciais teórico-operacionais para a reforma do hospital. *Ciência e saúde coletiva*, vol.12, n.4, 2007, p. 849-859.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, vol.23, n.2, 2007, p. 399-407.

CAMPOS, G. W. S.; DOMITTI, A. C. Apoio matricial e equipe de referência: uma metodologia para gestão do trabalho interdisciplinar em saúde. *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, vol.23, n.2, 2007, p. 399-407.

CFESS. Parâmetros pra Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde. Série Trabalho e projeto profissional nas políticas sociais. Brasília, 2013 (reimpressão).

CRESS 7ª Região - RJ. Assistente Social: Ética e Direitos – Coletânea de leis e resoluções. _ 5.ed. revista e atualizada até junho/2008. Rio de Janeiro.

GALLO, S. Homem no Trabalho, in: *Ética e Cidadania: caminhos da filosofia*. Campinas, São Paulo: Papirus, 1997.

GUEIROS, D. A. Família e Proteção social: questões atuais e limites da solidariedade familiar. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, v. 71, 2002.

IANNI, Otávio. “A Questão Social”. *São Paulo Em Perspectiva*, ano 5, nº 1, p. 210, 1991.

Meningiomas. Texto didático ilustrado <http://anatpat.unicamp.br/textomeningiomas.html>. Acesso em 17/11/15

MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME. Política Nacional de Assistência Social PNAS/ Norma Operacional Básica NOB/SUAS. 2004

MIOTO, R. C. T.; SCHÜTZ, F. Intersetorialidade e política social: subsídios para o debate *Sociedade em Debate*. Pelotas, jan-jun./2010, p. 59-75.

RADIS N° 55. Agosto de 2015: Câncer um raio x atualizado da doença. Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca – Fundação Oswaldo Cruz



Conselho Regional
de Serviço Social / RJ
www.cressrj.org.br

II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



80
ANOS
**SERVICO
SOCIAL
NO BRASIL**

TELLES, V. S. Direitos sociais afinal do que se trata? 2ª reimpressão. Belo Horizonte: ed. UFMG, 2006.

VILLELA, W. V. Para quem dirigimos nossas ações? (sobre a incorporação do gênero nas práticas de saúde). In: Dayde de Paula Marques da Silva. (org.). Sexualidade em diferentes enfoques. Rio de Janeiro: UERJ, 2001, v., p. 145 -155.