



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  
SERVIÇO  
SOCIAL  
NO BRASIL

1

## FOLHA DE ROSTO

**O direito à saúde e o abandono de tratamento:** uma pesquisa exploratória realizada em um hospital de média e alta complexidade.

Natureza: Resultado de pesquisa/Relato de experiência

EIXO II: POLÍTICA SOCIAL E SERVIÇO SOCIAL

- Políticas Geracionais (Infância e Adolescência)

Autores:

### **Ivaneide Lêdo Lobato**

Assistente Social Especialista em Saúde

Vínculo: Ministério da Saúde

Tel: 21- 99762-0465

e-mail: ivaneidell@gmail.com

### **Luciana Catete da Silva**

Assistente Social e Pedagoga

Vínculo: Ministério da Saúde

Tel: 21- 99827-6378

e-mail: luciana.catete@bol.com.br

### **Sabrina Mendonça de Oliveira Moreira**

Graduanda em Serviço Social - UFRJ



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  
SERVIÇO  
SOCIAL  
NO BRASIL

2

Bolsista CNPQ – IC

Tel: 21- 96848-0773

e-mail: smoliveira.ufrj@gmail.com

## **O DIREITO À SAÚDE E O ABANDONO DE TRATAMENTO:** uma pesquisa exploratória realizada em um hospital de média e alta complexidade.

### **RESUMO:**

O presente trabalho refere-se à uma pesquisa exploratória realizada pelo Serviço Social em um ambulatório de pediatria de um hospital de média e alta complexidade do Estado do Rio de Janeiro, problematizaremos no texto que se segue, o índice e os principais determinantes sociais que levam ao abandono de tratamento de crianças e adolescentes usuárias do hospital. Para tal, foi realizado levantamento de fichas sociais (instrumento de trabalho do Serviço Social), busca ativa, triagem da rede de proteção social, entrevistas sociais e aplicação de questionários, com a finalidade de verificar semelhanças socioeconômicas, culturais e possíveis estratégias de ação.

**PALAVRAS-CHAVES:** ABANDONO DE TRATAMENTO, CRIANÇAS E ADOLESCENTE, GARANTIA DE DIREITOS.

**Title:** The right to health and treatment abandonment: An exploratory study performed in a hospital of medium and high complexity.

### **ABSTRACT**

The work presented here refers to an exploratory research conducted by the Social Service in a pediatric clinic from a hospital of medium and high complexity of the State of Rio de Janeiro. We question the content and the leading social determinants that lead child and adolescent to abandon their treatments in the hospital. To this end, a survey in the registrations forms, an active research, social interviews and questionnaires were conducted, in order to verify social-economic similarities, cultural and possible strategies action. **KEYWORDS:** TREATMENT OF ABANDONMENT, TEENS, RIGHTS GUARANTEED.



# II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



3

## 1. INTRODUÇÃO.

Antes de tudo é preciso dizer que temos como referencia conceitual a ideia de que saúde deriva de uma razoável harmonia entre sujeito e sua realidade sendo encarada como um indicador de qualidade de vida e determinada pelas condições gerais de existência. Logo, concordamos com a concepção de saúde presente no SUS e na Lei que o regulamenta, reafirmando que trabalho, renda, moradia, dentre outros aspectos, são determinantes e condicionantes da saúde.

Encontramos ainda na mesma lei, a afirmação da saúde como direito universal e dever do Estado, no entanto, entendemos que o direito à saúde não se restringe ao direito ao acesso e atendimento em serviços de saúde, embora o acesso a serviços tenha relevância, o direito à saúde implica também na garantia ampla de qualidade de vida, em associação a outros direitos básicos.

Tendemos a incorporar em nosso cotidiano de estudo, trabalho e luta os princípios da universalidade, equidade e integralidade na busca pela implantação de políticas públicas mais justas que prezem por um sistema de saúde universal, democrático, acessível e de qualidade. Corroboramos com Mattos (2009:65) quando afirma que a integralidade deve ser tomada como princípio orientador das práticas, como princípio de organização dos trabalhos e das políticas, implicando na recusa ao reducionismo e a objetivação dos indivíduos, a prática da integralidade em atenção em saúde busca romper com a perspectiva reducionista de que, do paciente, deve ser observado apenas a doença.

Além do conceito de saúde, de acesso e de integralidade, há de se problematizar o significado da expressão “adesão ao tratamento”. O glossário eletrônico do ministério da saúde<sup>1</sup> define adesão como a “regularidade na utilização pelo paciente da terapia utilizada no tratamento de doenças crônicas” e acrescenta que “qualquer interrupção do tratamento pode ter consequências adversas”, entretanto, deve-se ter em mente, que dentro da lógica

---

<sup>1</sup> O verbete está localizado no “Glossário Temático: DST e AIDS”, <<http://bvsm2.saude.gov.br/cgi-bin/wxis.exe/iah/glossario/>> acesso: 13/07/2015.



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  
SERVIÇO  
SOCIAL  
NO BRASIL

4

capitalista, a perspectiva de tratamento é tomada como um conjunto de procedimentos técnicos que devem ser utilizados para o bom tratamento de um paciente, o que remete a adesão (ou não) ao tratamento como responsabilidade do indivíduo (em nosso caso dos responsáveis e/ou cuidadores), culpabilizando-o(s) pelos fracassos no tratamento. Dentro da concepção de saúde ampliada é preciso romper com essa lógica e prezar pela co-responsabilização do cuidado em saúde, onde usuários, profissionais e instituições assumem compromissos com a qualidade dos serviços prestados, levando-se em conta a complexidade da realidade local e do cotidiano popular que faz das práticas de autocuidado algo mais complexo do que a simples adesão a um tratamento prescrito (Camargo-Borges e Japur, 2008, p.66).

Com isso, elucidamos a relevância deste processo para a qualificação dos serviços à população usuária, fazendo-se necessária uma intervenção bem elaborada que compreenda os determinantes sociais que levam ao abandono; sem qualquer caráter culpabilizador e/ou criminalizador, entendemos que tais conceitos e processos de análise influenciam nas escolhas a serem tomadas, que por sua vez possuirão incidência direta e indireta na garantia do direito à saúde.

## 2. EXPLORANDO O SISTEMA E DESCOBRINDO, NÓS.

O projeto de pesquisa sobre abandono de tratamento começou a ser idealizado em agosto de 2014, e recebeu o nome de “O direito à saúde e o abandono de tratamento: uma pesquisa exploratória sobre a realidade do ambulatório pediátrico”. Por se tratar de um estudo de caso os resultados e impressões aqui desenvolvidos não poderão ser generalizados, contudo, acreditamos que tenha sido uma experiência enriquecedora e que possa ser aproximável a todos que convivem com demandas parecidas às nossas.

Desde que foi implementado no ambulatório de pediatria, o Serviço Social desenvolveu algumas observações e trocas de experiência profissional, que o possibilitou apreender com mais clareza a totalidade do seu processo de trabalho, ou seja, para além das ações socioassistenciais foi possível enxergar neste espaço sócio-ocupacional quais as demandas implícitas ao atendimento pontual. Com isso, percebeu-se as recorrentes situações de abandono e/ou frequência irregular no acompanhamento de consultas ambulatoriais, em muitas especialidades médicas, tanto de crianças e adolescente que



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  
SERVIÇO  
SOCIAL  
NO BRASIL

5

estavam em acompanhamento pós-alta hospitalar, quanto das que acessaram os serviços pelo Sistema de Regulação do Ministério da Saúde (SISREG), onde existe uma constatada dificuldade de acesso. Sendo essas demandas as mais recorrentemente encaminhadas e atendidas pelo Serviço Social.

No âmbito do projeto, travamos discussões com outros profissionais, trocas de experiência, reconhecimento e triagem de rede de proteção, o que nos possibilitou estabelecer algumas reflexões sobre as instituições, suas funções e limites dentro da atenção à saúde da criança e do adolescente. Ao longo do artigo, Trabalharemos melhor as ações desenvolvidas e análise dos resultados com a descrição dos caminhos trilhados e as estratégias elaboradas no decorrer do processo.

## **2.1. O PASSO A PASSO:**

### *2.1.1. Levantamento preliminar*

Em nossa avaliação pré-projeto tivemos a consciência de que não cabia exclusivamente ao serviço social a tarefa de indentificar os casos de abandono de tratamento, tendo em vista o grande volume de atendimentos realizados diariamente no ambulatório de pediatria e especialidades afins profissionais. Os diversos usuários que chegaram ao serviço social em situação de abandono, o fizeram tanto por demanda espontânea quanto por requisição da equipe médica assistente. Muitos deles apresentavam diagnósticos complexos que requisitavam assistência por diferentes especialidades médicas<sup>2</sup> e com sérios agravos de saúde.

A dificuldade, por nós, encontrada, para checar todos os cadastros de todas as especialidades médicas, fez com que fosse necessário começar a pesquisa por outro ponto. Dessa forma, decidimos iniciar por nossos próprios registros e arquivos fazendo, assim, uso dos dados presentes na ficha de avaliação social. Este, por ser uma arquivo mais acessível, favorecia o levantamento dos dados iniciais necessários à pesquisa, tais como, identificação, contatos telefônicos, endereços e principais dados sociais e do processo saúde doença dos usuários.

---

<sup>2</sup> Alergia, Cardiologia, Cirurgia, Gastrologia, Dermatologia, Endócrinologia, Genética, Follow up, Infectologia, Nefropediatria, Neurocirurgia, Neurologia, Oftalmologia, Ortopedia, Otorrinolaringologia, Pediatria e Urologia.



# II Congresso de Assistentes Sociais do Estado do Rio de Janeiro

11 a 13 de maio de 2016



6

Até o momento do levantamento o Serviço Social havia aberto 102 fichas sociais. O critério de abertura da ficha é estabelecido pelo profissional que o faz na medida em que realiza os atendimentos. Abre-se a ficha<sup>3</sup> quando o caso, ou situação, demanda um acompanhamento subsequente e avalia-se necessidade de acompanhamento da situação pelo assistente social. Todavia utilizamos como critérios de seleção das fichas a serem analisadas fatores que entendemos como de grande significância para o processo de acompanhamento de saúde, são eles:

1. Usuários com diagnósticos complexos;
2. Usuários acompanhados por muitas especialidades;

Seguindo estes critérios, selecionamos 52 fichas (pouco mais da metade), sendo o próximo passo checar a frequência de acompanhamento, as altas do acompanhamento ambulatorial ou situações de afastamentos registrados no sistema de informações interno. Passada essa etapa, logrou-se 33 usuários sem comparecimento às consultas ambulatoriais, ou seja, do universo total de situações complexas e com extrema necessidade de acompanhamento, 63% estariam sem assistência médica. Visto que não havia registro de alta ou outros motivos para as ausências.

## 2.1.2. Sistematização

Com intuito de estabelecer uma média do tempo de afastamento e também melhor visualizar as agendas dos usuários fizemos uma planilha que distribuía em ordem alfabética e no sentido vertical a relação nominal e na linha superior a relação completa de especialidades médicas, assim, poderíamos marcar no nome dos usuários, em quais especialidades eram assistidos, quem eram os médicos assistentes e as datas das últimas consultas.

Sistematização preliminar:

Nomes	Pediatria	Cardiologia	Neurologia
Mariazinha	Ultima consulta em 10/05/2013 Dr <sup>a</sup> : X		consulta em 01/04/2014 Dr <sup>o</sup> : Y

<sup>3</sup> A ficha social além de conter as informações básicas de endereço, telefone, condições socioeconômicas, etc. É um instrumento de registro de ações e intervenções realizadas. Para usuários onde o atendimento será apenas pontual (ex: orientação sobre licença maternidade) realizamos registro no livro de ocorrências.



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  
**SERVICIO  
SOCIAL  
NO BRASIL**

7

Joãozinho		última consulta em 18/04/2012 Dr <sup>a</sup> M	
Pedrinho		última consulta em 12/07/2013 Dr <sup>a</sup> H	última consulta em 10/07/2013 Dr <sup>o</sup> : Y

Tabela1: Ilustrativa. Sistematização de agendas médicas.

Essa planilha aperfeiçoou o tempo que era gasto em consultar criança por criança no sistema eletrônico, também foi importante no sentido de percebermos, quais especialidades possuíam maior índice de abandono, o que permitiu dialogar com a equipe médica, mesmo que de forma introdutória, chamando a atenção para o índice de abandono e suas complicações ao quadro de saúde das crianças. Infelizmente, constatamos que a média de tempo de afastamento do tratamento de saúde desses usuários era cerca de 2 anos, o que é um agravante, tendo em vista a significativa necessidade de continuidade da assistência médica devido a alta complexidade da doença e/ou deficiência dessas crianças.

### 2.1.3. Busca ativa

Iniciada a busca pelos usuários afastados, nos deparamos com alguns contratempos como: endereços e telefones desatualizados, desativados ou sistema de cadastro eletrônico do hospital defasado, com informações imprecisas e incompletas. Tais entraves já eram previstos, pois, se pensarmos as condições objetivas de vida da população, devemos considerar o déficit habitacional, o desemprego, o precário acesso a bens e serviços públicos, a renda, etc., todos esses fatores levam os sujeitos que não são portadores de condições dignas e estáveis de vida a irem à busca delas, acarretando constantes alterações de endereço e telefone. Sem contar que esse tipo de olhar sobre o perfil de demandas ambulatoriais é pioneiro, pois até o momento desconhecemos a existência, na instituição, de outra experiência de pesquisa ou tentativa de implementação de rotinas que tenham como objetivo a prevenção do abandono tratamento ambulatorial, logo, os usuários que detectamos em afastamento estariam há muito tempo sem comparecer à instituição, como já foi dito anteriormente em média 2 anos.



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  
SERVIÇO  
SOCIAL  
NO BRASIL

8

Das 33 crianças identificadas, 29 foram contatadas por telefone (no mínimo 3 tentativas por cada) obtendo apenas 9 retornos positivos do contatos realizados e 25 aerogramas enviados.

Devido ao fato de obtermos poucos retornos das tentativas de contato, optamos pela estratégia de acionamento da rede de proteção, ressaltando que em algumas localidades não foi possível se quer, o contato com a rede<sup>4</sup>. Foram contatadas 7 Clínicas da Família/Postos de Saúde e 7 Centros de Referência de Assistência Social, passávamos os dados das crianças daquelas localidades e solicitávamos o suporte no localização da família, tendo o cuidado de deixar claro que não se tratava de uma busca culpabilizadora ou controladora e sim de compreender as causas do abandono e viabilizar estratégias ou suporte para retorno ao acompanhamento de saúde.

Destes contatos, obtivemos 8 retornos da rede, ou seja, em 14 tentativas de articulação<sup>5</sup> apenas 57% foram bem sucedidas. Devemos salientar que o percentual se refere a articulação com a rede, o que não deve ser confundido com a localização bem sucedida das famílias, pois alguns equipamentos também não conseguiram localizar e informar com precisão o endereço de moradia ou condições de vida da criança.

Este dado é um importante elemento para se pensar os limites do conceito de proteção social integral. Na busca da rede de proteção social fizemos contato com outro setor da própria política de saúde que se institui na Atenção Básica, e com o setor da Proteção Social Básica da Assistência Social, esta última que propõe como princípio norteador de seus programas sociais a ação intersetorial.

Pode-se dizer que a intersetorialidade é uma ferramenta chave de construção de sinergias entre diferentes áreas da política social, visando à articulação entre distintos conhecimentos e práticas para se atuar em problemas concretos<sup>6</sup>. No entanto, muitos são os limites para concretização desta ferramenta, como por exemplo, a questão do território. A proteção básica, tanto da assistência quanto da saúde, está ancorada no princípio da

---

<sup>4</sup> Considerando a falta de estrutura e equipamentos de algumas localidades e municípios, entrávamos em contato direto com as secretarias de saúde, assistência ou promoção social, mesmo assim, algumas tentativas foram infrutíferas.

<sup>5</sup> Nos referimos à “articulação” como estabelecimento de diálogo e trabalho conjunto, mesmo distante, conseguimos estabelecer articulação com algumas clínicas e CRAS's, a comunicação foi predominantemente por ligações telefônicas e trocas de e-mail.

<sup>6</sup> Para maior compreensão ver Monnerat e Souza, 2009, p.200.

territorialização, mas é inexistente a definição de uma área comum para a construção de práticas intersetoriais, e sendo os hospitais de média e alta complexidade instituições de referência para todo o Estado, e até mesmo fora dele, é extremamente trabalhoso e muitas vezes impossível, entrar em contato com todas as microrregiões de todos os municípios que atendemos.

#### 2.1.4. Apuração da retomada de tratamento

A realidade da fragmentação das políticas sociais problematizada acima somada a falta de um mecanismo de notificação do abandono de tratamento, que proporcione uma identificação logo no início do afastamento dos usuários possibilitando uma intervenção preventiva, trouxe para nossa pesquisa uma veracidade um tanto quanto calamitosa, dos 33 usuários contatados, 1 mudou de Estado, 1 faleceu, 10 conseguiram retomar o acompanhamento de saúde e 17 usuários não foram localizados. Além disso, também foram detectados erros de registro de atividades ambulatoriais no sistema de registro da instituição, 4 usuários estavam em acompanhamento normal e suas respectivas consultas não encontravam-se registradas no sistema digital interno.



#### 2.1.5. Entrevista e aplicação de questionários



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  
SERVIÇO  
SOCIAL  
NO BRASIL

10

Para os usuários que retomaram o tratamento, também agendamos atendimento com o Serviço Social com intuito de retomar (ou de dar continuidade) o acompanhamento de encaminhamentos. Na ocasião, aplicamos um questionário contendo questões referentes a realidade socioeconômica e ao tratamento de saúde pretendendo problematizar os dois aspectos.

Na análise das respostas verificamos dados relevantes e muito significativos, como por exemplo, as condições de moradia. Observamos que 71% dos usuários não possuem casa própria, o que ratifica nossa análise feita anteriormente sobre as condições de vida e busca de oportunidades, levando a constante migração e alteração de telefones e endereços. Estar atento para as condições de moradia das crianças é de suma importância, principalmente se pensarmos que, na maior parte do tempo é em casa que a criança se encontra.

Outro fator alarmante é a renda familiar. Esta é um determinante social que atinge um patamar central na saúde da criança por se caracterizar como um fator intimamente vinculado a muitos outros, existindo renda suficiente as famílias conseguem ter um padrão mínimo de acesso à alimentação adequada, condições dignas de moradia, meios de transporte, etc. 86% dos entrevistados tem renda familiar de até 1.500 reais. O DIEESE estabelece que o salário mínimo nominal e necessário, calculado a partir do custo de vida, deveria ser, em junho de 2015, R\$ 3.299,66<sup>7</sup>.

Dentro dos resultados obtidos podemos problematizar a função das políticas sociais como garantidoras da qualidade de vida da população, amparando a parcela da população que não consegue se manter através do trabalho, complementando sua renda ou fornecendo serviços, os dados da pesquisa deixa explícito a incapacidade das políticas em cumprir tal objetivo.

A escolaridade dos pais - ou responsáveis (ou ainda cuidadores)- apresenta-se como outra característica influenciadora na saúde da criança, uma vez que um maior nível de instrução e conhecimento possibilita uma forma de cuidar mais adequada (Reis 2004/2005, p. 32). Percebemos que 57% dos responsáveis possuíam baixa escolaridade, além disso, foi detectado no decorrer das entrevistas algumas informações desconexas,

---

<sup>7</sup> < <http://www.dieese.org.br/> > consulta em 10/07/2015.



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  
SERVIÇO  
SOCIAL  
NO BRASIL

11

por parte dos genitores, sobre o tratamento de saúde das crianças. Isso revela a baixa compreensão do diagnóstico e da necessidade de continuidade de acompanhamento regular, muitas vezes também associada a dificuldade de comunicação entre a equipe médica e o usuário. Aqui é importante frizar que o acesso ao profissional de saúde é questão fundamental, tornando o diálogo peça chave na construção de vínculo e confiança, os profissionais de saúde devem estar atentos as queixas, dúvidas e angústias e usar o saber médico para saná-los de forma simples e respeitosa.

Já sobre o tratamento de saúde 86% das crianças já tinham sido internadas, dentre as quais 50%, relatam os responsáveis, que a internação ocorreu devido a algum tipo de agravamento do quadro de saúde, **o que aponta para a possibilidade de implicação** com o acompanhamento médico irregular, e 33% para realização de cirurgias, lembrando que os dois fatores podem estar relacionados.

Em relação ao tempo de tratamento 86% das crianças estão em tratamento ambulatorial há mais de 4 anos e 43% são acompanhadas por 4 ou mais especialidades médicas. O desgaste do tempo, a relação sem vínculo com a instituição e com os profissionais associada aos fatores de condições de vida é um expressivo indicador que possui influência no abandono de tratamento. Assim como, o número de especialidades acompanhadas, o que representa a quantidade de vezes que os responsáveis devem trazer às crianças a instituição, muitos relatam passar o dia inteiro e/ou estar constantemente dentro do hospital.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Observando os resultados obtidos, podemos previamente concluir que o abandono de tratamento ambulatorial se constitui como um fator de risco para a saúde de crianças e adolescente cronicamente adoecidos e com deficiência, é uma questão que reflete distintos aspectos de carência, seja de familiares e responsáveis, seja do Estado, que falha na oferta de serviços efetivos e de qualidade.

Entendemos que a família no âmbito da atenção e cuidado à crianças e adolescentes se constitui como lugar privilegiado de intervenção, tendo em vista que é historicamente concebida como espaço de socialização e proteção primária dos indivíduos.



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  
SERVIÇO  
SOCIAL  
NO BRASIL

12

Nas últimas décadas tem sido encarada como núcleo central de articulação, formulação e propostas de intervenção de distintas políticas sociais.

Entretanto, esta é uma relação complexa e contraditória, pois, na medida em que o Estado toma a família como alvo privilegiado de proteção resguardando-a em diferentes legislações, a realidade das famílias é expressa por uma crescente pauperização e queda na qualidade de vida, o que evidencia uma ausência de ações estatais na oferta de uma rede de sustentabilidade para as mesmas. Logo, o abandono de tratamento, não está desassociado deste processo e se estabelece como uma expressão da questão social.

São escassos materiais teóricos que discutam a evasão de tratamento direcionado para a população infanto juvenil, as pesquisas encontradas sobre abandono de tratamento estão relacionadas a programas específicos à população adulta afetada pela AIDS e pela Tuberculose.

Entretanto, o Estatuto da Criança e do Adolescente tem uma formulação muito clara quanto a incumbência do setor saúde, entendido como esfera pública privilegiada de proteção, na promoção, proteção e recuperação da saúde.

“Art. 11- É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.”  
([Redação dada pela Lei nº 11.185, de 2005](#))

O presente ensaio, portanto, coaduna e contribui para efetivação do que é regulamentado em lei, além de ser um importante instrumento na luta e defesa dos princípios do SUS, e da política de saúde como direito universal.

Buscamos, com essa pesquisa, entender a dinâmica institucional, o perfil dos usuários e das demandas ambulatoriais e traçar estratégias em favor da concepção ampliada de saúde, de acordo com os fundamentos éticos, políticos, teóricos e metodológicos do Serviço Social.

Gostaríamos de ressaltar não só a importância do trabalho para a qualificação dos serviços oferecidos para o usuário, mas, dizer que o processo de planejamento, a execução e a avaliação da pesquisa foi um processo enriquecedor para o exercício de práticas profissionais que superam o cotidiano de ações socioassistenciais, este processo concretiza a dimensão investigativa e propositiva que deve ser implementada nos espaços sócio-ocupacionais do Assistente Social, em defesa dos direitos e da cidadania.



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  
SERVIÇO  
SOCIAL  
NO BRASIL

13

## 1. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

CAMARGO-BORGES, Celiane; JAPUR, Marisa. **Sobre a (não) adesão ao tratamento:** ampliando sentidos do autocuidado. Florianópolis/SC. Texto&Contexto – enfermagem, v.17, n.1, 2008. p. 64-71.

BRASIL. Lei Ordinária – 8080, 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. Brasília/DF.

\_\_\_\_\_. Lei 8069 de 13 de Julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Brasília/DF.

MATTOS, Ruben Araújo. **Os sentidos da integralidade:** algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Roseni Pinnheiro e Ruben Araújo de Mattos (Org's). Rio de Janeiro. CEPESC – IMS/UERJ – ABRASCO. 8ª edição. 2009. p. 43-68.

MONNERATI, Gisele Lavinias, SOUZA, Rosimary Gonçalves. **Política social e intersectorialidade:** consensos teóricos e desafios práticos. Brasília. SER Social v. 12, n. 26, 2009. p. 200-220.

REIS, Regina Sá. **A influência dos determinantes sociais na saúde da criança.** Juiz de Fora/MG - Libertas. n.especial, v.4/5 [2004 – 2005]. p. 25 – 50