



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E SOCIAIS
UNIDADE ACADÊMICA DE DIREITO
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

Fernanda Layse Balbino da Silva

**A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS EM UM
CENTRO DE REABILITAÇÃO NO ESTADO DA PARAÍBA.**

**Sousa-PB
2024**

Fernanda Layse Balbino da Silva

**A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS EM UM
CENTRO DE REABILITAÇÃO NO ESTADO DA PARAÍBA.**

Trabalho de Conclusão de Curso. Apresentado ao Curso de Serviço Social. Da Unidade Acadêmica de Direito. Da Universidade Federal de Campina Grande. Como parte dos requisitos necessários para obtenção do Título de Bacharela em Serviço Social.

Orientador: Reginaldo França Junior.

**Sousa-PB
2024**

FICHA CATALOGRÁFICA

S586a Silva, Fernanda Layse Albino da.
A atuação profissional de Assistentes Sociais em um centro de reabilitação no estado da Paraíba / Fernanda Layse Albino da Silva - Sousa, 2024.

67 fls.

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

Orientador: Prof. Dr. Reginaldo França Júnior.

1. Assistentes sociais. 2. Atuação profissional. 3. Centro de reabilitação. 4. Inclusão social. 5. Pessoas com deficiência. I. Título.

Biblioteca CCJS - UFCG

CDU 36-056.26 (043.1)


FERNANDA LAYSE BALBINO DA SILVA

**A ATUAÇÃO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS EM UM CENTRO DE REABILITAÇÃO
NO ESTADO DA PARAÍBA.**


Trabalho de Conclusão de Curso. Apresentado ao
Curso de Serviço Social. Da Unidade Acadêmica
de Direito. Da Universidade Federal de Campina
Grande. Como parte dos requisitos necessários
para obtenção do Título de Bacharela em Serviço
Social.

Aprovado em: 02/05/2024


BANCA EXAMINADORA

Documento assinado digitalmente
 **REGINALDO PEREIRA FRANÇA JUNIOR**
Data: 18/06/2024 18:24:13-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dr^o Reginaldo França Junior
Orientador

Documento assinado digitalmente
 **MARIA DA CONCEICAO SILVA FELIX**
Data: 20/06/2024 10:44:46-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Prof. Dra^o Maria da Conceição Silva Félix
Examinadora Externa

Documento assinado digitalmente
 **FERNANDA VALENTIM DANTAS**
Data: 19/06/2024 17:03:52-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

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

Agradecimentos

Gostaria de agradecer primeiramente a Deus pela oportunidade que me foi concedida em entrar em uma universidade federal, ao presidente Luiz Inácio Lula da Silva por criar o sistema de cotas, no qual beneficiou milhares de brasileiros a entrarem nas universidades públicas, inclusive eu fui uma delas. Gostaria também de agradecer ao meu avô, Antônio de Sousa Balbino, em Memória, por sempre me incentivar a estudar, mostrando que minha vida só melhoraria através do estudo. Esse diploma é nosso vovô. A minha mãe, Luciene dos Santos, por ter me incentivado e nunca ter desistido de mim. A minha filha, Maria Eduarda, por todo o apoio e incentivo. Ao meu cachorro, Luke por estar sempre ao lado quando estava escrevendo. A vovó Teresa e Dona Ivone, por torcerem por mim. Ao meu braço direito, Talisson Lima, que ajudou em tudo que eu precisei. A Maria Cláudia, que no estágio, foi essencial para que eu pudesse me incentivar ainda mais para pesquisar sobre a atuação do assistente social frente ao Centro de Reabilitação. A minha amiga Monara, por estar sempre presente e por todo incentivo. A Ênio Marx, por ter me incentivado. A todos os colegas da turma por serem sempre solícitos e por ajudar quando mais precisei. Aos professores que, no decorrer do curso, foram maravilhosos e passaram todos os seus ensinamentos. Não poderia deixar de agradecer a Luan Gomes, que foi um professor incrível e que me deu a oportunidade de participar de um projeto de pesquisa no qual trabalhamos a Vida e Obra do saudoso Robson Marques em memória. A Conceição, que hoje não está mais aqui no Centro, mas que foi essencial também nos seus ensinamentos. A Franciele, Angélica, Anderson, Hiago, Eduardo Jorge, Larissa, Alessandra, Helmara, Sheyla, Mario, Juliana, Nayan e ao professor que é nosso Raio de Sol Reginaldo França, que mesmo diante de um milhão de coisas para resolver, me deu a oportunidade de ser uma de suas orientandas, e me ajudou a chegar até aqui. Obrigado a todos que de alguma forma me ajudaram. Que Deus abençoe a cada um.

“Ninguém nasce odiando outra pessoa pela cor de sua pele, por sua origem ou ainda por sua religião. Para odiar, as pessoas precisam aprender, e se podem aprender a odiar, elas podem ser ensinadas a amar.” Nelson Mandela.

Resumo

Este trabalho visa principalmente, abordar a atuação profissional de assistentes sociais frente a um Centro de Reabilitação. Esses estudos se deram através das realizações dos estágios supervisionados, no qual desencadeou o interesse de aprofundar ainda mais as pesquisas sobre a temática. Contudo, apesar de serem recentes as pesquisas voltadas para atuação do assistente social na reabilitação, os resultados foram satisfatórios e os objetivos iniciais foram alcançados. A metodologia utilizada para a realização dessa pesquisa foi a bibliográfica e documental. Quanto à abordagem metodológica foi qualitativa. Por fim, destacamos a importância do assistente social na garantia dos direitos e na promoção da inclusão social das pessoas com deficiência, visando fornecer uma visão prática sobre a atuação profissional na área da reabilitação.

Palavras-chave: Serviço Social; Atuação Profissional; CER; Reabilitação;

Abstract

This work's main objective is to address the professional performance of Social Workers in a Rehabilitation Center. These studies took place through supervised internships, which triggered the interest in further deepening research on the subject. However, despite the recent nature of research into the social worker's role in rehabilitation, the results were satisfactory and the initial objectives were achieved. The methodology used to carry out this research was bibliographic and documentary. As for the methodological approach, it was qualitative. Finally, we highlight the importance of social workers in guaranteeing the rights and promoting social inclusion of people with disabilities, aiming to provide a practical view of professional work in the area of rehabilitation.

keywords: Social Work; Professional Performance; CER's; Rehabilitation;

Siglas

AI- 5 - Ato Institucional número cinco.

ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva

ANVISA - Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde

CER - Centro Especializado em Reabilitação

CEBES - Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

CNS - Conselho Nacional de Saúde

CNAS - Conselho Nacional de Assistência Social

CRAS - Centro de Referência de Assistência Social

CREAS - Centro de Referência Especializado de Assistência Social

LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social

MS - Ministério da Saúde

NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família

OMS - Organização Mundial da Saúde

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PNAS - Política Nacional de Assistência Social

PNS - Política Nacional de Saúde

SES - Secretaria Estadual de Saúde

SIS - Sistema de Informação em Saúde

SMS - Secretaria Municipal de Saúde

SUAS - Sistema Único de Assistência Social

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

Sumário

Introdução	11
Capítulo 1	
A Saúde como direito de todos e dever do Estado	14
1.1 – O SUS no Pós-Constituição de 1988	16
1.2 – A Saúde como direito social.....	21
1.3 – Os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde	24
1.4 – Participação e controle social no SUS.....	29
Capítulo 2	
A reabilitação como serviço de atenção do SUS	35
2.1 – Categorizando um Centro Especializado em Reabilitação no Estado da PB	39
2.2 – A assistência à saúde de pessoas com deficiência como dever do Estado	43
2.3 – Princípios e Diretrizes de um Centro Especializado em Reabilitação	46
Capítulo 3	
O trabalho profissional em um Centro de Reabilitação: uma reflexão teórica	49
3.1 – As reflexões teóricas do Assistente Social em um Centro de Reabilitação.....	51
3.2 – Qual a importância do Assistente Social em um Centro de Reabilitação.....	54
3.3 – Relatos de experiência do estágio supervisionado realizando em um Centro de Reabilitação.....	56
Considerações finais	59
Referências.....	62

Introdução

O direito à saúde é um dos pilares fundamentais para uma sociedade justa e igualitária, sendo reconhecido como um direito social desde a promulgação da Constituição Federal de 1988. Nesse contexto, o Sistema Único de Saúde (SUS) emerge como um instrumento essencial para garantir o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde, consolidando a saúde como um direito de todos e dever do Estado. (Brasil, 1988).

Entretanto, a partir de textos e conteúdos discutidos em sala de aula no decorrer da graduação, foi possível compreender que o Serviço Social vem crescendo como profissão no passar dos anos, e o profissional atuando em novos espaços-ocupacionais. O conhecimento desse fato, somado às experiências de estágio no Centro de Reabilitação, despertou o interesse e a identificação da necessidade de pesquisas que promovam o conhecimento das contribuições do trabalho dos(as) assistentes sociais nesse espaço de promoção à saúde. Partindo do ponto de que as produções a respeito da atuação de assistentes sociais com foco nas instituições de saúde, que constituem a Rede de Cuidados a Saúde da Pessoa com Deficiência ainda são recentes e o caráter da profissão é direcionado para uma atuação qualificada na apreensão da realidade com uma ótica mais crítica, e o serviço social é colocado em um patamar de extrema importância frente a atuação nos direitos a saúde das pessoas com deficiência.

Foram realizados dois estágios supervisionados nessa instituição, despertando o interesse, de estudar mais sobre como ocorre a atuação dos assistentes sociais na área da saúde, em especial nos centros frente à reabilitação de pessoas com deficiência. Pois, foram encontrando poucos estudos relacionados a essa área.

Este trabalho propõe uma análise profunda sobre a intersecção entre a saúde como direito social e a prestação de serviços de reabilitação pelo SUS, com enfoque especial no Estado da Paraíba. O capítulo inicial aborda a consolidação do SUS no contexto pós-Constituição de 1988, ressaltando a sua importância como instrumento de promoção da saúde e garantia de acesso universal aos serviços.

No segundo capítulo, exploramos a reabilitação como serviço de atenção do SUS, delineando a categorização de um Centro Especializado em Reabilitação na Paraíba e discutindo o papel do Estado na assistência à saúde das pessoas com deficiência, bem como os princípios e diretrizes que orientam esses centros.

Por fim, o terceiro capítulo volta-se para uma reflexão teórica sobre o trabalho profissional em um Centro de Reabilitação, com foco nas contribuições do Assistente Social nesse contexto específico. Por meio de relatos de experiência do estágio supervisionado, buscamos compreender a relevância do papel desempenhado por esses profissionais na promoção da saúde e inclusão social dos indivíduos atendidos.

Contudo, o emprego de um método de pesquisa busca sustentar as análises do objeto de estudo, figurando-se como indispensável a utilização de um arcabouço teórico crítico, que é considerado categoria essencial para a compreensão da totalidade da vida social, uma vez que a teoria consiste na “[...] reprodução ideal do movimento real do objeto pelo sujeito que pesquisa: pela teoria, o sujeito reproduz em seu pensamento a estrutura e a dinâmica do objeto que pesquisa” (Netto, 2009, p.7). Deste modo, a teoria está fundada numa esfera de (re) produção “[...] que constitui propriamente o conhecimento teórico”, revelando a importância da fidelidade do pesquisador ao objeto de estudo (Idem, 2009).

O pesquisador, necessariamente, precisa iniciar a investigação que tenha como ponto de partida o cerne da questão ora estudada, como forma de buscar sua raiz e apreender a sua essência e, assim, conhecer, nos dizeres de (Netto, 2009, p. 7), “[...] a estrutura e a dinâmica do objeto”. Assim, o pesquisador reúne melhores condições para afastar-se das armadilhas da aparência imediata das falsas consciências que deturpam e oculta o real, requerendo uma distância das formas epifenômicas, preocupando-se, assim, com a sua essência, seu desvelamento e uma objetivação ética, pois pesquisa também se manifesta em um devir ético.

O arcabouço teórico oferecido pelo materialismo histórico-dialético situa o marco teórico-político a partir da perspectiva de totalidade, pois, para (Marx, 2012), a relação entre teoria e sujeito possibilita essa apreensão de suas determinações complexas, situando a partir da reflexão, possibilitando a crítica e sua revisão constante. Estas reflexões têm como ponto de partida a totalidade da vida social, sendo indissociável compreender as complexas mediações, evidenciando o terreno cuja sociabilidade reproduz. (Netto, 1983), apoiando-se em Lukács, as formas de investigação, após a segunda metade do século XX, necessitaram colocar na ordem do dia as exigências de estudos que compreendam as relações sociais de produção, tendo em vista as profundas determinações por ela operada, com traços profundos em todas as esferas da vida.

Assim, nossa opção pelo método de Marx situa-se por uma determinada referência teórico-metodológica, com claro devir ético, a partir das próprias contradições presentes na sociedade. Tomando as contradições operantes diante das relações sociais, ergue-se um edifício categorial, em que [...] a direção desse caminho está contida, com evidência indubitável, na totalidade da visão de mundo traçada pelos clássicos do marxismo, particularmente porque os resultados existentes reluzem à nossa frente como o ponto de chegada do caminho a trilhar. Portanto, ainda que não imediatamente, ainda que não como algo visível à primeira vista, está claramente demarcado pelo método do materialismo dialético qual o caminho a percorrer – e como fazê-lo – caso se queira transpor para o conceito a realidade objetiva em sua verdadeira objetividade e captar, em sua verdade, a essência de um território específico da vida (Lukács, 2013, p.11).

Compreendendo que a base material insta os homens diante da satisfação das necessidades, produz e reproduz determinados tipos de relações sociais e determina perspectivas ideológicas que, concebidas como capacidade teleológica, são apreendidas pelo movimento das relações sociais que, capturadas pelo modelo societal vigente, são compreendidas como as “[...] expressões das relações e atividades reais do homem estabelecidas no processo de produção de sua existência social” (Lara, 2008, p. 221).

Como consequência de nossa opção teórico-política, posto que este tipo de pesquisa acredita na relação entre pesquisador e o que ele se propõe a pesquisar, o que possibilita uma construção fundada na busca pelo conhecimento do real a partir do mundo sensível (concreto), justificando que facilita compreender e classificar processos dinâmicos e, sobretudo, analisá-los à luz da razão crítica, afirmando, assim, que o método de pesquisa adotado “[...] propicia o conhecimento teórico, partindo da aparência, [e] visa alcançar a essência do objeto” (Netto, 2009, p. 08).

Visando atingir os objetivos desta pesquisa até aqui explicitados, essa pesquisa possui natureza explicativa, partindo da essência do real, evidenciando pelo seu objetivo de desvelar a realidade ora pesquisada. Com vistas a apropriar-se do objeto que esse projeto se propõe a estudar, empregaremos como recurso metodológico a pesquisa bibliográfica, objetivando favorecer um arcabouço teórico-metodológico para compreensão do objeto de pesquisa e suas mediações com o campo concreto.

A investigação dar-se-á por meio do emprego da pesquisa qualitativa, visando aferir o objeto da pesquisa, a partir de um determinado recorte da população (Richardson, 2007), buscando compreender os sentidos e significados nas entrevistas dos sujeitos.

O universo de sujeitos consiste em dez profissionais, sendo que foram escolhidos cinco sujeitos, tendo em vista que o estudo é qualitativo e a localização destes sujeitos de pesquisa dar-se-á por meio de abordagem individual, ao passo que o aceite do sujeito implicará no conhecimento do objeto do estudo e demais normas éticas, que serão tratadas a seguir. A localização dos indivíduos chegará ao ponto de saturação quando atingir ao proposto, sendo os demais excluídos, conforme recomenda (Richardson, 2007).

Para atingir os objetivos, esta pesquisa lançará mão da pesquisa documental, com acesso às reportagens, informativos e no uso de dados oficiais de primeira e segunda mão, conforme destaca (Gil, 2007). Os documentos utilizados para a realização dessa pesquisa foram o diário de campo e relatórios do estágio. Com o uso do método de pesquisa documental, associaremos o emprego da técnica de coleta de dados abertos, conforme Lei de Acesso à Informação (tratados ou não estatisticamente).

Capítulo 1 – Saúde como direito de todos e dever do Estado

No que se menciona a política de saúde no Brasil, podemos compreender que ela resulta de batalhas históricas travadas pelos movimentos sociais em procura de melhorias na sociedade, especialmente durante a década de 1980, que foi quando ocorreu todo o episódio de redemocratização do país, que também coincidiram com as lutas pela constitucionalização das políticas sociais, e esses movimentos pujantes só se afiançaram possíveis com a organização social dos movimentos sociais de diversos setores, contendo parte da reorganização da classe política, e o enfraquecimento da ditadura, conduzindo, ao lado de uma grande crise econômica, com o fim da ditadura militar (Netto, 1991).

Durante esse todo esse ocorrido no período de redemocratização, após a instauração da ditadura militar em 1964, o novo governo sentiu a necessidade de estabelecer mecanismos legais para facilitar a governabilidade do país e implementar

suas decisões políticas. É importante ressaltar que a ditadura militar no Brasil não foi uniforme. Por exemplo, entre 1964 e 1968, foram estabelecidas as bases do Estado de Segurança Nacional e criados mecanismos de controle, como o Ato Institucional 5 (AI-5), justificado como uma medida de combate à corrupção. Durante esse período, foram decretados 17 atos institucionais e 104 atos complementares, conferindo poder quase absoluto ao executivo (Netto, 2011).

A partir do decreto do AI-5, publicado entre 1968 e 1969, a repressão se intensificou, com um cerco aos movimentos sociais, sindicatos, movimento estudantil e movimento rural. Muitos militantes foram exilados e, a partir de 1971, de forma mais ampla, opositores do regime foram torturados e mortos (Netto, 2011).

O período de 1969 a 1974 foi considerado por muitos estudiosos como mais rígido, pois, com os AI-5, os indivíduos perderam direitos fundamentais, como o habeas corpus, e passaram a ser julgados por tribunais militares sem possibilidade de recurso. Durante esse período, trabalhadores, estudantes, intelectuais, artistas, religiosos e militantes progressistas de vários setores da sociedade que lutavam pelo restabelecimento da democracia foram perseguidos. Milhares foram presos, torturados e centenas foram mortos ou permanecem desaparecidos até hoje (Silva, 2011).

O regime militar institucionalizou em larga escala a violência contra os direitos humanos através dos atos institucionais, que estabeleciam a censura, perseguição política, assassinatos, desaparecimentos, prisões arbitrárias e supressão dos direitos constitucionais. Além disso, a população enfrentava empobrecimento generalizado devido a políticas que favoreciam a concentração de riqueza (Silva, 2011).

Contudo, buscou-se uma visão de uma sociedade mais democrática, e foi então que ocorreu a promulgação da Constituição Federal de 1988, com o intuito principal de garantir a plena realização dos direitos sociais dos cidadãos com a responsabilidade inteiramente do Estado, especialmente no que se refere à universalização do acesso aos serviços de saúde, que ocorreu por meio da construção do Sistema Único de Saúde (SUS) (Lisboa, 2022).

Segundo a Constituição Federal de 1988, a Carta Magna do Brasil estabelece que o acesso à saúde é consagrada como um direito de todos os cidadãos e dever totalmente do Estado, garantindo acesso de forma igualitária e universal, como também a serviços e ações que tem o intuito de promover, proteger e restabelecer a

saúde no país (Brasil, 1988). Uma das principais questões em pauta durante a elaboração da Constituição foi a garantia dos direitos individuais e sociais. Grupos sociais diversos, como trabalhadores, movimentos sociais, comunidades indígenas e quilombolas, entre outros, mobilizaram-se para garantir que a nova Constituição contemplasse seus direitos e interesses. Houve uma pressão significativa por parte desses grupos para que a Constituição incluísse disposições relacionadas a questões como direitos trabalhistas, reforma agrária, proteção ao meio ambiente e igualdade racial. (Brasil, 1988).

Além disso, houve debates acalorados sobre a organização do Estado, a distribuição de poder entre os diferentes níveis de governo (federal, estadual e municipal) e a estrutura do sistema político. Diversos setores da sociedade, incluindo partidos políticos, representantes do empresariado e da classe trabalhadora, apresentaram suas propostas e demandas, o que resultou em um processo legislativo complexo e demorado.

Durante esse período, também ocorreram manifestações populares e protestos em todo o país, com grupos que defendiam diferentes pontos de vista sobre as questões em debate na Assembleia Nacional Constituinte. Esses protestos foram uma demonstração da efervescência política e social que marcou aquele momento histórico.

A Constituição também estipula no Sistema Único de Saúde (SUS) que a descentralização das responsabilidades político-administrativas, como também com a coordenação centralizada nas esferas do Governo Federal, Estadual e Municipal, assegurando atendimento abrangente e priorizando serviços de prevenção, sem perdas dos trabalhos principalmente na área de assistência. Além disso, a Constituição prevê a participação ativa da comunidade no exercício do controle social sobre a organização da saúde.

1.1 – O SUS no Pós-Constituição de 1988

Na última década, a saúde testemunhou a inclusão de novos fatores sociais como, a (Participação da Sociedade Civil, Enfoque nos Determinantes de Saúde, Abordagem Interdisciplinar, Promoção da Equidade e Inclusão, Ênfase na Participação Popular e Controle Social) na investigação das condições no que diz

respeito como está a situação de vida da sociedade brasileira e nas propostas governamentais destinadas ao setor. Esse objeto colaborou para que houvesse um vasto desentendimento que transpassou a sociedade, transformando a saúde de um interesse restrito aos técnicos em uma proporção de política intrinsecamente ligada à democracia. (Bravo, 1999).

Dentre os protagonistas que surgiram nesse cenário, merecem destaque: os trabalhadores da área da saúde, que teve a sua representação por entidades, que foram além de corporações, em defesa de demandas mais abrangentes como aprimoramento de melhores circunstâncias de saúde e a consolidação da esfera social; no que diz respeito a reforma sanitária, com o Centro Brasileiro de Estudo de Saúde (CEBES) atuando como veículo para disseminação e o desenvolvimento de debates tanto sobre a Democracia como na Saúde também teve a criação de outras propostas; os partidos que eram da oposição, passaram a incluir em seus planos a ideia e promoveram debates no Congresso para discutir as políticas setoriais; e os movimentos sociais urbanos, que também organizam eventos em colaboração com ademais entidades da sociedade (Bravo, 1999).

As propostas primordiais discutidas por esses grupos coletivos abrangeram a universalização do acesso, como também no entendimento da saúde como um direito indispensável que é total dever do Estado, a reestruturação do setor por meio do plano do Sistema Unificado de Saúde, buscando uma profunda reorganização setorial com uma nova abordagem para a saúde tanto coletiva, como individual. Além disso, destacaram-se o dissociar do método deliberativo para os setores estaduais e municipais, o incentivo real e a socialização da autoridade da localidade por meio de novos instrumentos da administração, como a criação dos Conselhos de Saúde (Bravo, 1999).

A descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal envolve transferir poder e responsabilidade do governo central para as autoridades locais em níveis estaduais e municipais. Isso implica que decisões sobre políticas de saúde, educação, infraestrutura e serviços públicos são tomadas mais próximos da população, ao invés de serem centralizadas no governo federal (Bravo, 1999).

Essa descentralização é comumente promovida com o intuito de melhorar a governança e responder de forma mais eficiente às necessidades locais. Ao transferir a tomada de decisões para níveis mais próximos dos cidadãos, espera-se que as

políticas e serviços sejam mais adaptados às realidades locais, além de promover uma maior participação da comunidade na definição de prioridades e na gestão dos recursos públicos (Bravo, 1999).

Além disso, a descentralização pode ajudar a fortalecer a autonomia e capacidade de gestão das autoridades locais, capacitando-as a ajustar políticas e programas segundo as características e necessidades específicas de cada região ou município. Em suma, a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal busca fortalecer a governança local, promover uma maior participação da comunidade na tomada de decisões e garantir uma prestação de serviços mais eficaz e adequada às necessidades locais (Bravo, 1999).

Tendo em vista a continuidade histórica do processo na 8ª Conferência, em uma abordagem significativamente diferente das passadas, calculou com a participação de aproximadamente quatro mil e quinhentas pessoas, incluindo mil delegados. Indubitavelmente, representou um ponto de virada, ao inserir a sociedade no âmbito das discussões sobre saúde. Os debates transcenderam seus encontros especiais (Saúde Pública, Medicina Preventiva, CEBES e ABRASCO) e ganharam outro tamanho com contribuição de organizações inerrantes da sociedade, como habitantes, partidos políticos, associações distintas, sindicatos e membros do parlamento. A temática sobre a saúde passou a ser analisada apenas de forma setorial, passando a abranger toda a sociedade, propondo não apenas o Sistema Único, como também a Reforma Sanitária (Bravo, 1999).

A Assembleia Constituinte com relação à Saúde transformou-se numa arena política em que os interesses se organizaram em dois blocos polares: os grupos empresariais, sob a liderança da Federação Brasileira de Hospitais (setor privado) e da Associação de Indústrias Farmacêuticas (Multinacionais), e as forças propugnadoras da Reforma Sanitária, representadas pela Plenária Nacional pela Saúde na Constituinte, órgão que passou a congregar cerca de duas centenas de entidades representativas do setor 6. A eficácia da Plenária das Entidades, para atingir seus objetivos, foi resultado do uso adequado de três instrumentos de luta: a capacidade técnica de formular com antecipação um projeto de texto constitucional claro e consistente; a pressão constante sobre os constituintes; a mobilização da sociedade. A proposta de emenda popular apresentada por Sérgio Arouca, indicado pela plenária de Saúde para defendê-la no Plenário da Constituinte, foi assinada por mais de cinquenta (50) mil eleitores, representando 167 entidades (Bravo, 1999, p. 10).

Em concordância com a citação acima, podemos entender que essa assembleia tornou-se um espaço de disputas de interesses políticos, dividindo-se em

dois lados, e para que fosse atingido os objetivos foram necessários a importância de adequar as necessidades impostas naquele momento, levando a proposta no qual foram defendidas por Sérgio Arouca ter sido assinada por uma expressiva quantidade de eleitores, totalizados em cinquenta mil assinaturas, em que representou cerca de 167 entidades.

O artigo jurídico baseia-se nas propostas defendidas no decorrer de muitos anos pelo movimento sanitário, apesar que nem todas as reivindicações detenham sido atendidas quando confrontadas como vantagens de empresários como de planos governamental. Contudo, as discussões principais em cima, do investimento do sistema novo não foram claramente definidas, sem a especificação de um percentual dos orçamentos de origem. Em junção aos remédios, existe só uma citação à capacidade do conjunto de saúde para investigar sua fabricação. No que diz respeito à saúde voltada aos proletariados, não foram incorporadas sugestões no que diz respeito ao benefício de recusa do trabalhador em ambientes comprovadamente insalubres, assim como o acesso a informações sobre a toxicidade dos gêneros manipulados (Bravo, 1999).

A burocratização da reforma sanitária, segundo Fleury (1989), afasta a população da cena política, despolitizando o processo. A concretização da reforma tem dois elementos em tensão: o reformador - imprescindível para transformar instituições e processos, e o revolucionário - que é a questão sanitária, só superada com a mudança efetiva nas práticas e na qualidade de saúde da população. Considera – se que a construção democrática é a única via para se conseguir a Reforma Sanitária e a mobilização política uma de suas estratégias, sendo o desafio colocado para os setores progressistas da Saúde que deveria ser viabilizado na década de 1990 (Bravo, 1999, p. 12 e 13).

Fleury (1989), afirma acima que toda essa burocracia ocasionada pela reforma sanitária traz um afastamento da população deste cenário político, fazendo com que ocorra a despolitização deste processo. E mais adiante traz que esse processo acima tem dois objetos tencionais, visto que um é reformador e outro revolucionário. Por fim, considera que a base para ocorrer a concessão da Reforma Sanitária de uma forma democrática é através da mobilização política.

Segundo Bravo (2006):

A Constituição Federal de 1988 introduz um sistema de proteção social inovador baseado na ideia de Seguridade Social, que torna os direitos sociais universais, tornando a Saúde, a Assistência Social e a Previdência responsabilidades do Estado no âmbito público (Bravo, 2006, p. 88).

Com isso, compreendemos que a Constituição Federal é um pilar de forte sustentação para garantir direitos básicos para a população através do estado, fazendo com que tenham acessos e possam ser devidamente efetivados e acessados todos os seus direitos.

Através da implementação do princípio de descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme estabelecido na Constituição Federal de 1988, as responsabilidades no setor de saúde são distribuídas da seguinte forma: A União é encarregada de conceber, planejar, estabelecer normas, avaliar e fiscalizar as políticas de saúde em todo o território nacional. Os Estados têm a tarefa de formular, coordenar e planejar a política de saúde em âmbito estadual, bem como promover a descentralização, oferecendo apoio técnico e recursos financeiros aos municípios. Por sua vez, os Municípios são responsáveis por criar e executar as ações da política de saúde municipal, além de prestar serviços de saúde dentro de seus territórios (Brasil, 1988).

No que diz respeito aos aspectos legais da política de saúde no Brasil, a Lei Orgânica da Saúde número 8.080/90, por meio do seu sétimo artigo, em concordância com o artigo 198 da Constituição Federal de 1988, estabelece os seguintes princípios: a abrangência universal, a totalidade dos serviços, o respeito à independência das pessoas, e o envolvimento da comunidade (Brasil, 1990).

O Sistema Único de Saúde (SUS) desempenha um papel crucial no contexto brasileiro, garantindo o acesso equitativo aos serviços de saúde há toda a sociedade. Essa iniciativa desempenha um papel fundamental na promoção do bem-estar e da qualidade de vida dos cidadãos do país. O SUS é um exemplo de organização de saúde que visa atender às necessidades de uma nação diversificada, proporcionando atendimento médico, acesso a medicamentos e ações preventivas, independentemente da classe social ou condição econômica dos indivíduos de forma universalizada (Brasil, 1990).

Ao oferecer serviços de saúde públicos e gratuitos, o SUS desempenha um papel essencial na redução das desigualdades e no combate às doenças, contribuindo para o desenvolvimento do país. Além disso, o sistema desempenha um papel fundamental na pesquisa e na formação de profissionais de saúde, fortalecendo o conhecimento e o domínio do Brasil na área da saúde. Portanto, o SUS é um pilar

fundamental para o bem-estar da população brasileira, assegurando que todos tenham a oportunidade de ter acesso à saúde de forma que consigam atender às demandas impostas pela sociedade. (Brasil, 1990).

No entanto, para que a Lei Orgânica de Saúde seja promovida com sucesso, é justo ocorrer um aumento significativo nos recursos financeiros alocados. Isso deve-se ao fato de que o planejamento no setor de saúde abrange diversas áreas, considerando as diferentes dimensões para a execução da política de saúde, a organização dos sistemas de saúde em termos de gestão e aspectos técnicos, e a integração do Sistema Único de Saúde (Nogueira e Miotto, 2006).

1.2- A Saúde como direito social

Contudo, no contexto brasileiro a preservação dos direitos sociais adquiridos ao longo da história pela classe trabalhadora, é resultante de sua mobilização e envolvimento disputas políticas, constitui um notável desafio em uma era marcada pelo neoliberalismo. A Constituição Federal de 1988, que, no seu artigo 6º, enumera como direitos sociais a educação, a saúde, o emprego, a habitação, o entretenimento, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, e a assistência aos necessitados e, pela primeira vez, no artigo 194, apresenta o conceito de segurança social, que engloba um sistema coordenado de medidas, empreendidas pelos Poderes Públicos e pela sociedade, com o propósito de garantir os direitos relacionados à saúde, previdência e assistência social (Brasil, 1988).

Compreende-se que o início do projeto se deu precisamente na década de 1930, e as modificações que ocorreram pós o golpe de 1964 começou uma grande ditadura afetando positivamente tanto o grande capital como também a área da saúde, o padrão utilizado naquela época era o “privilegiamento do produtor privado” e as mudanças ocorridas em 1980 que coincidiram com a proclamação da Constituição de 1988, trazendo um sistema de proteção social, pautando a seguridade social fazendo com que ocorra a universalização dos direitos sociais, garantindo a Previdência Social, Assistência Social e Saúde como responsabilidade e dever do Estado (Bravo, 1986).

Seguindo o mesmo pensamento de Bravo (2013), podemos compreender que a saúde está diretamente a questão social:

A saúde está diretamente relacionada com as condições de vida e trabalho da sociedade, articulando e sofrendo as determinações da estrutura social. No capitalismo monopolista, houve preocupação com a estruturação e sofisticação dos serviços de saúde e incorporação de outros profissionais, além do médico, pela importância econômica, política e social da questão (Bravo, 2013, p. 16).

Contudo, podemos observar acima que as condições de vida têm uma ligação direta com o trabalho feito na sociedade, no qual envolve a participação social no que implica as tomadas de decisões, e também nas necessidades de localidade, e com tudo isso tiveram a necessidade de abranger mais os serviços, fazendo com que colocassem a outros profissionais na saúde além do médico.

No que diz respeito a assistência à saúde dos trabalhadores no período da revolução industrial nos grandes centros, eram financiadas pelo Estado, criando assim a medicina social na Inglaterra, Alemanha e na França. Alguns desses direitos conquistados pela classe dos trabalhadores teve a intervenção do estado, fazendo sua parte no cuidado da ordem social e de intermediação com as classes sociais. O Welfare State, também conhecido como Estado de Bem-Estar Social, é um modelo político e econômico que visa assegurar o bem-estar e a proteção social dos cidadãos por meio de políticas públicas. Este conceito tornou-se proeminente após a Segunda Guerra Mundial, especialmente em nações europeias e em outras partes do mundo. Porém, só no século XX, esta ação terá evolução com a criação de diversas políticas de saúde para a área e também propostas (Bravo, 1986).

Segundo o pensamento de Bravo (1986), a interferência do estado na saúde só ocorre no Brasil também no século XX, os serviços médicos eram realizados de forma filantrópica. Devido às transformações ocorridas no século XIX, tanto no campo econômico como no político, ocorreram iniciativas na área da saúde pública voltadas para a vigilância do exercício profissional e a realização de campanhas, porém muito limitadas. Entretanto, a saúde vem sendo reivindicada pelo movimento operário nos últimos anos do século passado. Só em meados do século XX ocorreram algumas iniciativas voltadas para a área da saúde, que só serão avançadas na década de 1930.

Concorda - se com Braga quando afirma (Braga e Paula, 1985, 41 e 42) que a Saúde emerge como "questão social" no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado (Bravo, 1986, p. 2 e 3).

A saúde eleva-se como questão social no século XX de acordo com Braga (Braga e Paula, 1985, p. 41 e 42), fazendo com que possamos refletir sobre o avanço nas divisões ocorridas no trabalho, por conta da economia exportadora e cafeeira.

Em uma passagem do livro “Relações Sociais e Serviço Social no Brasil” escrito por Yamamoto e Carvalho (2007), traz o mesmo pensamento citado acima. A classe trabalhadora é a que mais sofre, em contrapartida com o crescimento do capital, pois além da pobreza extrema que atinge a classe, existem também a exploração da força de trabalho, que se caracteriza em expressões da questão social e impacta em vários eixos como saúde, moradia, e principalmente no intelectual do trabalhador. O tempo de descanso se reduziu drasticamente e também houve aumento da desorganização familiar por conta do trabalho noturno. O tempo da infância diminuiu, pois as crianças começaram a trabalhar cedo. As mulheres passam também a trabalhar e tudo isso acaba ocasionando na vida do trabalhador muito sofrimento, e uma constante luta diária pela sobrevivência. E com toda essa luta acaba também reivindicando para terem direitos perante a classe trabalhadora, como legislação trabalhista, a redução da carga de trabalho para oito horas por dia, etc. E por sua vez a classe capitalista faz com que essa luta dos trabalhadores não atrapalhe o crescimento do capital (Yamamoto e Carvalho, 2007, p. 66).

Na década de 1920, a atenção à saúde pública torna-se proeminente na retórica política brasileira, com esforços para expandir os serviços em todo o território nacional. A reforma de 1923, liderada por Carlos Chagas, procura ampliar os cuidados de saúde pelo governo central como parte da estratégia da União para fortalecer sua autoridade nacional durante a crise política, notadamente destacada pelos tenentes a partir de 1922 (Bravo, 1986).

Durante esse período, surgem preocupações a respeito à higiene e saúde dos trabalhadores, culminando em medidas que constituíram os alicerces do sistema previdenciário brasileiro. A Lei Elói Chaves, promulgada em 1923, estabelece as Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs), cujo financiamento provém da União, empresas e empregados. As CAPs, estruturadas por empresas, eram predominantemente mantidas por grandes estabelecimentos. O presidente dessas caixas era designado pelo chefe de Estado, enquanto patrões e empregados participavam equitativamente da gestão. Os benefícios abrangiam assistência

médica, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensão para dependentes e auxílio-funeral (Bravo, 1986).

Os trabalhadores ligados ao setor urbano do complexo exportador foram os pioneiros a pleitear politicamente a implementação das CAPs em suas respectivas empresas, incluindo os ferroviários em 1923 e os estivadores e marítimos em 1926. Somente após 1930 é que os demais setores conseguiram estabelecer essa estrutura organizacional (Bravo, 1986).

Conforme a autora supramencionada, podemos compreender que o espaço social de luta da seguridade social refere-se ao ambiente onde ocorrem discussões, confrontos e mobilizações relacionadas aos direitos sociais, especialmente aqueles ligados à proteção social, saúde, previdência e assistência social. Neste espaço, uma variedade de atores sociais, como trabalhadores, sindicatos, movimentos sociais, organizações não governamentais (ONGs), profissionais da saúde e outros grupos interessados, interagem e se envolvem em atividades destinadas a defender e ampliar os direitos sociais. As batalhas travadas no contexto da seguridade social podem abordar questões como acesso universal aos serviços de saúde, garantia de uma previdência social justa e sustentável, proteção dos direitos dos trabalhadores, inclusão de grupos marginalizados e vulneráveis, entre outras questões relacionadas à promoção do bem-estar e da igualdade social.

1.3- Os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde

Os fundamentos e orientações do Sistema Único de Saúde (SUS) estabelecem os alicerces para o funcionamento e a estruturação do sistema de saúde em nosso país. Contudo, O Sistema Único de Saúde (SUS) é um conjunto de serviços, ações e políticas de saúde oferecidos pelo governo brasileiro para todos os cidadãos, de forma gratuita e abrangente. Instituído pela Constituição de 1988, o SUS visa assegurar acesso pleno, igualitário e de qualidade à saúde para toda a população, sem distinção de classe social. Os serviços disponibilizados pelo SUS abrangem uma ampla variedade, desde cuidados básicos, como consultas médicas e exames, até procedimentos especializados, cirurgias e internações hospitalares. Além disso, o sistema inclui iniciativas de promoção da saúde, prevenção de doenças, vigilância epidemiológica e programas de saúde pública (Paim, 2018).

Todavia, reafirmando os direitos conquistados ao longo da história pela população brasileira, além de enfatizar o caráter democrático, humanista e federalista que deve caracterizar sua implementação. Contudo, para haver uma maior compreensão, veremos uma citação a seguir na qual (PAIM, 2018) traz sobre a formulação e implementação do SUS:

Desde as origens do movimento sanitário sempre esteve presente a preocupação com as bases de sustentação política para a RSB/SUS. O empenho no envolvimento das entidades de saúde, sindicatos e segmentos populares foi muito debatido. Partidos políticos e parlamentares ligados às forças democráticas foram acionados no processo constituinte e na elaboração e aprovação da Lei Orgânica da Saúde. A instalação e o funcionamento da Plenária da Saúde representou um espaço de articulação entre essas forças, configurando um saldo organizativo para a implantação do SUS (Paim, 2018, p. 1726).

Nesse contexto, é essencial compreender os princípios como também as diretrizes do SUS voltadas para uma perspectiva histórica e epistemológica, visto que eles representam um produto resultante de um processo político, refletindo concepções sobre saúde e doença, direitos sociais, gestão e a relacionamento entre todas as esferas de governo no país, entre outros aspectos.

O propósito deste texto é descrever e contribuir para a compreensão dos princípios e diretrizes do SUS, analisando os conteúdos presentes na legislação do SUS e nas abordagens de autores. Pretende-se abordar o tema não apenas de maneira descritiva, mas também compreendendo seu contexto histórico, político e epistemológico.

A base legal do SUS é essencialmente constituída por três documentos que delineiam os elementos fundamentais que estruturam e organizam o sistema de saúde brasileiro, a saber:

- 1- “A Constituição Federal de 1988, na qual a saúde é considerada um dos pilares que compõem a seguridade social, ao lado da previdência e da assistência social” (Brasil, 1988).
- 2- “A Lei 8.080, datada de 19 de setembro de 1990, também conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que aborda principalmente a organização e regulamentação das ações e serviços de saúde em todo o território nacional” (Brasil, 1990a).
- 3- “A legislação de número 8.142, datada de 28 de dezembro de 1990, delineia o modelo de envolvimento da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS) e

trata das transferências de recursos financeiros entre os entes federativos na área da saúde” (Brasil, 1990b).

Além disso, existem várias regulamentações, decretos, portarias e medidas provisórias que atualizam, modificam ou revisam aspectos organizacionais e operacionais desse sistema. No entanto, a estrutura formal do SUS encontra-se especificada nos três documentos mencionados anteriormente.

Reformular e elucidar os princípios e orientações do Sistema Único de Saúde (SUS) no contexto brasileiro não é uma tarefa fácil, tampouco concisa. Enfrentar esse desafio implica lidar com várias dificuldades, que se manifestam em diferentes aspectos. Vamos realizar uma análise breve de partes do texto constitucional relacionadas à área de saúde e da Lei 8.080, que serve como a legislação fundamental para a saúde:

CAPÍTULO II -Dos Princípios e Diretrizes

Art. 7º As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

I - universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;

II - integralidade de assistência, entendida como conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;

III - preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; [...];

VIII - participação da comunidade (Brasil, 1990. p, 69).

O Sistema Único de Saúde (SUS), que foi incorporado à Constituição Federal do Brasil em 1988 por meio do art. 196, é considerado uma das principais conquistas sociais da sociedade brasileira. Sua regulamentação ocorre por meio de leis orgânicas aprovadas em níveis infraconstitucionais, visando estabelecer normas para concretizar os princípios orientadores (universalidade, equidade, integralidade) e organizativos (descentralização, regionalização, hierarquização e participação social) do SUS. Dessa forma, ao abordarmos a descentralização como ponto central de discussão, compreendemos que essa medida rompe com a longa história ditatorial militar que perdurou por mais de vinte e cinco anos na sociedade brasileira, permitindo que Estados e municípios assumam uma parte significativa do processo decisório (Brasil, 2000).

O processo de descentralização apresenta desafios e ambiguidades no que diz respeito à distribuição de poder e responsabilidades entre os entes federativos. Assumir esse compromisso perante a população exige um amadurecimento político, com a necessidade de pactos entre os atores federados. Isso ocorre porque a saúde passa a ser reconhecida como um direito e dever do Estado em seus três níveis de governo, ampliando a responsabilidade da sociedade e gerando resistência devido às dificuldades do nível central em delegar poder aos níveis locais (Brasil, 1990).

Enquanto a delegação de poder gera conflitos, há também uma considerável insegurança em relação à capacidade dos municípios de assumirem parcial ou integralmente novas responsabilidades e atribuições relacionadas à gestão e execução de ações de saúde (promoção, proteção, recuperação e reabilitação) ao nível local. Essa dualidade presente nos municípios resulta das características do processo de descentralização adotado no Estado brasileiro, marcado pela municipalização e forte centralização do financiamento na União, sem a intermediação e participação efetiva dos estados (Brasil, 1990).

Em relação ao financiamento, considerado um dos aspectos mais desafiadores do setor de saúde, observou-se a implementação do repasse direto (fundo a fundo), envolvendo o Fundo Nacional de Saúde e os Fundos Estaduais e Municipais de Saúde. Além disso, ocorreu o repasse da Contribuição Provisória sobre Movimentação Financeira (CPMF) e a introdução do Piso Assistencial Básico (PAB – NOB 96). Quanto ao modelo de atenção, o autor destaca a relevância dos conteúdos presentes nas Leis Orgânicas da Saúde, na Constituição Federal, em leis estaduais e nas Leis Orgânicas Municipais, que reforçam as diretrizes e princípios do SUS. O texto também menciona a experimentação de modelos assistenciais alternativos, exemplificados por iniciativas como a vigilância em saúde, ações programáticas e o programa de saúde da família, entre outros (Paim, 1999).

No contexto da reforma do aparelho do Estado, a descentralização da União e dos Estados para os municípios, bem como a extinção do INAMPS, são aspectos cruciais para consolidar os princípios doutrinários e organizativos do sistema de saúde. Essas medidas possibilitam a transferência completa do aparato técnico-operacional e da infraestrutura necessária para a efetivação do sistema de saúde. Além disso, incentivam o surgimento e desenvolvimento de novos fatores sociais na esfera da saúde, indivíduos detentores de poder político e competência técnica,

capazes de exercer um controle mais efetivo sobre o sistema público de saúde. Isso ocorre por meio das instâncias colegiadas das Comissões Locais de Saúde e dos Conselhos de Saúde, que orientam o exercício do controle social sobre as políticas e ações de saúde no âmbito local (Mendes, 1998).

Considerando as peculiaridades do Estado brasileiro, com sua vasta extensão territorial e profundas disparidades sociais, o processo de descentralização emerge como um aliado crucial na redução da desigualdade e na elaboração e disponibilização de ações de saúde que atendam às realidades regionais e locais. Isso se torna possível quando o planejamento, a programação e o controle social estão alinhados tanto com as particularidades dos Estados quanto dos municípios, permitindo a correção das discrepâncias existentes entre diferentes municípios e até mesmo dentro de microrregiões, como bairros, favelas, vilas urbanas e rurais, e diversas outras formas de agrupamentos sociais (Brasil, 2002).

Os direitos sociais são definidos como direitos que envolvem ações e serviços materiais, isto é, exigem que o Estado forneça serviços ou atividades visando melhorar as condições de vida e o desenvolvimento da população, visando reduzir desigualdades e promover um futuro melhor para o país. O ideal é que o Estado seja ativo, intervencionista, executor e promotor de mudanças (Carvalho, 2003).

Finalizando, ainda em relação à viabilidade dos direitos sociais, é relevante mencionar a questão da "reserva do financeiramente possível" (Vorbehalt des Möglichen). Para concretizar os direitos sociais, é necessário um ajuste orçamentário que defina a alocação de recursos para a implementação de políticas públicas relacionadas a esses direitos. Embora as previsões orçamentárias sejam importantes, elas não representam os verdadeiros obstáculos para a efetivação dos direitos sociais, uma vez que estão sujeitas ao contexto político de cada momento. O orçamento é elaborado conforme as vontades políticas do momento, que podem favorecer tanto as questões sociais quanto os interesses econômicos. Esse é, de fato, o grande desafio (Carvalho, 2003).

As reformas do Estado, contrarreformas e a ascensão do neoliberalismo têm impactado significativamente as políticas públicas e sociais, incluindo o Sistema Único de Saúde (SUS) e outras áreas. O neoliberalismo, com sua ênfase na redução do papel do Estado na economia e na promoção da livre competição, muitas vezes resulta em cortes de gastos públicos e privatizações. Essas medidas podem minar a

capacidade do Estado de fornecer serviços públicos de qualidade, incluindo cuidados de saúde acessíveis e universais. (Paula e Viana, 2011).

No contexto específico do SUS, as políticas neoliberais podem levar a uma redução do financiamento público, aumento da terceirização de serviços de saúde e enfraquecimento dos princípios de universalidade, integralidade e equidade fundamentais para o sistema. Além disso, a privatização de serviços de saúde pode aumentar as desigualdades no acesso aos cuidados de saúde, favorecendo aqueles que podem pagar por serviços privados em detrimento dos mais vulneráveis. (Paula e Viana, 2011).

Por fim, essas mudanças também podem ter impactos negativos em outras áreas de políticas públicas e sociais, como educação, assistência social e habitação. Os cortes de gastos e a privatização nessas áreas podem resultar em uma redução da qualidade e da disponibilidade dos serviços, aumentando as desigualdades sociais e econômicas. Em consonância, é importante destacar que esses efeitos não são inevitáveis e dependem das escolhas políticas feitas em cada contexto específico. Alternativas políticas, como investimentos públicos em serviços sociais e a promoção de políticas redistributivas, podem ajudar a mitigar esses impactos negativos e fortalecer a capacidade do Estado de garantir o bem-estar de todos os cidadãos. (Paula e Viana, 2011).

1.4 Participação e controle social no SUS

A implementação do controle social e participação na construção do Sistema Único de Saúde (SUS) são de extrema relevância. Entender como se dá a história da organização dos conselhos, os acordos que são feitos e legislação associada são que serão vistos no decorrer deste capítulo.

O material utilizado como base para poder ser escrito esse texto foi a publicação “Para entender o Controle Social na Saúde” (Brasil, 2013). Uma ferramenta essencial para aprimorar e auxiliar a atuação dos conselheiros de saúde, tanto na fiscalização como na elaboração e deliberação das políticas públicas de saúde no Brasil.

Com o passar do tempo, observamos transformações significativas que contribuíram massivamente na sociedade para a área da Saúde. Essas modificações foram cercadas por um sistema complexo, alcançando em um aperfeiçoamento

contínuo do sistema de controle social, caracterizado por maior competência, resolução, autonomia e reconhecimento. A popularização das políticas de saúde é um exemplo concreto das melhorias alcançadas por meio da implementação do controle social.

Adiante podemos observar na citação a seguir como ocorre a constituição de conselhos, como também das conferências de saúde:

Os conselhos de saúde e as conferências de saúde se constituem, atualmente, nos principais espaços para o exercício da participação e do controle social na implantação e na implementação das políticas de saúde em todas as esferas de governo. Atuando como mecanismos essencialmente democráticos, através deles, a sociedade se organiza para a efetiva proteção da saúde como direito de todos e dever do Estado. A amplitude do campo de atuação dos conselhos de saúde, além de valiosa, é extensa. Como exemplo, a instituição dos conselhos de saúde atende à exigência legal estabelecida para o repasse de recursos financeiros, estaduais ou federais, ao setor Saúde. Sua atuação e variedade de competências fazem com que, hoje em dia, todos os municípios brasileiros disponham de um conselho de saúde (Brasil, 2011, p. 12).

Em concordância com a citação acima, podemos nitidamente compreender a importância tanto dos Conselhos de Saúde, como também das conferências de saúde realizadas. Esse processo é necessário para que a população possa participar diretamente tanto auxiliando nas propostas, fazendo com que as políticas públicas criadas sejam eficazes para atender a demanda imposta por aquela localidade ou público específico, como também na fiscalização das verbas enviadas para atender determinada política. E, consoante as normas estabelecidas, todos os municípios brasileiros contam com um conselho municipal de saúde, tornando assim de grande valorização.

O surgimento do primeiro Conselho Nacional de Saúde (CNS) em 1937 no Brasil remonta a mais de sete décadas. Sua origem e desenvolvimento estão estreitamente ligados a diversos momentos históricos do país, caracterizados pelos desafios e conquistas enfrentados pela sociedade brasileira no âmbito da política social. (Brasil, 2011).

A instauração do primeiro Conselho de Saúde (CNS), se deu no período em que Vargas era o presidente da república veja a seguir:

Em 1937, durante a instauração do Estado Novo por Getúlio Vargas, estabeleceu-se no Brasil um novo pacto social, embora autoritário, que buscava incorporar novos participantes, especialmente aqueles vinculados

ao mundo do trabalho. A partir desse período, o Brasil entrou em uma fase em que o Poder Executivo federal e sua burocracia se fortaleceram consideravelmente, com as manifestações da sociedade sendo reguladas e limitadas pelo Estado (Brasil, 2011, p.16).

O primeiro CNS, é resultado de um regime autoritário, foi instituído em 1937 com o intuito de conferir uma maior legitimação às instituições do Estado. Naquele período, o Ministério da Saúde ainda não estava estabelecido, e era vinculado ao Ministério dos Negócios da Educação e da Saúde Pública, e sua administração se dava pelo Departamento Nacional de Saúde (DNS).

O alvo principal estava voltado para as questões relacionadas ao controle de e higiene pública, como também de endemias, com ênfase na execução de campanhas sanitárias em portos e em áreas associadas a produção agrícola. Isso se deve ao fato de a exportação de café ser a principal fonte econômica do Brasil. Essas ações, conhecidas como campanhas sanitárias, eram implementadas em uma estrutura rigidamente hierarquizada, quase militar, destacando a ênfase na "guerra" contra as doenças endêmicas (Brasil, 2011).

Adiante podemos observar na citação abaixo quando ocorreu a primeira conferência de Saúde no Brasil e como iriam ocorrer as demais:

As conferências de saúde têm longa história. Já nessa época, com o objetivo de articular as ações desenvolvidas pelos estados nas áreas de saúde e de educação, o governo federal estabelece, por decreto, a realização de Conferências Nacionais intergovernamentais a cada dois anos. Em janeiro de 1941, acontece a Primeira Conferência Nacional de Saúde, da qual participaram profissionais do então Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, além de outras autoridades. Com o tema "Situação sanitária assistencial dos estados e municípios" surgiram, nessa Conferência, propostas sintonizadas com a política de saúde da época, tais como organização de um programa nacional de saúde, com foco na proteção à infância, à adolescência e à maternidade; organização da administração sanitária e assistencial nos estados e nos municípios; intensificação das campanhas contra hanseníase (na época chamada de lepra), tuberculose e outras doenças; além da instalação de serviços de saneamento (Brasil, 2011, p.18).

A primeira conferência de Saúde aconteceu no Brasil em meados de 1941, em que teve a participação de inúmeras autoridades. O tema escolhido para debater naquele momento foi "Situação Sanitária assistencial de estados e municípios" as propostas que surgiram naquele momento foram ajustadas com a política de saúde do período, e dentre eles estavam propostas para proteção à infância, campanhas contra tuberculose, etc.

Com o fim do Estado Novo em 1945, o panorama brasileiro experimentou significativas transformações. Uma nova Constituição Federal foi redigida, restabelecendo o estado de direito e as garantias individuais, além de restaurar a divisão de poderes. A partir desse ponto, iniciou-se um período conhecido como "desenvolvimentista," estendendo-se ao longo dos anos 1950 até o início da década de 1960. Durante esse período, a descentralização administrativa foi implementada, abrangendo inclusive a distribuição dos recursos financeiros. Houve também a criação de grandes empresas estatais, como a Petrobrás, a expansão dos direitos trabalhistas, vultosos investimentos nos setores de energia, transporte, indústrias de base, alimentação e educação, além da aceleração do processo de industrialização no Brasil, marcado pela implantação da indústria automobilística no país (Brasil, 2011).

Em 1953, houve uma separação entre saúde e educação, sendo criadas pastas distintas para cada uma delas. O Ministério da Saúde (MS) foi estabelecido, marcando o início da consolidação de uma política nacional de saúde. No entanto, apesar da perspectiva desenvolvimentista, os recursos financeiros alocados para a saúde eram limitados. Nesse contexto, o Conselho Nacional de Saúde (CNS), agora regulamentado por decreto-lei, recebeu a responsabilidade de colaborar com o Ministro da Saúde, resultando em um aumento de conselheiros de 17 para 27 em 1962. Durante as décadas de 1950 e 1960, apenas duas Conferências Nacionais de Saúde foram realizadas, uma focada em higiene e segurança no trabalho, e a outra em descentralização na área de saúde (Brasil, 2011).

A Ditadura Militar, que foi um golpe de estado estabelecido em 1964 com o propósito de fortalecer o controle sobre a população e mitigar as tensões sociais, optou por abordar a questão da saúde através da implementação de medidas assistencialistas. No final dos anos 1970 e início dos anos 1980, o país enfrentou uma crise abrangente, abarcando aspectos políticos, ideológicos e fiscais, desencadeada por fatores como recessão, desemprego, aumento da dívida pública, redução na arrecadação e ineficácia nos serviços públicos, notadamente na área da saúde e previdência. O país era caracterizado pela exclusão de parte da população em termos de acesso à saúde, e várias epidemias, como meningite e febre-amarela, assolavam o Brasil (Brasil, 2011).

Entretanto, a participação crucial da população agora foi substituída pela representação do conhecimento técnico. Durante o período da ditadura militar, ocorreram apenas quatro Conferências Nacionais de Saúde. Em 1985, o Brasil testemunhou a transição do regime militar para a redemocratização, com a instauração de um governo civil por meio de eleições indiretas. Esse governo, estabelecido sob a sombra da recente morte do presidente eleito Tancredo Neves, teve José Sarney como vice-presidente, liderando uma administração formada por diversas forças política (Brasil, 2011).

Todavia, com todo esse processo acontecendo, a nova reforma sanitária brasileira aconteceu apenas na, 8ª Conferência Nacional de Saúde, que teve marco em 1986 pelo governo da Nova República, veja a seguir:

A universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor, pela estratégia do Sistema Unificado de Saúde; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal; o financiamento efetivo e a democratização do poder local pela determinação de novos mecanismos de gestão compuseram os principais temas de debate do que se convencionou chamar de Reforma Sanitária brasileira. Seu marco fundamental foi a 8ª Conferência Nacional de Saúde, convocada pelo governo da Nova República e realizada em 1986, entre os dias 17 e 21 de março (Brasil, 2011, p. 26).

Com a universalização e a garantia de direitos como dever do estado, o financiamento positivo, a descentralização dos poderes municipal e estadual, etc. Foram passos de grande importância na área da saúde, pois a partir daí surge uma nova política de saúde. Um fato marcante ocorrido foi que a população foi convocada para participar ativamente das discussões tanto sobre os debates do governo como das políticas.

Após a 8ª Conferência, foram realizadas mais cinco Conferências Nacionais de Saúde durante a vigência do SUS. A 9ª edição ocorreu em 1992, marcando o início de um intervalo regular de quatro anos entre as conferências. No entanto, a 12ª Conferência foi convocada com um intervalo de apenas três anos em relação à anterior, quebrando a sequência estabelecida.

Perpassando um pouco sobre a participação social podemos compreender a partir da Lei Federal Nº 8.080/90 que trata das diretrizes para promover, proteger e recuperar a saúde, além de abordar a estrutura e o funcionamento dos serviços relacionados a essa área. Já a Lei Federal Nº 8.142/90 aborda a participação da comunidade na administração do Sistema Único de Saúde (SUS) e também trata das

transferências intergovernamentais de recursos financeiros destinados à saúde (Brasil, 2011).

Entendendo um pouco mais sobre participação social podemos observar abaixo:

A partir de então, a atuação da sociedade no sistema de saúde ganhou uma nova dimensão. A participação social foi ampliada, democratizada e passou a ser qualificada por “controle social”. Controle da sociedade sobre a política de saúde. Com isso, a lógica tradicional do controle social exercido exclusivamente pelos governos era invertida. A sociedade começou, efetivamente, a participar da gestão do sistema de saúde. A população, por meio dos Conselhos de Saúde, passou a exercer o controle social, participando do planejamento das políticas públicas, fiscalizando as ações do governo, verificando o cumprimento das leis relacionadas ao SUS e analisando as aplicações financeiras realizadas pelo município ou pelo estado no gerenciamento da saúde (Brasil, 2011, p. 38).

A participação social é um grande marco, pois a população passa a ter um controle sobre as políticas de saúde. Através dos Conselhos de Saúde a sociedade começa a ter participação no planejamento das políticas públicas, como também na fiscalização efetiva para saber se o dinheiro enviado para a política está sendo administrado de forma efetiva.

Entretanto, o controle social no Sistema Único de Saúde (SUS) é um mecanismo que possibilita a participação da sociedade na gestão e no acompanhamento das políticas de saúde. Na prática, ocorre por meio de diferentes instâncias e modalidades de participação:

Conselhos de Saúde: São espaços de discussão e controle social compostos por representantes do governo, profissionais da saúde e usuários do sistema. Têm como função monitorar e avaliar a implementação das políticas de saúde, além de propor melhorias e fiscalizar o uso dos recursos públicos.

Conferências de Saúde: Realizadas regularmente em âmbito municipal, estadual e nacional, as conferências são oportunidades para debater e elaborar diretrizes para o SUS. Permitem a participação de representantes da sociedade civil, gestores de saúde e profissionais do setor na definição das prioridades e estratégias para a saúde pública.

Ouvidorias e canais de comunicação: São meios pelos quais os cidadãos podem registrar queixas, sugestões e denúncias relacionadas aos serviços de saúde. As ouvidorias têm o papel de receber, encaminhar e acompanhar as demandas da população, contribuindo para melhorar a qualidade e a transparência no atendimento.

Participação em Conselhos Gestores: Além dos conselhos de saúde, algumas unidades de saúde possuem conselhos gestores locais, compostos por usuários, trabalhadores e gestores. Esses conselhos têm a responsabilidade de supervisionar a administração das unidades de saúde, sugerir melhorias e garantir a participação da comunidade nas decisões.

De forma geral, o controle social no SUS desempenha um papel democrático ao permitir que a sociedade civil acompanhe, fiscalize e contribua para o aprimoramento contínuo do sistema de saúde. Isso assegura que as políticas e os serviços de saúde atendam às necessidades e aos direitos dos cidadãos.

Por fim, a partir de 1990, os municípios e estados começaram a estabelecer seus próprios Conselhos de Saúde. Atualmente, no Brasil, além do Conselho Nacional de Saúde (CNS) localizado em Brasília, conta com vinte e seis conselhos estaduais de saúde, um conselho no Distrito Federal, além de mais de cinco mil conselhos municipais, trinta e quatro conselhos distritais sanitários indígenas, e entre outros (Brasil, 2011).

Capítulo 2 – A reabilitação como serviço de atenção do SUS

Atualmente, a Atenção Primária à Saúde (APS) expandiu suas atividades de reabilitação, este núcleo representa a principal porta de entrada no Sistema Único de Saúde (SUS), enfrentando o desafio de coordenar os cuidados de reabilitação dentro da Rede Assistencial de Saúde (RAS) nacional, buscando ao mesmo tempo, otimizar o uso de recursos em procedimentos de média e alta complexidade. Na prática, o modelo está em processo de estruturação, impactando o acesso, a interação e a eficiência entre os diferentes níveis de assistência (SILVA, et al. 2014).

A entrada à reabilitação, é definida como um conjunto de ações destinadas a auxiliar indivíduos com deficiências ou propensos a adquiri-las a alcançar e preservar sua funcionalidade ideal na interação com o ambiente, enfrenta restrições nos recursos de saúde. Da mesma forma, o acesso a especialistas que desempenham um papel crucial na reabilitação de pessoas com deficiência e incapacidade, incluindo fonoaudiólogos, fisioterapeutas e terapeutas ocupacionais, é limitado (Hajjioui, 2015; World, 2012).

Apesar de ter começado em serviços especializados, onde possui uma longa tradição, é crucial compreender o acesso não apenas como o início da reabilitação,

mas também como a presença de profissionais na entrada e na orientação do usuário para as ações de reabilitação, adaptando-se às suas necessidades e aos percursos que ele realiza no sistema de saúde. Isso é fundamental para o cuidado da funcionalidade humana (Gawryszewski, 2012; Peiter et al. 2016).

No contexto brasileiro, foi constatado em 1991 que 1,5% da população apresentava alguma forma de deficiência ou incapacidade. Período este que as pessoas não eram detentoras de direitos e sim marginalizadas pela sociedade. Essa proporção aumentou significativamente ao longo do tempo, atingindo 14,5% em 2010 e 24,0% em 2012. É crucial compreender a eficácia do acesso à reabilitação para fortalecer os serviços de assistência. No âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) é responsável por registrar o número de estabelecimentos e profissionais em atividade. Dado que esse cadastro é um pré-requisito para o pagamento aos estabelecimentos, presume-se que o número registrado seja uma representação aproximada da realidade (BRASIL, 2004; 2007; 2015).

Através da trajetória percorrida, torna-se evidente que o NASF (Núcleo de Apoio a Saúde da Família), desempenha um papel crucial no avanço das iniciativas de reabilitação na Atenção Básica, desempenhando um papel vital na facilitação do acesso a esse cuidado e aprimorando as orientações para encaminhamentos aos serviços especializados para os usuários que deles precisam (REIS et al., 2012). No entanto, os membros do Nasf, em seu trabalho, enfrentam algumas situações que também representam desafios para as equipes de Saúde da Família (ESF). A busca pelo equilíbrio entre ações de reabilitação e prevenção de problemas de saúde, tanto individuais quanto coletivos, com base nas necessidades dos usuários, ainda é uma tarefa complexa, muitas vezes resultando em uma aparente dicotomia entre essas abordagens (Othero e Dalmaso, 2009).

As atividades de reabilitação executadas na Atenção Básica, estabelecem parcerias e colaborando em intervenções com as Equipes de Saúde da Família (ESF). Isso possibilita a troca e compartilhamento de conhecimentos, proporcionando oportunidades para a ampliação e diversificação do aprendizado. Quando as equipes decidem de forma conjunta, incorporam saberes que se tornam valiosos para a melhoria da qualidade da atenção em diferentes contextos de cuidado (Brasil, 2014).

Restrições na regularidade das atividades e consistência no acompanhamento podem ser observadas e atua como elo entre os diferentes pontos da Rede de Atenção à Saúde (RAS), desempenha um papel crucial como regulador detalhado dos encaminhamentos, prevenindo sobrecargas em determinados serviços de saúde (Silva et al., 2012).

A integração do apoio matricial permeia todas as nossas atividades, seja em uma reunião de análise de casos, durante visitas domiciliares ou sessões colaborativas, e até mesmo em eventos coletivos que envolvem profissionais e/ou usuários. Essa abordagem de gestão do cuidado, conhecida como apoio matricial, surge de uma construção conjunta entre diferentes participantes, manifestando-se nas relações abrangentes da rede de atenção aos usuários, transcendendo o âmbito específico da Atenção Básica ou do setor de Saúde. A comunicação eficiente e horizontal tem o poder de abolir relações hierárquicas de poder, uma vez que todos compartilham conhecimentos igualmente relevantes para a promoção do cuidado aos indivíduos ou na organização de atividades (Campos; Domitti, 2007).

É importante ressaltar mais um aspecto crucial: os processos de reabilitação/habilitação precisam ser realizados por equipes multiprofissionais e interdisciplinares, que se ajustam às demandas específicas de cada indivíduo e consideram o impacto da deficiência em sua capacidade funcional (Brasil, 2014).

Fazendo uma explicação sobre funcionalidade podemos compreender:

A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF faz um eixo paradigmático entre a saúde e a doença, pois determina em sua terminologia a funcionalidade como termo amplo que engloba funções e estruturas do corpo, assim como os componentes das atividades, através da execução de tarefas e a participação do indivíduo e seu envolvimento nas situações de vida real, representando a perspectiva social da funcionalidade (Brasil, 2014, p, 6).

O conceito de funcionalidade abarca todas as atividades do corpo, seu desempenho funcional e a participação social, ressaltando os aspectos positivos da interação entre a condição de saúde de uma pessoa e seus fatores ambientais e pessoais. Por sua vez, a incapacidade é um termo amplo que engloba deficiências, limitações de atividades e restrições na participação social, representando os aspectos desfavoráveis dessa interação entre a condição de saúde e os contextos envolvidos. Deficiência e atividade desempenham papéis essenciais no processo de

reabilitação, em que a primeira diz respeito a anormalidades na estrutura corporal ou função fisiológica, enquanto a segunda considera o contexto da tarefa ou ação realizada pelo indivíduo, ou seja, a perspectiva individual da funcionalidade (Brasil, 2003).

Uma das principais prerrogativas do Sistema Único de Saúde (SUS) é garantir que os pacientes recebam assistência de qualidade e dentro de prazos adequados. Para alcançar esse objetivo, são adotadas diversas estratégias, como a formação de redes de cuidados de saúde abrangentes, que incluem serviços específicos para pessoas com deficiência; a aplicação de diretrizes e protocolos para uniformizar o atendimento; a criação de fluxos de assistência que consideram as necessidades individuais dos pacientes; e a instauração de sistemas de regulação e avaliação para garantir a excelência do cuidado oferecido (Brasil, 2014).

Em suma, a habilitação/reabilitação demanda uma abordagem interdisciplinar, com a participação direta de profissionais, cuidadores e familiares nos cuidados prestados. As estratégias para habilitação e reabilitação devem ser personalizadas conforme as necessidades individuais, levando em consideração o impacto da deficiência em sua funcionalidade, bem como os aspectos clínicos, emocionais, ambientais e sociais envolvidos. A cooperação e o compartilhamento de conhecimento entre os membros da equipe são cruciais para aprimorar a qualidade dos cuidados e para identificar os aspectos prioritários a serem abordados em cada fase do processo de reabilitação (Brasil, 2014).

Por fim, presentemente, compreende-se que a saúde não é apenas a ausência de doenças, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Nesse sentido, equipes multiprofissionais desempenham um papel fundamental na promoção da saúde e na prevenção de doenças. A abordagem interdisciplinar permite uma compreensão mais abrangente dos condicionantes e determinantes de saúde, considerando não apenas os aspectos biológicos, mas também os sociais, econômicos e culturais que influenciam o bem-estar das pessoas. Portanto, investir na formação e na atuação de equipes multiprofissionais na saúde é essencial para garantir uma assistência integral e de qualidade à população (Brasil, 2013).

2.1 – Categorizando um Centro Especializado em Reabilitação no Estado da PB

O CER é um centro de atenção ambulatorial especializado em reabilitação, focado em realizar diagnósticos, avaliações, orientações, estimulação precoce e atendimento especializado em reabilitação. Além disso, oferece serviços de concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva. O centro se destaca como uma referência na rede de atenção à saúde em sua região e pode ser estruturado de diversas maneiras (Brasil, 2017):

- ♣ “CER II - composto por duas modalidades de reabilitação;” (Brasil, 2017a).
- ♣ “CER III - composto por três modalidades de reabilitação e” (Brasil, 2017b).
- ♣ “CER IV - composto por quatro modalidades de reabilitação.” (Brasil, 2017c).

O conceito de Ambiência apresentado na Política Nacional de Humanização é descrito como o conjunto de elementos que compõem o ambiente físico, social, profissional e de interações interpessoais, todos eles integrados a um plano de saúde direcionado para a prestação de cuidados acolhedores, eficazes e humanizados (Brasil, 2006).

A proposta é que os serviços da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência ofereçam ambiências confortáveis e acolhedoras, incorporando elementos que promovam as dimensões sensoriais e facilitem tanto a privacidade quanto a interação entre as pessoas e os ambientes, especialmente por meio do uso adequado de cor, iluminação, texturas, sons e aromas (Brasil, 2017).

Segundo a normativa abaixo, podemos observar que todos os CER`s seguem um padrão de , veja a seguir:

Todos os espaços devem observar os princípios da acessibilidade, em especial os estabelecidos na ABNT NBR nº 9.050/2015 e do desenho universal, estabelecendo espaços de uso democrático onde todas as pessoas, inclusive àquelas com Deficiência Física, Sensorial e/ou Intelectual, seja temporária ou permanente, tenham condições iguais de uso, compreensão e expressão (Brasil, 2017, p. 4).

Todo atendimento no CER seguirá uma abordagem coordenada com os demais pontos de foco na Rede de Atenção à Saúde. Isso será efetuado por meio de um

Projeto Terapêutico Singular, cuja elaboração contará com a participação da equipe, do usuário e de sua família (Brasil, 2017).

Uma das principais prerrogativas do Sistema Único de Saúde (SUS) é assegurar que os usuários tenham cuidado integral e resolutivo na rede. Para alcançar esse objetivo, uma variedade de mecanismos pode ser empregada, incluindo a criação de redes de atenção à saúde com seus diversos componentes e pontos de atendimento, baseados em uma abordagem integral de cuidado à saúde da pessoa com deficiência. Além disso, são implementados diretrizes e protocolos de atendimento, estabelecidos fluxos assistenciais adaptados às especificidades e necessidades dos usuários, e desenvolvidos ou aprimorados sistemas de regulação e avaliação dos serviços prestados, com foco na qualidade do cuidado oferecido (Brasil, 2014).

O acesso aos serviços de reabilitação está ligado à capacidade de acolher e atender às necessidades das pessoas atendidas. Isso implica na análise e definição do perfil epidemiológico das áreas de atuação, dos recursos disponíveis e na implementação de processos de educação continuada para as equipes de saúde. Dessa forma, os resultados do cuidado oferecido podem contribuir para melhorar a qualidade de vida e promover o máximo de autonomia possível para a saúde das pessoas com deficiência (Brasil, 2014).

É importante ressaltar que é prioridade atender o usuário no serviço mais próximo de sua residência. Isso requer uma organização dos serviços e pontos de atenção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em cada região de saúde. É essencial haver estrutura física e funcional adequada, bem como equipes multiprofissionais devidamente qualificadas e capacitadas para fornecer assistência especializada em reabilitação para pessoas com deficiência. Esses serviços devem ser integrados de forma articulada com os demais pontos de atenção da atenção básica, hospitalar, urgência e emergência (Brasil, 2014).

O Centro de Reabilitação (CER) tem a possibilidade de colaborar com o progresso e a geração de conhecimento e inovação tecnológica em reabilitação, por meio de parcerias com instituições de ensino e pesquisa. Além disso, pode atuar como um polo de qualificação profissional, promovendo a educação contínua para as equipes multiprofissionais, assegurando a constante atualização e desenvolvimento profissional (Brasil, 2017).

O CER disponibiliza transportes por meio de veículos adaptados, com o intuito de assegurar o acesso de indivíduos com deficiência aos diferentes pontos de atendimento da Rede. Esse serviço destina-se a pessoas com deficiência que enfrentam desafios de mobilidade e não conseguem utilizar os meios de transporte convencionais de forma autônoma, ou que enfrentam consideráveis restrições no acesso e uso dos equipamentos urbanos (Brasil, 2017).

As instalações físicas dos Centros Especializados em Reabilitação seguem uma norma no qual podemos observar abaixo:

As instalações físicas do CER devem estar em conformidade com as; a ABNT NBR 9050/2015-Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos; a ABNT NBR 16537/2016-Acessibilidade-Sinalização tátil no piso- Diretrizes para elaboração de projetos e instalação; da Resolução – RDC Nº 50 ANVISA, de 21 de fevereiro de 2002; Portaria nº 2.728, de 13 de novembro de 2013 e o Manual de Identidade Visual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Brasil, 2017, p. 16).

Os Centros Especializados em Reabilitação são concebidos para formar agrupamentos que ofereçam flexibilidade, especialmente para os CER II e III, permitindo expansões futuras. Eles consistem em módulos para reabilitação física, auditiva, visual e intelectual, além de módulos de apoio. Cada módulo é projetado com ambientes adaptados às necessidades específicas e podem ser organizados da seguinte maneira abaixo: (Brasil, 2017).

Os Centros Especializados em Reabilitação seguem um roteiro de formulação, entretanto o objetivo da tabela abaixo é para se orientar como se agrupa cada CER´s. Podemos observar que existem Centros Especializados que atendem, duas comorbidades, três ou quatro. As deficiências tratadas nos CER`s podem ser: auditiva, intelectual, visual ou física. Dentro desses espaços são realizados inúmeros tipos de terapias, para Reabilitação/Recuperação do usuário, para que o mesmo possa viver de uma forma independente e mais íntegra na sociedade.

A área Especializada de Reabilitação Auditiva conta com um consultório diferenciado (Otorrinolaringologia), uma sala de atendimento individualizado com cabine de audiometria (Sala com cabine acústica, campo livre, reforço visual e equipamentos para avaliação audiológica), uma sala para exame complementar potencial evocado auditivo (EOA - emissões otoacústicas) e BERA, e uma Sala de atendimento individualizado (Sala para seleção e adaptação AASI - aparelho de amplificação sonora individual) (Brasil, 2017).

A área Especializada de Reabilitação Física conta com um consultório diferenciado (Fisiatria, Ortopedia ou Neurologia), uma sala de preparo de paciente (consulta de enfermagem, triagem, biometria), um salão para cinesioterapia e mecanoterapia (Ginásio), quatro boxes de terapias (eletroterapia), dois banheiros individuais para deficientes (Sala de banho), um depósito de equipamentos / materiais a depender dos tipos de equipamentos e materiais. Já a área Especializada em Reabilitação Intelectual conta com um Consultório Diferenciado (Neurologista) (Brasil, 2017).

A área Especializada de Reabilitação Visual conta com um consultório diferenciado (Oftalmológico), uma sala de atendimento individualizado (Laboratório de Prótese Ocular) um consultório indiferenciado (Sala de Orientação de Mobilidade) e um consultório Indiferenciado (Sala de orientação para uso funcional de recursos para baixa visão), (Brasil, 2017).

Abaixo iremos observar uma tabela mostrando os agrupamentos e modalidades de cada CER's:

TABELA 0

Tabela 0 - Programa Mínimo para tipos de CER			
CER Tipo	Tipos de Reabilitação	Programa Mínimo	
		Áreas Especializadas	Demais Áreas
CER II	Auditiva e Física	Tabelas 1 e 2	Tabela 5
CER II	Auditiva e Intelectual	Tabelas 1 e 3	Tabela 5
CER II	Auditiva e Visual	Tabelas 1 e 4	Tabela 5
CER II	Física e Intelectual	Tabelas 2 e 3	Tabela 5
CER II	Física e Visual	Tabelas 2 e 4	Tabela 5
CER II	Intelectual e Visual	Tabelas 3 e 4	Tabela 5
CER III	Auditiva, Física e Intelectual	Tabelas 1, 2 e 3	Tabela 6
CER III	Auditiva, Física e Visual	Tabelas 1, 2 e 4	Tabela 6
CER III	Auditiva, Intelectual e Visual	Tabelas 1, 3 e 4	Tabela 6
CER III	Física, Intelectual e Visual	Tabelas 2, 3 e 4	Tabela 6
CER IV	Auditiva, Física, Intelectual e Visual	Tabelas 1, 2, 3 e 4	Tabela 7

Fonte: Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e das Oficinas Ortopédicas.

As demais tabelas mostrando como acontecem as divisões de salas para atendimentos, como também a composição da equipe profissional que atende nos CER, s estão todas disponíveis no endereço abaixo da tabela.

No estado da Paraíba conta com um total de 10 CER's sendo dois dele estadual, Funad e CER IV de Sousa.

Abaixo seguirá a listagem com todos os CER existentes no estado da Paraíba:

- CER tipo II (físico e intelectual) de João Pessoa - Centro de Referência Municipal de Inclusão para Pessoas com Deficiência;
- CER Tipo IV – FUNAD em João Pessoa Fundação Centro Integrado de Apoio à Pessoa com Deficiência;
- CER tipo II (físico e auditivo) do Conde;
- CER tipo IV de Campina Grande - Funciona na antiga AACD. Referência para a 2ª macrorregião de saúde;
- CER tipo II (físico e intelectual) de Monteiro. Referência para a 5ª região de saúde;
- CER tipo II (físico e intelectual) de Patos. Referência para a 6ª região de saúde;
- CER tipo II (físico e intelectual) de Piancó. Referência para a 7ª região de saúde;
- CER tipo III (física, intelectual e visual) de Princesa Isabel. Referência para a 11ª região de saúde;
- CER tipo II (físico e intelectual) de Catolé do Rocha. Referência para a 8ª região de saúde;
- Reabilita (CER IV localizado no município de Sousa/PB). Referência para a 3ª macrorregião de saúde, que compreende 89 municípios. (Paraíba, 2019).

Finalizando, podemos analisar quais são os CER's que estão em plena funcionalidade no estado da Paraíba, fazendo com que o atendimento das pessoas com deficiência seja realizado de maneira assertiva para que os objetivos iniciais sejam atendidos com sucesso. Mesmo com a demanda de atendimentos realizados no estado sendo imensa, os Centros Especializados em Reabilitação procuram, mediante estratégias, atender o maior número de usuários possíveis. Pois, mesmo o número de profissionais sendo grande, ainda continua sendo ineficiente para atender toda demanda de cada localidade.

2.2 – A assistência à saúde de pessoas com deficiência como dever do Estado

A promulgação da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, resultado do período de democratização do país, assegurou direitos fundamentais aos cidadãos brasileiros. No artigo 23, capítulo II, a Constituição estabelece que “é competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, cuidar da

saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas com de deficiências (Brasil, 1988).

Outras ferramentas jurídicas têm sido implementadas ao longo do tempo para regular os preceitos constitucionais relacionados a esse grupo populacional. Dentre eles, destaca-se a Lei Federal nº 7.853/89, que trata do apoio às pessoas com deficiência e sua integração social, a Lei Federal nº 8.080/90, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, a Lei Federal nº 10.048/00, que estabelece prioridades no atendimento, a Lei Federal nº 10.098/00, que define critérios para promover a acessibilidade, e os Decretos nº 3.298/99, que aborda a Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência, e nº 5.296/04, que regulamenta as Leis Federais nº 10.048/00 e nº 10.098/00 (Brasil, 2010).

Além das demandas por reabilitação serem diversas e em constante aumento, pessoas com deficiências ou incapacidades enfrentam um maior risco de desenvolver comorbidades relacionadas à sua condição. Isso resulta em uma maior dependência dos serviços de saúde para preservar tanto sua saúde física quanto mental. No entanto, essas pessoas deparam-se com múltiplas barreiras que dificultam seu acesso e inclusão nos serviços necessários (Castro et al., 2011).

Contudo, mesmo com os investimentos realizados pelo governo na construção de unidades de reabilitação, tanto Centro Especializados como na Atenção Básica de saúde não são suficientes, pois a demanda e busca por atendimentos aumenta a cada ano. Com isso, filas de esperas aumentam drasticamente, fazendo com que as pessoas que não tem condições de arcar com custos em terapias se submeta ao um longo tempo de espera. E muita das vezes esse longo tempo de espera acaba agravando ainda mais a deficiência das pessoas, seja ela física, auditiva, visual ou intelectual.

Um dado bem relevante é que, após a década de 1960, ocorreu um entendimento maior sobre o que é deficiência, veja a seguir:

O entendimento do conceito relativo à deficiência vem evoluindo em todo o mundo, especialmente após a década de 60, quando se formulou um conceito que reflete a estreita relação entre as limitações que as pessoas com deficiência experimentam, a estrutura do meio ambiente e as atitudes da comunidade. Após ter declarado o ano de 1981 como Ano Internacional da Pessoa Deficiente, a Organização das Nações Unidas (ONU) aprovou, em 1982, o Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência. [...] Tais documentos ressaltam o direito das pessoas com deficiência a terem oportunidades iguais, para usufruírem as melhorias nas condições de vida resultantes do desenvolvimento econômico e do progresso social.

Estabeleceram-se diretrizes para as áreas da saúde, educação, emprego e renda, seguridade social, legislação, orientando os estados membros na elaboração de políticas públicas (Brasil, 2010, p. 21).

A política do Ministério da Saúde, que visa integrar pessoas com deficiência em todos os serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), destaca-se por reconhecer a importância de abordar de forma abrangente as diversas questões relacionadas ao cuidado de saúde dessas pessoas no país (Brasil, 2010).

É assegurado a todas as pessoas com deficiência o direito de serem atendidas nos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde (SUS), desde os Postos de Saúde e Unidades de Saúde da Família até os Serviços de Reabilitação e Hospitais. Este direito compreende a garantia de acesso à consulta médica, tratamento odontológico, cuidados de enfermagem, visitas dos Agentes Comunitários de Saúde, realização de exames básicos e provisão de medicamentos distribuídos pelo SUS. É de suma importância reconhecer que pessoas com deficiência estão presentes em todas as faixas etárias, portanto, bebês, crianças, jovens e adultos devem ser acolhidos em todas as unidades de saúde e suas necessidades, independentemente de estarem ou não relacionadas à deficiência que possuem, devem ser atendidas. A atenção abrangente à saúde das pessoas com deficiência também abarca ações direcionadas para sua saúde sexual e reprodutiva, incluindo o acesso a medicamentos, recursos tecnológicos e intervenções especializadas (Brasil, 2010).

Contudo, é necessário implementar procedimentos de Acolhimento, Atenção, Referência e Contrarreferência adaptados às necessidades específicas das pessoas com deficiência, garantindo-lhes acesso irrestrito às Unidades de Saúde em todo o país, sem enfrentarem barreiras arquitetônicas ou atitudinais, assegurando assim a sua plena cidadania (Brasil, 2010).

Entretanto, conforme suas necessidades individuais, as pessoas com deficiência têm o direito de serem encaminhadas para serviços de saúde mais avançados, onde podem receber atendimento especializado em unidades de média e alta complexidade, visando à reabilitação física, auditiva, visual e intelectual. Além disso, têm acesso garantido a ajudas técnicas, órteses, próteses e dispositivos de auxílio à locomoção, conforme necessário, para complementar o processo de reabilitação e terapias (Brasil, 2010).

A política brasileira em relação às pessoas com deficiência está fundamentalmente ligada à Lei nº 13.146/2015, conhecida como Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Esta lei foi sancionada em 2015 e representa um marco importante na garantia dos direitos e na promoção da inclusão dessas pessoas na sociedade brasileira. Todavia, os objetivos da Lei Brasileira de Inclusão são diversos, mas, em geral visam assegurar e promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por parte das pessoas com deficiência, promover a inclusão social e combater a discriminação em todas as suas formas (Brasil, 2015).

Ademais, entre os princípios e diretrizes da política da pessoa com deficiência no Brasil, destacam-se o respeito à dignidade, à autonomia individual, a não discriminação, à igualdade de oportunidades, à acessibilidade, e entre outros. Esses princípios orientam as ações e políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência em diversas áreas, como saúde, educação, trabalho, transporte, entre outras. Contudo, quanto à articulação com o Sistema Único de Saúde (SUS), a política da pessoa com deficiência busca garantir o acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde, promovendo a inclusão das pessoas com deficiência nos serviços de saúde, a adequação da infraestrutura e dos equipamentos de saúde para garantir a acessibilidade, além de promover a capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento adequado às necessidades dessas pessoas (Brasil, 2015).

Por fim, as equipes das unidades de reabilitação devem ser compostas por profissionais de diversas áreas e atuar de maneira interdisciplinar, incluindo a participação das famílias, das unidades básicas de saúde e das comunidades. É importante buscar recursos locais que auxiliem no desenvolvimento integrado de processos de inclusão para pessoas com deficiência (Brasil, 2010).

2.3 – Princípios e Diretrizes de um Centro Especializado em Reabilitação

Um centro de reabilitação é um ambiente dedicado ao cuidado e recuperação de pessoas que enfrentam dificuldades de saúde física, mental, auditiva ou visual. Seus princípios e diretrizes são de extrema importância. E são fundamentais, pois visam oferecer suporte holístico e personalizado, promovendo a restauração da qualidade de vida e autonomia dos pacientes. Por meio de uma abordagem multidisciplinar, engloba profissionais como médicos, terapeutas físicos, psicólogos e

assistentes sociais. Fazendo com que apenas não trate só os sintomas, mas também entender e abordar as causas subjacentes das condições apresentadas. Além disso, um Centro de Reabilitação valoriza a empatia, a dignidade e o respeito pelos direitos individuais de cada usuário, promovendo um ambiente acolhedor e seguro para o processo de recuperação. (Brasil, 2012).

Segue abaixo uma listagem dos princípios de um Centro Especializado em Reabilitação (Brasil, 2012):

Abordagem Integral: Nosso foco vai além das deficiências física, visual, intelectual e auditiva, englobando também aspectos emocionais, sociais e psicológicos do paciente em nossos tratamentos. **Personalização do Atendimento:** Reconhecemos a singularidade de cada indivíduo e adaptamos os programas de reabilitação de acordo com suas necessidades e capacidades específicas. **Trabalho Interdisciplinar:** Contamos com uma equipe multidisciplinar composta por profissionais de diversas áreas, que colaboram de forma integrada para proporcionar o melhor cuidado possível. (Brasil, 2012).

Participação Familiar: Valorizamos o papel fundamental da família no processo de reabilitação e os envolvemos ativamente, oferecendo suporte e orientação essenciais. **Autonomia do Paciente:** Promovemos a capacitação dos pacientes para que se tornem protagonistas de seu próprio processo de reabilitação, estimulando a autonomia e a tomada de decisões informadas sobre sua saúde e bem-estar. **Acesso Equitativo:** Garantimos que nossos serviços sejam acessíveis a todos, independentemente de sua situação socioeconômica, visando a igualdade de oportunidades no acesso à reabilitação. **Inovação e Pesquisa:** Mantemos um compromisso constante com o avanço científico e tecnológico, buscando continuamente novas abordagens e tecnologias para aprimorar os resultados dos tratamentos de reabilitação. (Brasil, 2012).

A seguir veremos abaixo as diretrizes de um Centro especializado em Reabilitação (Brasil, 2012):

Atendimento Personalizado: Assegurar que cada paciente receba um plano de tratamento único, adaptado às suas necessidades específicas e estado clínico. **Equipe Multidisciplinar:** Manter uma equipe diversificada de profissionais competentes, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos e outros especialistas, para fornecer uma ampla gama de serviços de reabilitação. **Avaliação**

Contínua: Conduzir avaliações periódicas do progresso do paciente e ajustar o plano de tratamento conforme necessário para garantir resultados eficazes. (Brasil, 2012).

Integração de Tecnologia: Incorporar tecnologias avançadas e inovadoras, como equipamentos de reabilitação assistida por computador e dispositivos de realidade virtual, para aprimorar a eficácia dos tratamentos. **Educação do Paciente e da Família:** Oferecer informações abrangentes sobre a condição do paciente, metas de tratamento e estratégias de cuidado, além de fornecer suporte educacional para capacitar tanto o paciente quanto a família no manejo da condição. **Estímulo à Autonomia:** Encorajar a independência e a autossuficiência dos pacientes, auxiliando-os no desenvolvimento de habilidades funcionais e adaptativas para melhorar sua qualidade de vida. **Integração Social e Comunitária:** Facilitar a participação dos pacientes em atividades sociais e comunitárias, promovendo a inclusão e a interação social fora do contexto clínico. (Brasil, 2012).

Acessibilidade e Adequação: Garantir que as instalações do centro sejam acessíveis a todos os pacientes, incluindo aqueles com limitações de mobilidade, e fornecer acomodações adequadas para atender às necessidades individuais. **Controle de Qualidade:** Implementar sistemas de monitoramento de qualidade para garantir que os serviços prestados atendam aos mais altos padrões de excelência e segurança. **Colaboração Interinstitucional:** Estabelecer parcerias com outras instituições de saúde, organizações comunitárias e agências governamentais para garantir uma abordagem abrangente e coordenada à reabilitação. (BRASIL, 2012).

Por fim, a importância dos princípios e diretrizes em um centro especializado em reabilitação é crucial para garantir que os pacientes recebam um tratamento de alta qualidade e eficaz, que leve em consideração suas necessidades individuais e promova sua recuperação completa.

Inicialmente, os princípios como a abordagem interdisciplinar e a personalização do tratamento garantem que cada paciente seja tratado como um indivíduo único, levando em conta não apenas sua deficiência física, auditiva, intelectual e visual, mas também seus aspectos emocionais, sociais e psicológicos. Isso resulta em uma abordagem mais abrangente e completa, que visa não apenas à recuperação física, mas também à melhoria da qualidade de vida do paciente em sua totalidade.

Além disso, a presença de uma equipe multidisciplinar, conforme diretrizes estabelecidas, é essencial para oferecer uma ampla variedade de serviços e terapias que atendam às necessidades específicas de cada paciente. A diversidade de profissionais, como fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e outros especialistas, possibilita uma abordagem integrada e completa, que aborda diferentes aspectos da reabilitação de forma coordenada e eficaz.

A avaliação contínua do progresso do paciente e a adaptação do plano de tratamento conforme necessário garantem que o processo de reabilitação seja flexível e adaptável, permitindo que os profissionais de saúde identifiquem e atendam às necessidades em constante evolução do paciente ao longo do tempo.

A integração de tecnologia e inovação nos tratamentos não apenas aumenta a eficácia dos procedimentos de reabilitação, mas também oferece uma experiência mais estimulante e motivadora para os pacientes, auxiliando-os a alcançar resultados mais satisfatórios em um período de tempo mais curto.

Por fim, a promoção da autonomia e integração social dos pacientes, juntamente com a garantia de acessibilidade e adaptação nas instalações do centro, contribui para uma experiência de reabilitação mais inclusiva e capacitadora, preparando os pacientes para uma reintegração bem-sucedida na sociedade. Em resumo, os princípios e diretrizes de um centro especializado em reabilitação desempenham um papel crucial na garantia de um atendimento de qualidade, centrado no paciente e voltado para resultados, que promove uma recuperação eficaz e uma melhor qualidade de vida para aqueles que necessitam de cuidados de reabilitação.

Capítulo 3 – O trabalho profissional em um Centro de Reabilitação: uma reflexão teórica

Diversas discussões já foram realizadas sobre a atuação dos(as) assistentes sociais no campo da saúde. Há trabalhos que discutem essa temática sob uma ótica de sistematização do SUS no contexto de promoção de saúde em um contexto geral. Outros, em um número menor, direcionam-se para uma linha mais tênue como as abordagens da atuação dos(as) assistentes sociais, nos Centros Especializados em Reabilitação e hospital de Reabilitação e Readaptação em saúde.

Entretanto, fazendo uma abordagem sobre a atuação profissional do(a) assistente social no campo da saúde é feita por Nogueira e Miotto (2006) que desvenda essa atuação em três vertentes. O primeiro direciona-se para a sistematização da ação profissional vinculada ao Sistema Único de Saúde (SUS), que norteiam os processos políticos organizativo e os processos de planejamento e gestão, nos quais se desenvolvem as características peculiares da profissão que abrangem a ação profissional, o conhecimento da realidade do sujeito, e escolhas adequadas de abordagens para a aproximação dos indivíduos (Nogueira, e Miotto, 2006).

Em conformidade, a segundo diz respeito ao planejamento das ações desenvolvidas pelos profissionais, que, no que diz respeito a profissão é um instrumento que está interligado politicamente sendo do interesse de todos. Quanto ao planejamento em saúde a dimensão dessas ações é amplamente organizada, que vai desde a formalização das políticas de saúde, à organização gerencial e técnico-assistencial para a implantação do sistema do SUS na totalidade (Nogueira, e Miotto, 2006).

Em suma, a terceira e última vertente abordada é a avaliação da ação desses profissionais na saúde, que impere na avaliação das primeiras duas vertentes analisadas concluindo que, alcançar as exigências impostas pelo sistema de saúde para torná-la acessível, viável e integral, trazendo resultados concretos para a realidade social é um desafio aos profissionais, tendo em vista a realidade social do Brasil (Nogueira, e Miotto, 2006).

Em resumo das três vertentes descritas acima Nogueira e Miotto (2006) retratam a atuação profissional do(a) assistente social na área de saúde em três aspectos principais. O primeiro envolve a integração da ação profissional com o Sistema Único de Saúde (SUS), onde se consideram os aspectos políticos, organizacionais e de planejamento, com foco na abordagem adequada dos indivíduos. O segundo aborda o planejamento das ações profissionais, destacando sua importância política e organizacional, desde a formulação de políticas de saúde até a gestão do sistema SUS. E a terceira vertente trata da avaliação das ações dos(as) assistentes sociais na saúde, destacando o desafio de tornar o sistema acessível, viável e integral, com resultados concretos para a sociedade brasileira.

3.1- As reflexões teóricas do trabalho do Assistente Social em um Centro de Reabilitação

O Assistente Social destaque-se na sua atuação profissional voltada para saúde, sendo peça chave como um agente que vai planejar e também elaborar políticas que atendam a necessidade da população, além de fiscalizar para saber se determinada política está sendo efetivada com sucesso, ou se apenas está sendo um desperdício de recursos públicos.

Por outro lado, mais direcionado a atuação de assistentes sociais em Centros Especializados em Reabilitação é feito por Camacho (2019), que faz uma análise da atuação dos(as) assistentes sociais nos CER's com uma visão geral, evidenciando o caráter da profissão que promove uma atuação qualificada, na apreensão da realidade com uma ótica mais crítica, colocando os profissionais em um patamar de extrema importância frente a atuação junto a pessoas com deficiência, constatando assim, a importância da categoria nessa frente de saúde, evidenciando ainda a capacidade dos profissionais. No que direciona para a atuação no Centro Especializado em Reabilitação, a atuação dos(as) assistentes sociais está mais diretamente ligada à gestão do Programa de Órteses e Próteses, articulando a liberação das OPMAL's (Camacho, 2019).

De acordo com o censo de 2010, quase 46 milhões de brasileiros, que representam cerca de 24% da população, relataram ter algum grau de dificuldade – seja para enxergar, ouvir, caminhar, subir degraus ou possuir deficiência mental/intelectual (IBGE, 2010). [...]. O serviço social ainda tem um árduo caminho pela frente, pautado no seu código de ética o exercício profissional é complexo diante de uma realidade contemporânea e capitalista predominando a negação de direitos. Assim, o presente estudo tem como objetivo, sintetizar a atuação do assistente social frente a pessoa com deficiência (Sousa, R. et al. 2023, p.03 e 04.).

As duas últimas citações acima trazem pontos bem distintos sobre a atuação profissional, na primeira Camacho (2019) mostra que o trabalho do assistente social está voltado mais para a administração de Programa de Órteses e Próteses, dentro dos Centros Especializados em Reabilitação. Porém, Sousa, R. et al. (2023), já traz uma perspectiva bem diferente mostrando que o assistente social tem o seu trabalho direcionado para as pessoas com deficiência, fazendo com que elas tenham acessos

e que sejam devidamente efetivados todos os direitos mesmo com as dificuldades impostas pela nossa sociedade, sempre respeitando os valores do código de ética.

Todavia, dois trabalhos discutem essa temática sob a ótica de experiência pessoal/profissional, vivenciada em instituições de saúde que constituem a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. Um realizado em um Centro de Reabilitação e Readaptação (CRER), outro, em um Centro Especializado em Reabilitação (CER), no trabalho de Queiroz (2020), são analisados os limites que os assistentes sociais encontram para realização de suas funções em instituição gerida por organização social, que resultou na constatação de que há um desafio profissional, no que tange a efetivação dos direitos sociais que está ligado diretamente ao Estado pelo viés neoliberal, descaracterizando o papel do governo na garantia de direitos através de contra reformas, resultante na desqualificação de serviços públicos e desregulamentação de políticas sociais.

De acordo com Mota e Bousquat (2021), a deficiência apresenta diversas formas e tipos, deficiência que podem ser: auditiva, visual, física, mental e deficiência múltipla. A deficiência, por si só, já acarreta diversas problemáticas e quando falamos em pessoas com deficiência e em situação de vulnerabilidade social, o cenário tende a ficar ainda mais crítico (Sousa, R. B. de, 2023, p.03).

Em conformidade na pesquisa de Penha et.al, é apresentado o estudo sobre a caracterização da atuação profissional frente a pessoa com deficiência que por sua vez demonstra a fragilização da atuação desses profissionais problematizada pela omissão do estado na garantia de direitos sociais que reflete em indivíduos com diversas expressões da questão social, não se limitando apenas a questão da saúde e inviabilizando a garantia de acesso a alguns direitos, também como mostra Mota e Bousquat (2021) acima.

Observou-se, que as produções a respeito da atuação de assistentes sociais com ênfase nas instituições de saúde, que constituem a Rede de Cuidados a Saúde da Pessoa com Deficiência ainda é recente, e que é necessários estudos que promovam a compreensão do Projeto Ético-Político da profissão, uma vez que em todas as pesquisas em conjunto foi observado que os reflexos da questão social é um dos grandes problematizados no desenvolvimento das ações desses profissionais, demonstrando a importância de aprofundamento nas pesquisas que esclareçam a

atuação e demonstra a importância do trabalho do Serviço Social junto a promoção da saúde de pessoas com deficiência.

Netto (1996) ressalta que é importante enfatizar a relevância de discutir o papel do assistente social no contexto das políticas sociais para a defesa e garantia dos direitos das pessoas com deficiência no Brasil. O trabalho com esse grupo é fundamental para melhorar sua qualidade de vida, promover a reabilitação, e facilitar a inclusão na sociedade, firmado no compromisso da profissão no Projeto Ético-Político. Além disso, é necessário destacar os desafios e obstáculos que esses profissionais enfrentam devido ao contexto neoliberal, que a todo momento vai contra os interesses da classe trabalhadora. Isso afetou, simultaneamente, o Serviço Social, uma profissão que se posiciona para lidar com as questões sociais na sociedade capitalista em sua fase monopolista (Netto, 1996).

Em suma, atualmente, o campo do Serviço Social adota uma abordagem dialética ao explorar as interações entre indivíduos e sociedade, acompanhando uma constante dinâmica social em que a sociedade se diversifica e está sujeita a mudanças contínuas. Há uma necessidade urgente de garantir a igualdade no acesso aos serviços, incluindo as pessoas com deficiência, mas há várias áreas que necessitam de melhorias. Nesse contexto, o Serviço Social está lutando para atender às demandas crescentes que surgem à medida que as pessoas buscam exercer seus direitos e não se restringem devido às limitações causadas por deficiências. Essa profissão, como parte de um esforço coletivo, carrega consigo as complexidades e influências do ambiente social, o que lhe confere um caráter transformador (Barroco, 2003; Iamamoto, 1999).

Seguindo, o Serviço Social, mais precisamente para a igualdade de acesso à saúde, a lei brasileira nº13.146 de 06 de junho de 2015, dispõe sobre a inclusão da pessoa com deficiência (estatuto da pessoa com deficiência), onde em seu art.18 dispõe o seguinte: “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.”

Diante do exposto, compreende-se que é garantido por lei que o atendimento em todos os níveis de complexidade na área da saúde, voltado para pessoas que possuem algum tipo de deficiência, sejam devidamente acessados, fazendo com que os atendimentos ocorram de maneira igualitária para todos.

4º As ações e os serviços de saúde pública destinados à pessoa com deficiência devem assegurar:

- I - Diagnóstico e intervenção precoces, realizados por equipe multidisciplinar;
- II - Serviços de habilitação e de reabilitação sempre que necessários, para qualquer tipo de deficiência, inclusive para a manutenção da melhor condição de saúde e qualidade de vida;
- III – atendimento domiciliar multidisciplinar, tratamento ambulatorial e internação; [...]. (Brasil, 2015).

Por fim, com base nisso, foi implementado na rede de saúde pública os Centros de reabilitação, que atende a todos os níveis de deficiências, e para dar suporte aos atendimentos dessa complexidade está articulada com o atendimento multiprofissional a qual também se insere o assistente social.

3.2- Qual a importância do Assistente Social em um Centro de Reabilitação

Partindo desse contexto de conceito de saúde, uma nova organização de saúde pública passa a ser regida no país com a criação do SUS, que perpassa por todos os cuidados ao nível de atenção à saúde, desde a primária (atenção básica) até os níveis de alta complexidade. Nesse conceito de ampliação da definição das áreas de saúde, se aplica o trabalho de equipes multiprofissionais na qual está inserido o profissional do Serviço Social.

No que se refere ao perfil dos assistentes sociais do Brasil podemos compreender que:

Pesquisa sobre o perfil dos assistentes sociais no Brasil, promovida pelo Conselho Federal de Serviço Social, com base em dados em 2004 (CFESS, 2005), constata que, no nível nacional, 78,16% dos assistentes sociais atuam em instituições públicas de natureza estatal, das quais 40,97% atuam no âmbito municipal, 24%, estaduais e 13,19%, federais. [...]. O segundo maior empregador são empresas privadas com 13,19% (o mesmo índice que as instituições federais), seguido do “Terceiro Setor”, com 6,81% (englobando Organizações Não Governamentais (ONGs), Associações, Cooperativas, entre outras que viabilizam a chamada “responsabilidade social (Iamamoto, 2009, p.5).

Entre o processo de organização na área da saúde está a definição dos profissionais que compõem a equipe multidisciplinar e a atuação profissional de cada um. O assistente social é de extrema importância nessa configuração, levando-se em conta as ferramentas para o trabalho na saúde, considerando o seu código de ética, o qual direciona a uma atuação crítica e competente. Essas ferramentas estão

descritas nos “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Social na Política de Saúde”, publicado pelo CFESS em (2010), os quais consistem em:

- Estar articulado e sintonizado ao movimento dos trabalhadores e de usuários que lutam pela real efetivação do SUS;
- Conhecer as condições de vida e trabalho dos usuários, bem como os determinantes sociais que interferem no processo saúde-doença;
- Facilitar o acesso de todo e qualquer usuário aos serviços de saúde da instituição e da rede de serviços e direitos sociais [...].
- Buscar a necessária atuação em equipe, tendo em vista a interdisciplinaridade da atenção em saúde; [...] (CFESS, 2010; p.30).

Ainda com relação à atuação do assistente social na saúde, no contexto de multidisciplinaridade em saúde, se faz importante o planejamento das ações profissionais levando-se em conta o caráter coletivo.

Contudo, mesmo que o trabalho em saúde seja caracteristicamente de perfil coletivo, uma organização profissional específica se faz necessária para direcionar de forma reflexiva as ações a serem desenvolvidas a fim de facilitar o sistema de trabalho coletivo, o que direciona para seu espaço-ocupacional nas equipes (Nogueira e Mito; 2006, p.15).

Assim, o direcionamento citado acima, 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, uma vez que a prática dessas afirmativas esclarecem o perfil da profissão e o seu compromisso com as políticas públicas sociais.

No Brasil, de acordo com Iamamoto (2009) o trabalho dos assistentes sociais é de extrema relevância, principalmente no âmbito da seguridade social. Eles desempenham um papel fundamental na concepção, gestão, supervisão e avaliação dos processos nesse campo, em todos os níveis de governo. Além disso, merece destaque a contribuição dos assistentes sociais nos Conselhos de Políticas, com ênfase nos Conselhos de Saúde e de Assistência Social nos âmbitos nacional, estadual e municipal. Não podemos esquecer a participação ativa nos Conselhos Tutelares e nos Conselhos de Direitos, que têm a responsabilidade de formular políticas públicas voltadas para crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência.

Nesse viés, levando em consideração o papel do assistente social nos Centros de Reabilitação, se faz necessário “compreender o projeto ético político do Serviço

Social em sua dimensão política, na qual se posiciona a favor da equidade e da justiça social, reitera a importância de se pleitear a luta por melhores condições de vida para os PCD's" (Penha, et.al, 2021; p. 7).

O profissional de Serviço Social, conforme a Lei 8.662/93, desempenha um papel crucial na promoção do bem-estar social e na garantia dos direitos individuais e coletivos. Esta legislação estabelece as atribuições privativas e competências específicas do assistente social, delineando as responsabilidades essenciais para a eficácia da sua atuação. As atribuições privativas do assistente social, conforme a Lei 8.662/93, abrangem a condução de estudos socioeconômicos, a orientação e acompanhamento de indivíduos e grupos, além da implementação de inúmeros programas, entre eles vários projetos com o intuito principal de avançar e trazer diversas melhorias para as pessoas. Essas atividades visam fomentar a autonomia e a cidadania, levando em consideração as particularidades e necessidades dos usuários dos serviços sociais. (CFESS, 1993).

No que diz respeito às competências, o assistente social está apto a intervir em diversas esferas da sociedade, tanto no setor público quanto no privado. Sua atuação pode ocorrer em instituições ligadas à assistência social, saúde, educação, justiça, entre outras. Ele possui a capacidade de realizar diagnósticos sociais, elaborar planos e programas sociais, e participar do planejamento e execução de políticas sociais. Além disso, o profissional do Serviço Social assume a responsabilidade de defender a defesa e garantia dos direitos humanos, contribuindo para a construção de uma sociedade mais justa e igualitária. Deve embasar sua prática na ética profissional, respeitando a diversidade e promovendo o acesso universal aos direitos sociais. (CFESS, 1993).

Desse modo, as atribuições privativas e competências do assistente social, em consonância com a Lei 8.662/93, traçam um panorama abrangente e relevante para sua atuação, sempre buscando fortalecer os vínculos sociais e promover o desenvolvimento humano.

3.3- Relatos de experiência do estágio supervisionado realizando em um Centro de Reabilitação

Os estágios realizados no Centro Especializado em Reabilitação acontecerem entre os meses de abril e depois retornando em agosto até o final de novembro ano 2023.

Esses dois estágios foram de extrema importância para que pudemos compreender mais sobre a atuação do Assistente Social frente ao Centro Especializado em Reabilitação. Por ser sido o primeiro estágio realizado naquele local pela instituição de ensino UFCG-Campus-Sousa, foi muito interessante a forma que tivemos o contato, pois o trabalho do Assistente Social naquele centro acontece de duas formas distintas, tanto na reabilitação como no diagnóstico.

O trabalho no diagnóstico realizado pela Assistente Social consiste em fazer triagens dos usuários que estão prestes a dar entrada no centro, e tudo isso se dá início com uma breve entrevista com o usuário ou o responsável no caso de crianças, em que são feitas perguntas simples desde como é a rotina daquele usuário e a partir de que momento o responsável observou a necessidade de procurar um Centro Especializado em Reabilitação, no qual é um local feito para tratar e reabilitar pessoas com algum tipo de deficiência seja ela física, visual, auditiva, ou intelectual. A partir das respostas do responsável ou até mesmo do usuário, a profissional, ou seja, a Assistente Social, vai direcionar aquela pessoa para o profissional específico.

Consoante o Art.5º no que se refere as Atribuições privativas dos assistentes sociais compreende-se que:

Art. 5º Constituem atribuições privativas do Assistente Social:

- I - coordenar, elaborar, executar, supervisionar e avaliar estudos, pesquisas, planos, programas e projetos na área de Serviço Social;
 - II - planejar, organizar e administrar programas e projetos em Unidade de Serviço Social;
 - III - assessoria e consultoria e órgãos da Administração Pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades, em matéria de Serviço Social;
 - IV - realizar vistorias, perícias técnicas, laudos periciais, informações e pareceres sobre a matéria de Serviço Social;
 - V - assumir, no magistério de Serviço Social tanto a nível de graduação como pós-graduação, disciplinas e funções que exijam conhecimentos próprios e adquiridos em curso de formação regular;
 - VI - treinamento, avaliação e supervisão direta de estagiários de Serviço Social;
 - VII - dirigir e coordenar Unidades de Ensino e Cursos de Serviço Social, de graduação e pós-graduação; [...].
 - XII - dirigir serviços técnicos de Serviço Social em entidades públicas ou privadas;
 - XIII - ocupar cargos e funções de direção e fiscalização da gestão financeira em órgãos e entidades representativas da categoria profissional.
- (Brasil, 1993. p.2)

Entretanto, as atribuições privativas do assistente social são inúmeras, fazendo com que em sua atuação nos vastos campos ocupacionais seja de extrema importância e indispensável. O trabalho realizado pelo profissional na sociedade faz com que a população possa através de seus serviços ter acesso a direitos sociais que muitas das vezes as pessoas nem sabiam que tinham direito.

No Centro Especializado em Reabilitação, são atendidos quatro tipos de deficiências, os quais já foram citados acima, e as terapias são inúmeras e, dependendo do problema, o tratamento é realizado de forma imediata. Mas, na maioria das vezes, é necessário que o usuário vá para a lista de espera, pois a demanda é muito grande e mesmo com muitos profissionais, não é suficiente para atender todas essas pessoas que necessitam de tratamento. A maior procura no Centro de Reabilitação são mães que levam suas crianças para investigar se têm algum tipo de deficiência intelectual.

Por outro lado, segundo a lei de regulamentação da profissão nº 8662/93 no Art. 2º onde estão dispostas sobre os direitos e responsabilidades dos assistentes sociais, traz no parágrafo b: “livre exercício das atividades inerentes à Profissão;” (CFESS, 2011). Entretanto, devido ao vínculo empregatício, as assistentes sociais do centro especializado em reabilitação acabam exercendo funções que não condizem com as resoluções postas pelo código de ética profissional, fazendo atividades que se remetem ao secretariado de um órgão, seja ele público ou privado. Por esse motivo, houve um grande interesse em investigar mais sobre a atuação profissional dos(as) assistentes sociais frente a um Centro Especializado em Reabilitação.

Além de ser um trabalho bem complexo, a Assistente Social orienta e mostra como os usuários ou responsáveis fazem para conseguir os benefícios, e ter acesso a todos os direitos que tem previsto por lei. Contudo, a Assistente Social além de todos esses serviços entrega declaração de comparecimento caso o usuário ou responsável precise para levar para a escola ou trabalho.

Contudo, a atuação do assistente social é essencial, e de extrema importância para promover o bem-estar social e garantir direitos. Suas responsabilidades incluem uma diversidade de atividades indispensáveis para ajudar e acompanhar indivíduos, famílias e comunidades em geral, em especial as que necessitam de orientação, como as que estão em situação de vulnerabilidade. Entre essas tarefas estão a condução de estudos sociais para entender e intervir em contextos diversos, orientar e

encaminhar pessoas para serviços e ajudá-las a conseguir ter acesso a benefícios sociais, supervisionar estagiários, assessorar instituições e organizações na formulação e execução de políticas públicas e programas sociais, e também avaliar os impactos dessas iniciativas. Além disso, o assistente social trabalha na mediação de conflitos, na promoção da inclusão social e na defesa dos direitos individuais e coletivos, sempre guiado pelos princípios éticos e pela busca da justiça social. Por meio de sua atuação profissional, contribui para a construção de uma sociedade mais justa, solidária e igualitária. (Brasil, 1993).

Dessa forma, estágio desempenha um papel significativo no desenvolvimento das habilidades profissionais. Geralmente, é durante essa experiência que o estudante percebe a importância de uma metodologia para orientar sua análise e intervenção profissional. Isso permite que, ao compreender a realidade em constante mudança, o estagiário adote uma abordagem progressiva, partindo de conceitos simples para os mais complexos. Ao reconstruir os processos sociais de forma histórica e concreta, ele reconhece as múltiplas influências que os moldam (Nicolau E Santos, 2016).

Finalizando, por ser um espaço no qual estava inserida, tive a inquietação para pesquisar mais sobre a atuação profissional de Assistentes Sociais frente ao Centro em Reabilitação. E com isso através das pesquisas bibliográficas e documentais obtive conhecimentos mais aprofundados sobre o assunto.

Considerações finais

No decorrer deste trabalho de conclusão de curso, foram abordados diversos aspectos cruciais relacionados à saúde, reabilitação e atuação profissional em um Centro de Reabilitação, no qual estão inseridos no Sistema Único de Saúde (SUS).

Começamos nossa análise revisando o papel do SUS após a promulgação da Constituição de 1988, e enfatizando sua importância na promoção da saúde como um direito social, e na garantia da participação e controle social na gestão das políticas de saúde. Contudo, esses princípios essenciais do SUS são fundamentais para assegurar a equidade e a universalidade no acesso aos serviços de saúde em todo o país.

Posteriormente, direcionamos nosso foco para a reabilitação como um serviço essencial de atenção do SUS. Investigamos a categorização dos Centros Especializados em Reabilitação na Paraíba, destacando a importância do Estado em prover assistência à saúde das pessoas com deficiência, e analisando os princípios e diretrizes que regem o funcionamento desses centros.

A formação profissional do assistente social é fundamentada em uma abordagem de ensino-aprendizagem que reconhece a interação dinâmica entre Estado e sociedade, influenciada por determinantes sociais mais amplos que delineiam os contextos e as oportunidades de inserção profissional em diversas instituições. No que se refere a formação profissional lamamoto (1992) sugere, “preparar cientificamente quadros profissionais capazes de responder às exigências de um projeto profissional coletivamente construído e historicamente situado” (lamamoto,1992, p. 163). É importante ressaltar que a formação profissional vai além da mera preparação para o mercado de trabalho. Embora essa dimensão não possa ser ignorada, a formação profissional requer uma compreensão crítica da Universidade como uma instituição voltada para o desenvolvimento profissional (Nicolau e Santos, 2016).

Indubitavelmente, o exercício da pesquisa desempenha um papel crucial no contexto profissional, contribuindo para a formação de profissionais capazes de realizar uma análise situada, tanto no tempo quanto no espaço, da realidade em constante evolução e do próprio campo profissional em que estão inseridos. Da mesma forma, a ênfase na implementação de uma política de estágio que promova a integração entre graduação e pós-graduação, bem como entre ensino, pesquisa e extensão, é de grande importância para o aprimoramento profissional no Serviço Social. Nessa abordagem, o princípio da indissociabilidade entre as dimensões de ensino, pesquisa e extensão é fundamental (Nicolau e Santos, 2016).

Por fim, exploramos o trabalho profissional em um Centro de Reabilitação, com ênfase na função do Assistente Social. Ressaltando a importância desse profissional na garantia dos direitos e na promoção da inclusão social das pessoas com deficiência, além de compartilhar relatos de experiências de estágio supervisionado realizadas em um Centro de Reabilitação, demonstrando a relevância prática do trabalho desempenhado nesse contexto.

Em síntese, este estudo proporciona uma compreensão mais aprofundada das políticas de saúde, reabilitação e atuação profissional de assistentes sociais em Centros de Reabilitação no âmbito do SUS. Objetivamos que as reflexões apresentadas ao longo desse trabalho possam subsidiar ações e intervenções voltadas para aprimorar o atendimento e a qualidade de vida das pessoas com deficiência em todo o país, em especial no Estado da Paraíba.

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 5/10/1998. Brasília, 1988.** Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_20_16.pdf>. Acesso em: 20 ago. 2023.

_____. **Lei 8.080 de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde.** Brasília, 1990. L8080. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 25 ago. 2023.

_____, **Ministério da Saúde, Conselho Nacional da Saúde.** Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html> acesso em: 2 set.. 2023.

_____, Ministério da Saúde. **Conselho Nacional dos Secretários Municipais de Saúde.** Lei Nº 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Legislação Básica do SUS. Brasília; 1990.

_____, Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde.** In: Anais da 8ª. Conferência Nacional de Saúde. Brasília: MS, 1986. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde da Família. SUS – Conquistas. Brasília; 2000.

_____, Conselho Nacional de Saúde. **Desenvolvimento do sistema único de saúde no Brasil: avanços, desafios e reafirmação dos princípios e diretrizes.** Saúde Debate 2002; 26 (62): 295-310

_____. Ministério da Justiça. **Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Associação Fluminense de Reabilitação. Relatório sobre prevalência de deficiências, incapacidades e desvantagens.** Niterói: Associação Fluminense de Reabilitação; 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. A pessoa com deficiência e o Sistema Único de Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde; 2007. 16 p.

_____. **Departamento de Informática do SUS.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/pages/sobre/institucional.jsp> Acesso em: 05/02/2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano.** Brasília, 2014. (Cadernos de Atenção Básica, n. 39).

_____. Ministério da Saúde. **Manual de Estrutura Física das Unidades Básicas de Saúde**. 2. ed. Brasília, 2008.

_____. **Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS**.

Disponível: <<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/carga20171051/20165156-instrutivo-reabilitacao-rede-pcd-saips-01-06-14-ft.pdf>> Acesso: 9 de abril de 2024.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 24 p. : il. – (Série B. Textos Básicos de Saúde) ISBN 1. Deficiência. 2. Políticas públicas em saúde. 3. Defesa dos deficientes. I. Título. II. Série. CDU 614-056.24.

_____. Ministério da Saúde. **Estatuto da Pessoa com Deficiência**. – 3. ed. – Brasília: Senado Federal, Coordenação de Edições Técnicas, 2019. 50 p.

_____. Casa Civil. **Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências**. Disponível: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8662.htm> Acesso: 20 de abril de 2024.

_____. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. **Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência)**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 2015. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em:

BRAVO, Maria Inês Sousa; **Política de Saúde no Brasil**. Cap. 5. 1ª Parte: Política Social e Política de Saúde. In: MOTA, Ana Elizabete. et al. (Orgs). Serviço Social e Saúde. São Paulo: OPAS, OMS, Ministério da Saúde, 2006.

_____, Maria Inês Sousa; **Serviço Social e Saúde: desafios atuais**. In: Temporalis. Revista da Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS/Política de Saúde e Serviço Social: impasses e desafios. Ano I, n. 1, (jan./jun., 2000) – São Luis: Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS, 2007.

_____, Maria Inês Souza. Saúde do século XVIII ao início do século XX: Antecedentes da ação estatal. In: BRAVO, Maria Inês Souza. **Saúde e serviço social no capitalismo: fundamentos sócio-históricos**. 1. ed. São Paulo: Cortez, 2013.

_____, **Rede de Cuidados da Pessoa com Deficiência**. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html> Acesso: 10 abri. 2024.

CARVALHO, Mariana Siqueira de. **A saúde como direito social fundamental na constituição federal de 1988**. Revista de Direito Sanitário, São Paulo, Brasil, v. 4, n. 2, p. 15–31, 2003. DOI: 10.11606/issn.2316-9044.v4i2p15-31. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rdisan/article/view/81181>. Acesso em: 8 abr. 2024.

CAMACHO, MA **Contribuições e desafios para o Serviço Social no Centro Especializado em Reabilitação de Foz do Iguaçu – PR**. Disponível em: <https://dspace.unila.edu.br/handle/123456789/5332;jsessionid=50AB5319C4A13855B1420E705C478199>> Acesso em: 8 set. 2023.

CAVAIGNAC, M. D.; MAEDA, A. N. **O trabalho do assistente social e a efetivação de direitos sociais | The work of the social worker and the effectiveness of social rights**. Libertas, v.19, n.1, 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/libertas/article/view/27777>>. Acesso em: 10 set. 2023.

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

CFESS. **Parâmetros para atuação de assistentes sociais na política de saúde: Parâmetros para a atuação de assistentes sociais na saúde**. Brasília, 2010. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/Parametros_para_a_Atuacao_de_Assistentes_Sociais_na_Saude.pdf>. Acesso em: 15 set. 2023.

CFESS: **Código de Ética do/a Assistente Social**. Disponível em: https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf>. Acessado em: 20 set. 2023.

CFESS: **Em questão: atribuições privativas do assistente social**. CFESS, 2002. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/atribuicoes2012-completo.pdf>>. Acesso em: 03 out. 2023.

CUNHA, G. T.; CAMPOS, G. W. S. Apoio matricial e Atenção Primária em Saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 961-970, 2011.

DE PROJETOS (CONSTRUÇÃO, O. P. E. **Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e das**. Disponível em: https://portalfns.saude.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/Manual-de-Ambienciad-dos-Centros-Especializados-em-Reabilitacao-e-das-Oficinas-Ortopedicas_07-de-outubro-de-2020_.pdf>. Acesso em: 10 out. 2023.

DOCPLAYER. **Sistematização, Planejamento e Avaliação das Ações dos Assistentes Sociais no Campo da Saúde**. Disponível em: <https://docplayer.com.br/57234-Sistematizacao-planejamento-e-avaliacao-das-acoes-dos-assistentes-sociais-no-campo-da-saude.html>>. Acesso em: 15 out. 23.

FERRER MLP, SILVA AS, SILVA JRK, PADULA RS. **Microrregulação do acesso à rede de atenção em fisioterapia: estratégias para a melhoria do fluxo de atendimento em um serviço de atenção secundária.** Fisioter. Pesquisa. 2015;22(3):223-30. DOI: 10.590/1809-2950/13038422032015.

GAWRYSZEWSKI ARB, OLIVEIRA DC, GOMES AMT. **Acesso ao SUS: representações e práticas de profissionais desenvolvidas nas Centrais de Regulação.** Physis. 2012; 22 (1):119-40. [http:// dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000100007](http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312012000100007).

GERHARDT, T, E; SILVEIRA, D.T (Orgs.). **Métodos de Pesquisa.** Porto Alegre: EDUEFRGS, 2009.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4ª. ed.-São Paulo: Atlas, 2002.

_____. **A.C Métodos e técnicas de pesquisa social.** 6ª. Ed. São Paulo: Atlas, 2008.

G1 EDUCAÇÃO. **1 a cada 36 crianças tem autismo, diz CDC; entenda por que número de casos aumentou tanto nas últimas décadas.** Disponível em: <https://g1.globo.com/educacao/noticia/2023/04/02/1-a-cada-36-criancas-tem-autismo-diz-cdc-entenda-por-que-numero-de-casos-aumentou-tanto-nas-ultimas-decadas.ghtml>>. Acesso em: 20 out. 2023.

Hajjioui A, Fourtassi M, Nejari C. **Prevalence of Disability and Rehabilitation Needs Amongst Adult Hospitalized Patients in a Moroccan University Hospital.** J Rehabil Med. 2015;47(7):593-598. doi: 10.2340/16501977-1979

IAMAMOTO, M. V. **O Serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 7. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

IAMAMOTO, M. V. **Os espaços sócio-ocupacionais do assistente social.** Disponível em: <https://www.abepss.org.br/arquivos/anexos/iamamoto-201804131241048556780.pdf>>. Acesso em: 20 out. 2023.

IAMAMOTO, Marilda; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica.** 17.ed. São Paulo: Cortez, 2005.

INSTITUTO ACQUA. **Centro Especializado em Reabilitação (CER IV).** Disponível em: <http://institutoacqua.org.br/unidade/centro-especializado-em-reabilitacao-cer-iv/>>. Acesso em: 25 out. 2023.

LARA, R. **Saúde do trabalhador: considerações a partir da crítica da economia política.** IN: Rev. Katalysis, v.14, nº 1, 2011.

_____. **A produção do conhecimento em Serviço Social: o mundo do trabalho em debate.** 2008. Tese (Doutorado em Serviço Social) — Faculdade de História, Direito e Serviço Social da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho” (Unesp). Franca, 2008.

LAKATOS. E. M; MARCONI. M. A de. **Técnicas de Pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Editora Atlas; 1999.

LISBOA Magno da Nobrega. **A Construção sócio-histórica entre o Serviço Social e a Política de Saúde no Brasil** <<https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456.789/242802/77%201414.pdf?sequence=1&isAllowed=>>>. Acesso em 30 out. 2023.

LUCÁKS, G. **Para uma ontologia do ser social II.** São Paulo: Boitempo Editorial, 2013.

MAEDA, A. N.; CAVAINAC, M. D. **O trabalho do assistente social e a efetivação de direitos sociais.** Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais 2019, v. 16, n. 1, 2019. Disponível em: <<https://brosequini.bonino.com.br/ojs/index.php/CBAS/article/view/1385>>. Acesso em: 2 nov. 23.

Mendes EV. **A descentralização do sistema dos serviços de saúde no Brasil, novos rumos e um novo olhar sobre o nível local.** In: Mendes EV; organizador. A organização da saúde no nível local. São Paulo: Hucitec; 1998.

MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento.** 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

Ministério da Saúde. **Conselho Nacional de Saúde.** Disponível em: <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html> Acesso em: 1 nov. 2023.

MIOTO, R. C. T.; NOGUEIRA, V. M. R. **Serviço Social e Saúde: desafios intelectuais e operativos.** SER Social, [S. l.], v. 11, n. 25, p. 221–243, 2010. DOI: 10.26512/ser_social.v11i25.12733. Disponível em: https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/12733. Acesso em: 28 jan. 2024.

NETTO, J. P. **Ditadura e Serviço Social: uma análise do Serviço Social no Brasil pós-64.** São Paulo: Cortez, 1991

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

NETTO, J. P. **Pequena História da Ditadura Brasileira (1964-1985).** São Paulo: Cortez, 2014.

OTHERO, M. B.; DALMASO, A. S. W. **Pessoas com deficiência na atenção primária: discurso e prática de profissionais em um centro de saúde-escola.** Interface – Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, SP, v. 13, n. 28, p. 177-188, jan./mar. 2009.

PAIM J. S. **A reforma sanitária e os modelos assistenciais.** In: Rouquayrol MZ, Almeida Filho N. Epidemiologia e saúde. 5ª ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.

PAIM J. S. **Sistema Único de Saúde (SUS) aos 30 anos.** Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.09172018>> Acesso em: 08/04/2024

PLANALTO. **Presidência da República / Casa Civil / Subchefia para Assuntos Jurídicos.** Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm> Acesso em: 06 set. 2023.

PERIÓDICOS. **As contribuições do assistente social no campo da promoção da saúde: desafios e possibilidades.** Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14836/7904>>. Acesso em: 3 nov. 2023.

PEITER CC, LANZONI GMM, OLIVEIRA WF. **Regulação em saúde e promoção da equidade: o Sistema Nacional de Regulação e o acesso à assistência em um município de grande porte.** Saúde Debate. 2016; 40 (111): 63-73. <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201611105>.

QUEIROZ, M. DA G. S. DE. **O trabalho do assistente social no Centro de Reabilitação e Readaptação DR. Henrique Santillo – CRER – Goiânia – Goiás.** 2020. Disponível em: <<https://repositorio.pucgoias.edu.br/jspui/handle/123456789/547>>. Acesso em: 3 nov. 2023.

REVISTA, E. **Conselho Federal de Serviço Social -CFESS.** Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/CEP2011_CFESS.pdf>. Acesso em: 4 nov. 2023.

RAICHELIS, R. **Intervenção profissional do assistente social e as condições de trabalho no Suas.** Serviço Social & Sociedade, n. 104, p. 750–772, 2010. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/cSK3XgKqNLzD8NJPYJbvH5R/abstract/?lang=pt>>. Acesso em: 4 nov. 23.

RICHARDSON, et al. **Pesquisa social: métodos e técnicas.** 3. ed. rev. ampl. São Paulo: Atlas, 2007.

SAÚDE SEM LIMITES: **Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação (CER) e das Oficinas Ortopédicas.** Disponível em: <<https://portalfns.saude.gov.br/wp-content/uploads/2021/08/Manual-de-Ambienc>

[dos-Centros-Especializados-em-Reabilitacao-e-das-Oficinas-Ortopedicas_07-de-outubro-de-2020_.pdf](#)>. Acesso em: 01 nov. 2023.

SCIELO BRASIL. **O estágio no processo da formação profissional em Serviço Social: dimensão socioeducativa e os desafios à contracorrente** Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1414-49802016.003.00008>> Acesso em: 20/04/2024.

SARMENTO, L. et al. **Serviço Social e pessoas com deficiências: Caracterizando a atuação profissional frente ao Centro de Reabilitação nível IV em Belém do Pará.** Disponível em: <<https://cbas.silvaebrisch.com.br/uploads/posters/0000000703.pdf>>. Acesso em: 5 nov. 2023.

SERVIÇO SOCIAL E INCLUSÃO: **A atuação do assistente social junto ao processo de inclusão das crianças com deficiência nas escolas de ensino regular.** Disponível em: <<https://www.revista.ueg.br/index.php/revelli/article/view/6354>>. Acesso em: 5 nov. 2023.

SILVA MA, Santos MLM, Bonilha LAS. **Fisioterapia ambulatorial na rede pública de saúde de Campo Grande (MS, Brasil) na percepção dos usuários: resolutividade e barreiras.** Interface (Botucatu). 2014;18(48):75-86. <http://dx.doi.org/10.1590/1807-57622013.0264>.

SILVA, A. T. C. et al. **Os 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, Rio de Janeiro, v. 28, n. 11, p. 2076-2084, 2012.

SILVA, Ozanira da Silva e. **O Serviço Social e o Popular: resgate teórico-metodológico do projeto de ruptura.** 7. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

SOUSA, R. B. de; MELO, M. S.; ALVES, J. S.; CAVALCANTE NETO, F. de S. .; LOPES, J. S. .; SANTOS, E. dá S. O. .; SILVA, M. N. da .; SILVA, V. S. .; COELHO, F. das C. A. . **Atuação do Assistente Social frente a pessoa com deficiência: Revisão Integrativa.** Revista Científica Acertte - ISSN 2763-8928, [S. l.], v. 3, n. 2, p. e32120, 2023. DOI: 10.47820/acertte.v3i2.120. Disponível em: <https://acertte.org/index.php/acertte/article/view/120>. Acesso em: 28 nov. 2023.

PERIÓDICOS. **As contribuições do assistente social no campo da promoção da saúde: desafios e possibilidades.** Disponível em: <<https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/14836/7904>>. Acesso em: 8 nov. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Relatório mundial sobre a deficiência.** São Paulo: SEDPcD;2012.

