



Universidade Federal  
de Campina Grande

**CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS  
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO  
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

**Maria Claudia Quintino da Silva**

**A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA REDE DE CUIDADOS  
À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SOUSA-PB**

**Sousa-PB  
2024**

Maria Claudia Quintino da Silva

**A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA REDE DE CUIDADOS  
À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SOUSA-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso. Apresentado ao Curso de Serviço Social, da Unidade Acadêmica de Direito (UAD), do Centro de Ciências Jurídicas e Sociais (CCJS), da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG). Como requisito para obtenção do Título de Bacharel em Serviço Social.

**Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Leidiane Souza de Oliveira

Sousa-PB  
2024

FICHA CATALOGRÁFICA

S586a Silva, Maria Claudia Quintino da.  
A atuação profissional do/a assistente social na rede de cuidados à pessoa com deficiência no município de Sousa-PB. / Maria Claudia Quintino da Silva - Sousa, 2024.

91fls. :il. Col.

Monografia (Bacharelado em Serviço Social) – Centro de Ciências Jurídicas e Sociais, Universidade Federal de Campina Grande, 2024.

Orientador: Profa. Dra. Leidiane Sousa Oliveira

1. Assistente social. 2. Pessoa com deficiência. 3. Centro Especializado em Reabilitação. 4. Implementação de rede de cuidados. 5. Sousa-PB. I. Título.

Biblioteca CCJS - UFCG

CDU 36–056.26(813.3)(043.1)


Maria Claudia Quintino da Silva

## **A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SOUSA-PB**

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi avaliado como adequado para a obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, tendo sido aprovado em sua forma final pelo respectivo curso.


**Aprovado em: 30/10/2024**

### **Banca examinadora**

Documento assinado digitalmente  
 **LEIDIANE SOUZA DE OLIVEIRA**  
Data: 26/11/2024 12:11:43-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>


---

**Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Leidiane Sousa Oliveira**  
**Orientadora**

Documento assinado digitalmente  
 **NILMA ANGELICA DOS SANTOS**  
Data: 21/11/2024 21:10:53-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Prf.<sup>a</sup> Ms.<sup>a</sup> Nilma Angélica dos Santos – UFCG**  
**Examinadora Interna**

Documento assinado digitalmente  
 **FERNANDA VALENTIM DANTAS**  
Data: 22/11/2024 11:04:18-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

---

**Esp. e Residente Fernanda Valentim Dantas – ESP-PB**  
**Examinadora Externa**

Às pessoas com deficiência que de dia em dia enfrentam desafios para conviver em uma sociedade ainda desigual, e aos/as assistentes sociais que cotidianamente lutam pela viabilização dos direitos das pessoas com deficiência.

## **Agradecimentos**

Agradeço primeiramente ao meu Senhor, o Deus vivo e verdadeiro que me permitiu e tem permitido sonhar e realizar, a Ele toda honra e toda gloria.

Em segundo lugar, agradeço a minha família que me proporcionou o suporte necessário para que eu conseguisse me dedicar ao meu processo de formação.

Agradeço em especial a Ana Maria Rodrigues, que foi uma amiga próxima no processo final da construção desse TCC, sempre oferecendo apoio e incentivo que foram fundamentais para a conclusão desse trabalho.

As minhas colegas Fernanda Layse e Xayane, que participaram comigo desse processo de formação na UFCG e principalmente no estágio, onde pudemos prestar apoio mútuo e compartilhar experiências juntas, as quais contribuíram diretamente na escolha do tema dessa pesquisa.

A Vanicleide Almeida, que compartilhou comigo grande parte desse processo que não começa na elaboração de um projeto de pesquisa, mas sim, desde o início da formação acadêmica.

Agradeço as minhas orientadoras acadêmicas Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Maria Conceição, que me orientou na elaboração do projeto dessa pesquisa, e a Prof<sup>o</sup> Dr<sup>o</sup> Leidiane Souza, pelas orientações e apoio para conclusão desse trabalho, as assistentes sociais que se disponibilizaram a colaborar com seus conhecimentos e experiências de trabalhos necessário para alcance dos objetivos dessa pesquisa, e a banca examinadora que contribuiu com apontamentos importantes para o aperfeiçoamento desse trabalho.

Agradeço também a todos os professores e colegas de curso que foram participantes em algum momento desse processo e a todos os amigos que torceram por mim.

Uma formação profissional não se faz única e exclusivamente apenas com os nossos esforços e dedicação, isso é uma construção conjunta de todos aqueles que estão ao nosso redor e que participam direta e indiretamente desse processo. A todos estes, meu muito obrigado!

Nessa terra de Vera Cruz  
Cheia de encantos mil  
Vislumbra-se uma questão  
Que é antiga como o Brasil.

Dos seus encantos, os recantos  
Os rincões mais esquecidos  
Onde impera o descaso  
Com um povo oprimido.

A questão se alastra  
Não é de hoje que se mostra  
Deram nome: “problema social”  
Faceta do império do Capital!

E nessa roda viva  
Em que a vida se revela  
Já sabemos quem é que priva  
E quem sofre a mazela.

Para intervir na questão social  
É que se forma o assistente social  
Tem um código de ética e conduta  
E hoje empunha a bandeira: Vamos à luta!

Se para todos, as políticas são públicas,  
Está combinado, não precisam súplicas  
E se a nossa luta se trava há anos  
Não é à toa, é pelos direitos humanos!

## **Resumo**

Este trabalho tem como objetivo geral analisar a atuação profissional do/a Assistente Social na Atenção Especializada à Pessoa com Deficiência em Sousa/PB. O interesse pela temática surgiu a partir das experiências vivenciadas durante o estágio curricular realizado no Centro Especializado em Reabilitação (CER-IV), no município de Sousa-PB. A pesquisa busca responder a seguinte problemática: Como é realizado o trabalho dos assistentes sociais nas instituições que promovem políticas de saúde para as pessoas com deficiências? Opta-se pela metodologia com natureza básica, para isso, foi realizada uma pesquisa de campo com abordagem qualitativa de caráter exploratório. Para o levantamento de dados utilizamos um questionário semiestruturado e a partir das análises das respostas das participantes, foram encontrados os seguintes resultados: observou-se que a configuração da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência não se efetiva de forma satisfatória na região de Sousa-PB. Além disso, devido à alta demanda de atendimento na instituição, a RPCD não atende integralmente a demanda direcionada a aos serviços de habilitação e reabilitação no CER IV. Dessa forma, a atuação do assistente social no CER IV é particularizada e enfrenta desafios para trabalhar com em um serviço de reabilitação que atende uma população extensa e em situação de vulnerabilidade.

**Palavras-chave:** Serviço Social; Trabalho Profissional; Rede de Cuidados A Pessoa Com Deficiência; CER IV

## **Abstract**

The general aim of this work is to analyze the professional work of the Social Worker in Specialized Care for People with Disabilities in Sousa/PB. My interest in this subject arose from my experiences during my internship at the Specialized Rehabilitation Centre (CER-IV) in the municipality of Sousa-PB. The research aims to answer the following question: How do social workers work in institutions that promote health policies for people with disabilities? We opted for a methodology of a basic nature. To this end, we carried out field research with a qualitative, exploratory approach. We used a semi-structured questionnaire to collect the data and, based on the analysis of the participants' responses, the following results were found: it was observed that the configuration of the Care Network for People with Disabilities is not satisfactorily implemented in the Sousa-PB region. In addition, due to the high demand for care at the institution, the RPCD does not fully meet the demand for habilitation and rehabilitation services at CER IV. Thus, the work of the social worker at CER IV is particularized and faces challenges in working with a rehabilitation service that serves a large and vulnerable population.

**Keywords:** Social Work; Professional Work; Care Network for People with Disabilities; CER



## **Siglas**

ABEPSS - Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social  
ABNT- Associação Brasileira de Normas Técnicas  
ABS - Atenção Básica à Saúde  
APS- Atenção Primária à Saúde  
BPC - Benefício de Prestação Continuada  
CAPs - Caixas de Aposentadoria e Pensões  
CEO - Centros de Especialidades Odontológicas  
CER - Centros Especializados em Reabilitação  
CFAS - Conselho Federal de Assistentes Sociais  
CFESS - Conselho Federal de Serviço Social  
DESF - Departamento de Saúde da Família  
ESF - Estratégia de Saúde da Família  
eSF - equipes de Saúde da Família  
FUNAD - Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência  
GM/MS - Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde  
IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões  
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas  
INAMPS - Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
NASF - AB Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica  
NASF- Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NBR - Norma Brasileira  
ONU - Organização das Nações Unidas  
OPM - Órteses, Próteses e Materiais Especiais  
PACS - Programa Agentes Comunitários de Saúde  
PCD - Pessoa com Deficiência  
PPD - Pessoa Portadora de Deficiência  
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica  
PNAISPD - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência  
PNTN - Programa Nacional de Triagem Neonatal  
PSF - Programa Saúde da Família  
PTS - Projeto Terapêutico Singular  
RAS - Rede de Atenção à Saúde  
RCPD - Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência  
SAPS - Secretaria de Atenção Primária à Saúde  
SES - Secretaria de Estado de Saúde  
SIH - Sistema de Informações Hospitalares  
SUAS - Sistema Único de Assistência Social  
SUS - Sistema Único de Saúde  
TEA - Transtorno do Espectro Autista  
TFD - Tratamento Fora de Domicílio  
UBS - Unidades Básicas de Saúde  
UFMG - Universidade Federal de Campina Grande

## **Lista de figuras**

<b>Figura 1:</b> Linha do tempo - saúde pública .....	19
<b>Figura 2:</b> Organograma SUS .....	22
<b>Figura 3:</b> Princípios do SUS .....	23
<b>Figura 4:</b> Largura de deslocamento em linha reta de pessoas em cadeira de rodas .....	31
<b>Figura 5:</b> Mobiliários em rota acessível .....	31
<b>Figura 6:</b> Distribuição por identidade de gênero .....	67

## **Quadros**

Quadro 1: Resumo das publicações relacionadas à saúde da pessoa com deficiência em relação a seu conteúdo/ação em saúde .....	26
Quadro 2. Objetivos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência .....	34
Quadro 3. Território, níveis e pontos de atenção da RCPD .....	35
Quadro 4: Tipos de CER .....	53
Quadro 5: População residente, por tipo de deficiência – Paraíba – Ano 2010 .....	56

## **Tabelas**

Tabela 1: Ações profissionais realizadas por assistentes sociais no CER IV ..... 59

Tabela 2: Processo de articulação em rede para viabilização de acesso aos direitos sociais .....61

## **Gráficos**

Gráfico 1: Identidade de gênero de assistentes sociais .....	70
--	----

## SUMÁRIO

<b>Introdução .....</b>	<b>13</b>
<b>1 Sistema Único De Saúde e a implementação da Rede De Cuidados à Pessoa com Deficiência .....</b>	<b>17</b>
1.1 Um breve conceito histórico .....	18
1.2 Marcos legais e avanços na atenção a saúde das pessoas com deficiência .....	24
1.3 Implementação da rede de cuidados à pessoa com deficiência pelo sistema único de saúde (SUS) .....	32
<b>2. Saúde e Serviço Social: Particularidade da inserção profissional na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência .....</b>	<b>37</b>
2.1 O serviço social no âmbito da política de saúde .....	38
2.2 Fundamentos do trabalho no Serviço Social .....	42
3.2.1 A Atenção Básica à saúde e a ação profissional do/da assistente social: Um recorte para articulação em rede .....	44
2.3 Caracterizando um Centro Especializado em Reabilitação - CER no sertão da Paraíba .....	52
<b>3. Análise do trabalho de assistentes sociais em um CER no sertão da Paraíba .....</b>	<b>58</b>
3.1 Caracterizando o trabalho profissional desenvolvido por Assistentes Sociais no CER IV .....	59
3.2 Desafios e possibilidades para o exercício profissional em Sousa-PB .....	65
3.3 Perfil das profissionais pesquisadas .....	69
<b>Considerações finais.....</b>	<b>69</b>
<b>Referências bibliográficas.....</b>	<b>72</b>
<b>Apêndices .....</b>	<b>77</b>
Apêndice A - Questionário de campo .....	77
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	80
<b>Anexo .....</b>	<b>83</b>
Anexo A - Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa .....	84

## **Introdução**

A área da saúde é um espaço de trabalho que tem se tornado um vasto campo de atuação para o serviço social. Esse ponto, somado às experiências do estágio curricular obrigatório I e II, do curso de graduação em Serviço Social pela Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), realizado no Centro Especializado em Reabilitação (CER IV), na cidade de Sousa-PB, despertou-me interesse pela temática e a ânsia em pesquisar como é realizado o trabalho dos profissionais de serviço social no contexto da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD), e como esses profissionais tem contribuído para a viabilização dos direitos desse público.

É importante ressaltar que o percurso de inclusão e garantia de direitos para pessoas com deficiência tem obtido uma grande relevância. Nos últimos anos, avanços significativos têm sido alcançados, o que contribui para a afirmação da igualdade, da acessibilidade e do respeito aos direitos fundamentais das pessoas com deficiência.

Uma política específica que caracteriza esse avanço foi a implementação dos Centros Especializados em Reabilitação que são pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Segundo o Ministério da Saúde, a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS está consolidada por meio da portaria nº 3/GM/MS de 28 de setembro de 2017, (Origem: Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012 e foi estabelecida a partir da necessidade de amplificar o acesso e qualificar o atendimento à saúde das pessoas com deficiência física, visual, auditiva, intelectual, ostomia e múltiplas deficiências, por meio de articulação em rede nos diferentes níveis de atenção. Assim, essa Rede se configura como um meio para ampliar, facilitar e assegurar o acesso aos direitos das pessoas com deficiência no âmbito da saúde.

Nota-se, portanto, que a política de saúde para pessoas com deficiência vem se aperfeiçoando, contudo, o percurso de conquistas de direitos principalmente no que tange a políticas públicas de saúde específicas para PCD no Brasil, apesar de demonstrar um progresso significativo, ainda apresenta a necessidade contínua de abrangência e recursos destinados à área.

Pode-se apontar como um dificultador para a viabilização do acesso às políticas de saúde para pessoas com deficiência, um problema detectado no período de estágio no CER IV, que se caracteriza pelas extensas listas de espera nos Centros Especializados em Reabilitação. Essas listas de espera são ocasionadas pelo alto número de municípios atendidos pela instituição e o quantitativo da equipe de profissionais insuficiente, o que causa precarização no vínculo e fila de espera para atendimento, tornando assim necessário o conhecimento do trabalho dos assistentes sociais nas instituições que promovem o atendimento à saúde das pessoas com deficiência, tendo em vista o compromisso da profissão na efetivação dos direitos desse público e o caráter profissional para viabilizar esse acesso através da vinculação entre instituições desse caráter.

O serviço social tem um caráter educativo e o projeto ético político da profissão

ênfatisa a defesa dos direitos humanos. Como profissão, o Serviço Social busca superar os desafios e limites na garantia e defesa dos direitos das pessoas com deficiência em seu cotidiano profissional, enfatizando os princípios do Projeto  tico Político da Profissão.

No âmbito da saúde, o serviço social tem como um dos eixos de atua o o caráter educador, informando a popula o usuária quanto aos meios de acesso aos seus direitos, realizando a es de mobiliza o e participa o social, entre outras a es. No que tange a área específica da política de saúde para pessoas com deficiência, a profissão se depara com um espaço relativamente novo. Por tanto   uma área que apresenta diversos desafios tanto na compreensão do papel desenvolvido pelos assistentes sociais nesse âmbito de atua o da profissão, como na disponibilidade de ferramentas para o desenvolvimento do caráter educacional da categoria, dificultando, assim, a viabiliza o dos direitos   saúde do público alvo.

Diante disso, observa-se a relevância da pesquisa sobre o tema, com fim a por em destaque a performance profissional dos assistentes sociais, que por seu caráter de forma o alinhado com o enfrentamento da questão social, esses profissionais se tornam fundamentais nas dinâmicas institucionais de órgãos que promovem políticas de saúde para pessoas com deficiência, uma vez que, a necessidade de aten o a esse segmento da popula o apresenta uma maior fragilidade diante das demais demandas sociais.

A partir do exposto, o presente estudo fundamenta-se na análise da realidade para a atua o profissional do/da assistente social na Rede de Cuidados   Pessoa com Deficiência. Como ponto de partida coloca-se o seguinte questionamento: Como   realizado o trabalho dos assistentes sociais nas institui es que promovem políticas de saúde para pessoas com deficiência?

Afim de sanar este questionamento, a pesquisa tem como objetivo geral: Analisar como se particulariza o trabalho da(o) assistente social no Centro Especializado em Reabilita o IV em Sousa-PB, e como objetivos específicos: Identificar os limites/desafios e as possibilidades que se colocam no cotidiano profissional dos/as assistentes sociais na aten o especializada   pessoa com deficiência para efetiva o dos direitos deste segmento da popula o na região de Sousa, apontar como se deu a configura o atual das políticas sociais e marcos legais de aten o a popula o com deficiência no Brasil e identificar em que contexto a Rede de Cuidados   Pessoa com Deficiência se efetiva frente às demandas sociais desse público no município de Sousa/PB.

Assim, para alcançar os objetivos dispostos,   necessário traçar o percurso metodológico da pesquisa. Dessa forma,   importante destacar, inicialmente, a defini o do que se entende por pesquisa e qual o seu objetivo. Sobre isso, Gil destaca que:

Pode-se definir pesquisa como o processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa   descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos. (GIL, 2008, p.26)



Nesse viés, com a definição do que é considerado pesquisa, pode-se compreender sua relevância na produção de respostas para os problemas sociais, uma vez que, os procedimentos adotados para o processo de pesquisa é o científico, evidenciando assim o seu caráter confiável e relevante no emprego da compreensão da realidade Social.

Assim, a presente pesquisa: *O trabalho profissional do/da assistente social na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência em Sousa/PB*, tem o objetivo de, por meio de procedimentos científicos, produzir respostas à realidade social de um objeto ainda pouco conhecido e debatido na sociedade, evidenciando a necessidade de produção de conhecimento sobre o tema que é tão necessário para a resolução de questões sociais aos direitos das minorias.

Para a realização deste estudo, optou-se pelo método de pesquisa exploratória descritiva. Com base no que afirma Gil, (2008), a pesquisa exploratória concerne uma compreensão mais aprofundada do problema, proporcionando um delineamento mais bem definido. Já a pesquisa descritiva concentra-se na caracterização detalhada de certas populações ou fenômenos específicos. Em suma, a pesquisa exploratória descritiva possibilita identificar padrões e tendências, bem como esclarecer aspectos ainda não completamente compreendidos sobre a intervenção. Assim, o método descritivo se caracteriza pelo objetivo de investigar documentos com o propósito de descrever ações em contexto histórico em comparação com ações da realidade presente. O objetivo central é investigar a atuação profissional dos assistentes sociais em um centro de reabilitação. Desta forma, o método exploratório foi escolhido por permitir uma análise detalhada das práticas, desafios e contribuições desses profissionais no contexto da reabilitação.

A investigação procedeu-se em duas etapas, tendo como ponto de partida o levantamento bibliográfico e análise documental, como base para embasamento teórico da pesquisa, além da finalidade de compreensão teórica entre o objeto estudado e sua realidade. Também será realizada uma consulta às leis que garantem os direitos à saúde das pessoas com deficiência. A segunda etapa se deu pela realização de pesquisa de campo, que segundo Gil (2008, p.28), direciona-se aos pesquisadores sociais que buscam dentro das pesquisas descritivas, explicar a atuação prática, e em conjunto análise documental dos diários de campo produzidos durante o período de estágio no Centro Especializado em Reabilitação IV, em Sousa. A pesquisa foi realizada no Centro Especializado em Reabilitação (CER-IV) localizado na cidade de Sousa-PB por meio de aplicação de questionário on-line às/aos assistentes sociais da instituição.

A revisão da bibliográfica forneceu a base teórica deste estudo, sendo fundamentada, em grande parte, nas contribuições de Inês Bravo (2001) sobre a política de saúde no Brasil, e nas perspectivas de Iamamoto (2010) sobre a atuação dos assistentes sociais. Além disso, foram considerados os avanços e desafios na implementação das políticas de atendimento à pessoa com deficiência, conforme as legislações específicas da área e o manual de reabilitação auditiva, física,

intelectual e visual (BRASIL, 2020). A análise desse conjunto de materiais permitiu estabelecer uma conexão entre a produção teórica existente sobre o tema e a realidade observada no local de pesquisa.

Por sua vez, a pesquisa de campo se deu por meio de questionário online, aplicados pela plataforma google Forms como instrumento de coleta de dados, combinados com fontes secundárias e registros particulares da pesquisadora, que foram detalhadamente documentados em um diário de campo que incluí observações sobre o funcionamento do CER-IV e a intervenção profissional do Serviço Social nessa área.

A abordagem utilizada nesta pesquisa para análise de dados é quali-quantitativa. A qualitativa, neste estudo se dá pela análise, descrição e compreensão da realidade estudada e a quantitativa pela forma de transcrição dos dados coletados por meio de técnicas estatísticas de porcentagem e média.

Quanto à estrutura, o trabalho foi demarcado em cinco seções, sendo a primeira de caráter introdutório. A segunda traz uma abordagem sobre o Sistema Único De Saúde e a implementação da Rede De Cuidados à Pessoa com Deficiência. A terceira abordará saúde e serviço social e particularidades da inserção profissional na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. A quarta seção discutirá a análise do trabalho de assistentes sociais em um CER no sertão da Paraíba trazendo a análise de dados coletados nesta pesquisa. Por fim, na quinta e última seção, serão explanadas as conclusões/respostas obtidas a partir da realização/elaboração do presente trabalho.

Para realizar a pesquisa, estabeleceu-se como critério de inclusão todas as assistentes sociais que atuam nos serviços de reabilitação do CER-IV, (O termo *as assistentes sociais*, foi usado no feminino tendo em vista que o quadro profissional de assistentes sociais no CER-IV é composto apenas por mulheres), incluindo habilitação/reabilitação física, auditiva, visual, intelectual e transtornos do espectro do autismo. A participação foi baseada em critérios de acessibilidade e no consentimento das profissionais. A equipe de assistentes sociais desse serviço é composta por 6 profissionais, todos convidadas a participar da pesquisa. No entanto, somente 2 concordaram em participar voluntariamente, assinando o termo de consentimento livre e esclarecido.

A baixa adesão das profissionais de assistência social à pesquisa, com apenas 2 das 6 profissionais do serviço aceitando participar voluntariamente, configurou-se como um desafio para a realização da pesquisa em campo. Um dos principais obstáculos para adesão a participação na pesquisa é a insegurança associada ao vínculo empregatício. A instabilidade de um trabalho celetista gera receio entre as profissionais, que hesitam em se envolver em pesquisas voluntárias. Essa hesitação não apenas dificulta os processos de pesquisa, mas também impacta negativamente a produção científica na área. A falta de dados e estudos amplos impede uma compreensão mais profunda do papel dos/as assistentes sociais na saúde, que é uma questão de

extrema importância. Sem essa compreensão, a profissão enfrenta desafios adicionais para definir e fortalecer suas atribuições neste campo de atuação profissional.

Quanto a coleta dos dados, estava inicialmente programada para ocorrer durante o período letivo 2023.2, conforme estabelecido pelo calendário acadêmico. No entanto, a dificuldade em obter a anuência necessária para conduzir a pesquisa na instituição CER-IV, inviabilizou a continuidade do estudo conforme o planejamento original, essa dificuldade ocorreu pela demora do retorno da instituição responsável na análise do projeto para consentimento da anuência. Diante dessa situação, foi necessário redefinir o instrumento de coleta de dados e modificar sua aplicação, optando pela disponibilização online.

A pesquisa foi conduzida em outubro de 2024, utilizando um questionário semiestruturado elaborado com a ferramenta Google Forms, devido às suas facilidades para coleta e sistematização de dados. O questionário incorporou questões fechadas e abertas, permitindo que as profissionais adicionassem informações sobre seus perfis, atuação no CER-IV.

O instrumento de coleta de dados foi escolhido intencionalmente pela excepcionalidade do prazo para realização da pesquisa. Pelos desdobramentos imprevisíveis da realidade, não foi possível alcançar o número de participantes desejável para a satisfação plena dos objetivos da pesquisa.

## **1 Sistema Único De Saúde e a Implementação Da Rede De Cuidados à Pessoa com Deficiência**

O serviço social, enquanto profissão mediadora dos direitos sociais da população tem papel fundamental no que diz respeito à viabilização de direitos garantidos pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988) e demais legislações que tenham por finalidade a garantia à cidadania. Todavia, direitos sociais previstos na Constituição como a saúde percorreram um trajeto histórico de avanços até culminar em um direito universal.

Historicamente, o conceito de saúde passou a ter uma perspectiva mais ampla, evoluindo de uma visão restrita de ausência de doença para um cenário que abrange o bem-estar físico, mental e social. No contexto das pessoas com deficiência, essa evolução é refletida na transição de uma abordagem meramente assistencialista para uma visão de direitos humanos e inclusão social.

Nesse contexto, essa evolução parte da trajetória de avanços na política de saúde direcionada para pessoas com deficiência, na qual pode ser evidenciado marcos legais que contribuíram para a promoção dos direitos desse público no Brasil. A Constituição Federal de 1988, como citada anteriormente, é o ponto de partida desses direitos, pois estabelece através do Art. 198 a saúde como um direito de todos e dever do Estado.

Posteriormente, a constituição do Sistema Único de Saúde (SUS) pela lei nº 8080 de 19 de setembro de 1990, estabelece as diretrizes para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem

como a organização e funcionamento dos serviços de saúde, criando o Sistema Único de Saúde (SUS) implementou a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência como parte da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência. Esta Rede visa a garantia do acesso a serviços especializados de reabilitação e promove a articulação entre os diversos níveis de atenção à saúde.

Este capítulo trará inicialmente uma apresentação breve sobre o conceito histórico de saúde, desde seu formato inicial até a configuração atual com a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS). Serão destacados, os marcos e os avanços na política de saúde para pessoas com deficiência (PcD) e como se deu a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPCD), pelo SUS.

No próximo tópico será explanado os marcos que fundamentam os direitos das pessoas com deficiência na política de saúde, assim como os objetivos e as diretrizes dessas políticas. Além disso, será discorrido sobre as leis que defendem esses direitos, com apontamento para as necessidades de efetivação dessas legislações.

### 1.1 Um breve conceito histórico de saúde

Primeiramente, para uma melhor compreensão do processo de implementação do SUS e seus aportes voltados para a saúde das pessoas com deficiência é necessário rememorar o contexto histórico da Política de Saúde no Brasil, seus feitos e circunstâncias sociais e históricos no país e sua relação com as conquistas dos direitos das pessoas com deficiência nessa área.

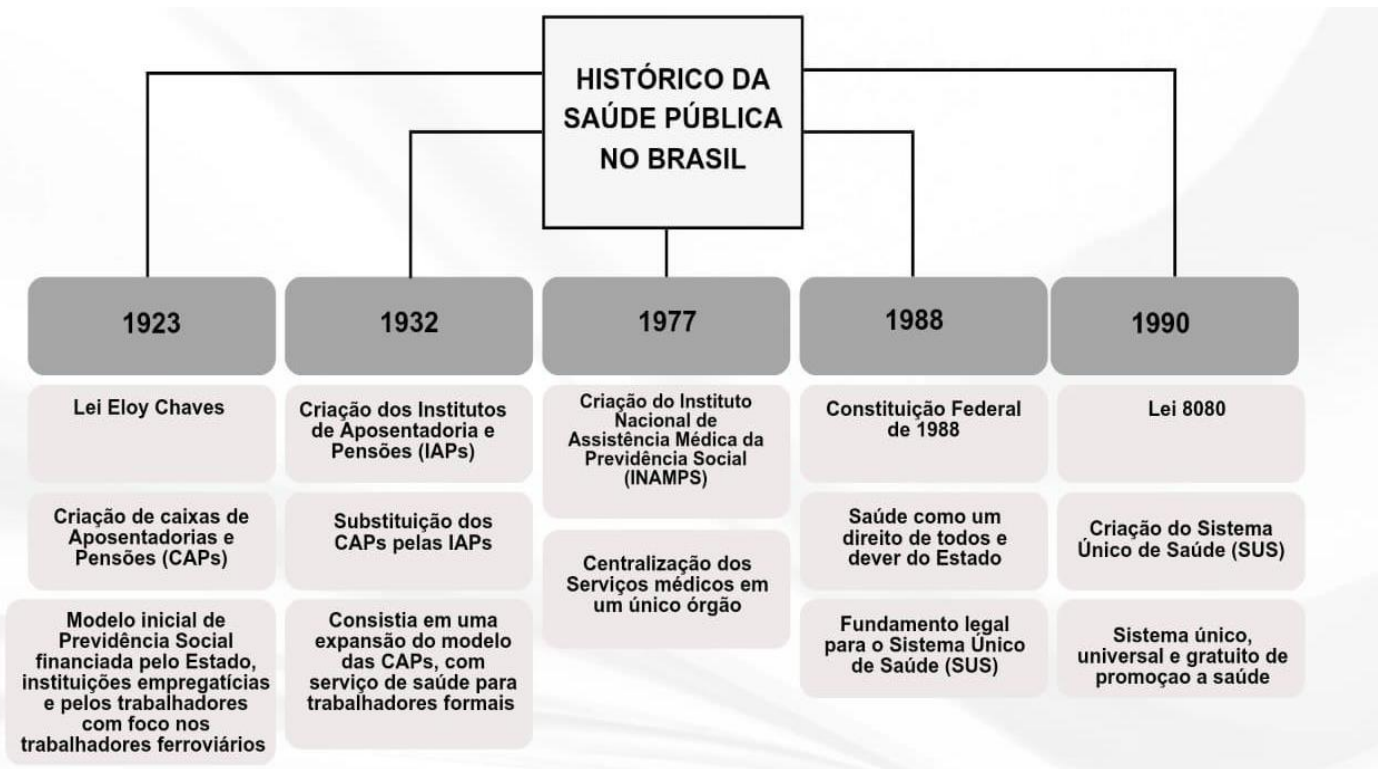
A assistência à saúde, como também o alcance de muitos direitos políticos e sociais perpassou por grandes percalços no decorrer da história. Antes do movimento da Reforma Sanitária, a área da saúde no Brasil, desde o século XX, era composta por três subsistemas que atuavam de forma paralela e sem integração: a saúde pública, a medicina previdenciária e a medicina de grupo. A saúde pública resumia-se em campanhas sanitárias voltadas para toda a população, enquanto a medicina previdenciária atendia às necessidades de saúde dos trabalhadores urbanos. Já a medicina de grupo funcionava como um serviço médico empresarial, prestando atendimento a grandes empresas industriais (Mendes, 1995 *apud* Neveu, 2022).

Nas primeiras décadas do século XX, as classes desfavorecidas ainda eram bastante desassistidas no âmbito da saúde, as mesmas só possuíam acesso aos atendimentos de saúde por meio das instituições hospitalares de “caridade” que eram financiadas pela Igreja Católica. Contudo, a partir da terceira década do século XX, passam a emergir novas ações de estruturação na esfera da assistência à saúde pública. Segundo Inês Bravo (2001):

A saúde pública, na década de 1920, adquire novo relevo no discurso do poder. Há tentativas de extensão dos seus serviços por todo país. A reforma Carlos Chagas, de 1923, tenta ampliar o atendimento à saúde por parte do poder central [...] (Bravo, 2001, p. 3).

Em meio a essa conjuntura, emergiram algumas ações no sentido de aprimorar as condições básicas de manutenção da saúde da classe trabalhadora, nas quais foram estabelecidos parâmetros para o sistema previdenciário brasileiro, no qual está à instauração das “Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAP’s)”, originadas no ano de 1923, através do decreto nº 4.682/1923 (“Lei Eloy Chaves”). As CAPS, constituía-se em um modelo de custeamento pelo Estado, pelas instituições empregatícias e pelos trabalhadores, e consistia em um modelo onde era necessário um financiamento. De tal maneira, apenas as empresas que tinham um porte maior conseguiam sustentar esse modelo de previdência. Os proveitos concedidos eram estabelecidos conforme colaboração e entre as vantagens estava à assistência à saúde e o provimento de remédios, aposentadoria, entre outros (Bravo, 2001).

**Figura 1:** Linha do tempo – Saúde Pública



Fonte: Elaboração própria com base nos dados do site sabedoria política (2014).

Nos anos 1930, sucedeu-se um cenário de mudanças no Brasil, marcadas pelo avanço dos setores industriais no país, pelo rearranjo das ações do Estado, pela eclosão das políticas públicas sociais, entre outros parâmetros, em meio a esse contexto, suscitou o advento das “políticas sociais nacionais” que repercutiram com maior intensidade as diversas “expressões da questão social”. As variadas problemáticas da realidade social e as questões envolvendo a saúde demandam por uma maior atenção, que colocasse a saúde como questão política capaz de responder às demandas dos

trabalhadores urbanos, gerada pelo domínio do capital industrial. Assim, conforme Bravo (2001) destaca:

A política de saúde formulada nesse período era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. O subsetor de saúde pública foi predominante até meados de 60 e centralizou-se na criação de condições sanitárias mínimas para as populações urbanas e, restritamente, para as do campo. O subsetor de medicina previdenciária só virá sobrepujar o de saúde pública a partir de 1966. (BRAVO, 2001, p. 4)

Nesse sentido, a Política Nacional de Saúde, que estava sendo estruturada na década de 1930, firmou-se posteriormente, nas décadas seguintes. A condição de saúde dos cidadãos, durante os anos 1940, 1950 e 1960 se manteve instável. Com o período ditatorial intensificou-se ainda mais as adversidades presentes na sociedade, ocasionando um quadro social preocupante. Nesse momento, a saúde pública sofreu um decréscimo e as práticas da medicina previdenciária expandiu-se.

Ainda na direção da estruturação da política de saúde, com a expansão do modelo das CAPs, surgiram os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), que estendiam os benefícios previdenciários a diferentes categorias profissionais. Os institutos surgiram como uma resposta do Estado às demandas e reivindicações dos trabalhadores, no contexto em que o Brasil passa por um processo de industrialização e urbanização. No entanto, esses serviços eram restritos aos trabalhadores formais e seus dependentes, deixando de fora grande parte da população.

Em 1977, o governo federal segue pela linha de centralização e unificação dos serviços médicos dos IAPs com a criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS). Este Instituto estava acoplado ao Ministério da Previdência e Assistência Social, oferecendo atendimento médico pelo sistema público de saúde apenas aos trabalhadores formais vinculados à Previdência Social. Trabalhadores informais, desempregados e aqueles que atuavam no campo contavam principalmente com entidades filantrópicas, como as Santas Casas de Misericórdia, ou recorrendo a clínicas privadas quando detinham algum recurso financeiro. O acesso à saúde em centros públicos era restrito a quem se enquadrava nos programas de saúde específicos, como os de atenção materno-infantil, tuberculose e hanseníase, entre outros (Mendes 1995 *apud* Neveu, 2022).

Diante desse cenário, surge o movimento da Reforma Sanitária, entre as décadas de 70 e 80, como reivindicação de condições mais acessíveis de saúde diante das desigualdades e limitações do sistema de saúde vigente. A Reforma Sanitária criticava o modelo excludente do INAMPS e propunha um sistema de saúde com uma abordagem mais crítica, e com estruturação de acesso universal. O ápice desse movimento se deu pela 8ª Conferência Nacional de Saúde, que

ocorreu em 1986 na capital do Brasil, Brasília, onde foram discutidos eixos temáticos a respeito do direito à saúde, a reestruturação do “Sistema Nacional de Saúde” e o apoio financeiro. Pode-se destacar também a promulgação da Constituição de 1988, que passa a integrar a saúde nos princípios defendidos pela Reforma Sanitária. (Bravo, Matos, 2006).

A Constituição Federal inclui cinco artigos relacionados à saúde (Art. 196-200). O Art. 196 estabelece que a saúde é um direito de todos, sendo dever do Estado promover políticas sociais e econômicas para reduzir a taxa de doenças. Além disso, garante que os serviços públicos de saúde sejam acessíveis a todos, com o objetivo de promover, proteger e recuperar a saúde da população. O Art. 197, por sua vez, determina que é dever do Estado regular, fiscalizar e controlar as ações e serviços de saúde pública.

Dessa forma, o estabelecimento desses artigos constitui-se em equipamentos de base para o atendimento à saúde da população, colocando o Estado como principal agente da política. A garantia de acesso aos serviços públicos de saúde possibilita que todos, independentemente de sua situação econômica, possam receber cuidados adequados e manter um padrão mínimo de bem-estar. A organização dos serviços de saúde pública acontece de forma regionalizada e hierarquizada:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade (BRASIL, 1988).

Nessa perspectiva, os serviços de saúde devem ser planejados para atender diferentes regiões do país, considerando as características e necessidades locais. A organização deve ser hierarquizada, desde a atenção básica (como postos de saúde) até os serviços de alta complexidade (como hospitais especializados), garantindo que cada nível de atendimento resolva as questões de saúde conforme sua capacidade, referenciando os casos mais complexos para níveis superiores.

Além dos serviços de saúde oferecidos nas redes públicas, a Constituição Federal, no artigo 199, estabelece que "a assistência à saúde é livre à iniciativa privada" (Brasil, 1988). Dessa forma, a iniciativa privada pode atuar no setor de saúde por meio de empresas, hospitais privados, clínicas e profissionais autônomos, entre outros.

A iniciativa privada tem liberdade para oferecer serviços de saúde, mas está sujeita à regulação e fiscalização estatal, que visam garantir a qualidade dos serviços e o cumprimento de normas e padrões estabelecidos. Dessa forma, a assistência à saúde prestada pela iniciativa privada

é colocada como complementar a oferta pública nas demandas que o SUS, por si só, excepcionalmente, não consiga atender integralmente.

A Constituição Federal de 1988 incorporou, ainda, na saúde:

Art. 200. Ao sistema único de saúde compete, além de outras atribuições, nos termos da lei:

I - Controlar e fiscalizar procedimentos, produtos e substâncias de interesse para a saúde e participar da produção de medicamentos, equipamentos, imunobiológicos, hemoderivados e outros insumos;

II - Executar as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador;

III - ordenar a formação de recursos humanos na área de saúde;

IV - Participar da formulação da política e da execução das ações de saneamento básico;

V - Incrementar em sua área de atuação o desenvolvimento científico e tecnológico;

VI - Fiscalizar e inspecionar alimentos, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano;

VII - Participar do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos;

VIII - Colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho. (BRASIL, 1988).

Dessa forma, esses fundamentos estruturam a política de saúde através do SUS pela Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990 (Brasil, 1990). A “Lei Orgânica da Saúde” estabelece as condições necessárias para a promoção, proteção e recuperação da saúde, bem como a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Além disso, a lei trata da regulamentação e proteção desse sistema.

Dessa forma, o Sistema Único de Saúde se caracteriza como um dos maiores (senão o maior) e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, visando garantir o acesso integral, universal e gratuito a todos os cidadãos de direito, e organiza-se de forma descentralizada envolvendo a participação da união, dos estados e dos municípios.

**Figura 2:** Organograma SUS





Fonte: Elaboração própria, (2024). Baseada nas informações do Ministério da Saúde.

A estrutura do SUS é abrangente, englobando ações e serviços de saúde. Esta rede inclui a atenção primária, média e alta complexidade, serviços de urgência e emergência, atenção hospitalar, ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental, além da assistência farmacêutica (Ministério da Saúde [S.D]).

**Figura 3:** Princípios do SUS



FONTE: Fonte: Site Sabedoria Política, (2014)

A universalização, a integralidade e a equidade são as bases orientadoras do SUS. A universalização estabelece como dever do Estado garantir o acesso igualitário à saúde pública para todos os cidadãos, independentemente de suas condições sociais, econômicas ou culturais.

A integralidade envolve a integração de diferentes tratamentos e profissionais de saúde, assegurando que o paciente seja atendido de maneira holística, o que facilita o processo de cura. Ademais, a integralidade também implica na articulação entre diversos setores sociais para a formulação de políticas públicas que fortaleçam o sistema de saúde. Já a equidade, tem a perspectiva de assegurar que todos os cidadãos sejam tratados de forma justa no âmbito do SUS, reconhecendo que cada comunidade possui grupos com necessidades específicas. Dessa forma, o sistema deve direcionar maior atenção às pessoas que enfrentam problemas mais graves, com o objetivo de reduzir as desigualdades existentes (Neto, 2019).

Assim, em concordância com o que diz Reis et.al (2015), o SUS representa a culminação dos esforços e lutas de cidadãos e trabalhadores nacionais para o alcance do acesso universal aos cuidados de saúde necessários para uma vida mais longa, produtiva e satisfatória. Embora seja reconhecido que bons indicadores de saúde dependem de um conjunto mais amplo de políticas econômicas e sociais (como emprego, habitação, saneamento, alimentação adequada, educação e segurança), é inegável a importância de uma política de saúde que, além da universalidade, assegure a equidade, a integralidade e a qualidade dos cuidados de saúde prestados aos cidadãos.

## 1.2 Marcos legais e avanços na atenção à saúde das pessoas com deficiência

De acordo com o Ministério da Saúde, pessoas com deficiência são aquelas que apresentam limitações de caráter físico, mental, intelectual ou sensorial, de duração temporária ou permanente. Essas limitações, quando combinadas com barreiras externas, podem dificultar sua participação na sociedade em condições de igualdade com outras pessoas.

A história das pessoas com deficiência é complexa e multifacetada, variando ao longo do tempo e em diferentes culturas. Entre os povos primitivos, o extermínio era frequentemente utilizado como solução para lidar com pessoas com deficiências físicas ou mentais. Um exemplo marcante são os indígenas Ajores, que vivem de forma nômade na região pantanosa entre os rios Otuquis e Paraguai, nos confins isolados da Bolívia e do Paraguai. Devido ao estilo de vida nômade, os recém-nascidos com deficiências, são enterrados junto com a placenta logo após o nascimento. Além disso, os idosos ou aqueles que se tornavam deficientes, por escolha própria ou não, são enterrados vivos (Silva, 1987).

Cerca de quatro milênios antes da era contemporânea, as pessoas com deficiência enfrentavam estigmas sociais e eram frequentemente marginalizadas em muitas sociedades. Em algumas culturas antigas, como na civilização egípcia, as deficiências físicas e os problemas

mentais de nível grave eram vistas como causas decorrente da ação de maus espíritos, ou pecados cometidos em vidas anteriores que deveriam ser "pagos" (Silva, 1987).

Na Idade Média, com as ideias do cristianismo, a concepção das pessoas sobre as pessoas com deficiência foi se modificando. Crianças com deficiências eram, muitas vezes, acolhidas pela Igreja ou por conventos, onde trabalhavam para sobreviver. Um exemplo literário que ilustra essa época é o conto do escritor Victor Hugo, descrito em 1831. Ele narra a famosa história de Quasímodo, um homem que nasceu com deformidades no corpo (uma grande corcunda e uma verruga que cobre seu olho esquerdo) e foi abandonado pelos pais na porta da Catedral de Notre-Dame, em Paris, ainda bebê. Quasimodo foi acolhido por Claude Frollo e, em troca de abrigo na igreja, trabalhava como sineiro (Hugo, *apud* Brandão, 2018).

Essas concepções se postergaram por um longo período na sociedade, impossibilitando que esses indivíduos desfrutassem de qualquer oportunidade de inclusão social. Assim, somente a partir do século XX, novas perspectivas começaram a surgir e paulatinamente substituir as ideias anteriormente atribuídas às pessoas com deficiência, iniciando a concepção de defesa à integração desse público à sociedade. Mais precisamente, na década de 1970, a sociedade começa a adotar uma concepção de inclusão, na qual a sociedade deve se adaptar às necessidades de seus integrantes (Roscoche, *et al.* 2018).

Desse modo, a primeira conquista no reconhecimento de direitos para as pessoas com deficiência a nível internacional se deu pela Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes (1975), adotada pela Organização das Nações Unidas (ONU). Esta declaração foi o primeiro documento sobre a confidencialidade dos direitos das pessoas com deficiência, a qual passou a assegurar diversos direitos básicos a estes cidadãos, se caracterizando como um grande passo no reconhecimento e conquistas dos direitos das pessoas com deficiência a nível global.

Anos à frente, em contexto mundial, outro ponto marcante nessa trajetória foi a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, incorporada pela ONU em 2006, que se apresentou como base fundamental na proteção dos direitos das pessoas com deficiência. Esta convenção foi ratificada por um grande número de países, incluindo o Brasil, que incorporou o documento em sua legislação em 25 de agosto de 2009, pelo Decreto nº6.949 (Brasil, 2009). O decreto oficializa a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência no país, prevendo que os princípios e direitos estabelecidos no documento sejam cumpridos no país, além de promover a implementação de políticas públicas voltadas para a inclusão e a acessibilidade.

No contexto nacional, o reconhecimento e garantia dos direitos para as pessoas com deficiência têm sido uma jornada marcada por avanços ao longo das últimas décadas. Antes da Constituição Federal de 1988, as pessoas com deficiência enfrentavam discriminação e exclusão social devido à falta de políticas públicas específicas para essa população. Assim, a promulgação da Carta Magna em 1988 representou a estruturação dos direitos sociais no país, estabelecendo

bases fundamentais para a proteção dos direitos da população, incluindo os direitos das pessoas com deficiência, assim como os de qualquer outro cidadão.

Por sua vez, o Sistema Único de Saúde desempenha um papel central na coordenação e oferta dos serviços de saúde para pessoas com deficiência, configurando-se como “marco principal” na história da saúde pública no Brasil, tanto para a atenção à saúde de forma geral como também para a política de saúde direcionada às pessoas com deficiência.

Assim, entre as publicações de marcos legais relacionados à saúde das pessoas com deficiência no Brasil pode ser apontadas as seguintes publicações legais:

**Quadro 1:** Resumo das publicações relacionadas à saúde da pessoa com deficiência em relação a seu conteúdo/ação em saúde

<b>Título/ano do documento</b>	<b>Descrição do conteúdo/Ação em saúde</b>
Portaria nº 303 de 2 de julho de 1992	Dispõe sobre normas de funcionamento dos serviços de saúde para pessoa portadora de Deficiência - PPD, no Sistema Único de Saúde-Normas para atendimento hospitalar.
Portaria nº 304 de 2 de julho de 1992	Modifica a Portaria 237, de 13 de fevereiro de 1992, que dispõe sobre normas de funcionamento dos serviços de saúde para atendimento da Pessoa Portadora de Deficiência - PPD no Sistema Único de Saúde- Normas para atendimento ambulatorial.
Portaria nº 305 de 2 de julho de 1992	Modifica a portaria nº 204, de 26 de dezembro de 1991, que dispõe sobre a inclusão do tratamento de reabilitação no SIH-SUS- Tratamento em Reabilitação e seus procedimentos, a serem cobrados por hospitais previamente autorizados pelo INAMPS/SES.
Decreto nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999	Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências
Portaria nº 822, de 06 de junho de 2001	Instituir, no âmbito do Sistema Único de Saúde, o Programa Nacional de Triagem Neonatal / PNTN
Decreto nº 5.296 de 2 de dezembro de 2004	Regulamenta as Leis nos 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências.
Portaria nº 142, de 16 de novembro de 2006	Considerando que as ajudas técnicas fazem parte das estratégias de acessibilidade, equiparação de oportunidades e inclusão das pessoas com deficiência e com mobilidade reduzida resolve instituir o Comitê de Ajudas Técnicas (atualmente definidas como Tecnologias Assistivas).
Manual de legislação em saúde da pessoa com deficiência (2006)	Reúne o conjunto de atos legais no período de 1992 a 2006, inclusive a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, tornando-os acessíveis aos gestores e profissionais de saúde e aos segmentos sociais envolvidos com o tema, de modo a contribuir para a efetiva implementação da atenção integral ao portador de deficiência no Sistema Único de Saúde
A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde (2007)	Visa oferecer às pessoas com deficiência informações sobre seus direitos na área da Saúde, incluindo orientações acerca das ações de promoção, acessibilidade, prevenção de deficiências e reabilitação, incluindo órteses, próteses e bolsas de colostomia fornecidas pelas unidades de saúde que integram o Sistema Único de Saúde.
Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (2008)	Instrumento que orienta as ações do setor Saúde voltadas à PcD no Brasil
Portaria nº 502, de 28 de dezembro de 2009	Instituir, na forma do Anexo desta Portaria, o “atestado da equipe multiprofissional para a identificação das pessoas com deficiência no Sistema Único de Saúde”, a ser utilizado para a concessão do Passe Livre.

Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (2010)	Apresentação resumida da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, voltada ao esclarecimento do público leigo.
Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011	Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite.
Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012	Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

Fonte: Roscoche *et. al.* (2018, p. 48)

O Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, — Plano Viver sem Limites — criando a partir do Decreto nº7.612, de 17 de novembro de 2011, contribuiu para a ampliação do acesso das pessoas com deficiência aos serviços de saúde disponibilizados pelo SUS. Entre os eixos que compõem o Plano Viver sem Limites está a atenção à saúde, que prevê como principais ações a capacitação das equipes de atenção básica, a criação de Centros Especializados em Reabilitação (CER) e a melhoria dos serviços já estabelecidos, a implementação de oficinas ortopédicas e a expansão da oferta de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, integrados aos serviços de reabilitação física do Sistema Único de Saúde (SUS), e a qualificação da atenção odontológica, tanto na atenção básica quanto na especializada e cirúrgica (Brasil, 2011).

A maior conquista no campo específico da Pessoa com Deficiência, no entanto, foi o estabelecimento da Lei Brasileira de Inclusão (Estatuto da Pessoa com Deficiência), (Brasil, 2015). Esse dispositivo legal se estrutura de forma a promover a proteção e a assistência integral à saúde dessa população, estabelecendo diretrizes específicas para promover a inclusão social e a igualdade de oportunidades. A partir desse ponto, o direcionamento para a implementação de políticas públicas que atingissem o público alvo (PcD) passou a ser mais assertivo.

A Lei de Inclusão estabelece parâmetros no cuidado a saúde como o direito de acessar os serviços de saúde em todos os níveis de complexidade, sem discriminação. Além disso, defende o atendimento prioritário nos serviços públicos e privados, especialmente em situações de emergência. Estabelece ainda, que os serviços de saúde acolham as pessoas com deficiência, fornecendo suporte adequado para garantir seu acesso ao tratamento, incluindo transporte para o paciente e seu acompanhante, quando for necessário atendimento fora da residência (Brasil, 2015).

Além disso, a lei prevê o fornecimento gratuito de órteses, próteses e outras tecnologias assistivas essenciais para a promoção da saúde e reabilitação. Também estabelece a criação e manutenção de programas de reabilitação destinados à recuperação das funções afetadas pela deficiência, para possibilitar a inclusão social e a autonomia da pessoa. A capacitação dos profissionais de saúde para atender adequadamente às necessidades específicas das pessoas com deficiência também é prevista pela legislação, assim como a vigilância epidemiológica e o desenvolvimento de pesquisas voltadas para melhorar a qualidade de vida dessas pessoas. A Lei destaca ainda, o direito de participar ativamente na elaboração das políticas de saúde que visam

atender às suas necessidades, para possibilitar que suas vozes sejam ouvidas e consideradas (Brasil, 2015).

A série de instrumentos legais direcionados à promoção da saúde das pessoas com deficiência reflete a evolução das políticas públicas voltadas para essa população, se destacando pela integração de normas que estabelecem diretrizes específicas para ações na proteção e promoção e recuperação da saúde direcionada ao público PcD. Em conjunto a esses dispositivos, a nova Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD), instituída por meio da Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023, é definida no Art. 2º :

A PNAISPD tem por objetivo promover e proteger a saúde da pessoa com deficiência, por meio da ampliação do acesso ao cuidado integral no âmbito do SUS, em articulação com as demais políticas e ações intersetoriais, contribuindo para sua autonomia, qualidade de vida e inclusão social, bem como prevenindo diferentes agravos à saúde em todos os ciclos de vida (Brasil, 2023)

Dessa forma, a PNAISPD, se coloca como uma política abrangente, articulando-se e direcionando os demais instrumentos de operacionalização de saúde, gerindo um processo de administração de questões complexas no que tange a atenção de forma integral a saúde de pessoas com deficiência. Além disso, essa política envolve a colaboração com os demais âmbitos de cuidados como educação, transporte e assistência social com fim a garantir que os serviços de saúde sejam acessíveis e adequados às necessidades específicas dessa população com deficiência, promovendo um atendimento humanizado, inclusivo e integral.

De acordo com o Ministério da Saúde, os eixos de ação da nova Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência, atuam para promover a saúde e prevenir agravos, com foco na qualidade de vida em todos os ciclos de vida, perpassando a infância, adolescência, idade adulta e velhice. A organização das ações e serviços de saúde é estruturada com base na estrutura das Redes de Atenção à Saúde (RAS), a fim de atingir um atendimento integrado e mais eficiente. Já o eixo de formação e qualificação dos profissionais de saúde são de caráter contínuo, baseadas no modelo biopsicossocial, (estudo de fatores biológicos, psicológicos e sociais), o que assegura que tais profissionais estejam aptos para atender às necessidades específicas das pessoas com deficiência.

Ainda com base no Ministério da saúde, a articulação intra e intersetorial, por sua vez:

É de fundamental importância [...] incluindo os movimentos sociais, organizações não governamentais e instituições afins e a transversalização para o desenvolvimento das ações da política de saúde para a pessoa com deficiência, que inclui o fomento e a promoção de mecanismos para a formação, a capacitação de recursos humanos, assim como pesquisas relacionadas à atenção à saúde da pessoa com deficiência (MINISTÉRIO DA SAÚDE, [S.D]).

Nesse sentido, a colaboração entre diferentes setores e instituições, promove a descentralização das ações, contribuindo para a coordenação em rede. No que tange ao eixo da pesquisa e a produção de conhecimento, o incentivo das mesmas, contribui para a disseminação de informações e aprimoramento das práticas de saúde. Além disso, a informação e a comunicação em saúde facilitam o acesso da população à informação, promovendo a conscientização, além de viabilizar o acesso aos serviços de saúde ofertados às pessoas com deficiência.

O uso de dados e sistemas de informação, confere, ainda, uma melhor gestão em saúde, uma vez que permite uma visão ampla e coordenada das necessidades de saúde da população com deficiência, além de possibilitar que as políticas e ações sejam baseadas em evidências. Por fim, como eixo de ação da PNAISPD enquadra-se, também, a participação da comunidade e o controle social, o qual, segundo Fritzen *et. al.*, define: “o controle social é parte integrante do processo de participação e deliberação da vontade popular proposto por meio de espaços públicos, quando analisadas em conformidade com o processo das políticas públicas.” (Fritzen *et. al.*, p. 7, 2015). Assim, a partir dessa ação, esse eixo é fortalecido no envolvimento ativo da população e a transparência nas ações de saúde.

Por tanto, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde Da Pessoa com Deficiência, está amparada pelos princípios do SUS assim como pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência. Tais ações visam garantir que as pessoas com deficiência tenham acesso a cuidados de saúde de qualidade, promovendo sua inclusão e participação nos direitos assegurados pela Constituição brasileira.

Não obstante, a PNAISPD, no capítulo VI dispõe sobre o Art. 1º do Anexo VI da Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, na qual passa a vigorar a instituição da “Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - RCPD, por meio da criação, ampliação e articulação de pontos de atenção à saúde para pessoas com deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS” (Brasil, 2023). Por meio dessa atualização, a “Política Nacional De Atenção Integral À Saúde Da Pessoa Com Deficiência” estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

Lançada em 2012, essa rede se caracteriza como uma política de grande peso para a população PcD. a RCPD, se estrutura a partir de um conjunto de políticas públicas, serviços especializados e ações intersetoriais, a organização dessa política inclui desde a prevenção e o diagnóstico precoce de deficiências até a reabilitação e a promoção da autonomia. Essa política é fundamentada na necessidade de integrar as ações de saúde em todos os níveis de atenção primária, secundária e terciária, com vistas a garantir acesso a cuidados contínuos e adaptados às necessidades específicas das pessoas com deficiência (Brasil, 2017).

É notório que a partir do século XX até os dias atuais a sociedade tem evoluído em termos de percepção de direitos, do estabelecimento e respeito aos direitos humanos e da inclusão social,

esses avanços não aconteceram a partir da preocupação política com os direitos sociais, mais são reflexos das intensas lutas sociais, marcada por mobilizações, protestos e reivindicações públicas que pressionaram o Estado a produzir respostas às demandas reivindicadas pelo público.

Contudo, apesar das garantias previstas nessas políticas públicas, o conjunto de normas e leis que prevê os direitos à saúde dessa população mais fragilizada, não pelo fato da deficiência em si, mais sim, pela falta de adequação necessária da sociedade às diferenças, não correspondem à efetivação integral de todos os direitos previstos. Um olhar atento aos serviços públicos disponibilizado a essa parcela da população é capaz de detectar fragilidades nesse sistema.

A falta de conhecimento e capacitação de gestores públicos, e até mesmo profissionais de diversas áreas sobre a legislação e disposições que amparam as pessoas com deficiência, nos quais estão inclusos os serviços de saúde para pessoa com deficiência, fragiliza a aplicação prática das normas estabelecidas por esses instrumentos legais (Fraga, 2009).

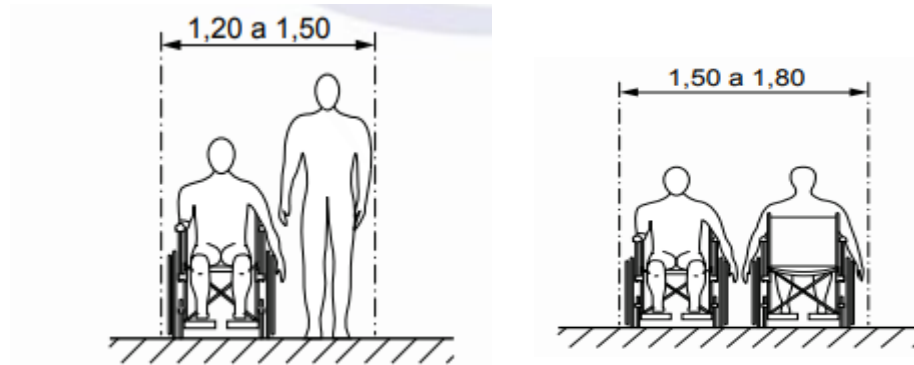
Outro ponto ligado à fragilidade na efetivação dessas políticas e acessibilidade aos serviços de saúde, é a acessibilidade, que está diretamente vinculada à consolidação dos princípios do SUS, uma vez que envolve a garantia de que os serviços de saúde sejam resolutivos e capazes de atender de forma suficiente às necessidades da população PcD no momento em que busca atendimento (Aguiar, *et al*, 2021).

Nessa direção, Fraga, 2009, afirma que a acessibilidade, tanto em espaços públicos e privados, bem como no transporte, ainda é limitada em diversas regiões, evidenciando a predominância do padrão que atende apenas pessoas que se enquadram dentro do considerado normal pela sociedade. Nesse sentido, a acessibilidade aos serviços de saúde é um dos principais desafios na assistência a pessoas com deficiência, segundo relatos destacados em pesquisas. Diversas barreiras, que incluem, dificuldade na comunicação e no acesso físico aos serviços de saúde limitam o cuidado a esses usuários (Marques, 2018).

A Lei nº 10.098, de 19 de dezembro de 2000, define normas gerais e critérios fundamentais para promover a acessibilidade de pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida, além de outras providências. Essa legislação reforça que a responsabilidade pela efetivação da acessibilidade cabe tanto às instituições públicas quanto privadas, conforme estipulado no artigo 3º, inciso I, da Lei Brasileira de Inclusão. Contudo, o previsto nesses dispositivos não são se efetivam de forma prática.

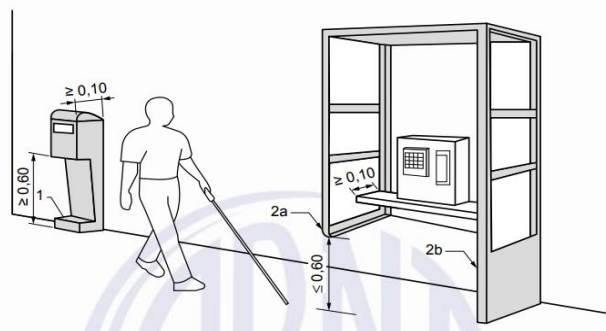
**Figura 4:** Largura de deslocamento em linha reta de pessoas em cadeira de rodas





Fonte: Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. Norma Brasileira, NBR 9050. Acessibilidade a edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos.

**Figura 5:** Mobiliários em rota acessível



Fonte: Associação Brasileira de Normas Técnicas – ABNT. Norma Brasileira, NBR 9050. Acessibilidade a edificações, mobiliários, espaços e equipamentos urbanos.

**Legenda:** “Borda ou saliência detectável com bengala longa, instalada na projeção de um mobiliário suspenso, desde que não seja necessária a aproximação de pessoas em cadeiras de rodas” (ABNT, NBR 9050, 2020).

Tendo em vista que, a atenção básica é a porta de entrada para o acesso aos serviços de saúde públicos, pesquisas avaliaram a acessibilidade física em unidades básicas de saúde da região nordeste e apontam que, o acesso de pessoas com deficiência física ou mobilidade reduzida aos serviços de saúde continua a ser um desafio, pois, ainda persistem barreiras físicas e arquitetônicas (Aguiar, 2021). Os resultados mostram que o acesso ao interior das unidades de saúde é dificultado por escadas, rampas e pisos inadequados. Além disso, em alguns locais, as portas ainda não atendem às exigências de acessibilidade em termos de largura, e há ausência de eliminação de obstáculos físicos. O mobiliário, como balcões, assentos, bebedouros e telefones públicos, também se apresenta inacessíveis (Marques, *et al*, 2018).

Assim, mesmo diante das atualizações nas normas para acesso de pessoas com deficiência aos serviços de saúde, a efetivação dessas normas ainda acontece de forma lenta, não apenas no que tange a acessibilidade aos serviços, mas também na articulação em Rede. Esse ponto será melhor discutido no tópico seguinte, que trata da implementação da Rede de Cuidados À Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS.

### 1.3 Implementação da rede de cuidados à pessoa com deficiência pelo sistema único de saúde (SUS)

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é uma política relativamente tardia no sistema de saúde pública do Brasil, isso porque, desde a consolidação do Estado de direito e da implementação do SUS a partir de 1990, é inegável que as políticas públicas voltadas para esse campo apresentam uma evolução, contudo, não atendiam de forma abrangente as necessidades dessa população, o que não se fazia suficiente para engajar uma articulação consistente com os pontos e níveis de atenção à saúde no SUS.

Em 2012, foi iniciado o processo de formulação e implementação dessa Rede, com a publicação da Portaria 793, de 25 de abril de 2012, que institui a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, estabelecendo a partir de então, uma estrutura organizada para promover o acesso a serviços de saúde adaptados às necessidades específicas dessa população. Posteriormente, essa Rede é consolidada pela Portaria nº 3 do Gabinete do Ministro do Ministério da Saúde (GM/MS) de 2017, que estabelece as normas sobre as redes do SUS, reforça a continuidade das ações e a integração das políticas de saúde voltadas para pessoas com deficiência.

Subsequentemente, a política foi atualizada, por meio da Portaria GM/MS nº 1526 de 11 de outubro de 2023, que modifica as Portarias de Consolidação GM/MS nº 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para tratar da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), (Brasil, 2023).

As atualizações acima citadas indicam que essa política permanece em evolução e aprimoramento, o que é de extrema necessidade para assegurar que as políticas de saúde acompanhem as mudanças sociais, tecnológicas e demográficas, para fortalecer e adaptar o SUS para atender, de maneira integral, as necessidades dessa população.

Neste sentido, segundo o proposto pelo Ministério da Saúde, a implementação dessa Rede, parte da necessidade de:

Ampliar, qualificar e diversificar as estratégias para a atenção às pessoas com deficiência física, auditiva, intelectual, visual, estomia e múltiplas deficiências, por meio de uma rede de serviços integrada, articulada e efetiva nos diferentes pontos de atenção para atender às pessoas com deficiência, assim como iniciar precocemente as ações de reabilitação e de prevenção precoce de incapacidades (Ministério da Saúde, 2022).

Dessa forma, o propósito da implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência sugere a ampliação dos direitos já previstos pela Constituição e pela implantação do

SUS, — os quais cobrem a população com deficiência —, direcionando, contudo, como esses direitos devem ser atendidos de acordo com o perfil de deficiência e da organização do sistema público de saúde. Desse modo, essa proposta evidencia a necessidade existente de diversificação no atendimento, de qualificação profissional e de organização institucional na atenção à saúde desse público, o que acena para a melhoria nos modelos de cuidados implantados, que, apesar dos avanços, não atendiam suficientemente às necessidades de saúde das Pessoas com Deficiência.

Assim, a RCPD, propõe diretrizes fundamentadas no respeito aos direitos humanos, que envolve a garantia de autonomia desses sujeitos, sendo respeitado o direito de escolha que atribui aos mesmos independência e liberdade. A promoção da equidade também é uma diretriz dessa rede, o que fortalece a pauta da igualdade de oportunidades, assim como também coloca em evidência o respeito às diferenças, contribuindo para o enfrentamento de estigmas e preconceitos contra as pessoas com deficiência. Além do citado, garantir acesso e qualidade nos serviços ofertados, oferecer atendimento humanizado, desenvolver atividades em campo territorial, dar ênfase aos serviços do território e da comunidade, promover estratégias de educação permanente, trabalhar a lógica de atenção a pessoas ligadas aos diversos tipos de deficiência e ênfase na inovação tecnológica em reabilitação compõem as diretrizes dessa Rede (Ministério da Saúde, 2022).

Contudo, para uma execução satisfatória dessas diretrizes é necessário que haja uma boa articulação entre os pontos de atenção da política, de forma que conectem ações e objetivos. Para May *apud*, Mota, (P. 40, 2020) “políticas bem desempenhadas são essenciais e necessárias, mas só o bom desenho não é suficiente para alcançar a implementação desejada”. Assim, apesar das atualizações nessa política, e diretrizes bem direcionadas para alcançar as necessidades da população PcD, o caminho entre a formulação dessas diretrizes e a implementação de forma integral das mesmas não acontecem de forma simplificada, todo esse conjunto de normas a serem postas em prática são complexas, o que torna sua real implementação de forma integral de difícil execução já que “quanto mais complexo o desenho de uma política menor será a chance de que ocorra sua implementação plena” (Howlett *et al*, *apud* Mota, p.40, 2020).

Os serviços públicos de saúde voltados para a reabilitação — área focal da rede de atenção à saúde das pessoas com deficiência — ainda apresentam fragmentação e falta de continuidade no atendimento. Devido às falhas na coordenação entre as diferentes instâncias gestoras do sistema, na administração dos serviços e nas equipes profissionais que atuam diretamente com os pacientes, é necessário considerar ainda a premência na organização, planejamento e a execução de intervenções baseadas nas diretrizes da rede de cuidados (Machado, 2018).

## Quadro 2. Objetivos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência tem os seguintes objetivos:

### Objetivos Gerais:

- Ampliar o acesso e qualificar o atendimento às pessoas com deficiência temporária ou permanente; progressiva, regressiva ou estável; intermitente ou contínua no SUS;
- Promover a vinculação das pessoas com deficiência auditiva, física, intelectual, estomia e com múltiplas deficiências e suas famílias aos pontos de atenção;
- Garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção das redes de saúde no território, qualificando o cuidado por meio do acolhimento e classificação de risco.

### Objetivos Específicos:

- Promover cuidados em saúde especialmente dos processos de reabilitação auditiva, física, intelectual, visual, ostomia e múltiplas deficiências;
- Desenvolver ações de prevenção e de identificação precoce de deficiências na fase pré, peri e pós-natal, infância, adolescência e vida adulta;
- Ampliar a oferta de Órtese, Prótese e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM);
- Promover a reabilitação e a reinserção das pessoas com deficiência, por meio do acesso ao trabalho, à renda e à moradia solidária, em articulação com os órgãos de assistência social;
- Promover mecanismos de formação permanente para profissionais de saúde;
- Desenvolver ações intersetoriais de promoção e prevenção à saúde em parceria com organizações governamentais e da sociedade civil;
- Produzir e ofertar informações sobre direitos das pessoas, medidas de prevenção e cuidado e os serviços disponíveis na rede, por meio de cadernos, cartilhas e manuais;
- Regular e organizar as demandas e os fluxos assistenciais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência;
- Construir indicadores capazes de monitorar e avaliar a qualidade dos serviços e a resolutividade da atenção à saúde.

**Fonte:** Ministério da saúde

Segundo Machado (2018), é desafiador os objetivos traçados pela Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, que tem como um dos objetivos gerais assegurar a garantia de integração e articulação entre os pontos de atenção da rede de saúde no território, qualificando esse cuidado através do acolhimento e da classificação de risco. O desafio para a implementação desse objetivo é evidenciado em sua ação prática, quando, em visita aos pontos de atenção, seja como usuário para solicitar atendimento ou observador (ligado a associações comunitárias), percebe-se a atuação desarticulada das equipes e o desconhecimento da Rede e dos demais pontos de atenção.

Sabe-se, no entanto, que o governo federal é o principal agente na implementação das políticas públicas, por seu caráter financiador das instâncias de gestão pública participantes das políticas. Contudo, as políticas formuladas a nível federal podem não corresponderem à realidade regionais (Mendes 1995, *apud* Mota, 2020). Diante disso, é necessário que haja comunicação entre os agentes formuladores e implementador e o grupo alvo, para possibilitar a compreensão da política visando um bom funcionamento para que a finalidade da política seja efetivada de forma satisfatória (Viana, Batista, *apud* Mota, 2020). No contexto da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, o órgão responsável por fazer essa conexão entre os agentes da política é o Ministério da Saúde no âmbito da Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (Brasil, 2023).

Isso posto, além da dificuldade na articulação em rede, os demais objetivos também apresentam desafios para a sua implementação. A ampliação do acesso aos serviços de saúde, por

exemplo, é dificultada especialmente nas regiões mais remotas que, muitas vezes, não dispõe de infraestrutura adequada e de uma gama de profissionais suficientes para atender a crescente demanda na atenção à saúde da população PcD, resultando em disparidades no acesso e na qualidade do atendimento.

Além disso, a qualificação do atendimento requer investimentos contínuos em capacitação e formação dos profissionais de saúde, que é um dos objetivos específicos da RCPD. No entanto, a rotatividade de profissionais e a falta de incentivos para a permanência em áreas menos favorecidas dificultam a manutenção de um quadro qualificado e estável.

**Quadro 3.** Território, níveis e pontos de atenção da RCPD

<b>Território Sanitário</b>	<b>Nível de Atenção</b>	<b>Pontos de Atenção</b>	<b>Ações</b>
<b>Município</b>	<b>APS</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. UBS</li> <li>2. NASF-AB</li> <li>3. Atenção Odontológica</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificação Precoce;</li> <li>2. Acompanhamento RN alto risco;</li> <li>3. Educação em saúde;</li> <li>4. Criação de linhas de cuidado e protocolos clínicos;</li> <li>5. Promoção da inclusão;</li> <li>6. Implementação de estratégias de acolhimento e de classificação de risco;</li> <li>7. Atenção domiciliar; orientação familiar;</li> <li>8. Adequação do ambiente escolar via PSE</li> </ol>
<b>Região de Saúde</b>	<b>Atenção Especializada</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Estabelecimento habilitado em um serviço de reabilitação</li> <li>2. CER</li> <li>3. CEO</li> <li>4. Oficina Ortopédica</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Serviço de referência regulado de base territorial</li> <li>2. Produzir PTS</li> <li>3. Realizar apoio matricial com APS e compartilhar a responsabilidade do cuidado</li> <li>4. Garantir OPM</li> <li>5. Estabelecer fluxos de cuidado contínuo</li> <li>6. Articular-se com o Sistema Único de Assistência Social SUAS</li> <li>7. Articular-se com a Rede de ensino</li> <li>8. CER: polo de qualificação profissional e rede de pesquisa</li> <li>9. CER: Contará com transporte sanitário</li> <li>10. CEO: Ampliar e qualificar o cuidado</li> </ol>
<b>Macrorregião de Saúde</b>	<b>Atenção Hospitalar</b>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Atenção Hospitalar</li> <li>2. Urgência e Emergência</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Acolhimento e classificação de risco</li> <li>2. Instituir equipes de referência em reabilitação vinculadas à ação pré-deficiência</li> <li>3. Ampliar acesso leitos regulados de reabilitação hospitalar</li> </ol>

**Fonte:** Mota, (2020)

A organização da Rede se classifica entre níveis de Atenção Primária à Saúde, Atenção Especializada Ambulatorial e Atenção Especializada Hospitalar e de Urgência e Emergência. A conjuntura desses níveis se agrupa unidades de atenção de acordo com a complexidade de cada um. A Atenção Primária, por sua vez, tem como pontos de atenção as Unidades Básicas de Saúde (UBS). A Atenção Básica à Saúde (ABS) desempenha o papel de porta de entrada do sistema de saúde em rede, sendo responsável por coordenar as intervenções no primeiro nível de atendimento e encaminhar os pacientes para outros pontos da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, além

de articular ações voltadas para a promoção da saúde, prevenção de doenças, tratamento e reabilitação e agravos (Machado, 2018).

A capacidade de resolução da Atenção Primária à Saúde (APS), na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, impacta diretamente a sobrecarga dos serviços especializados, uma vez que, muitos casos que poderiam ser resolvidos na atenção primária acabam saturando esses serviços. Essa situação é ainda mais desafiadora em regiões com menor cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) com Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF) ou onde as equipes multiprofissionais não contam com profissionais de reabilitação, além de locais onde a APS não está adequadamente estruturada (Mota, 2020).

Na Atenção Especializada Ambulatorial, as unidades que compõem os pontos de atenção são os Centros Especializados em Reabilitação (CER), Centros de Especialidades Odontológicas (CEO), e Oficinas Ortopédicas. Os CERs, por sua vez, são organizados de acordo com as especificidades de deficiências atendidas, e é definido da seguinte forma:

O CER é um serviço de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de Tecnologia Assistiva, constituindo-se em referência para a RAS no território (BRASIL, 2023).

Nesse sentido, pode-se afirmar que o CER é o principal componente da assistência especializada, assim como também o principal veículo da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, onde se concentram as principais ações em saúde para indivíduos com deficiência. No entanto, para que o CER cumpra sua função de referência no território, é necessário que haja uma articulação eficaz com os demais pontos da rede de saúde da Rede.

A Atenção Hospitalar e os serviços de Urgência e Emergência, como parte integrante da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, devem se alinhar com a mesma e demonstrar comprometimento como parte componente da Rede. Isso porque, é fundamental o seu papel na articulação com os outros pontos de atenção da rede, dando ênfase à intervenção precoce de pessoas com lesões neurológicas incapacitantes nos Centros Especializados em Reabilitação (Machado, 2018).

Nesse contexto, os serviços de alta complexidade, tanto ambulatoriais quanto hospitalares, devem estar prontos para atender casos no momento em que surja a incapacidade, assim como seu tipo e grau, o qual demanda uma intervenção frequente e intensiva. Esses atendimentos exigem o uso de tecnologias mais avançadas e a presença de profissionais especializados e preparados (Mendes, 1995 *apud* Mota, 2020).

Diante disso, observa-se que a RCPD é uma política bastante ampla, e uma ferramenta necessária para a promoção da saúde para PcD, mas que, contudo, não se efetua de maneira

suficiente. Assim, o esforço coordenado e contínuo entre os agentes dessa política, é um fator contribuinte para que a implementação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência alcance seus objetivos. Além disso, estabelecer mecanismos de monitoramento e avaliação da política permite identificar falhas e áreas de melhoria, para possibilitar que os objetivos da Rede sejam alcançados.

A política da RCPD diz respeito à promoção da saúde de pessoas com deficiência. Sendo a saúde um campo das políticas públicas, o profissional de serviço social se insere nesse ínterim para facilitar o acesso desse público aos serviços da política. Assim, o capítulo a seguir abordará a atuação dos assistentes sociais no setor de saúde, destacando sua contribuição na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

## **2. Saúde e Serviço Social: Particularidades da inserção profissional na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**

Durante o processo de implementação da saúde pública no Brasil, ocorreram várias mudanças de perspectivas, desde o conceito de saúde até o modelo de atenção atual ofertado pela política. As atualizações na atenção à saúde ao longo do tempo têm direcionado esse campo para uma visão de saúde mais ampla, com abordagem de caráter integral e interdisciplinar, destacando o modelo multiprofissional como uma das principais estratégias para melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

Nesse contexto, a inserção do assistente social na política de saúde como parte da equipe multiprofissional é de grande relevância, dado o papel central da profissão na articulação de redes de apoio, na viabilização dos direitos dos usuários, na mediação entre os diferentes serviços de saúde e nas demandas sociais. As ações desempenhadas por esses profissionais estão diretamente alinhadas com os princípios de integralidade e articulação previstos nas diretrizes da política de saúde, o que reforça sua importância no atendimento a grupos mais vulneráveis, como as pessoas com deficiência.

No entanto, para que o papel do assistente social neste campo tenha um desempenho de maior alcance, é importante assinalar a necessidade de reflexão sobre as particularidades do exercício profissional dessa categoria para maior valorização desses profissionais dentro das equipes, fortalecendo o reconhecimento da contribuição dos profissionais dessa área como indispensável para a integralidade do cuidado.

Assim, este capítulo discutirá a inserção do serviço social no âmbito da saúde, destacando os parâmetros para a atuação profissional nesse campo, e as ações desenvolvidas pela categoria neste espaço ocupacional. Além disso, será abordado a atuação do assistente social em instituições de saúde que compõem a Rede de Cuidado às Pessoas com Deficiência, refletindo sobre as

diretrizes da política de saúde e o papel do serviço social nesse contexto. A análise considerará o compromisso do projeto ético-político do assistente social com a equidade e a justiça social, ressaltando sua importante contribuição como mediador na articulação da política de saúde com as demandas sociais das pessoas com deficiência, integralizando a viabilização de direitos.

## 2.1 O serviço social no âmbito da política de saúde

O reconhecimento do/da assistente social como profissional da área da saúde surgiu durante as lutas pela Reforma Sanitária no Brasil. Esse movimento expandiu o conceito de saúde, reconhecendo a importância do trabalho em equipes multiprofissionais e considerando que a maioria dos determinantes da saúde são de natureza social, o que requer a inserção de assistentes sociais nas equipes de saúde (Costa, 2006).

Nesse sentido, a perspectiva da Reforma Sanitária, ao expandir o conceito de saúde e posicioná-la como um direito universal, alinham-se aos princípios do Projeto Ético-Político do serviço social que se fundamenta na promoção da equidade, justiça social e defesa dos direitos humanos. A articulação entre esses dois conjuntos, fomenta a postura crítica e reflexiva do serviço social na atuação estratégica no sistema de saúde, para reforçar que esses serviços ultrapassem o tratamento de doenças e práticas imediatistas.

Essa concepção está diretamente relacionada com a ação cotidiana dos assistentes sociais que contribui diretamente para a construção da integralidade em saúde. Esse conceito de integralidade abrange múltiplos sentidos, incluindo tanto a visão do indivíduo em sua totalidade, como parte de um contexto social, econômico, histórico e político, quanto a organização de práticas de saúde que integrem ações de promoção, prevenção, cura e reabilitação. Esse conceito, sugere respostas ao conjunto de necessidades de saúde de uma população e não unicamente a um recorte de problemas (Pinheiro e Matos, 2001).

Assim, as ações desenvolvidas pelos assistentes sociais não devem ter apenas um caráter emergencial e burocrático, mas também uma direção socioeducativa por meio da análise do contexto sócio-histórico em que está inserido o usuário, além da mobilização para a participação nas lutas em defesa da garantia do direito à Saúde. É, pois, fundamental que o profissional esteja inteirado de suas atribuições e competências e estabeleça prioridades de ações e estratégias, a partir das demandas apresentadas, de dados epidemiológicos e da disponibilidade da equipe de saúde para ações conjuntas (CFESS, 2010).

Diante dessa configuração, Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) por meio da publicação dos Parâmetros de Atuação de Assistentes Sociais na Saúde (2010), estabelece as ações a serem desenvolvidas pelos profissionais na área, que são:



- Democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- Construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, a fim de formular estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
- Enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes através de abordagens individual e/ou grupal;
- Facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos referentes à seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- Conhecer a realidade do usuário através de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, evitando invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;
- Conhecer e mobilizar a rede de serviços, para viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
- Fortalecer os vínculos familiares, com o objetivo de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- Organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano profissional, pela criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;
- Formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto às informações sociais dos usuários através de registro em prontuário único, resguardadas as informações sigilosas, registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;
- Elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, a fim de subsidiar a garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde, quando da construção de laudos e pareceres sociais;
- Buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;
- Emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009. (CFESS, 2010, p. 45).

Embora o trabalho em saúde se caracterize como uma atividade coletiva, no âmbito específico de cada profissão é preciso um direcionamento estratégico das ações a serem realizadas. Essa ação colabora com o processo coletivo do trabalho, pois auxilia o profissional no reconhecimento e definição de seu espaço sócio-ocupacional dentro das equipes, contribuindo para uma atuação integrada e coordenada (Nogueira e Miotto; 2006).

Nessa direção, o estabelecimento dos parâmetros para a atuação profissional alinhada ao planejamento, contribui para o desempenho das ações realizadas pelos assistentes sociais no contexto geral de saúde, norteando sua atuação profissional de forma individual e nas equipes multiprofissionais, fortalecendo seu compromisso com o projeto ético político profissional.

De acordo com Pedó, *et al*, (2015), o assistente social, como integrante da equipe multiprofissional, proporciona aos usuários, por sua dimensão ético- profissional, uma abordagem sensível e atenta, possibilitando uma avaliação crítica e humanizada das suas condições de saúde, compreendendo as necessidades particulares advindas do seu contexto individual. Além disso, o

profissional é responsável por encaminhar ações e fornecer orientações sobre os direitos da população usuária.

Oriunda dessa afirmação, essa atuação fundamenta-se nos princípios ético-políticos presentes no Código de Ética Profissional (1993). Na Lei de Regulamentação da Profissão, no artigo 4º e inciso V encontram-se como competências profissionais: “Orientar indivíduos e grupos de diferentes segmentos sociais no sentido de identificar recursos e de fazer uso dos mesmos no atendimento e na defesa de seus direitos” (CFESS, 1993).

Nas Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) é apontada a “capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa para a apreensão teórico-crítica do processo histórico como totalidade [...] e no exercício profissional” (ABEPSS, 2014, p. 403). Portanto, essa normativa reafirma o compromisso do assistente social com a defesa dos direitos em uma sólida formação teórica, ética e metodológica para enfrentar os desafios presentes no exercício profissional.

Ainda com base na afirmação de Pedó, et al, (2015), frequentemente, observa-se que, devido às condições de trabalho, às demandas crescentes ou por falta de conhecimento sobre as atribuições do assistente social, outros membros da equipe multiprofissional dos serviços de saúde ou da própria instituição acabam transferindo ou solicitando atividades que não correspondem ao papel desse profissional.

Nesse contexto, o CFESS (2010) reforça e esclarece que determinadas atividades não fazem parte das atribuições do/a assistente social:

Marcação de consultas e exames e solicitação de autorização para tais procedimentos;  
 Solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;  
 Identificação de vagas em outras unidades, para casos de transferência hospitalar;  
 Pesagem e medição de crianças e gestantes;  
 Convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;  
 Comunicação de óbitos;  
 Emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por outros profissionais;  
 Montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos, como órteses e próteses, bem como a dispensação dos mesmos;  
 Ações técnicas administrativas;  
 Ações que demandem formação técnica específica não contemplada em sua formação profissional. (CFESS, 2010, p. 48).

Estando implícita a idealização da atuação profissional do serviço social, a conjuntura dos serviços públicos de saúde aparenta um descaso às condições objetivas que influenciam a prática

profissional. Essas condições estão ligadas ao papel secundário da prática que a profissão desempenha em relação às atividades objetivas das instituições de saúde (Costa,1998).

Essa realidade revela uma barreira ao desenvolvimento do trabalho desses profissionais, que frequentemente se deparam com limitações imediatistas e institucionais que restringem o caráter de atuação da profissão. A falta de reconhecimento da categoria ou mesmo a desconsideração das atribuições desses profissionais dentro do campo da saúde pode levar à subutilização de suas competências, além de comprometer o alcance das ações voltadas para a integralidade do cuidado.

Dentro deste contexto, se justifica a relevância dos Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, citado anteriormente, que foram elaborados com ampla participação da categoria profissional e promulgados pelo CFESS. A partir dessa publicação, objetiva-se orientar a intervenção dos profissionais na área da saúde (CFESS, 2010, p. 11).

Esse documento destaca a importância de reconhecer os usuários do sistema de saúde como sujeitos de direitos, dentro de um contexto de cidadania e democracia. É esse o compromisso que deve ser assumido, mas que, contudo, só pode ser efetivado por meio de práticas interdisciplinares que se baseiam em um horizonte ético de humanização e respeito à vida. Para tanto, é necessário um processo contínuo de construção de conhecimentos, tanto através da pesquisa quanto da intervenção profissional crítica e qualificada, fundamentada na Política Nacional de Saúde e no Projeto Ético-Político do Serviço Social (Martinelli, 2011).

Nesse sentido, a efetivação dos direitos dos usuários no sistema de saúde depende de uma abordagem que integre diferentes saberes e práticas, e que estejam alinhados com a ética e o respeito à dignidade humana. O conjunto de direitos à saúde e a efetivação dos mesmos só se concretiza quando há uma articulação entre a teoria e a prática, onde o conhecimento crítico, e a intervenção profissional atuam conjuntamente.

Sob uma perspectiva ampliada, o cuidado em saúde vai além da ausência de doenças considerando a saúde em sua dimensão biopsicossocial. Essa perspectiva envolve não apenas o bem-estar físico, mas também o impacto das condições sociais como um fator determinante na saúde dos indivíduos. O/A assistente social, ao atuar nessa política, desempenha um papel necessário na articulação de ações que visam a promoção da saúde de forma integral, identificando e combatendo a inefetividade que afetam o acesso e a qualidade dos serviços de saúde.

## 2.2 Fundamentos do trabalho no Serviço Social

Levando em consideração a prática profissional do assistente social no âmbito da saúde, já discutido no tópico anterior deste trabalho, é necessário, ainda que de forma breve, acentuar o que vem sendo considerado enquanto “exercício profissional” no contexto do serviço social.

Quanto a esse contexto Iamamoto observa:

A revisão da literatura recente sobre os fundamentos do trabalho profissional permitiu concluir que ela se concentra em apreender, sob distintas ênfases, uma dimensão de fundamental importância para caracterizar o Serviço Social: a natureza qualitativa dessa atividade profissional, enquanto ação orientada a um fim como resposta às necessidades sociais, materiais ou espirituais, (condensadas nas múltiplas expressões da questão social) de segmentos sociais das classes subalternas na singularidade de suas vidas: indivíduos e suas famílias, grupos com recortes específicos (IAMAMOTO, p.417, 2010).

Diante dessa análise, é possível concluir que o fazer profissional do serviço social se distingue por sua natureza qualitativa, direcionada à intervenção nas múltiplas expressões da questão social. Atuando como uma resposta profissional às necessidades das classes subalternas, (mas não somente a esta classe, tendo em vista que as expressões da questão social não está ligada apenas a subalternidade, mas a qualquer forma de vulnerabilidade), o serviço social reafirma seu compromisso com a transformação social e a promoção da dignidade humana. A complexidade desse trabalho envolve a compreensão das singularidades presentes na vida de indivíduos, famílias e grupos específicos, exigindo, assim, uma atuação crítica, capaz de articular teoria e prática.

O trabalho do assistente social em instituições capitalistas tem sido analisado em sua dimensão de trabalho concreto (dimensão objetiva em que a ideia e o pensamento são materializados por meio de uma ação concreta para responder ao objetivo ou necessidade demandada), Netto, 2011, destacando seu valor de uso social como uma atividade que segue objetivos programáticos e finalidades específicas. Esse exercício profissional é orientado por conhecimentos teóricos e princípios éticos, demandando recursos materiais e conhecimento especializado para sua realização (Iamamoto, 2010).

O instrumental técnico-operativo da profissão permite a intervenção e viabilização das ações dos profissionais do serviço social. No entanto, essa ferramenta não se configura como “suficiente para garantir o objetivo final da intervenção profissional” (Sousa, 2010 p. 121). Esses instrumentos utilizados pelos assistentes sociais em suas intervenções são necessários em qualquer processo racional de atuação, e são definidos com base nos objetivos traçados durante o planejamento das ações, onde primeiro se estabelece o “para quê fazer” para, em seguida, determinar o “como fazer”. Dessa forma, evidencia-se a interdependência entre as competências técnico-operativas e as demais competências do Serviço Social: a teórico-metodológica e a ético-política (Sousa, 2010).

A respeito da competência teórico-metodológica, Sousa, 2010 define:

Competência teórico-metodológica- o profissional deve ser qualificado para conhecer a realidade social, política, econômica e cultural com a qual

trabalha. Para isso, faz-se necessário um intenso rigor teórico e metodológico, que lhe permita enxergar a dinâmica da sociedade para além dos fenômenos aparentes, buscando apreender sua essência, seu movimento e as possibilidades de construção de novas possibilidades profissionais (SOUSA, 2010 P.122).

Para que essa competência seja realizada, é necessário primeiramente o conhecimento da realidade social, que só pode ser compreendido através da investigação, apropriada pelo serviço social como método de investigação ou “*método-dialético*”, (Pontes, 2018). Neste sentido, o método dialético é utilizado para desenvolver um conhecimento teórico profundo sobre as relações sociais essenciais de uma determinada sociedade e a forma como essas relações se estruturam em um contexto histórico específico. Essa abordagem permite superar as limitações e "armadilhas" do senso comum cotidiano, que muitas vezes ocultam as verdadeiras causas e determinações dos fenômenos sociais (Sousa, 2010).

A dimensão ético-política, por sua vez, é destacada por Sousa, (2010) p. 121,122:

Competência ético-política – o Assistente Social não é um profissional “neutro”. Sua prática se realiza no marco das relações de poder e de forças sociais da sociedade capitalista – relações essas que são contraditórias. Assim, é fundamental que o profissional tenha um posicionamento político frente às questões que aparecem na realidade social, para que possa ter clareza de qual é a direção social da sua prática. Isso implica em assumir valores ético-morais que sustentam a sua prática – valores esses que estão expressos no Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais (Resolução CFAS nº 273/93), e que assumem claramente uma postura profissional de articular sua intervenção aos interesses dos setores majoritários da sociedade.

Em síntese, a competência ético-política é necessária para orientar sua prática em um campo de contradições, considerando a direção tomada pelo Estado na gestão da questão social. Essa tensão entre as demandas sociais e as respostas do Estado revela as contradições inerentes ao contexto político e econômico, exigindo dos profissionais um posicionamento crítico e consciente através dos princípios regulamentadores da profissão.

Portanto, a partir dessas discussões, compreende-se o exercício profissional em Serviço Social e a reflexão sobre suas complexidades e desafios para a transformação social e a defesa dos direitos das populações com as quais trabalha. A partir desta discussão, nos próximos tópicos buscar-se-á compreender o trabalho desenvolvido por assistentes sociais nas instituições que compõem a Rede de Cuidados às Pessoas com Deficiência na atenção primária à saúde (APS), que tem como pontos de atenção às unidades básicas de saúde (UBS), a qual se configura como porta de entrada e ponto central para os serviços da Rede, e a atenção especializada ambulatorial, área

focal da RCPD, que tem como pontos de atenção os Centros Especializados em Reabilitação (CERs).

Para obter uma compreensão clara da inserção do trabalho de assistentes sociais na atenção básica, um tema pouco discutido, inicialmente considerou-se relevante explanar a conjuntura da atenção básica à saúde, considerando a complexidade de seus serviços. As unidades básicas de saúde são pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, porém, os profissionais de serviço social não estão diretamente integrados a essas unidades. Esses profissionais estão alocados nos Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB). Dessa forma, foi traçado um percurso breve desde as diretrizes da Política Nacional de Atenção Básica até as configurações atuais dos NASF, onde os assistentes sociais estão inseridos.

### 3.2.1 A Atenção Básica à saúde e a ação profissional do/da assistente social: Um recorte para articulação em rede

A atenção básica à saúde (ABS), é orientada pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), regulamentada pela Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006 que “Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS)”. A Política foi reformulada em 2011, e passou por um processo de revisão novamente em 2017 pela Portaria nº 2.423 de 21 de setembro de 2017, que “aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).” As Redes de Atenção à Saúde (RAS) como um componente estratégico para a organização do Sistema Único de Saúde, posiciona a ABS como a principal porta de entrada para o sistema de saúde.

Por sua vez, a Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações de saúde que envolve atendimento individual e coletivo, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção de doenças, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde. O objetivo dessas ações é proporcionar um cuidado integral que influencie positivamente a saúde e a autonomia das pessoas, bem como os fatores determinantes e condicionantes da saúde coletivamente (Brasil, 2012).

Para atender o proposto, as diretrizes e os fundamentos da PNAB estabelecem um conjunto de princípios para promover o acesso aos serviços de saúde, buscando responder de maneira integral às necessidades da população. Entre entre esses princípios destaca-se a organização do território adstrito, para um planejamento descentralizado que leve em consideração os determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (Brasil, 2017). Esta diretriz é justificada

por Paim (2008), como a busca por adequar as ações de saúde do SUS às diversidades regionais presentes no cenário nacional, que conta com realidades sociais, econômicas e sanitárias distintas.

Contudo, a relação desta diretriz ligada à descentralização dos SUS, mostra resultados inconsistentes e variam amplamente de acordo com as condições locais pré-existentes. Isso ocorre porque os sistemas descentralizados de saúde apresentam uma grande heterogeneidade em todo o país, refletindo diferenças nas capacidades financeiras, administrativas e operacionais, além de dependerem das disposições políticas de governantes e prefeitos (Souza, 2002, Viana *et al*, 2011).

Além disso, o disposto nas diretrizes e fundamentos da PNAB por si só não garante a efetividade dos serviços de saúde da política e a atenção básica não tem a capacidade de fornecer atenção integral de maneira isolada em todas as situações que envolvem vulnerabilidade à saúde. Portanto, para que a atenção básica alcance sua efetividade plena, é necessário o fortalecimento da articulação com outros níveis de atenção à saúde e a integração de ações intersetoriais, para possibilitar que as necessidades de saúde sejam abordadas de forma ampla e articulada.

Com o intuito de enfrentar a fragmentação e a descontinuidade no cuidado à saúde, a reorientação do modelo de atenção à saúde prioriza a construção de uma rede de atenção primária mais estratégica. Nesse contexto, a Estratégia Saúde da Família (ESF) surge como o principal instrumento de cobertura, buscando responder às diversas necessidades de saúde da população. Essa abordagem procura não apenas promover acesso aos serviços de saúde, mas também fortalecer o cuidado contínuo e integrado, uma maior eficiência na assistência à saúde (Costa, 2016).

Nesse sentido, a Estratégia de Saúde da Família, tem como propósito principal contribuir para a reorientação do modelo assistencial no Brasil, com base nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Esse modelo propõe uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, delineando claramente as responsabilidades entre os serviços de saúde e a população. Para cumprir esse objetivo, as equipes da ESF devem conhecer profundamente a realidade das comunidades sob sua responsabilidade, desenvolvendo um planejamento contínuo, interligando as etapas de programação, execução e avaliação. Além disso, é necessário que as equipes compreendam as particularidades de cada família e da vida comunitária das regiões de saúde em que estão inseridas (Brasil, 2003).

Dessa forma, é papel da PNAB, com base na coordenação da integralidade, “atender aos campos da promoção, prevenção, tratamento, reabilitação, redução de danos e cuidados paliativos.” (Brasil, 2017). O atendimento dessas disposições exige uma abordagem multiprofissional e interdisciplinar. Assim, as equipes de saúde devem estar preparadas para integrar essas ações já que esse modelo de trabalho requer que o foco do processo de atenção esteja no usuário, e não apenas nos procedimentos técnicos.

Além disso, a PNAB reforça a necessidade de que os serviços de atenção básica sejam a porta de entrada preferencial do sistema de saúde, oferecendo acolhimento e vinculando-se aos usuários para promover uma corresponsabilização na atenção às suas necessidades de saúde. A lógica de organização desses serviços deve partir do princípio de que todas as pessoas que procuram os serviços de saúde sejam ouvidas e acolhidas, independentemente de suas condições (Brasil, 2017).

Para o alcance da satisfação dessas necessidades de saúde, pressupõe-se uma equipe multiprofissional com categorias que ultrapassem o modelo biológico presente nas Equipes de Saúde da Família. Na atenção básica, a aproximação desse modelo multiprofissional está presente no Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) originado a partir da Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008, que “cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF”, e tem por objetivo “a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, bem como sua resolubilidade, apoiando a inserção da estratégia de Saúde da Família na rede de serviços e o processo de territorialização e regionalização a partir da atenção básica” (Brasil, 2008, [S.P]).

A republicação da PNAB trouxe mudanças importantes, incluindo uma nova denominação do programa, que passou a ser Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB), removendo a referência ao caráter de apoio presente anteriormente. Essa atualização reflete uma reformulação na abordagem do programa, deixando a característica de apoio às equipes de saúde para uma abordagem de ampliação das equipes de ESF da Atenção Básica.

Sobre a configuração da equipe multiprofissional do NASF-AB, a PNAB republica que:

Poderão compor os NASF-AB as ocupações do Código Brasileiro de Ocupações - CBO na área de saúde: Médico Acupunturista; Assistente Social; Profissional/Professor de Educação Física; Farmacêutico; Fisioterapeuta; Fonoaudiólogo; Médico Ginecologista/Obstetra; Médico Homeopata; Nutricionista; Médico Pediatra; Psicólogo; Médico Psiquiatra; Terapeuta Ocupacional; Médico Geriatra; Médico Internista (clínica médica), Médico do Trabalho, Médico Veterinário, profissional com formação em arte e educação (arte educador) e profissional de saúde sanitaria, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas conforme normativa vigente (BRASIL, 2017).

Cabe destacar que os profissionais que integram as equipes do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica são escolhidos pelos gestores municipais, com base em critérios de prioridade estabelecidos pelas necessidades locais e na disponibilidade de profissionais de diferentes áreas de atuação (Brasil, 2017). Dessa forma, os profissionais que compõem o NASF-AB não fazem parte das "equipes mínimas" exigidas para o atendimento cotidiano nas Unidades Básicas de Saúde (UBS).



É necessário ressaltar, ainda, que os NASF-AB não funcionam como unidades físicas independentes ou de acesso direto para atendimentos individuais ou coletivos. Seu funcionamento é regulado pelas equipes da Atenção Básica (eSF), assim a equipe do NASF-AB trabalha em conjunto com a Rede de Atenção à Saúde e outros equipamentos sociais, tanto públicos quanto privados, além de redes sociais e comunitárias (Brasil, 2017).

Esse modelo visa fortalecer a atuação conjunta e integrada, mas também apresenta desafios notáveis. A partir do modelo de acesso indireto, os NASF-AB podem limitar o acesso dos usuários aos cuidados especializados já que, “suas equipes, raramente, se mostram integradas às equipes de saúde da família, além de não se integrarem satisfatoriamente com as demais equipes que compõem as Redes de Cuidados” (Silva, 2012 Apud Machado, 2018). Isso pode ser um ponto crítico, especialmente em áreas remotas, onde a dependência de intermediação pode dificultar o acesso e a resolutividade dos serviços. Além disso, ao não ter unidades físicas específicas, o NASF-AB pode se tornar invisível para a população, que muitas vezes desconhece as possibilidades de atendimento e apoio oferecidos por esses núcleos, além de tornar os núcleos desconhecidos “por grande parte dos usuários, os quais, por falta de entendimento, demonstram um certo desinteresse pelas ações de promoção à saúde executadas” (Bezerra, 2014).

Diante dessa configuração, é importante considerar as alterações ocorrida nos últimos anos nesse interim. Em 2020, através da nota técnica nº 3/2020-DESF/SAPS/MS ocorre um desligamento das equipes multiprofissionais das diretrizes das equipes NASF-AB. Com essa mudança, a composição dessas equipes passa a ser definida pelo gestor municipal, incluindo a seleção dos profissionais, a carga horária e os arranjos de equipe. Esse documento técnico extingue os NASF, colocando a configuração das equipes eMulti diretamente nas equipes de Saúde da Família (eSF) ou equipes de Atenção Primária (eAP). Essa norma técnica inclui ainda um reajuste no financiamento para essas equipes que passam a esta ligada apenas com o custeio para a Atenção Básica nas eSF (Brasil, 2020).

Essa alteração reflete um movimento de flexibilização do sistema de saúde que, apesar de prometer maior autonomia para os gestores municipais, também transfere a eles desafios estruturais complexos sem garantia de suporte financeiro ou técnico adequado. A decisão de extinguir o NASF-AB desconsidera a necessidade de consolidar redes de cuidado integradas, colocando em risco avanços conquistados na atenção primária no Brasil. Além disso, ao retirar a obrigatoriedade de equipes multiprofissionais estruturadas, a norma fragiliza o SUS, limitando o acesso a serviços especializados fundamentais para a garantia do direito à saúde.

Contudo, de acordo com o Ministério da Saúde, em 2023 é instituída a eMulti pela Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio, como parte da estratégia do Ministério da Saúde para reforçar o cuidado multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (APS). A implementação dessa portaria busca dar continuidade às atividades realizadas pelo Núcleo Ampliado de Saúde da Família

(NASF), incorporando ajustes e mudanças para se adequar às necessidades do perfil demográfico e epidemiológico atual. Além de retomar a oferta, o programa foi aprimorado com o aumento do financiamento destinado às equipes multiprofissionais. Também foram incorporadas novas especialidades médicas, como cardiologia, dermatologia, endocrinologia, hansenologia e infectologia, na composição das equipes. Essa forma, a eMulti na APS se destaca ao fortalecer o cuidado multiprofissional, aumentar os repasses federais aos municípios credenciados.

Nesse sentido, os profissionais de saúde precisam desenvolver competências que abrangem dimensões técnicas, humanas, políticas e sociais. Entre as habilidades e atitudes mais relevantes estão a capacidade de comunicação e escuta qualificada, que facilitam o diálogo entre a comunidade e os profissionais dos serviços. É importante também a habilidade de articular redes sociais comunitárias, fortalecer parcerias entre a equipe e a comunidade, além de integrar outras políticas públicas setoriais. A mediação entre usuários e a equipe de saúde, bem como entre os próprios membros das equipes, deve ser baseada no compromisso profissional, na ética e no respeito às diferenças e à cultura local (Brasil, 2009).

Portanto:

É em tal cenário que o assistente social, em conjunto com as demais categorias profissionais, procura conduzir-se no sentido de compreender, intervir, antecipar e planejar projetos sociais e terapêuticos que vão para além da dimensão biomédica. Compõe-se assim uma prática de integralidade, apoiada na interdisciplinaridade e na intersetorialidade, facultando uma inserção diferenciada do assistente social na área da saúde (BRASIL, 2009, p.100).

Dessa forma, o serviço social no Nasf deve existir de maneira interdisciplinar e integrada com as equipes, visando oferecer apoio no enfrentamento das diversas questões sociais que se manifestam no cotidiano da área da saúde. O assistente social atua constantemente na intersecção entre a estrutura, a conjuntura e as práticas diárias, colaborando com as equipes para compreender e agir diante das realidades cotidianas, onde as determinações conjunturais se refletem nas práticas (Brasil, 2009).

No que se refere ao recorte da atenção primária a saúde em relação a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência as Unidades Básicas de Saúde (UBS), estão inseridas como ponto de atenção da Rede, “coordenando intervenções do primeiro nível de atenção e procedendo respectivos encaminhamentos para demais pontos de atenção da rede de cuidados da pessoa com deficiência” (Machado, et al 2018).

Ainda nessa direção, essa configuração é justificada pelo que aponta Machado et al, (2018), que conforme a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (PNSPD), propõe que a assistência a esse público deve considerar além dos cuidados relacionados à deficiência, essas pessoas também estão suscetíveis a doenças e condições de saúde comuns à população em geral.

Por isso, é necessário que elas tenham acesso a uma variedade de serviços de saúde, não se limitando apenas às instituições especializadas em reabilitação. O atendimento deve ser garantido em toda a rede de serviços do SUS, abrangendo todas as necessidades de saúde, independentemente de estarem diretamente ligadas à deficiência.

As necessidades de saúde vão além da simples ausência de doenças, compreendendo um conjunto de fatores que influenciam diretamente as condições de vida de um indivíduo, como moradia, alimentação, saneamento básico, entre outros. Essa visão ampliada de saúde considera os determinantes sociais como elementos centrais para a promoção da qualidade de vida. Nesse sentido, a atenção à saúde deve ser planejada de maneira a considerar essas variáveis, para que as políticas públicas sejam capazes de abordar os contextos sociais para a promoção do bem-estar da população em questão.

Identificado como o campo de atuação de assistentes sociais na atenção básica do município de Sousa, a produção teórica de Bezerra (2014) aponta as principais ações profissionais desenvolvidas pelos assistentes sociais no NASF de Sousa junto a equipe multiprofissional. São essas:

- Visitas domiciliares para conhecer a situação de vulnerabilidade desse usuário, na tentativa de acompanhá-lo e encaminhá-lo de forma adequada para os serviços apontados no plano de cuidados;
- Visitas aos PSF com o intuito de formar grupos para serem trabalhados;
- Visitas aos abrigos dos idosos para a execução de atividades físicas e de lazer e para também conhecer a situação de vulnerabilidade do idoso na tentativa de acompanhá-lo e encaminhá-lo adequadamente para os serviços apontados no plano de cuidados;
- Visitas às escolas municipais, para apoiar as ESF nas ações do Programa Saúde na Escola (avaliação nutricional dos alunos);
- Reuniões de planejamento com toda a equipe profissional do Nasf para elaborar as ações a serem executadas em cada mês nas áreas de abrangência do programa (BEZERRA, 2014, p. 47).

A produção teórica elaborada por Bezerra (2014), sobre “O Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) e a atuação do serviço social” indica elementos dificultadores para o desenvolvimento das ações profissionais da equipe eMulti na qual se insere o assistente social. Mesmo que os profissionais realizem ações de matriciamento, incluindo a organização de estratégias em grupo e demais ações junto a eSF, previsto nos equipamentos de regulações nacionais, a pesquisa em questão aponta para a dificuldade de articulação e vínculo entre as equipes de eSF e a equipe multiprofissional do NASF de Sousa, quando as eSF o “tratam os profissionais do Núcleo com desmerecimento trazendo de alguma forma a ideia de que o NASF não contribui ou que suas ações não são necessárias dentre os serviços da atenção básica” (BEZERRA, 2014). Esse aspecto dificulta a colaboração e o suporte mútuo entre as equipes, conforme estabelecido no Caderno Diretrizes da Atenção Básica. Como discutido anteriormente, o papel do NASF é fornecer

exatamente a ampliação do cuidado junto às equipes de Saúde da Família, logo, diante desse impasse, fica evidente que há dificuldades na implementação dos objetivos dos profissionais do NASF no município de Sousa.

No que se refere ao trabalho do assistente social no contexto discutido, segundo Bezerra (2014). Tanto as equipes de Estratégia de Saúde da Família quanto os próprios usuários tendem a não entender ou demonstrar interesse pelo trabalho do assistente social e pelas atividades de promoção à saúde. Em particular, os usuários buscam o setor de serviço social principalmente para obter recursos materiais, visando atender necessidades imediatas como ajuda financeira ou alimentação. Esse comportamento reforça a visão tradicionalista de que o papel do assistente social está associado ao assistencialismo e à caridade, perpetuando estereótipos sobre a profissão e distanciando-a do seu projeto ético político que visa promover a autonomia dos indivíduos e a cidadania, indo além de ações imediatas e assistencialistas.

### 3.3. Caracterizando um Centro Especializado em Reabilitação – CER no sertão da Paraíba

Os Centros Especializados em Reabilitação caracterizam a atenção especializada em saúde para pessoas com deficiência. Para compreender a configuração desses espaços é necessário entender como se apresenta à atenção especializada, explicada por Pain (2008) como o nível de atenção destinado a intervenções que requerem recursos humanos e tecnológicos mais complexos, e que vão além do alcance da atenção primária, envolvendo atendimentos ambulatoriais especializados na resposta às necessidades específicas de saúde, como diagnósticos e tratamentos mais detalhados.

A gênese da configuração desses serviços teve início em 2011, com o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limites, e foi consolidado pela Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017 (referência em seu Anexo IV a Portaria GM/MS nº 793 de 24 de abril de 2012), que estabeleceu incentivos financeiros destinados ao investimento e custeio para o Componente de Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no contexto do Sistema Único de Saúde.

Nesse sentido, a Portaria da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) nº1.526, no art.19 define o CER como “um serviço de atenção ambulatorial especializada em reabilitação que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de Tecnologia Assistiva, constituindo-se em referência para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) no território” (BRASIL, 2023), e podem ser organizados em: CER II, composto por duas modalidades de reabilitação; CER III, composto por três modalidades de reabilitação e CER IV, composto por quatro modalidades de reabilitação. Essa composição pode ser distribuída de acordo com a tabela abaixo:

**Quadro 4:** Tipos de CER

<b>CER Tipo</b>	<b>Tipos de Reabilitação</b>
CER II	Auditiva e Física
CER II	Auditiva e Intelectual
CER II	Auditiva e Visual
CER II	Física e Intelectual
CER II	Física e Visual
CER II	Intelectual e Visual
CER III	Auditiva, Física e Intelectual
CER III	Auditiva, Física e Visual
CER III	Auditiva, Intelectual e Visual
CER III	Física, Intelectual e Visual
CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual

Fonte: Recorte da autora (2024), Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e das Oficinas Ortopédicas.

Os Centros Especializados em Reabilitação são pontos de atenção inseridos na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e seguem as normas do manual de ambiência. A Política Nacional de Humanização define o conceito de ambiência como “espaço físico, social, profissional e de relações interpessoais que deve estar relacionado a um projeto de saúde voltado para a atenção acolhedora, resolutiva e humana” (Brasil, 2017).

A forma como se criam essas ambiências nos espaços influencia tanto os processos de trabalho quanto às relações de convivência no local. Assim, o espaço deve ir além das características físicas, específicas e normativas, valorizando aspectos como inclusão, circulação e autonomia para trabalhadores, usuários e familiares que frequentam os serviços. A proposta é que os serviços da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência ofereçam ambientes confortáveis e acolhedores, com elementos que estimulem as dimensões sensoriais e promovam, simultaneamente, privacidade e interação, explorando componentes como cor, luz, texturas, sons e cheiros (BRASIL, 2017).

Além disso, todos os espaços devem respeitar os princípios de acessibilidade, conforme previsto na norma ABNT NBR 9050:2020 e nos conceitos de desenho universal. Isso garante que os locais sejam de uso democrático, permitindo que todas as pessoas, incluindo aquelas com deficiências físicas, sensoriais e/ou intelectuais, temporárias ou permanentes, possam utilizar, compreender e se expressar no espaço (BRASIL, 2017).

Os serviços de reabilitação da RCPD, em qualquer modalidade de reabilitação, devem garantir:

Diagnóstico e avaliação funcional da deficiência;  
 Estimulação precoce permitindo às crianças receber o máximo de estímulos, favorecendo seu melhor potencial de desenvolvimento;  
 Orientações aos cuidadores, acompanhantes e familiares como agentes colaboradores no processo de inclusão social e continuidade do cuidado;  
 Orientar e apoiar as famílias para aspectos específicos de adaptação do ambiente e rotina doméstica que possam ampliar a mobilidade, autonomia pessoal e familiar, bem como a inclusão escolar, social e/ou profissional;  
 Atendimento em reabilitação/habilitação, seleção, prescrição, concessão, adaptação e manutenção de órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, conforme suas necessidades  
 Atendimento individual e em grupo de acordo com as necessidades de cada usuário e suas dificuldades específicas;  
 Reavaliação periódica do projeto terapêutico, demonstrando com clareza a evolução e as propostas terapêuticas de pequeno, médio e longo prazo;  
 Realizar reuniões periódicas de equipe para acompanhamento e revisão sistemática dos projetos terapêuticos;  
 Promover a articulação com os outros pontos de atenção da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (atenção básica, hospitalar e de urgência e emergência), visando garantir a integralidade do cuidado;  
 Participar e/ou promover, em parceria com instituições de ensino e pesquisa, estudos e pesquisas na área da deficiência, em especial de uso de métodos terapêuticos e produção de evidências clínicas no campo da deficiência, bem como em inovação e uso de tecnologia assistiva;  
 Buscar articulação, serviços de proteção social, educação, esporte, cultura, entre outros, com objetivo de ampliar o alcance do cuidado, a inclusão e a melhoria da qualidade de vida da pessoa com deficiência (BRASIL,2020).

As diretrizes descritas para os CERs propõem uma abordagem integral e multidimensional no cuidado de pessoas com deficiência, focado na singularidade de cada indivíduo visando promover o desenvolvimento máximo de suas capacidades. O cuidado tem início pelo diagnóstico e pela avaliação funcional, necessários para entender as necessidades específicas de cada indivíduo e personalizar o atendimento. Por sua vez, a ênfase na estimulação precoce busca estimular o desenvolvimento infantil ao máximo, promovendo o potencial de cada criança atendida desde cedo. Além disso, a reabilitação com órteses e próteses, aliada ao acompanhamento contínuo e reavaliações periódicas, proporciona a evolução do tratamento.

Para tanto, o atendimento nos Centros Especializados em Reabilitação, será realizado em colaboração com os demais pontos de atenção das RAS, utilizando-se do Projeto Terapêutico Singular (PTS). Esses projetos serão construídos com a participação da equipe multiprofissional, do usuário e, quando preciso, de sua família, com base em uma avaliação biopsicossocial. Ademais, a parceria com instituições de pesquisa contribui para o avanço de práticas baseadas em evidências, inovando na tecnologia assistiva e no aprimoramento contínuo das práticas de reabilitação (Brasil, 2023).

A reorganização da rede de cuidados para pessoas com deficiência envolve reestruturação, expansão e criação de serviços, abrangendo tanto reabilitações permanentes quanto temporárias. Na Paraíba, o componente especializado dessa rede inclui serviços governamentais e de outras instituições, visando atender às necessidades das pessoas com deficiência. Esse segmento é composto por estabelecimentos de saúde que prestam serviços únicos de reabilitação, como os Centros Especializados em Reabilitação (CER), os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) e as Oficinas Ortopédicas. Estes serviços são responsáveis pela dispensação, confecção, adaptação e manutenção de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção (OPM) (Paraíba, 2020).

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no estado possui algumas regiões com serviços já implantados (habilitados). Na estrutura macrorregional, existem três CER IV que funcionam como referências principais: a FUNAD, localizada em João Pessoa (1ª macro), o CER IV em Campina Grande (2ª macro) e o Reabilita/CER IV em Sousa (3ª macro). Além disso, há um CER III que oferece serviços de reabilitação física, intelectual e visual em Princesa Isabel (11ª Região), e um CER II especializado em reabilitação física e auditiva no Conde (1ª Região). Outros cinco CER II, voltados para a reabilitação física e intelectual, estão distribuídos em João Pessoa (1ª Região), Monteiro (5ª Região), Patos (6ª Região), Piancó (7ª Região) e Catolé do Rocha (8ª Região), (Paraíba, 2020).

De acordo com dados apresentados, a Paraíba, ocupa a segunda posição entre os estados nordestinos com maior prevalência de pessoas que declaram ter algum tipo de deficiência permanente, atingindo um percentual de 27,76% da população.

**Quadro 5:** População residente, por tipo de deficiência – Paraíba – Ano 2010

<b>Tipo de deficiência permanente</b>	<b>%</b>
Pelo menos uma das deficiências investigadas	27,76
Deficiência visual - não consegue de modo algum	0,23
Deficiência visual - grande dificuldade	3,78
Deficiência visual - alguma dificuldade	17,84
Deficiência auditiva - não consegue de modo algum	0,17
Deficiência auditiva - grande dificuldade	1,11
Deficiência auditiva - alguma dificuldade	4,82
Deficiência motora - não consegue de modo algum	0,45
Deficiência motora - grande dificuldade	2,40
Deficiência motora - alguma dificuldade	5,67
Mental/intelectual	1,65
Nenhuma dessas deficiências	72,23
Sem declaração	0,01

Fonte: Plano Regional da Rede De Cuidados À Pessoa Com Deficiência, 2016/Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas (IBGE), 2010.

A 3ª Macrorregião de saúde, que abrange aproximadamente 946 mil habitantes conforme estimativas do IBGE de 2018, apresenta uma projeção de quase 255 mil pessoas com algum tipo de deficiência, de acordo com o Censo de 2010. O CER IV — Reabilita Sousa — situado nessa região, foi projetado para atender a 89 municípios (Paraíba, [s.d.]).

O Reabilita — Centro Especializado em Reabilitação do tipo IV, é uma unidade ligada à Secretaria de Estado da Saúde da Paraíba (SES), gerenciado pelo Governo do Estado, fundado em dezembro de 2018. O CER IV foi implementado para dar assistência às pessoas com deficiência em todo o sertão paraibano. A atuação desse equipamento se caracteriza pelos serviços de diagnósticos, tratamentos, concessões, adaptações e manutenção de tecnologia assistiva para reabilitação.

A inclusão da tecnologia assistiva nos pontos de atenção especializada, da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência facilita a recuperação e o desenvolvimento de habilidades, promovendo autonomia e inclusão social para os usuários e está definida como:

Produtos, equipamentos, dispositivos, recursos, metodologias, estratégias, práticas e serviços que tenham como objetivo promover a autonomia, independência, qualidade de vida e inclusão social das pessoas com deficiência ou com mobilidade reduzida (PARAÍBA [S.D]).

Dentre os recursos de Tecnologia Assistiva disponíveis no Reabilita-CER IV, com matriz no sertão paraibano, está o Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), que facilita a comunicação e a interação social de pessoas com deficiência auditiva, e a Bengala Articulada, que promove a autonomia e a mobilidade de pessoas com deficiência visual, contribuindo para sua inclusão social. É importante reconhecer que esses dispositivos vão além de benefícios oferecidos pelo órgão institucional, eles se constituem como direitos que devem ser garantidos pelo Estado, especialmente em uma região que enfrenta inúmeras dificuldades, o acesso a essas tecnologias é um passo com significância na promoção da dignidade e autonomia.

Nessa instituição regionalizada, os serviços de saúde especializada, são acessíveis para pessoas com deficiência física, auditiva, visual e intelectual, bem como para pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), ostomia e múltiplas deficiências. Realizando mais de 57.000 atendimentos anuais, seu papel é fundamental para a regionalização da rede de atenção à pessoa com deficiência. Ao atuar de forma integrada com outros componentes da rede, os serviços do CER IV contribuem, além da promoção da saúde, para a autonomia, independência, liberdade e inclusão social dessas pessoas, reforçando o direito à acessibilidade e ao atendimento especializado (Paraíba, [s.d]).

O Reabilita possui uma equipe multiprofissional formada por arteterapeutas, assistentes sociais, educadores físicos, enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicopedagogos,



psicólogos e terapeutas ocupacionais. No que tange as especialidades médicas, a composição da equipe especifica-se em áreas como clínica geral, neurologia, oftalmologia, ortopedia, otorrinolaringologia, psiquiatria e pediatria. Além disso, com a vertente para ser um serviço de referência no atendimento ao TEA na região do Sertão, o Reabilita prevê a estruturação, já em implementação física, de um núcleo específico para atendimento às crianças com esse transtorno, com profissionais e protocolos de assistência específicos da área (Paraíba, 2019). É necessário ressaltar que a oferta de serviços especializados deve ser pautada não apenas na presença de profissionais, mas também na qualidade e na efetividade das intervenções, especialmente em um contexto que exige respostas assertivas e inclusivas para a população atendida.

Destaca-se ainda que, este complexo de serviços foi criado com o objetivo de assegurar o atendimento especializado, melhorar a acessibilidade e promover a inclusão das pessoas com deficiência no sertão da Paraíba. Nesse contexto, insere-se o/a assistente social. Esses profissionais atuam como mediadores entre os indivíduos e as políticas de seguridade social, para viabilizar o acesso aos direitos e possibilitar que suas necessidades sejam atendidas de forma integral. Através de um trabalho interdisciplinar, os assistentes sociais identificam barreiras, propõem estratégias e promovem ações que visam a autonomia e emancipação das pessoas com deficiência.

Neste sentido, o Instrutivo de Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual (2020), estabelece as seguintes ações para assistentes sociais inseridos nos CERs:

- Criar, junto com a equipe, uma rotina que assegure a inserção do Serviço Social no processo desde a admissão (entrada do usuário/família no serviço) até a alta;
- Identificar e trabalhar os aspectos sociais apresentados para garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, frente a sua condição de vida;
- Articular com pontos e serviços da Rede de maneira intra e intersetorial que respondam as diversas e complexas necessidades básicas;
- Assegurar intervenção interdisciplinar capaz de responder as demandas dos pacientes individualmente e familiares bem como as coletivas;
- Fomentar o reconhecimento da Pessoa com Deficiência no contexto familiar, social e comunitário;
- Participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações socioeducativas nos diversos programas de Reabilitação;
- Planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;
- Sensibilizar o usuário e/ou sua família para participar do tratamento de saúde proposto pela equipe;
- Criar grupos socioeducativos e de sensibilização junto aos usuários, sobre direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS;
- Desenvolver ações de mobilização na comunidade objetivando a democratização das informações da rede de atendimento e direitos sociais (BRASIL, 2020).

A importância do serviço social na articulação entre as políticas sociais reside na sua capacidade de promover uma abordagem integrada e holística no atendimento às necessidades dessa população. É necessário, contudo, dispor dos recursos necessários para conectar os diferentes setores da Rede para contribuir na articulação das políticas públicas de forma que funcionem de maneira coordenada, ampliando a eficácia das intervenções sociais. Assim, através da articulação em rede e do conhecimento e mobilização dos serviços, é possível identificar lacunas e sobreposições entre as políticas, e por meio disso, propor soluções que fortaleçam a Rede de Cuidados.

Nessa direção, o próximo capítulo tratará da análise do trabalho profissional dos/das assistentes sociais em um CER IV, observando como este trabalho se particulariza dentro de uma instituição de saúde para pessoas com deficiência.

#### **4. Análise do trabalho profissional de assistentes sociais em um CER no sertão da Paraíba**

O trabalho do/da assistente social é guiado, em todos os espaços sócio-ocupacionais onde atua pelos princípios e diretrizes estabelecidos no Código de Ética Profissional de 1993, na Lei de Regulamentação da Profissão e nas diretrizes curriculares da ABEPSS (CFESS, 2012). Esses dispositivos fundamentam o alinhamento da profissão com o compromisso da defesa de direitos previstos nos princípios do SUS.

A ênfase deste estudo incidiu sobre o trabalho dos assistentes sociais na política de saúde para pessoas com deficiência, a partir do entendimento do compromisso do projeto ético-político da profissão com a promoção da autonomia, emancipação e expansão dos indivíduos sociais. Esses fundamentos alinham-se à defesa dos direitos das pessoas com deficiência, o que reforça a importância da atuação profissional na garantia e ampliação desses direitos.

Isto posto, neste item serão analisadas as observações anotadas no diário de campo no período de estágio relacionado às ações profissionais dos assistentes sociais, bem como os dados coletados em campo relacionados ao trabalho das assistentes sociais que atuam no CER-IV, dando ênfase às condições e relações de trabalho, e explanando o quantitativo de profissionais e o seu perfil, com vistas a compreender a autoavaliação quanto à importância da categoria nos processos de trabalho da instituição.

##### **4.1 Caracterizando o trabalho profissional desenvolvido por assistentes sociais no CER-IV**

O Conselho Federal de Serviço Social (CFESS, 2019) estabelece que o trabalho dos assistentes sociais voltado para pessoas com deficiência deve priorizar o direito à autonomia e ao poder de escolha, promovendo a convivência familiar e social. Fundamentado na Convenção

Internacional, esse trabalho inclui contribuições como: Realização de avaliações sociais da deficiência para facilitar o acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) e aposentadorias específicas, desenvolvimento de ações intersetoriais entre as unidades de atendimento nas políticas de seguridade social, apoio para inclusão e permanência no mercado de trabalho; e promoção de acesso a produtos, tecnologias, serviços e cuidados essenciais que reduzem as barreiras de participação social

Diante disso, o serviço social na defesa dos direitos à saúde das pessoas com deficiência, tem o papel de viabilizar o acesso a cuidados integrais e contínuos que atendam às necessidades específicas de cada indivíduo. Nesse contexto, os Centros Especializados em Reabilitação (CERs) - Instituições em que se inserem profissionais de serviço social - atuam como referência no cuidado, oferecendo um conjunto de serviços que visam não apenas a reabilitação física, mas também a inclusão social e a garantia de direitos. O assistente social, ao atuar nesses centros, contribui para o fortalecimento da rede de suporte e facilita o acesso às políticas públicas de direitos a essas pessoas.

O trabalho dos profissionais de serviço social nas atividades do CER IV no sertão da Paraíba, situa-se nos setores de diagnóstico e de reabilitação, com atendimento e orientações aos pacientes e familiares que necessitam do setor de serviço social. A equipe é constituída por 5 assistentes sociais, tendo uma profissional na coordenação, o que totaliza o quantitativo de 6 profissionais na instituição.

Com base nas anotações do diário de campo, construído a partir do estágio supervisionado I, no período de abril a junho de 2023, pela Universidade Federal de Campina Grande/UFCG no Centro Especializado em Reabilitação IV, mais especificamente no setor de diagnóstico, será realizada uma análise das principais atividades desenvolvidas por meio dos/as assistentes sociais, além disso, os quantitativos de assistentes sociais e os setores em que atuam no CER. A principal atividade desenvolvida nesse setor pelo serviço social é a realização de triagens, a qual é posta como porta de entrada para usuários que necessitam do acesso aos serviços de saúde oferecidos pela unidade e se configura, na dinâmica da instituição, como uma espécie de acolhimento especializado. As demandas chegam a esse serviço encaminhadas pelo setor de acolhimento/recepção, que recebe as demandas referenciadas por instituições constitutivas de políticas sociais, especialmente pela atenção básica — Principal porta de entrada para a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência — ou por demanda própria do usuário.

Na realização dessa ação pelo assistente social, são utilizados os seguintes instrumentos técnicos-operativos: Acolhimento e escuta do usuário e seus familiares, entrevista individual, socialização de informações para acesso aos serviços prestados na instituição, criação de histórico do usuário, encaminhamentos internos para inclusão nos demais serviços institucionais, orientação e direcionamento para acesso do usuário a serviços de saúde externos não disponíveis na unidade.

Na realização dessas ações utiliza-se o que se chama de instrumentalidade do serviço social, que não se trata apenas do uso de instrumentos e técnicas, mas sim de uma propriedade constitutiva da profissão, construída e reconstruída no contexto sócio-histórico.

Ela possibilita que os profissionais objetivem sua intencionalidade em respostas profissionais. É por meio desta capacidade, adquirida no exercício profissional, que os assistentes sociais modificam, transformam, alteram as condições objetivas e subjetivas e as relações interpessoais e sociais existentes num determinado nível da realidade social: no nível do cotidiano (GUERRA, p.1, 2007).

A instrumentalidade do serviço social é uma condição concreta para o reconhecimento social da profissão do fazer profissional, permitindo que os assistentes sociais modifiquem, transformem e alterem as condições objetivas e subjetivas das relações interpessoais e sociais. A instrumentalidade é uma “categoria constitutiva” (Idem) da profissão, incorporada pela capacidade de transformar a realidade social através do trabalho profissional.

Em contrapartida, observou-se que a maior parte dos usuários atendidos são com encaminhamentos emitidos pela triagem do serviço social para avaliação com especialidades médicas, o que caracteriza o procedimento de triagem voltado principalmente para o aspecto clínico, não se relacionando diretamente com o papel de identificação das demais demandas dos usuários relacionadas à “questão social”.

Essa questão relaciona-se com o disposto nos parâmetros para atuação do assistente social na política de saúde que coloca como não sendo competência do serviço social na saúde, “ações que demandem formação técnica específica não contemplada em sua formação profissional” (CFESS, 2010, p. 48).

A Lei n.º 8662/93, que regulamenta a profissão de Serviço Social, dispõe no Art. 2º, parágrafo b, sobre o direito ao “livre exercício das atividades inerentes à profissão” (CFESS, 2011). Contudo, no contexto do vínculo empregatício, os assistentes sociais em instituições de saúde frequentemente assumem tarefas que divergem das diretrizes estabelecidas pelo Código de Ética profissional, sendo designados a funções que se distanciam de suas atribuições privativas.

Existe dessa forma, uma tensão entre a regulamentação profissional e a prática cotidiana dos assistentes sociais, que, devido a regulamentação institucionais, frequentemente assumem tarefas que desvirtuam o caráter da profissão. Esse desvio compromete a integralidade do serviço social prestado, limitando a capacidade de ação dos profissionais no atendimento qualificado aos usuários.

Dessa forma, o fortalecimento das atribuições e competências específicas do Serviço Social é indispensável para barrar as práticas de caráter institucional que afastam os assistentes sociais de suas reais funções. Para isso, é necessário promover a conscientização das equipes gestoras

sobre o papel estratégico desempenhado por esses profissionais, que têm um compromisso fundamental com a garantia de direitos, autonomia e emancipação dos indivíduos. Esse papel é particularmente relevante nas instituições que implementam políticas de saúde voltadas para pessoas com deficiência, as quais, devido ao modelo social vigente e suas características excludentes, estão mais expostas a riscos de vulnerabilidade social.

No que tange ao setor de Reabilitação, (área da instituição onde se concentra o serviço social), as/os assistentes sociais se localizam na sala de serviço social. Neste setor, são acompanhados apenas os usuários inseridos nas terapias do CER IV que chegam até o acolhimento deste departamento por meio de encaminhamento de outros profissionais e pela própria busca do usuário/familiar.

Compreender o projeto ético-político do Serviço Social em sua dimensão política, que se alinha com a defesa da equidade e da justiça social, destaca a relevância de fortalecer a luta por melhores condições de acesso aos direitos sociais para as pessoas com deficiência (PCDs). Esse posicionamento não é apenas um compromisso ético, mas uma responsabilidade profissional que exige uma intervenção ativa frente às desigualdades estruturais que permeiam os diversos âmbitos da vida social, não se retendo apenas a saúde. Dessa forma, é necessário que essa luta vá além da retórica e se concretize em ações efetivas que visem transformar as condições sociais das pessoas com deficiência, garantindo sua plena cidadania e acesso real aos seus direitos.

Diante disso, para compreender o trabalho profissional dos assistentes sociais nessa dinâmica, buscou-se saber quais as principais ações desenvolvidas pelas assistentes sociais no CER-IV, especificamente no setor de reabilitação. A partir das respostas obtidas através de questionário semiestruturado aplicados a assistentes sociais do setor foi possível identificar as seguintes ações:

**Tabela 1:** Ações realizadas por assistentes sociais no CER-IV

<b>Percentual de profissionais entrevistadas</b>	<b>Principais ações desenvolvidas</b>
<b>50%</b>	Entrega de laudo
<b>50%</b>	Procedimentos técnicos para inserção dos usuários nos serviços institucionais
<b>50%</b>	Socialização de informações para acesso aos direitos da pessoa com deficiência e dos serviços prestados na instituição
<b>50%</b>	Atendimento individual e em grupo
<b>25%</b>	Cadastramento socioeconômico

Percentual de profissionais entrevistadas	Principais ações desenvolvidas
25%	Gerenciamento da lista de espera para inserção dos usuários nos serviços de saúde da instituição

Fonte: Elaboração própria a partir da coleta de dados primários adquiridos em pesquisa de campo (Sousa, 2024)

Com base na relação acima descrita, é possível perceber que, parte das ações desenvolvidas convergem com as atribuições dos assistentes na saúde prevista nos “Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Política de saúde” (CFESS, 2010), e estão em consonância com o projeto ético político da profissão, permeando a facilitação do acesso dos usuários aos serviços do CER IV e aos direitos sociais previstos para pessoas com deficiência, contribuindo para a defesa da justiça social.

Contudo, é necessário refletir sobre a ausência de práticas previstas nos dispositivos legais que norteiam o exercício profissional na saúde, assim como no instrutivo para reabilitação da pessoa com deficiência (2020) as quais preveem as seguintes ações:

- I- Conhecer e mobilizar a rede de serviços, para viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
- II- Fortalecer os vínculos familiares, com o objetivo de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- III- Fomentar o reconhecimento da Pessoa com Deficiência no contexto familiar, social e comunitário;
- IV- Sensibilizar o usuário e/ou sua família para participar do tratamento de saúde proposto pela equipe;
- VI- Desenvolver ações de mobilização na comunidade objetivando a democratização das informações da rede de atendimento e direitos sociais (CFESS,2010, p.43 BRASIL, 2020, p.25).

A ausência dessas ações pode limitar a atuação profissional ao caráter imediatista e burocrático, que se restringem a atendimentos focalizados, individualizados e predominantemente administrativos. Esse contexto limita iniciativas que poderiam promover ações contínuas, educativas e de caráter coletivo, impedindo avanços em processos de organização, mobilização e participação social.

Essas condições estão relacionadas ao papel secundário que a prática da profissão assume em comparação com as atividades objetivas das instituições de saúde (Costa, 1998). A idealização da atuação profissional do Serviço Social está implícita, enquanto a conjuntura dos serviços públicos de saúde demonstra aparente descaso pelas condições objetivas que afetam a

prática profissional. Assim, é importante que o profissional esteja claro de suas atribuições e competências e estabeleça prioridades de ações e estratégias, a partir das demandas apresentadas para realização crítica e construtiva de seu trabalho profissional, defendendo o seu projeto ético político.

De acordo com Iamamoto (2011), os profissionais do serviço social na contemporaneidade enfrentam transcender a mera execução de funções, isso exige uma compreensão mais profunda da realidade específica em que atuam e a capacidade de propor intervenções criativas e eficazes para assegurar a efetivação dos direitos. Contudo, nas Diretrizes Curriculares da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social (ABEPSS) é apontada a “capacitação teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa para a apreensão teórico-crítica do processo histórico como totalidade [...] e no exercício profissional” (ABEPSS, 2014, p. 403). Portanto, essa normativa reafirma o compromisso do assistente social com a defesa dos direitos em uma sólida formação teórica, ética e metodológica para enfrentar os desafios presentes no exercício profissional.

Um dos objetivos gerais da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência — Política na qual está inserido o Reabilita - Centro Especializado em Reabilitação IV — é garantir a articulação e a integração dos pontos de atenção da Rede, somado a isto entre as atribuições dos assistentes sociais na saúde está o conhecimento e mobilização da rede de serviços, para viabilizar os direitos sociais CFESS (2010). Neste sentido, buscou-se entender como é feita essa articulação por parte do serviço social no CER IV

**TABELA 02** - Processo de articulação em rede para viabilização de acesso aos direitos sociais

<b>Percentual de profissionais entrevistadas no setor</b>	<b>percentual de processos/ações realizados</b>	<b>Processos/ações realizadas</b>
50%	100%	Atendimentos diários ou semanais, orientamos os pais, responsáveis e usuários sobre quais vias acessar para viabilizar seus direitos.
50%	100%	Nas orientações dos fluxos de cada serviço
50%	indefinido	Conhecimento da Rede e serviços
50%	00%	Encaminhamentos para serviços externos
50%	00%	Visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social

Fonte: Elaboração própria a partir da coleta de dados primários obtidos em pesquisa de campo (Sousa, 2024)

Diante do apresentado em tabela, percebe-se que os processos/ações e mobilização dos serviços para articulação em rede são insuficientes, resumindo-se a socialização de informações para acesso aos serviços externos à instituição.

Contudo, o exercício profissional é orientado por conhecimentos teóricos e princípios éticos, demandando recursos materiais e conhecimento especializado para sua realização (Iamamoto, 2010). Nesse contexto, o cotidiano das ações profissionais é moldado pelas condições e relações sociais que cercam esse trabalho, influenciando seu direcionamento, as atribuições recebidas e os recursos disponíveis. Essas relações são impactadas pelo poder econômico e político, dificultam a objetivação do trabalho realizado.

Assim, os profissionais que lidam diariamente com demandas que expressam claramente diversas manifestações da questão social encontram-se em um cenário de contradições, o que, em muitos casos, dificulta a garantia e o acesso a determinados direitos. Contudo, essa conjuntura não impede a atuação dos profissionais a partir da compreensão aprofundada do contexto em que estão inseridos. Tal entendimento possibilita uma reflexão crítica e a formulação de novas estratégias de intervenção, com o objetivo de efetivar e defender os princípios estabelecidos pelo Projeto Ético-Político da profissão (Iamamoto, 2000).

Referente às principais demandas que chegam ao serviço social por demanda do usuário no setor de reabilitação, com base nas anotações de diário de campo produzidas no período de estágio supervisionado II neste setor, identifica-se diversas expressões da questão social. As demandas não se apresentam isoladamente como uma questão de saúde, mas surgem acompanhadas de múltiplas necessidades sociais. Observa-se que a maior parte das orientações solicitadas está relacionada a serviços e benefícios socioassistenciais, como o Benefício de Prestação Continuada, seguido de orientação para acesso à gratuidade em transportes/passe livre municipal e estadual.

A relação entre as demandas identificadas no setor de reabilitação e as diretrizes previstas para o trabalho do assistente social revela uma convergência entre teoria/o que está previsto na norma e prática/a principal demanda própria dos usuários. De acordo com o CFESS (2019b), a atuação dos assistentes sociais com pessoas com deficiência tem entre as principais contribuições realização de avaliações sociais da deficiência para facilitar o acesso ao Benefício de Prestação Continuada, essas orientações, encontram expressão prática na principal demanda observada no estágio supervisionado: a busca por serviços e benefícios socioassistenciais como o BPC. A presença recorrente dessas demandas indica uma conexão direta entre as necessidades dos usuários e o papel orientador e facilitador do Serviço Social.



## 4.2 Desafios e potencialidades para o exercício profissional em serviço social no município de Sousa-PB

O trabalho profissional dos assistentes sociais no Brasil enfrenta constantes desafios, especialmente ao operar em contextos de profundas desigualdades designadas da “questão social” em suas diversas manifestações cotidianas, conforme os indivíduos as vivenciam nos âmbitos do trabalho, familiar, habitacional, de saúde, de assistência social pública, entre outros contextos (Iamamoto, 2000), além de um mercado de trabalho cada vez mais especializado. Como destacado por Marilda Yamamoto em "Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional" (2000) a prática profissional está inserida em uma sociedade caracterizada por relações desiguais e, muitas vezes, contraditórias.

Por outro lado, apesar das dificuldades materiais e estruturais, a potencialidade da profissão reside na capacidade crítica e reflexiva do assistente social, que, fundamentado teoricamente, pode desenvolver práticas mais alinhadas à promoção da justiça social, e explorar continuamente novas potencialidades no contexto em que está inserido. Contudo, as alternativas não surgem de maneira espontânea; elas estão presentes na realidade, mas não se transformam automaticamente em ações profissionais. Cabe aos profissionais reconhecer e apoderar-se dessas possibilidades e, como agentes, desenvolvê-las, convertendo-as em projetos e frentes de trabalho.

Considerando que a conjuntura política dos espaços ocupacionais não determina de maneira única as perspectivas profissionais, mas, sim, estabelece limites, buscou-se identificar os principais desafios para o trabalho profissional de assistentes sociais na viabilização dos direitos sociais frente ao CER IV. O principal desafio apontado foi:

O crescente número de pessoas com deficiência faz com que tenha lista de espera para boa parte das terapias ofertadas pelo serviço CER IV. Essa problemática tarda o acesso dos usuários nos seus tratamentos terapêuticos (Assistente social 01).

A lista de espera resultante do aumento no número de pessoas com deficiência que chegam até a instituição evidencia a insuficiência de vagas disponíveis para atender a demanda do CER IV. Essa problemática não apenas atrasa o início dos tratamentos terapêuticos, mas também compromete a qualidade do atendimento prestado. Quando questionadas sobre esses desafios, as assistentes sociais apontaram respostas convergentes:

As limitações são as quantidades de vagas para inserir os usuários que são limitadas e os desafios são as estratégias para viabilizar o acesso dos usuários nas terapias (Assistente social 02°).

O conjunto de ações que cabe ao assistente social dentro do CER IV, tem um papel importante nos processos de construção de vínculos com pais e usuários, além da importância do caráter educativo da profissão dentro da instituição possibilitando aos usuários as informações e conscientização para viabilizar o acesso aos direitos desses usuários como pessoa de direito na sociedade, além de facilitar o acesso aos serviços de saúde ofertados pela instituição. É com essa perspectiva que os indicativos da demanda reprimida têm desafiado a atuação desses profissionais dentro da unidade, dificultando a viabilização do direito de acesso aos serviços de saúde da instituição.

Para refletir o trabalho do Assistente Social nessa conjuntura, é necessário que esse não seja analisado de maneira isolada. É preciso analisar o contexto socioeconômico e geográfico da região, perfil epidemiológico da população regional abrangida pela política, e o caráter de atendimento da instituição.

O Reabilita - Centro Especializado em Reabilitação - CER IV, no sertão da Paraíba, atende 89 municípios da 3º macrorregião de saúde, apresentando entre a população atendida uma projeção de quase 255 mil pessoas com algum tipo de deficiência, de acordo com o Censo de 2010 Paraíba, [s.d.], somado a isso, questões geográficas, econômicas e sociais da região agravam a situação de vulnerabilidade desse público.

Além disso, o CER IV é porta de entrada para diagnóstico e tratamento de deficiências, entre elas o Transtorno do Espectro Autista - TEA, que tem apresentado um grande número de aumento de diagnósticos nos últimos anos, o que resulta no alto e acelerado crescimento de demandas, tornando a operacionalização da política de saúde desta instituição insuficiente, ocasionando no que se chama de demanda reprimida como é próprio das políticas de saúde no país.

Assim, as assistentes sociais da unidade, quando questionadas sobre o nível de satisfação de demanda/oferta da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência a caráter do CER IV no acesso a esses serviços de saúde, foi apontado o seguinte:

Não considero satisfatório, devido ao grande número de pessoas diagnosticadas com algum tipo de deficiência, principalmente o Transtorno do Espectro Autista - TEA e ainda devido ao CER IV não ser referência somente para Sousa, mas sim, referencia, vários outros municípios do Estado da Paraíba (Assistente social 01).

As assistentes sociais do CER IV enfrentam, cotidianamente, condições de trabalho precárias que inclui uma quantidade insuficiente de profissionais para atender às demandas cada vez mais amplas e complexas e sobrecargas, advinda de vínculos empregatícios frágeis que condicionam na realização de atividades administrativas, as quais não estão de acordo com as resoluções estabelecidas pela Lei de regulamentação da profissão Lei nº8662/93. Essas condições

de trabalho remetem à desvalorização da profissão, somadas à insalubridade de ambiente de trabalho adequado, como salas individuais essenciais para a execução qualificada das suas atividades.

Sobre o mesmo questionamento, outra assistente social da equipe afirma que não considera a RPCD satisfatória para o atendimento da demanda, infelizmente “muitos profissionais ainda não compreendem plenamente o conceito de rede de cuidados e inclusão” (Assistente Social 02). Segundo a profissional, o empenho e compromisso mútuos são indispensáveis no trabalho em equipe para promoção integral da saúde das pessoas com deficiência.

Essa abordagem pode resultar na fragmentação do trabalho em equipe, prejudicando a criação de um ambiente coeso e comprometido com o atendimento integral. A desarticulação das equipes de saúde e o déficit de conhecimento sobre a rede de cuidados destinada à pessoa com deficiência é um problema apontado por Machado (2018). O autor destaca que esse desafio é evidenciado em sua ação prática, quando em visitas aos pontos de atendimento, quer seja como usuário em busca de assistência ou como observador ligado a associações comunitárias, evidencia-se a atuação desarticulada das equipes e o desconhecimento da Rede e dos demais pontos de atenção.

Esses desdobramentos apontam para a insuficiência no cumprimento do previsto na lei brasileira de inclusão nº 13.146 de 06 de junho de 2015, que dispõe sobre a inclusão da pessoa com deficiência, e em seu art.18 prevê que “É assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário.”

Assim, reflete-se sobre a omissão do Estado na garantia de direitos repercutindo em atitudes conservadoras que permeiam até mesmo as instâncias decisórias, na fragilização das legislações e na restrição de políticas sociais (Maior, 2018). Isso repercute convergentemente com o trabalho do serviço social, como aponta Netto (1996) sobre a importância de discutir o papel do assistente social nas políticas sociais, especialmente na defesa e garantia dos direitos das pessoas com deficiência no Brasil. Os desafios enfrentados por esses profissionais, são agravados pelo contexto neoliberal que constantemente se opõe aos interesses da classe trabalhadora. A profissão, voltada a enfrentar as expressões da questão social, se vê desafiada no contexto da sociedade capitalista (Idem).

Todavia, como afirma Iamamoto (2000), à medida que a conjuntura dos campos de atuação do serviço social impõe limites, dentro desse contexto existem as possibilidades que devem ser identificadas para o trabalho profissional. Há sempre um espaço para a ação dos sujeitos, para que possam propor alternativas criativas e inventivas, aproveitando as possibilidades e contradições que se revelam na própria dinâmica da vida social, o profissional deve ter a capacidade de propor e negociar projetos com a instituição, defendendo o seu campo de atuação, qualificações e

atribuições. Esse papel exige ultrapassar as rotinas institucionais, buscando apreender o movimento da realidade para identificar tendências e oportunidades que possam ser exploradas e impulsionadas em sua prática profissional.

O Centro Especializado em Reabilitação IV identifica seu caráter social por seu status de referência na regionalização da Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência, com natureza integradora e interdisciplinar para fornecer serviços que promovem a autonomia, independência, liberdade e inclusão de pessoas com deficiência (Paraíba, [S.D]). Essa dinâmica apresenta condições potenciais de favorecer o trabalho profissional na saúde, nos moldes da atenção especializada de média e alta complexidade. A incorporação de tal proposta favorece o processo de rompimento da concepção de deficiência como doença e do modelo biomédico predominante nas ações e práticas implementadas no setor.

Assistentes sociais atuantes no CER IV, sob a orientação do projeto ético-político do serviço social, tem subsídio para atuação na perspectiva de universalidade do acesso aos direitos das Pessoas com Deficiência na construção de ações intersetoriais entre as unidades de atendimento nas políticas sociais de seguridade social, para fortalecer a proteção social das pessoas com deficiência. Além de viabilizar o “acesso a produtos, tecnologias, serviços básicos e de apoio e cuidado minimizam as barreiras de participação social” CFESS (2019 P.19). Essas ações colaboram para ampliar a inclusão e a permanência dessas pessoas no mercado de trabalho, minimizando as barreiras à participação social, garantindo maior integração e qualidade de vida para este público (Idem).

#### 4.3 Perfil das profissionais pesquisada

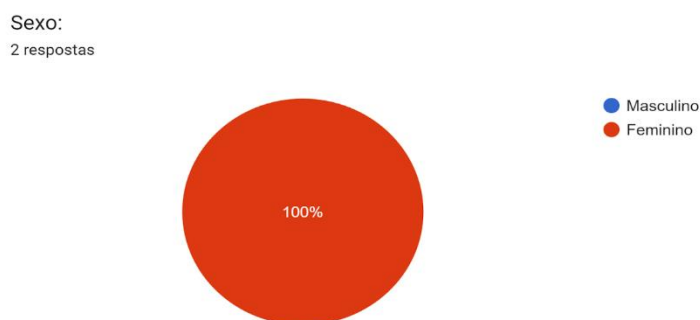
Para traçar um perfil detalhado das assistentes sociais atuantes no CER-IV, foram reunidos dados que destacam aspectos do perfil profissional das participantes da pesquisa. Entre as características levantadas estão o sexo, faixa etária, tempo de atuação profissional na instituição, formação continuada na política de saúde, incluindo a identificação da especialização na área, além do vínculo empregatício e carga horária de trabalho. Essas informações se mostram relevantes para uma análise mais aprofundada da realidade da profissão nos desafios enfrentados no trabalho, contribuindo para a compreensão do exercício profissional no campo da reabilitação.

As profissionais participantes da pesquisa no Centro Especializado em Reabilitação IV são predominantemente do sexo feminino, com idades variando entre 42 e 53 anos. O tempo de exercício profissional entre as assistentes sociais varia de 7 a 22 anos, tendo na instituição respectivamente 5 anos de atuação.

**Figura 6:** Distribuição por identidade de gênero

Identidade de Gênero	Assistentes Sociais	
	Frequência	%
Feminino	41.083	92,92%
Masculino	3.083	6,97%
Outras Expressões de Gênero	46	0,10%
<b>TOTAL</b>	<b>44.212</b>	<b>100,00%</b>

Fonte: Perfil de assistentes sociais no Brasil: Formação, condições de trabalho e exercício profissional. CFESS, (2020). Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/2022Cfess-PerfilAssistentesSociais-Ebook.pdf>

**Gráfico 1-** Identidade de gênero de assistentes sociais

Fonte: Dados primários, Sousa, (2024)

Com relação ao caráter predominantemente feminino da profissão, essa é uma realidade presente não apenas na instituição, mas no serviço social como um todo, advindo do surgimento do curso, ligado à igreja católica e a questões de caridade e filantropia, que no período histórico (1930) associava-se cem por cento a mulheres (CFESS). Apesar dos movimentos de reconceitualização da profissão e da renovação e mudança de perspectiva profissional, o perfil feminino da categoria tem se perpetuado refletindo a necessidade de debate sobre questões estruturais na sociedade.

Questões como patriarcado, racismo e gênero representam desafios contínuos na teoria e prática do Serviço Social, especialmente em um contexto de recrudescimento do conservadorismo tanto na sociedade global quanto no Brasil. Esse movimento conservador, amplificado pelo uso das tecnologias de informação e comunicação, assim como pelas novas formas de interação mediadas pelas redes sociais (Teixeira, 2021 *apud* CFESS, 2022).

Por sua vez, o intervalo de idade e o tempo de atuação na profissão e na instituição acresce a essas profissionais em seu cotidiano de trabalho a partilha de experiências e de perspectivas de transformação da profissão e do conhecimento estrutural do ponto de atenção no qual estão inseridas, já que atuam no CER IV desde a sua habilitação no ano de 2019. Para Sousa (2010),

esse conhecimento possibilita conhecer com profundidade o contexto social, político, econômico e cultural em que atua, captando a essência e a dinâmica dos fenômenos sociais, além de explorar as possibilidades de atuação profissional, abrindo caminho para a construção de novas práticas de intervenção.

A nível de pós-graduação, em viés especialização (*lato sensu*), no total de 100% de assistentes sociais do CER IV foram obtidas respostas de aproximadamente 33% das profissionais. Entre esse percentual apenas 50% possui curso de pós-graduação na área da saúde, representando um quantitativo de apenas 15% aproximadamente. Com relação a especialização específica na política de saúde para pessoas com deficiência.

Observa-se de modo geral que os cursos de pós-graduação *lato sensu*, são predominantes em comparação aos *stricto sensu* (mestrado acadêmico e doutorado). De acordo com o CFESS, (2022), o acesso aos cursos de pós-graduação é fortemente condicionado pela oferta disponível. A formação *stricto sensu* geralmente apresenta um número limitado de vagas, predominando nas universidades públicas situadas nas capitais, o que restringe o alcance a quem reside em áreas mais centrais. Já os cursos *latos sensu*, majoritariamente oferecidos por instituições privadas, apresentam maior disponibilidade de vagas e muitas vezes estão presentes no interior, o que expande o acesso, embora por meio de uma abordagem mercantilizada. Isso evidencia uma desigualdade de oportunidades, onde a localização geográfica e a capacidade de investimento tornam-se fatores determinantes para a formação continuada dos profissionais.

Por outro lado, considerando a complexidade da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, composta por diversos pontos de atenção que requerem articulação entre si, a ausência de profissionais com capacitação específica na área revela-se preocupante, a ausência de profissionais com capacitação específica na área é preocupante, o que pode estar ligado diretamente à questão já discutida no trabalho em tela sobre o conhecimento raso, por parte dos profissionais da complexidade da RPDC. Tal lacuna reflete diretamente na capacidade de articulação entre as equipes e impacta negativamente na integralidade e qualidade dos serviços prestados.

Diante disso, revela-se a importância do fortalecimento do objetivo específico da RPCD: “Promover mecanismos de formação permanente para profissionais de saúde” (Brasil, [s.d]). A formação permanente dos profissionais nesse campo fortalece a atuação profissional, subsidiando o processo de sistematização, planejamento e avaliação das ações dos assistentes sociais no campo da saúde, Nogueira, Miotto (2006), possibilitando intervenções mais assertivas, às necessidades complexas dos usuários não apenas em contexto isolado mais em caráter multiprofissional.

De acordo com dados coletados por questionário aplicado às assistentes sociais, todas são celetistas, caracterizando um vínculo empregatício frágil, reafirmando a pauta já discutida anteriormente. Quanto à carga horária de trabalho, foi observado através de respostas ao

questionário, o quantitativo respectivo 20 horas semanais, observando-se conformidade com a Lei 12.317/2010, que “Acrescenta dispositivo à Lei nº 8.662, de 7 de junho de 1993, para dispor sobre a duração do trabalho do Assistente Social” (Brasil, 2010). Esse dispositivo legal regulamenta a jornada de trabalho dos assistentes sociais no Brasil, estabelecendo carga horária de 30 horas semanais, sem redução salarial, visando melhorar as condições de trabalho e reduzir o desgaste físico e mental característico da atuação nesses espaços de alta demanda social. As 20 horas semanais assumidas pelas assistentes sociais no CER IV, reflete uma particularidade de vínculo com a instituição.

### **Considerações finais**

As análises realizadas neste estudo buscaram enfoque na atuação profissional de assistentes sociais na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, se particularizando no Centro Especializado em Reabilitação em Sousa-PB, destacando os limites/desafios e as possibilidades que se colocam no cotidiano profissional do serviço social no município, para efetivação dos direitos das pessoas com deficiência. Buscou-se, ainda, fazer um levantamento sobre a configuração atual das políticas sociais e marcos legais de atenção à população com deficiência no Brasil, e a identificação do contexto em que a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se efetiva frente às demandas sociais desse público na região de saúde de Sousa no sertão da Paraíba.

O desdobramento de cada sessão deste estudo cooperou em sua totalidade para a compreensão da realidade, das fragilidades e das direções sobre as quais foram construídas as políticas de saúde onde se inserem os/as assistentes sociais. Com base neste certame, nota-se que a assistência à saúde no Brasil foi marcada por uma complexa relação entre Estado, capitalismo e classe trabalhadora.

O arcabouço legal que protege os direitos das pessoas com deficiência no Brasil reflete um histórico de mobilização social e reivindicações públicas que pressionaram o Estado a produzir respostas às demandas reivindicadas pelas minorias, entre elas, as PcD. Entre as respostas dessas lutas destacou-se como principais dispositivos legais a promulgação da Constituição federal de 1988 que imprime a saúde como direito de todos e dever do Estado, a qual deu subsídio para implementação para políticas específicas como a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência, (BRASIL, 2023), O Plano Viver sem Limites (BRASIL, 2011), Estatuto da Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2015), e a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2017), que é a política central desta pesquisa.

Embora existam garantias previstas para essas políticas públicas, um olhar mais atento a estes serviços, realizado neste estudo, foi capaz de detectar fragilidades nesse sistema. O conjunto de normas e leis que prevê os direitos à saúde dessa população vulnerável — não pela deficiência

em si, mas pela falta de adequação da sociedade às diferenças — não corresponde à efetivação integral de todos os direitos previstos, fruto da omissão do Estado no financiamento adequado dessas políticas, desencadeada pela dominação capitalista.

Pelo trabalho em tela, constatou-se que a configuração da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência não se efetiva de forma satisfatória no contexto regional de Sousa-Paraíba. A constatação desse fato foi afirmada pela análise da efetivação dos objetivos traçados pela Rede, entre eles, a garantia de articulação e integração entre os pontos de atenção à saúde. A implementação deste objetivo se mostrou insuficiente pela evidência do desconhecimento por parte dos profissionais de saúde sobre a RPCD, desencadeando em ações fragmentadas e a desarticulação das equipes, dificultando a integração entre os pontos de atenção.

Verificou-se ainda, que a RPCD não atende de forma integral a demanda direcionada aos serviços de habilitação e reabilitação no CER IV. A alta demanda, advinda da abrangência regional coberta pelo Centro, ultrapassa a capacidade de atendimento da instituição, pôr o quantitativo insuficiente de profissionais para responder às necessidades da população com deficiência. Essa realidade fomenta a formação de extensas listas de espera, gerando uma demanda reprimida que compromete a qualidade do atendimento e dificulta o acesso integral aos serviços de saúde. Essa situação reflete o padrão de precarização recorrente nas políticas sociais brasileiras, onde a oferta insuficiente e a sobrecarga dos serviços acabam por enfraquecer o acesso aos direitos fundamentais da população.

Essas contrariedades também foram constatadas pela pesquisa de campo utilizada para compreender como se particulariza o exercício profissional em Serviço Social na política de saúde para pessoas com deficiência do município de Sousa. Os relatos evidenciaram a complexidade e os desafios de trabalhar em um serviço de reabilitação que atende uma população extensa e em sua maioria vulnerabilizada. A alta demanda e o número limitado de profissionais evidenciam um problema estrutural que compromete a oferta de atendimento integral e de qualidade defendido pelo serviço social.

Nas envergaduras do trabalho profissional, verifica-se a tensão entre o controle exercido pelo empregador (Estado), as demandas dos usuários como sujeitos de direitos e a autonomia profissional para definir sua prática. A atuação do assistente social é condicionada por determinantes sociais, contudo o arcabouço do seu projeto profissional subsidia os profissionais para sobrepor esses desafios e ampliar as possibilidades de condução do trabalho dentro dos princípios ético-políticos da profissão, com a adoção de estratégias político-profissionais articuladas dentro do espaço ocupacional para exercer suas funções de maneira mais independente e alinhada ao compromisso de promoção de direitos sociais.

O serviço social particulariza sua prática no CER IV pelo conjunto de ações que cabe ao assistente social dentro da instituição. Esse papel expressa sua importância nos processos de



construção de vínculos com pais e usuários, além do exercício do caráter educativo da profissão dentro da instituição possibilitando o conhecimento das informações necessárias aos usuários para resolução de suas principais demandas e a conscientização de seus direitos como pessoa de direito na sociedade. Combatendo assim, a desigualdade, o preconceito, a exclusão e promovendo a emancipação dessas pessoas.

Ainda é necessário o aprofundamento de produções científicas na área. A escassez de produções voltadas para políticas públicas direcionadas às pessoas com deficiência e o papel do Serviço Social é uma lacuna que compromete o avanço de práticas e políticas inclusivas, dada a complexidade das necessidades dessa população. Uma base científica estruturada e em constante atualização dá subsídio para enfrentar os desafios diários impostos por um sistema público de saúde ainda defasado. Assim, a partir desta constatação, a pesquisa científica apresenta grande contribuição no conhecimento crítico do processo de transformação social que interliga contextos sociais, econômicos e culturais e regionais em que as políticas são implementadas.

Por fim, mesmo diante das dificuldades e limites impostos, o trabalho do assistente social é uma força transformadora, capaz de romper barreiras e promover justiça social. Que cada desafio superado, fortaleça ainda mais o compromisso desses profissionais com a inclusão e os direitos de todos.

Portanto, sem pretensão de esgotar e compreender todas as determinações que envolvem o tema em questão, espera-se ter contribuído com o desvelamento de algumas dessas configurações.

Sem pretensão de esgotar todas as complexidades decorrentes deste tema, espera-se ter sido útil na apreensão da realidade pesquisada

## Referências bibliográficas

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. Disponível em: <https://www.abnt.org.br>. Acesso em: 04 de out. 2024.

AGUIAR, Adriana Sousa Carvalho; LIMA, Morgama Mara Nogueira; TORRES, Raimundo Augusto Martins; SILVA, Lucilane Maria Sales; ALMEIDA, Paulo César; GRIMALDI, Monaliza Ribeiro Mariano. Pessoas com deficiência e as políticas públicas de saúde no Brasil. **Rev. Enferm. Atual In Derme** [Internet]. 4º de novembro de 2021,9p. Disponível em: <https://revistaenfermagematual.com/index.php/revista/article/view/1107/1134>. Acesso em: 04 de out. 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica: Diretrizes do NASF**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009, 164p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_atencao\\_basica\\_diretrizes\\_nasf.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_basica_diretrizes_nasf.pdf). Acesso em: 04 out. 2024.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: CONASS, 2003, 604p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg\\_sus.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/progestores/leg_sus.pdf). Acesso em: 04 out. 2024.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em 05 de nov. de 2023.

BRASIL. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo**. Brasília: Ministério da Justiça e Cidadania, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2016. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm). Acesso em: 05 out. 2024.

BRASIL. **Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência**. Diário Oficial da União. Brasília - DF, 21 de dezembro de 1999. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3298.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm). Acesso em: 05 de nov. de 2024.

BRASIL. **Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência**. Diário Oficial da União. Brasília - DF, 11 de nov. de 2011, 26p. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2023/novembro/PlanoNacionaldosDireitosdaPessoaComDeficienciaNovoViverSemLimite.pdf>. Acesso em: 20 de out. de 2023.

BRASIL. **Lei Nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Diário Oficial da União, Brasília – DF, 1990. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18080.htm). Acesso em: 26 set. 2024.

BRASIL. **Lei nº 10.098, de dezembro de 2000**. Diário Oficial da União, Brasília – DF, 2000. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/110098.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/110098.htm). Acesso em: 26 set. 2024.

BRASIL. **Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência**. Diário Oficial da União, Brasília – DF, 2015. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/113146.htm). Acesso em: 04 de nov. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde**. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003\\_03\\_10\\_2017ARQUIVO.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017ARQUIVO.html). Acesso em: 8 de nov. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF**. Brasília, DF, 24 de janeiro de 2008. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html). Acesso em: 04 de out. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília - DF, 21 de out. de 2011. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html). Acesso em: 30 de set. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência**. Diário Oficial da União, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 jul. de 1992, 72p. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_saude\\_pessoa\\_deficiencia.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_pessoa_deficiencia.pdf). Acesso em 05 de nov. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde**. Diário Oficial da União. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793\\_24\\_04\\_2012.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html). Acesso em 10 de nov. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia/rede-de-cuidados-a-pessoa-com-deficiencia>. Acesso em: 8 de nove. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS Nº 635, de 22 De maio De 2023**. Diário Oficial da União. Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799> . Acesso em: 18 de novembro de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Pessoa com Deficiência**. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-pessoa-com-deficiencia>. Acesso em: 19 de ago. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema Único de Saúde - SUS** - Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em: 10 de ago. de 2024.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica - PNAB**. Brasília, DF, 2012, 114p. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>. Acesso em: 30 de set. de 2024.

BRASIL. **Portaria GM/MS Nº 1.526, de 11 de outubro de 2023**. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Ministério da Saúde/Gabinete da Ministra. Brasília, DF, 11 de outubro de 2023, 28p. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt->

[br/composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-526-de-11-de-outubro-de-2023/view](https://br.composicao/saes/legislacao/portaria-gm-ms-no-1-526-de-11-de-outubro-de-2023/view).

Acesso em: 30 de set. de 2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica Nº 3/2020-DESF/SAPS/MS**. Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e Programa Previne Brasil. Brasília, DF, 20 de janeiro de 2020. Disponível em: <https://www.conasems.org.br/wp-content/uploads/2020/01/NT-NASF-AB-e-Previne-Brasil-1.pdf>. Acesso em: 18 de novembro de 2024.

BRAVO, Maria Inês Souza; MATOS, Maurílio Castro de. **Projeto ético-político do Serviço Social e sua relação com a reforma sanitária**: elementos para o debate.

São Paulo: Cortez, 22p. 2006. Disponível em:

<http://www.cressrn.org.br/files/arquivos/ceJ472Fic4P2HK6fVV92.pdf>. Acesso em: 30 de set. de 2024.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil. In: **Capacitação para Conselheiros de Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001, 24p. Disponível em:

[http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica\\_de\\_Saude\\_no\\_Brasil\\_Ines\\_Bravo](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo).

Acesso em: 30 de out. de 2024.

BEZERRA, Jaciele da Silva. **O núcleo de apoio à saúde da família - NASF e a atuação do Serviço Social**. 2014, 54p. Disponível em:

<http://dspace.sti.ufcg.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/riufcg/17070/JACIELE%20DA%20ILVA%20BEZERRA%20-%20TCC%20SERVI%20c3%87O%20SOCIAL%202014.pdf?sequence=3&isAllowed=y>.

Acesso em: 30 de out. de 2024.

COSTA, Juvenal Soares Dias; PATTUSSI, Marcos Pascoal; MORIMOTO, Tissiani; ARRUDA, Jocinei Santos; BRATKOWSKI, Gabriela Rodrigues; SOPELSA, Mariani; FRITZEN, Janaina Soder; CANTO, Vaneza de Andrade da Fontoura; MARQUES,

Maximiliano Chagas. Tendência das internações por condição sensível à atenção primária e fatores associados em Porto Alegre, RS, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, p. 1289-1296, 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csc/a/9ZtKkkmwFR6mqPyfpNkRVhM/?format=pdf&lang=pt>.

Acesso em: 25 out. de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Código de Ética do/a Assistente Social**. 2012, 62p. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf)].

Acesso em 20 de set. de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Assistente social no combate ao preconceito e discriminação contra a pessoa com deficiência**. (Caderno 7). Brasília: CFESS Manifesta, 2019, 24p. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/CFESS-Caderno07-PCD-Site.pdf>. Acesso em: 25 out. de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. **Código de ética do/a assistente social**. 10ª. ed. **rev. e atual**. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, 2012, 62p.

Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP\\_CFESS-SITE.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP_CFESS-SITE.pdf). Acesso em: 25 out. de 2024.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL - CFESS. Parâmetros para Assistentes Sociais na Saúde. Brasília. 2009, 43p. Disponível em: [https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros\\_para\\_Assistentes\\_Sociais\\_na\\_Saude\\_-\\_versao\\_preliminar.pdf](https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_Assistentes_Sociais_na_Saude_-_versao_preliminar.pdf). Acesso em: 25 out. de 2024.

DIAS, Thalita Evaristo Couto; FRICHE, Amélia Augusta de Lima; LEMOS, Stela Maris Aguiar. Percepção quanto à qualidade do cuidado de usuários da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. **CODAS**. Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia, 2019, 8p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/codas/a/fmB8f4wRdJFLDKXptLYWSSN/?lang=pt>. Acesso em: 25 out. de 2024.

FRAGA, Maria de Nazaré de Oliveira; SOUSA, Antonia Félix de. Políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil: o desafio da inclusão social. **Rev. eletrônica enfermagem**, 2009, 6p. Disponível em: <https://revistas.ufg.br/fen/article/view/47052>. Acesso em: 25 out. de 2024.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6º Edição; São Paulo, Atlas — 2008.

GUERRA, Yolanda. **A instrumentalidade no trabalho do assistente social**. Cortez, 5ª edição. 2007.

HUGO, Victor. **O corcunda de Notre-Dame**. Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo: Editora Schwarcz-Companhia das Letras, 2018. Disponível em: <https://www.companhiadasletras.com.br/livro/9788582850800/o-corcunda-de-notre-dame?srsItd=AfmBOorQz0bI5LC-tJz-h-aJhE5B8vhaz7UK1Ok4BtnoeYLn5BaLnNH4>. Acesso em: 13 set. 2024.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social** / Marilda Villela Iamamoto. - 4. ed. - São Paulo: Cortez, 2010.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. Marilda Villela Iamamoto. - 3. ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

MACHADO, Wiliam César Alves; PEREIRA, Juarez de Souza; SHOELLER, Soraia Dornelles; JÚLIO, Liliam Cristiana; MARTINS, Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de. Integralidade na rede de cuidados da pessoa com deficiência. **Texto & Contexto-Enfermagem**, v. 27, 2018, 9p. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/cjN6jtXwsf6nT43YgVDF8xf/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2024.

MAIOR, Nivea Maria Santos Souto; CLEMENTINO, Milca Oliveira; COSTA, Rosiane Oliveira da; LEAL, Sara Duarte Cordeiro. Direitos humanos e serviço social: demandas e desafios contemporâneos. **Temporalis**, Brasília (DF), ano 18, n. 36, p. 127-138, jul./dez. 2018. ISSN 2238-1856. Disponível em: <https://periodicos.ufes.br/temporalis/article/view/21159/pdf>. Acesso em: 13 set. 2024.

MARQUES, Juliana Freitas; ÁFIO, Aline Cruz Esmeraldo; CARVALHO, Luciana Vieira de; LEITE, Sarah de Sá; ALMEIDA, Paulo César de; PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag. Acessibilidade física na atenção primária à saúde: um passo para o acolhimento. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 39p. 2017-0009, 2018. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rgenf/a/LJTRRCcRQKwjDnN7dXbmhHD/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 13 set. 2024.

MARX, Karl; ENGELS, Friedrich. **Burgueses e proletários**. In: **Manifesto Comunista (1848)**. Tradução de Álvaro Pina. São Paulo: Boitempo Editorial, 1998.

MOTA, Paulo Henrique dos Santos. **Integralidade da Rede de Cuidados À Pessoa com Deficiência. Contexto, valores e níveis de cuidado**, São Paulo, 2020.

NETO, Fernando. **O que é o SUS e como ele se organiza?** Colégio Web. 2019. Disponível em: <https://www.colegioweb.com.br/saude/sus.html>. Acesso em: 13 de agosto de 2024.

NETTO, José Paulo. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011, p. 28-59. Disponível em: <https://www.gepec.ufscar.br/publicacoes/livros-e-colecoes/livros-diversos/introducao-aos-estudos-do-metodo-de-marx-j-p-netto.pdf>. Acesso em: 20 de setembro de 2024.

NETTO, J. P. **Capitalismo Monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1996.

NEVEU, Larissa Vianna. **Serviço Social no âmbito da política de saúde: reflexões sobre o trabalho do/a assistente social no serviço de ouvidoria hospitalar**. 2022, 49p. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/246086?show=full>. Acesso em: 26 set. 2024

NOGUEIRA, MIOTO. **Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde**. 2006, 34p. Disponível em: <https://grupos.moodle.ufsc.br/mod/resource/view.php?id=147865>. Acesso em: 20 de setembro de 2024.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes**. Nova York, 1975, 2p. Disponível em: [http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec\\_def.pdf](http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec_def.pdf). Acesso em: 20 de setembro de 2024.

PAIM, Jairnilson S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2008. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/sus>. Acesso em 02 de outubro de 2024.

PARAÍBA. Governo do Estado. **Plano Estadual de Saúde da Paraíba – 2020 - 2023**. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/wp-content/uploads/2021/04/PLANOS-ESTADUAL-DE-SAUDE-PB-2020-2023.pdf>>. Acesso em 10 de outubro de 2024.

PARAÍBA. Governo do Estado. **Investimentos do Governo da Paraíba no Centro Especializado em Reabilitação de Sousa garantem habilitação do Governo Federal**. Disponível em: <https://paraiba.pb.gov.br/noticias/investimentos-do-governo-da-paraiba-no-centro-especializado-em-reabilitacao-de-sousa-garantem-habilitacao-do-governo-federal>. Acesso em 10 de outubro de 2024.

PONTES, Reinaldo Nobre. **Mediação e Serviço social: um estudo preliminar sobre a categoria teórica e sua apropriação pelo Serviço Social**. Cortez Editora, 2018

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, Ernani Cesar de. In: **Metodologia do trabalho científico**. 2. ed. Novo Hamburgo: Universidade FEEVALE, 2013, 277p. Disponível em: <https://www.feevale.br/Comum/midias/0163c988-1f5d-496f-b118-a6e009a7a2f9/E-book%20Metodologia%20do%20Trabalho%20Cientifico.pdf>. Acesso em 15 de outubro de 2024.

ROSCOCHE, Kariane Gomes Cezario; SOUSA, Albertina Antonielly Sydney de; AGUIAR, Adriana Sousa Carvalho de. Saúde da pessoa com deficiência visual: aspectos conceituais e legais. **Revista Brasileira De Pesquisa Em Saúde Brazilian Journal of Health Research**, 2019 20(4), 46–54. Disponível em: < <https://periodicos.ufes.br/rbps/article/view/24597> > acesso em: 26 set. 2024

SABEDORIA POLÍTICA. 2011. Disponível em: <https://www.sabedoriapolitica.com.br/> Acesso em 26 set. 2024.

SILVA, Andréa Tenório Correia da; AGUIAR, Márcia Ernani de; WINCK, Kelly; RODRIGUES, Karen Gonzaga Walter; SATO, Mariana Eri; GRISI, Sandra Josefina Ferraz Ellero; BRENTANI, Alexandra; RIO, Izabel Cristina. Núcleos de Apoio à Saúde da Família: desafios e potencialidades na visão dos profissionais da Atenção Primária do Município de São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 28, p. 2076-2084, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/5tvzkc6FXXnjf5P8ZQ59KJ/>. Acesso em 26 set. 2024.

SILVA, Otto Marques Da. **A epopéia ignorada**: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje. São Paulo: CEDAS. 1987.

SOUSA, Charles Toniolo. A prática do assistente social: conhecimento, instrumentalidade e intervenção profissional. **Emancipação**, Ponta Grossa, 8(1): 119-132, 2008. Disponível em: <http://cressrn.org.br/files/arquivos/k7maNx2767S70XHK8137.pdf>. Acesso em 26 set. 2024.

## APÊNDICES

### APENDICE A - QUESTIONARIO DE CAMPO



**FEDERAL DE CAMPINA GRANDE (UFCG)**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS (CCJS)**  
**UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO (UAD)**  
**CURSO DE GRADUAÇÃO DE SERVIÇO SOCIAL (CGSS)**

---

### QUESTIONÁRIO DE PESQUISA DE CAMPO

Data de preenchimento do questionário \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Sexo Masc. ( ) Fem. ( ) Idade \_\_\_\_\_

1. Há quanto tempo você exerce a profissão de assistente social?

\_\_\_\_\_

2. Possui alguma especialização na área? Sim ( ) Não ( )

se sim, qual? \_\_\_\_\_

3. Qual a sua função atual na instituição? Há quanto tempo trabalha nessa função \_\_\_\_\_



4. Qual é o seu vínculo empregatício com a instituição? E qual a carga horária semanal de trabalho? \_\_\_\_\_

5. Quais as atribuições, competências e ações profissionais desenvolvidas pelo serviço social na instituição?

---

---

---

6. Como o serviço social contribui no encaminhamento e acompanhamento de usuários (PCD) no processo de articulação em rede para viabilizar o acesso aos direitos, tanto no âmbito da saúde como nas demais áreas dos direitos sociais para essa população?

---

---

---

7. Quais os limites/desafios e as possibilidades que se colocam no cotidiano profissional do Serviço Social na instituição, frente a promoção da saúde para pessoas com deficiência?

---

---

---

---

---

8. Você considera que a rede de cuidados à pessoa com deficiência no município de Sousa é satisfatória para o atendimento das demandas? Por quê?

---

---

---

---

## APENDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA  
GRANDE CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E  
SOCIAIS COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

Pesquisador Responsável: Leidiane Souza de Oliveira

Endereço: Rodovia Governador Antônio Mariz (BR230) S/Nº, KM 466,5 – Campus BR –  
Sousa – Paraíba CEP: 58800-120

Fones: 83. 99127585

E-mail: [leidiane.souza@ufcg.edu.br](mailto:leidiane.souza@ufcg.edu.br)

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

O Sr. (a) está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “**A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SOUSA-PB**”. A pesquisa tem como objetivo analisar os limites/desafios e as possibilidades que se colocam no cotidiano profissional do Serviço Social nas instituições que compõem a rede de cuidados à pessoa com deficiência no município de Sousa/PB, para efetivação dos direitos deste segmento da população. Como objetivos específicos, destacam-se: pesquisar como se deu a configuração atual das políticas sociais e marcos legais de atenção à população com deficiência, no Brasil; em que contexto a Rede de Cuidados se efetiva frente às demandas sociais das pessoas com deficiência no município de Sousa/PB ; como se particulariza o trabalho da(o) assistente social na Rede de Cuidados à pessoa com deficiência em Sousa/PB. A área da saúde é um espaço de trabalho que tem se tornado um vasto campo de atuação para o serviço social. Contudo, ainda é um espaço de trabalho relativamente novo, o que o torna, ainda, desconhecido por parte da população, principalmente quando se trata de política de saúde para pessoas com deficiência. Assim, para poder perceber e entender a realidade institucional vivida por esses profissionais, na tentativa de analisar os limites/desafios e as possibilidades no trabalho dos assistentes sociais para viabilização dos direitos das pessoas com deficiência na política de saúde, pretendemos realizar entrevistas com profissionais da área inseridos na Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, no contexto nordestino, especificamente no município de Sousa-PB. Optamos por realizar a pesquisa de campo com profissionais do serviço social que na Atenção Especializada que se efetiva no Centro Especializado em Reabilitação IV, em Sousa-PB

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será orientado (a) sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para **participar** ou **recusar-se** a participar. Poderá **retirar** seu **consentimento** ou **interromper** a participação a qualquer **momento**. A sua participação é **voluntária** e a **recusa**

em participar **não acarretará** qualquer **penalidade** ou **modificação** na forma em que é atendido pelo pesquisado

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

O (A) Sr (a) não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

O (a) Sr. (a) terá garantida a entrega de uma via, de igual teor deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável no Centro de Ciências Jurídicas e Sociais da Universidade Federal de Campina Grande, campus Sousa - PB e a outra será fornecida ao (a) participante da pesquisa.

Caso haja danos decorrentes dos riscos previstos, a pesquisadora assumirá a responsabilidade pelo ressarcimento dos mesmos.

Toda pesquisa incorre em possíveis riscos e nesta pesquisa destacamos: Cansaço ou aborrecimento ao responder questionários; desconforto, alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre divisão de trabalho, insatisfação profissional etc. Esses riscos muitas vezes são expressos na forma de desconforto; possibilidade de constrangimento ao responder o instrumento de coleta de dados; estresse; entre outros. No entanto, visando minimizar os impactos destes possíveis riscos, serão reforçadas as explicações necessárias quanto ao processo, o método de coleta e a voluntariedade, com a garantia que a participação na pesquisa é acordada também junto à direção e equipe do Centro Especializado em Reabilitação, ressaltando que a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade. Associa-se ainda, medidas adicionais para controle de riscos, a saber: processo de entrevista e aplicação de questionário em local com condições de garantir sigilo, privacidade, caso seja necessário o contato físico entre pesquisador e participante da pesquisa. A não divulgação dos nomes e características que permitam identificação dos participantes e substituição dos nomes por letras, números ou nomes fictícios. Como parâmetro ético-legal, esta pesquisa atenderá as determinações constantes na Resolução 510/2016.

Eu, \_\_\_\_\_, portador do documento de Identidade \_\_\_\_\_ fui informado (a) dos objetivos da “**A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SOUSA-PB**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

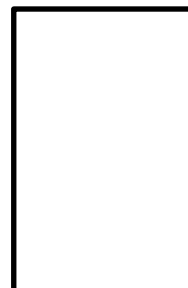
Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma via deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Sousa - PB, 30 de julho de 2024.

**Digital \*Quando necessário**

---

Nome Assinatura participante



*Márciane Souza de Oliveira*

Assinatura do(a) pesquisador(a)

## Anexo

Anexo A – Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa

**CENTRO DE CIÊNCIAS  
JURÍDICAS E SOCIAIS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CAMPINA GRANDE  
(CEP/CCJS/UFCG)**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SOUSA-PB

**Pesquisador:** Leidiane Souza de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 83090224.7.0000.0205

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Campina Grande

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 7.112.148

**Apresentação do Projeto:**

De acordo com a pesquisadora, a área da saúde é um espaço de trabalho que tem se tornado um vasto campo de atuação para o serviço social. É importante, ainda, ressaltar que o trabalho do assistente social na política de saúde para pessoas com deficiência é um espaço relativamente novo. Por tanto é uma área que apresenta diversos desafios tanto na compreensão do papel desenvolvido pelos assistentes sociais nesse âmbito de atuação da profissão, como na disponibilidade de ferramentas para o desenvolvimento do caráter educacional da categoria, dificultando, assim, a viabilização dos direitos à saúde do público alvo, o que desperta interesse pela temática e em pesquisar como é realizado o trabalho dos profissionais de serviço social nos demais espaços de política de saúde das (PCD) e como esses profissionais tem contribuído para a viabilização dos direitos desse público.

No decorrer da realização do estágio foram realizadas atividades inicialmente nas observações na realização de triagem do serviço social no período onde foi possível observar como se dá a relação entre assistente social, usuário e a relação teoria/prática do serviço social naquele

**Endereço:** Av. Sinfrônio Nazaré, 38 - Campus Centro - Bloco das Coordenações da Pós-Graduação, Sala 02, Térreo

**Bairro:** CENTRO

**CEP:** 58.800-240

**UF:** PB

**Município:** SOUSA

**Telefone:** (83)3521-3200

**E-mail:** cep.ccjs@setor.ufcg.edu.br



**CENTRO DE CIÊNCIAS  
JURÍDICAS E SOCIAIS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CAMPINA GRANDE  
(CEP/CCJS/UFCG)**



Continuação do Parecer: 7.112.148

ambiente, voltados para a abordagem ao usuário, utilização dos instrumentais, uso da característica educativa da profissão, entre outros aspectos.

Importa ainda salientar que, o Centro Especializado em Reabilitação é um campo de trabalho relativamente novo para o serviço social o que o torna,

ainda, desconhecido por parte da população, assim como também pela profissão.

O percurso de inclusão e garantia de direitos para pessoas com deficiência tem obtido uma grande relevância na sociedade contemporânea. Nos

últimos anos, avanços significativos têm sido alcançados no intuito de promover a igualdade, a acessibilidade e o respeito aos direitos fundamentais

das pessoas com deficiência. Entre as conquistas de direitos garantidos legalmente os mais abrangentes são o Plano Viver sem limites, instituído

pelo Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011, que institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, o qual abrange todas as

áreas da vida social como saúde, educação, transporte, economia e trabalho. Outro ponto que marca a conquista de direitos é a Rede de Cuidados

à pessoa com deficiência, estabelecida pela Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012, e foi estabelecida a partir da necessidade de amplificar o acesso

e qualificar o atendimento à saúde das pessoas com deficiência física, visual, auditiva, intelectual, ostomia e múltiplas deficiências, por meio de

articulação em rede nos diferentes níveis de atenção. Assim, a rede de cuidados se configura como um meio para amplificar, facilitar e assegurar o

acesso aos direitos das pessoas com deficiência no que tange ao âmbito da saúde.

Nota-se, portanto, que a política de saúde para pessoas com deficiência vem se aperfeiçoando, contudo, o percurso de conquistas de direitos

principalmente no que tange a políticas públicas de saúde para pessoas com deficiência no Brasil, apesar de demonstrar um progresso significativo,

ainda apresenta a necessidade contínua de políticas que mais abrangentes e recursos destinados à área. Pode-se apontar como um dificultador

para a viabilização do acesso às políticas de saúde para pessoas com deficiência, por exemplo, as extensas listas de espera no Centro

Especializado em Reabilitação, instituição que foi implantada a partir da efetivação do Plano Viver sem Limites e estabelecido também pela Rede de

**Endereço:** Av. Sinfrônio Nazaré, 38 - Campus Centro - Bloco das Coordenações da Pós-Graduação, Sala 02, Térreo  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 58.800-240  
**UF:** PB **Município:** SOUSA  
**Telefone:** (83)3521-3200 **E-mail:** cep.ccjs@setor.ufcg.edu.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS  
JURÍDICAS E SOCIAIS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CAMPINA GRANDE  
(CEP/CCJS/UFCG)**



Continuação do Parecer: 7.112.148

Cuidados à Pessoa com Deficiência, no âmbito da atenção especializada. Essas listas de espera são ocasionadas pelo alto número de municípios atendidos pela instituição e o quantitativo da equipe de profissionais insuficiente, o que causa precarização no vínculo e fila de espera para atendimento, tornando assim necessário o conhecimento do trabalho dos assistentes sociais nas instituições que promovem o atendimento à saúde das pessoas com deficiência.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo geral: Analisar os limites/desafios e as possibilidades que se colocam no cotidiano profissional do Serviço Social nas instituições que compõem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no município de Sousa/PB, para efetivação dos direitos deste segmento da população.

**Específicos:**

- ¿ Analisar como se deu a configuração atual das políticas sociais e marcos legais de atenção à população com deficiência no Brasil;
- ¿ Identificar em que contexto a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência se efetiva frente às demandas sociais desse público no município de Sousa/PB.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

A pesquisadora reconhece que Toda pesquisa incorre em possíveis riscos e nesta pesquisa destaca: Cansaço ou aborrecimento ao responder questionários; desconforto, alterações de visão de mundo, de relacionamentos e de comportamentos em função de reflexões sobre divisão de trabalho, insatisfação profissional etc. Esses riscos muitas vezes são expressos na forma de desconforto; possibilidade de constrangimento ao responder o instrumento de coleta de dados; estresse; entre outros. No entanto, visando minimizar os impactos destes possíveis riscos, serão reforçadas as explicações necessárias quanto ao processo, o método de coleta e a voluntariedade, com a garantia que a participação na pesquisa é acordada também junto à direção e equipe do Centro Especializado em Reabilitação, ressaltando que a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade. Associa-se ainda, medidas adicionais para controle de riscos, a saber: processo de entrevista e aplicação de questionário em local com

<b>Endereço:</b> Av. Sinfrônio Nazaré, 38 ¿ Campus Centro - Bloco das Coordenações da Pós-Graduação, Sala 02, Térreo
<b>Bairro:</b> CENTRO <b>CEP:</b> 58.800-240
<b>UF:</b> PB <b>Município:</b> SOUSA
<b>Telefone:</b> (83)3521-3200 <b>E-mail:</b> cep.ccjs@setor.ufcg.edu.br

**CENTRO DE CIÊNCIAS  
JURÍDICAS E SOCIAIS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CAMPINA GRANDE  
(CEP/CCJS/UFCG)**



**PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**

**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

**Título da Pesquisa:** A ATUAÇÃO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE SOUSA-PB

**Pesquisador:** Leidiane Souza de Oliveira

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 83090224.7.0000.0205

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Campina Grande

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

**DADOS DO PARECER**

**Número do Parecer:** 7.112.148

**Apresentação do Projeto:**

De acordo com a pesquisadora, a área da saúde é um espaço de trabalho que tem se tornado um vasto campo de atuação para o serviço social. É importante, ainda, ressaltar que o trabalho do assistente social na política de saúde para pessoas com deficiência é um espaço relativamente novo. Por tanto é uma área que apresenta diversos desafios tanto na compreensão do papel desenvolvido pelos assistentes sociais nesse âmbito de atuação da profissão, como na disponibilidade de ferramentas para o desenvolvimento do caráter educacional da categoria, dificultando, assim, a viabilização dos direitos à saúde do público alvo, o que desperta interesse pela temática e em pesquisar como é realizado o trabalho dos profissionais de serviço social nos demais espaços de política de saúde das (PCD) e como esses profissionais tem contribuído para a viabilização dos direitos desse público.

No decorrer da realização do estágio foram realizadas atividades inicialmente nas observações na realização de triagem do serviço social no período onde foi possível observar como se dá a relação entre assistente social, usuário e a relação teoria/prática do serviço social naquele

**Endereço:** Av. Sinfrônio Nazaré, 38 - Campus Centro - Bloco das Coordenações da Pós-Graduação, Sala 02, Térreo  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 58.800-240  
**UF:** PB **Município:** SOUSA  
**Telefone:** (83)3521-3200 **E-mail:** cep.ccjs@setor.ufcg.edu.br

CENTRO DE CIÊNCIAS  
JURÍDICAS E SOCIAIS DA  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE  
CAMPINA GRANDE  
(CEP/CCJS/UFCG)



Continuação do Parecer: 7.112.148

Folha de Rosto	Folha_de_rosto.pdf	09/09/2024 19:03:26	Leidiane Souza de Oliveira	Aceito
----------------	--------------------	------------------------	-------------------------------	--------

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SOUSA, 30 de Setembro de 2024

Assinado por:

**REGINALDO PEREIRA FRANÇA JUNIOR**  
(Coordenador(a))

**Endereço:** Av. Sinfrônio Nazaré, 38 ½ Campus Centro - Bloco das Coordenações da Pós-Graduação, Sala 02, Térreo  
**Bairro:** CENTRO **CEP:** 58.800-240  
**UF:** PB **Município:** SOUSA  
**Telefone:** (83)3521-3200 **E-mail:** cep.ccjs@setor.ufcg.edu.br