



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE ECONOMIA,
SOCIEDADE E POLÍTICA (ILAESP)**

SERVIÇO SOCIAL

**CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL NO
CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DE FOZ DO IGUAÇU - PR**

MARCOS ANTONIO CAMACHO

Foz do Iguaçu - PR
2019

**CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL NO
CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DE FOZ DO IGUAÇU - PR**

MARCOS ANTONIO CAMACHO

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

Orientador: Prof. Dr. Alex Fabiano de Toledo

MARCOS ANTONIO CAMACHO

**CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL NO
CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DE FOZ DO IGUAÇU - PR**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino-Americano de Economia, Sociedade e Política da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Serviço Social.

BANCA EXAMINADORA

Orientador: Prof. Dr. Alex Fabiano de Toledo
UNILA

Prof. Dr. Édina Mayer Vergara
UNILA

Prof. Me. Elmidés Maria Araldi
UNILA

Foz do Iguaçu, 28 de novembro de 2019.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): MARCOS ANTONIO CAMACHO

Curso: SERVIÇO SOCIAL

Tipo de Documento	
<input checked="" type="checkbox"/> graduação	<input type="checkbox"/> artigo
<input type="checkbox"/> especialização	<input checked="" type="checkbox"/> trabalho de conclusão de curso
<input type="checkbox"/> mestrado	<input checked="" type="checkbox"/> monografia
<input type="checkbox"/> doutorado	<input type="checkbox"/> dissertação
	<input type="checkbox"/> tese
	<input type="checkbox"/> CD/DVD – obras audiovisuais
	<input type="checkbox"/> _____

Título do trabalho acadêmico: CONTRIBUIÇÕES E DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL NO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DE FOZ DO IGUAÇU - PR

Nome do orientador(a): ALEX FABIANO DE TOLEDO

Data da Defesa: 28 / 11 / 2019.

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

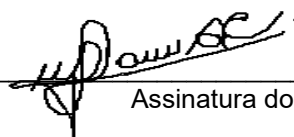
a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, 05 de dezembro de 2019.



Assinatura do Responsável

Dedico este trabalho a toda equipe de docentes do curso de Serviço Social da UNILA e em especial com muito apreço e gratidão a Assistente Social e minha supervisora de campo no estágio curricular, a Me. Caroline Santana Ribeiro dos Santos.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar agradeço a minha mãe Aparecida Benites que dedicou todos os esforços em sua vida para me colocar no caminho do sucesso.

A minha esposa Claudete e meus filhos Marcos Junior, Bruno e Ana que suportaram constantemente meu mau humor no transcorrer do período do curso.

Ao meu professor orientador Alex, não só pelo constante incentivo, cobranças e apoio, mas sobretudo pelos laços de amizade construídos neste percurso.

Aos professores da banca pelas orientações e contribuições para o meu pleno desenvolvimento acadêmico e o constante acúmulo de conhecimentos.

Aos colegas de curso que me deram força e incentivo nos momentos que me faltavam ânimo para prosseguir no caminho desta formação, proporcionando momentos que marcaram minhas memórias para sempre.

“A menos que modifiquemos a nossa maneira de pensar, não seremos capazes de resolver os problemas causados pela forma como nos acostumamos a ver o mundo.”

Albert Einstein

CAMACHO, Marcos Antonio. **Contribuições e Desafios para o Serviço Social no Centro Especializado em Reabilitação de Foz do Iguaçu**. Ano 2019. 64 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso Bacharel em Serviço Social – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2019.

RESUMO

Este trabalho de conclusão de curso foi construído pela necessidade de conhecimento sobre as contribuições do Serviço Social nos Centros Especializados em Reabilitação CER-IV, equipamentos que integram a Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência. O interesse pelo tema surgiu durante o processo de formação profissional e o envolvimento com as pessoas com deficiência em meio ao estágio obrigatório desenvolvido neste espaço. A implantação do CER-IV no município de Foz do Iguaçu é recente, e como novidade, instiga muitos questionamentos sobre a sistemática de funcionamento e sua integração aos demais componentes da rede, bem como as intervenções do Serviço Social na instituição. O Assistente Social inserido neste campo sócio-ocupacional desempenha atividades que influem em todo o processo de habilitação/reabilitação da pessoa com deficiência refletindo no resultado final da eliminação de barreiras como arquitetura, mobilidade social, labor, consolidando ações dentro do paradigma da inclusão social. A metodologia utilizada para a coleta de dados consiste em pesquisa bibliográfica, análise documental e anotações realizadas durante período de estágio na instituição. Os resultados da investigação demonstram a importância da intervenção do Serviço Social no CER-IV, apontando desafios e possibilidades para o profissional possa se firmar como membro efetivo perante as diretrizes do Manual Instrutivo do Ministério da Saúde no quadro da equipe multidisciplinar da Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência, elevando os caminhos rumo à emancipação humana.

Palavras-chave: Serviço Social. Pessoa com Deficiência. Centro Especializado em Reabilitação.

CAMACHO, Marcos Antonio. **Contributions and Challenges for Social Work at the Foz do Iguaçu Specialized Rehabilitation Center**. Ano 2019. 64 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso Bacharel em Serviço Social – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2019.

ABSTRACT

This course completion work was built by the need for knowledge about the contributions of Social Work in the Specialized Centers in Rehabilitation CER-IV, equipment that integrate the Health Care Network of the Disabled. Interest in the topic arose during the process of vocational training and involvement with people with disabilities amidst the mandatory internship developed in this space. The implementation of CER-IV in the municipality of Foz do Iguaçu is recent, and as a novelty, raises many questions about the operation system and its integration with the other components of the network, as well as the Social Work interventions in the institution. The Social Worker inserted in this socio-occupational field performs activities that influence the whole process of habilitation / rehabilitation of people with disabilities reflecting on the final result of the elimination of barriers such as architecture, social mobility, labor, consolidating actions within the paradigm of social inclusion. The methodology used for data collection consists of bibliographic research, document analysis and notes made during the internship period in the institution. The results of the investigation demonstrate the importance of the intervention of the Social Work at CER-IV, pointing out challenges and possibilities for the professional to establish himself as an effective member before the guidelines of the Instruction Manual of the Ministry of Health in the multidisciplinary Health Care team of Person with Disabilities, leading the way towards human emancipation.

Keywords: Social Work. Person with disabilities. Specialized Rehabilitation Center.

CAMACHO, Marcos Antonio. **Contribuciones y desafíos para el trabajo social en el Centro de Rehabilitación Especializada Foz do Iguaçu**. Año 2019. 64 páginas. Trabalho de Conclusão de Curso Bacharel em Serviço Social – Universidade Federal da Integração Latino-Americana, Foz do Iguaçu, 2019.

RESUMEN

Este trabajo de finalización del curso fue construido por la necesidad de conocimiento sobre las contribuciones del Trabajo Social en los Centros Especializados en Rehabilitación CER-IV, equipos que integran la Red de Atención de la Salud de los Discapacitados. El interés en el tema surgió durante el proceso de formación profesional y la participación con personas con discapacidad en medio de la pasantía obligatoria desarrollada en este espacio. La implementación del CER-IV en el municipio de Foz do Iguaçu es reciente y, como novedad, plantea muchas preguntas sobre el sistema operativo y su integración con los otros componentes de la red, así como las intervenciones de Trabajo Social en la institución. El trabajador social insertado en este campo socio-ocupacional realiza actividades que influyen en todo el proceso de habilitación / rehabilitación de personas con discapacidad, reflexionando sobre el resultado final de la eliminación de barreras como la arquitectura, la movilidad social, el trabajo, consolidando acciones dentro del paradigma de inclusión social. La metodología utilizada para la recolección de datos consiste en investigación bibliográfica, análisis de documentos y notas hechas durante el período de pasantía en la institución. Los resultados de la investigación demuestran la importancia de la intervención de la Obra Social en el CER-IV, señalando desafíos y posibilidades para que el profesional se establezca como un miembro efectivo antes de las pautas del Manual de Instrucción del Ministerio de Salud en el equipo multidisciplinario de Atención Médica de Persona con discapacidad, liderando el camino hacia la emancipación humana.

Palabras clave: Trabajo social. Persona con discapacidad. Centro de rehabilitación especializado.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura I – Fachada do CER-IV	31
Figura II – Recepção	32
Figura III – Convivência Interna.....	32
Figura IV – Área Externa I	32
Figura V – Área Externa II	32

LISTA DE QUADROS

Quadro I – Referência para composição das equipes do CER-IV	29
--	----

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico I – Atendimentos Individuais por Área Profissional	46
Gráfico II – Dispensação de Opmal's	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
ACDD	Associação Cristã de Deficientes Físicos
APAE	Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais
CEMURA	Centro Municipal de Reabilitação Auditiva
CEO	Centro de Especialidades Odontológicas
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CNRTA	Centro Nacional de Referência em Tecnologia Assistiva
CONADE	Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência
CORDE	Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CREFI	Centro de Reabilitação Físico Motor e Social de Foz do Iguaçu
GM/MS	Gabinete Ministerial/Ministério da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LBA	Legião Brasileira de Assistência
MCT	Ministério da Ciência e Tecnologia
NASF	Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NBR	Normas Brasileiras
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
OPMAL	Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção
PcD	Pessoa com Deficiência
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RDC	Resolução da Diretoria Colegiada
SNDH	Secretaria Nacional de Direitos Humanos
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
2. CAPITULO I – EVOLUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	19
2.1. HISTÓRIA DA CONSTRUÇÃO DA REGULAÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	19
2.2. A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA	24
2.3. OS CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO	28
2.4. O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO CER-IV NO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU.....	33
3. CAPITULO II - O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL	37
3.1. O SURGIMENTO DO MODELO MÉDICO DA DEFICIÊNCIA.	37
3.2. A INSERÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE...	39
3.3. SERVIÇO SOCIAL NOS CENTROS DE REABILITAÇÃO	42
4. CAPITULO III - OS DESAFIOS E POSSIBILIDADES DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DO CER-IV Drº JOSÉ CARLOS AZEREDO	45
4.1. O ASSISTENTE SOCIAL NO CER-IV DRº JOSÉ CARLOS AZEREDO	45
4.2. OS DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL NO CER-IV	49
4.3. AS POSSIBILIDADES DO ASSISTENTE SOCIAL NO CER-IV.....	55
CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64

1. INTRODUÇÃO

Este trabalho de conclusão de curso apresenta uma pesquisa que retrata como o Serviço Social está inserido no processo de habilitação e reabilitação de Pessoas com Deficiência, percorrendo os serviços que são ofertados pelos Centros Especializados em Reabilitação (CER) no Brasil, tendo como objeto de estudo, a contribuição do Serviço Social no CER-IV Dr. José Carlos de Azeredo no município de Foz do Iguaçu.

Através da problematização envolvendo a participação dos Assistentes Sociais no processo de implantação desse equipamento de saúde que integra a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no município de Foz do Iguaçu, se busca descrever as atribuições do Serviço Social no espaço sócio ocupacional, considerando que a presença deste profissional neste equipamento de saúde consta como opcional, de acordo com portaria GM/MS Nº 793 de 24 de abril de 2012, que define as diretrizes para o funcionamento dos Centros Especializados em Reabilitação.

Inaugurado em junho de 2018, o CER-IV instiga um estudo que eleve a compreensão sobre sua organização e funcionamento, bem como o papel do Serviço Social em seu quadro multiprofissional, elencando fatores que possam questionar se a presença do profissional assistente social deve ser opcional ou essencial neste equipamento.

Ao considerar como objeto de estudo, a dimensão do trabalho do assistente social inserido nos, serviços de reabilitação/habilitação a pesquisa coleta dados sobre as normas legais, as garantias de direitos, os processos de inclusão social para as pessoas com deficiência e como o profissional responde a essas demandas, visando ampliar o conhecimento sobre este campo de atuação.

A busca por esclarecimentos a essa problematização usará a metodologia da pesquisa qualitativa com revisão bibliográfica e documental, buscando a aproximação das discussões referentes à profissão do assistente social envolvido na temática sobre a Pessoa com Deficiência (PcD)¹, atendendo a perspectiva do respectivo processo de inclusão social.

¹ PcD's – Sigla utilizada para referir a Pessoa com Deficiência, sendo empregada no texto a partir desta página.

A pesquisa envolve a política de atenção à saúde da pessoa com deficiência; os principais marcos legais no Brasil, as lutas preconizadas na atuação do Serviço Social que visam a busca de garantias de direitos para esse grupo social.

A atualização de dados sobre a esfera da rede de atendimento e os serviços que promovem a saúde e inclusão de pessoas com deficiência, possibilita a evidencia do papel executado pelo Serviço Social neste processo de inclusão social que ocorre no âmbito de atuação do CER-IV Drº José Carlos Azeredo, equipamento previsto no Plano Viver sem Limite – Estatuto da Pessoa com Deficiência, que oferece o tratamento em reabilitação para pessoas com deficiência física, auditiva, visual e intelectual.

A busca de conhecimentos sobre os Centros Especializados em Reabilitação, é provocada pela implantação deste equipamento no município de Foz do Iguaçu, onde se constitui como campo de atuação do Serviço Social e serviu para a prática de estágio obrigatório² na formação profissional e proporcionou enormes experiências registradas em diários de campo e anotações, porque a academia

não é a única forma de produzir conhecimento, e nem a universidade e os institutos de pesquisa são os únicos “lugares” para se desenvolver pesquisas. Há outras formas, e dentre elas, devemos destacar a pesquisa em serviços, que necessariamente, não está produzindo um novo conhecimento teórico, que muitas vezes não é valorizada pela academia, nem passa pelas provas que a academia considera legítimas, mas que é uma pesquisa realizada na prática e no cotidiano de muitas instituições e serviços. (MARSIGLIA, 2006, pag.02)

O estudo busca investigar as intervenções do profissional assistente social que são realizadas em ações individuais ou em equipe multidisciplinar no âmbito da instituição, em todo o período que o usuário percorre no processo da habilitação/reabilitação.

Para reconstruir as indagações problematizadas organizou-se o trabalho em três capítulos onde abordamos o desenvolvimento sócio-histórico das políticas públicas para pessoas com deficiência no Brasil, o Serviço Social e o trabalho com a pessoa com deficiência e por final os desafios para o Serviço Social no âmbito do CER-IV no município de Foz do Iguaçu.

² O estágio obrigatório configura componente previsto no PPC do curso de Serviço Social da UNILA e foi desenvolvido entre o 6º e o 9º período compreendendo o espaço de tempo entre agosto de 2017 a julho de 2019, com atividades no Programa de Órteses e Prótese, sendo que os dois primeiros semestres na instituição CREFI e os dois últimos nos CER-IV que absorveu o CREFI.

O primeiro capítulo busca apresentar uma breve evolução das políticas públicas para as Pessoas com Deficiência. Ele está estruturado em quatro subseções, transcorrendo um breve histórico na conceituação da deficiência e início das regulamentações referentes aos direitos da pessoa com deficiência, detalhes da estruturação da política de saúde na rede de cuidados à pessoa com deficiência, as especificações sobre os centros especializados em reabilitação e o respectivo processo de sua implementação no município de Foz do Iguaçu.

O segundo capítulo envolve a discussão sobre o papel do Serviço Social frente ao atendimento à pessoa com deficiência no Brasil. Está estruturado em três subseções que demonstram o surgimento do modelo médico da deficiência, como os assistentes sociais estão inseridos na política da saúde e por fim, a presença do Serviço Social nos Centros Especializados em Reabilitação, pois sendo uma profissão que possui um código de ética que sintoniza as ações dentro dos parâmetros que compõem a universalidade, a integralidade e a equidade, princípios fundamentais que inspiram a Lei 8.080/90 que regulamenta o Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde, em seu Programa Viver sem Limite, apresenta o profissional do Serviço Social em condição de opcional para compor o quadro de profissionais, sendo que a categoria pode ter uma contribuição mais relevante ao equipamento, proporcionando melhores resultados e novas experiências de inclusão social.

O terceiro capítulo elenca os desafios e as possibilidades no protagonismo do Serviço Social no CER-IV em Foz do Iguaçu, diante da gama da demanda que se inspira na territorialidade característica da tríplice fronteira formada por Brasil, Paraguai e Argentina. Sua estrutura conta com três subseções, a primeira apresenta um perfil do Assistente Social na instituição, já o segundo e o terceiro trabalham no foco dos desafios e das respostas possíveis no cotidiano das ações profissionais pautadas nas dimensões ético-políticas, teórico-metodológicas e técnico-operativas do Serviço Social.

Por fim, diante das informações coletadas e estudadas, serão colocadas as considerações finais, com as possíveis reflexões e apresentando os resultados encontrados na pesquisa, buscando fortalecer algumas possibilidades diante das atividades dedicadas à Pessoa com Deficiência.

2. CAPITULO I – EVOLUÇÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

2.1. HISTÓRIA DA CONSTRUÇÃO DA REGULAÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA

A deficiência, considerando todas elencadas no Código Internacional de Doenças (CID-10), é algo que caracteriza indivíduos em todos os níveis da população, que de acordo com índices da Organização das Nações Unidas (ONU) e que foram divulgadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS), os últimos dados da apontam que 15,3% da população mundial (aproximadamente 978 milhões de pessoas de um total estimado em 6,4 bilhões de habitantes em 2004) possuíam “deficiências leves ou moderadas”, enquanto 2,9% ou cerca de 185 milhões enfrentavam “deficiências graves”.

É um fenômeno que geralmente associado às classes mais pobres, gera impactos que repercutem nos campos políticos, econômicos, sociais e culturais, influenciando todo o conjunto da sociedade, pois acirram as expressões da “questão social”. É neste grupo de pessoas que a deficiência gera um alto grau de barreiras para o convívio social, limitando o acesso às mais básicas condições de vida, desta forma, a mobilização e a luta por direitos fizeram que ganhassem visibilidade política, gerando políticas sociais nas áreas da saúde, educação, esportes e lazer, e também legislações que promovem a acessibilidade e condições melhores para viver.

Ao pesquisar o percurso histórico da pessoa com deficiência, Santos *et al.* (2012, pag.112), apontam que no transcorrer da história, durante a antiguidade os indivíduos que nasciam com alguma “anormalidade” eram abandonados para a morte, citando a Lei das XII Tabuas em Roma e a cultura Espartana que em primazia ao corpo perfeito, se permitia jogar em abismos, as crianças que nasciam com deficiência. Já, durante a Idade Média, sob influência da religião católica principalmente na Europa, a diferença advinda da deficiência era interpretada como fenômeno metafísico e espiritual, assim

a deficiência foi atribuída ora a desígnios divinos, ora à possessão pelo demônio. Por uma razão ou por outra, a **atitude principal da sociedade com relação ao deficiente** era de intolerância e de punição, representada por ações de aprisionamento, tortura, açoites e outros castigos severos. (ARANHA, 1995, p.65)

A estigmatização perante a deficiência colocava esse grupo de indivíduos na posição de criaturas malignas e/ou amaldiçoadas, que o fato de serem consideradas como encarnação do mal bastava para serem torturadas ou queimadas em fogueiras, nesse período a concepção de deficiência variou em função das noções teológicas de pecado e de expiação.

Contudo, haviam diferentes concepções para a deficiência em outras localidades, onde eram consideradas como seres especiais e/ou com inspirações divinas

Os hebreus viam, na deficiência física ou sensorial, uma espécie de punição de Deus, e impediam qualquer portador de deficiência de ter acesso à direção dos serviços religiosos. [...] os hindus, ao contrário dos hebreus, sempre consideraram os cegos, pessoas de sensibilidade interior mais aguçada, justamente pela falta da visão, e estimulavam o ingresso dos deficientes visuais nas funções religiosas. Os atenienses, por influência de Aristóteles, protegiam seus doentes e os deficientes, sustentando-os, até mesmo por meio de sistema semelhante à Previdência Social. (FONSECA, 2000, p. 01)

A nova ótica das ideias que afloravam no período das Revoluções Burguesas³, onde a monarquia e a igreja perdem prestígio e se inicia um novo modo de produção com divisão social do trabalho, altera a concepção de homem e que *“neste contexto, começam a ser vistos como deficientes os indivíduos não produtivos, que oneram a sociedade no que se refere ao seu sustento e manutenção.”* (ARANHA, 1995, p.65)

Para Medeiros Monteiro et al. (2016, p.224) é a partir da Revolução Francesa, que no ideário da Igualdade, Fraternidade e Liberdade, surgiram movimentos sociais que influenciaram o ocidente e serviram para o embrião para a Declaração dos Direitos Humanos citando: o respeito pelo Estado; a dignidade da pessoa humana; o direito à propriedade individual; a liberdade e a igualdade dos cidadãos perante a lei; o direito de resistência à opressão; a liberdade de pensamento e de opinião. Isto provoca uma nova visão para a deficiência, é algo que tem tratamento, concursando para o surgimento dos primeiros hospitais psiquiátricos⁴.

³ São consideradas Revoluções Burguesas as revoluções inglesas do século XVII (Puritana e Gloriosa) e a Revolução Francesa de 1789. Foram movimentos sociopolíticos ocorridos entre 1640 e 1850 nos quais a sociedade aristocrática, caracterizada pela monarquia absoluta e pelos títulos de nobreza, foi transformada em uma sociedade capitalista dominada pela produção mercantil liberal.

⁴ A partir da nova concepção social, a clausura deixa de ser sinônimo de exclusão e passa a assumir um caráter terapêutico, era necessário isolar o paciente em locais adequados afastando-o do meio do

Aranha (1995, p.66) pontuou que é somente a partir do séc. XX, em consequência da expansão do modo de produção capitalista, com o aumento do trabalho livre e das guerras mundiais, multiplicaram o entendimento sobre a deficiência, passando a não considerar apenas as doenças genéticas, as resultantes de guerras ou de epidemias, entraram em cena as doenças incapacitantes do trabalho, causadas principalmente pela precariedade no trabalho e pelas altas jornadas de horários, fatores agregados que fortaleceram as lutas que reclamavam pela necessidade da criação do direito do trabalho, como também, de um sistema previdenciário e de saúde que pudesse atender essa grande demanda, propondo nova concepção de realidade envolvendo a pessoa com deficiência inserida na produção de riquezas.

Figueira (2008), aponta que no início do século XX, no Brasil a atenção e educação para a pessoa com deficiência era mantida no âmbito da medicina, e a partir da década de 1930, passou gradativamente para a psicologia e posterior para a pedagogia.

Na década de 40, surgiu a expressão “crianças excepcionais”, para referir a “aquelas que se desviavam acentuadamente para cima ou para baixo da norma do seu grupo em relação a uma ou várias características mentais, físicas ou sociais” (FIGUEIRA, 2008, p. 94).

Surgiram instituições com atuação direta na deficiência, exemplo como, a Sociedade Pestalozzi em 1926 e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE em 1954, para promover atendimento educacional e clínico para alunos com deficiência intelectual.

Para Garcia (2014, p.01) foi partir da década de 1980, que a temática envolvendo a deficiência passou a ser alvo das políticas públicas, consequência da pressão de movimentos sociais, que estavam se organizando e ganhando força com a proclamação do “Ano Internacional da Pessoa Deficiente”⁵, pelo plenário da Organização das Nações Unidas (ONU) no ano de 1981.

qual gerava os distúrbios. Era o início do tratamento alienista, o tratamento moral, que configurava terapias afetivas e psicopedagógicas, permitindo o diálogo entre o médico e o doente, sendo que o isolamento era considerado terapêutico.

⁵ O “Ano Internacional da Pessoa Deficiente” foi um marco histórico no processo de luta pela cidadania das pessoas com deficiência, com o lema de “Igualdade e Participação Plena” traduziu o reconhecimento do direito de oportunidades iguais para qualquer ser humano, reconhecidas suas diferenças individuais.

Inconformados com a situação de marginalização em que se encontravam as pessoas com deficiência, o movimento social formado pelo agrupamento de familiares, cuidadores e profissionais ligados à PcD, articularam-se institucionalmente e conquistaram espaços de participação na política, e através do Decreto nº 93.481, de 29 de outubro de 1986 foi criada a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (CORDE) chamando atenção dos demais setores da sociedade. Esse processo estava atrelado ao momento de redemocratização do País, adquirindo êxito com a proclamação da Constituição da República Federativa do Brasil em 1988, que em seu Artigo 23, Inciso II incluiu direitos para as pessoas com deficiência, passando as competências em comum para a União, Estados e Municípios no intuito de cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das PcD's.

Entre as primeiras legislações brasileiras visando estabelecer diretrizes para políticas públicas nesta demanda é a Lei 7.853, de 1989, que definiu a “política nacional de integração da pessoa portadora de deficiência”. Esta legislação estipulou as competências da CORDE, vinculada ao então Ministério da Ação Social, que hoje corresponde a Secretaria Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, vinculada à Secretaria Nacional de Direitos Humanos (SNDH), transformando o tema da deficiência entendida inicialmente como “ação social” para a ótica da cidadania e dos direitos humanos.

No início da década de 1990, as leis 8.122/90 e 8.213/91 buscando adequar com as prerrogativas dispostas na Constituição Federal, criaram a adoção de cotas de emprego a serem cumpridas no setor privado e vagas reservadas para pessoas com deficiência em concursos públicos. Porém, a regulamentação desses direitos só obteve consolidação por meio do Decreto Federal 3.298/99, que estabeleceu definições sobre os tipos de deficiência e a responsabilidade do Ministério do Trabalho para o acompanhamento e fiscalização da Lei.

Outro marco no trato da questão se deu no ano de 1993 com o estabelecimento das diretrizes gerais para a concessão de Próteses e Órteses através da Assistência Ambulatorial, a Portaria Nº146 de 14 de outubro de 1993, que considera a Portaria Nº116 de 09 de setembro de 1993, ambas do Ministério da Saúde, estabeleceram os critérios e fluxos para a concessão de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção. Ficando determinado a criação de Comissão Bipartite

(Estado e Municípios) para gerir e cadastrar unidades de saúde para concessão, adaptação e treinamento dos pacientes, mantendo-se restrito aos usuários do Sistema Único de Saúde dentro da área de abrangência de cada regional de saúde.

Durante os anos de 1999/2000, o Ministério da Saúde trabalhou na elaboração da Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, que teve sua publicação em 2002, para isso houve uma ampla participação de representantes de instituições, profissionais e de usuários.

Sendo formulada para ser o instrumento orientador das ações do setor Saúde para esse segmento populacional, a Política Nacional tem como propósito definir diretrizes e responsabilidades institucionais (criando condições para a reabilitação da pessoa com deficiência, com vista na capacidade funcional e desempenho humano, de modo a contribuir para a sua inclusão plena em todas as esferas da vida social) e proteger a saúde deste segmento populacional, bem como prevenir agravos que determinem o aparecimento de deficiências.

A partir dos anos 2000 ampliaram a participação e o controle social das pessoas com deficiência nas políticas públicas que lhes dizem respeito. Criado pelo Decreto 3.298 de 1999, o Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência (CONADE) passou a uma atuação mais significativa a partir de 2003, quando passou a compor a estrutura do governo, vinculado à Secretaria de Direitos Humanos (Lei 10.083/03).

Visando uma efetiva implementação da atenção integral à pessoa com deficiência, o Ministério da Saúde em 2003, publicou o Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, onde está reunido o conjunto de atos legais com normativas destinadas a ações para PcD's, e que são disponibilizados aos gestores e profissionais na área de saúde e segmentos sociais que atuam com o tema.

Nos anos seguintes, foram organizadas as Conferências Nacionais dos Direitos das Pessoas com Deficiência, em 2006, 2008 e 2012, com ampla participação do movimento social e entidades representativas.

A “Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência”, aprovada no plenário das Nações Unidas, em 2007, consolidou “o chamado *“paradigma da inclusão” para lidar com as questões relacionadas às pessoas com deficiência, afastando-se definitivamente de uma abordagem paternalista, piedosa e assistencialista.*” (GARCIA, 2014, p.01). Com 50 artigos, constam os princípios

norteadores a serem seguidos pelas legislações nacionais, além de um Protocolo Facultativo que permite o monitoramento das ações e políticas implementadas nos países signatários.

Destaca-se que no Brasil a Convenção e seu Protocolo Facultativo foram internalizados com o status de Emenda Constitucional por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 09 de julho de 2008, promulgado pelo presidente do Senado Federal, e posteriormente, no âmbito do Poder Executivo, o Decreto 6.949 de 25 de agosto de 2009, da Casa Civil da Presidência da República, que determina em seu Artigo 1º que a Convenção e seu Protocolo Facultativo devem ser executados e cumpridos de maneira integral como foram redigidos.

As mais recentes alterações nas legislações voltadas à PcD data-se no ano 2011, momento em que foi publicado por meio do Decreto 7.612, de 17 de novembro de 2011, quando o governo federal lançou o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Viver sem Limite, demonstrando o compromisso do Brasil com a Convenção da ONU, apresentando ações para que todos os acordos firmados nessa convenção estejam possíveis no cotidiano da vida das pessoas, por meio da articulação de políticas governamentais de acesso à educação, inclusão social, atenção à saúde e acessibilidade para as pessoas com deficiência.

Através do Plano Viver sem Limite, as ações do governo federal buscam diminuir barreiras e proporcionar equiparação de oportunidades para as PcD's, valorizando o protagonismo e a tomada de decisões, não deixando a deficiência ser empecilho para levar a vida com mais qualidade, possibilitando a realização de seus sonhos, seus desejos e seus projetos.

Esses itens elencados, são produtos de muita luta dos movimentos sociais que despertaram para a visibilidade política e conquista de direitos, principalmente após a segunda metade do século XX. E mesmo com as conquistas postas, o caminho para a integralidade do processo de inclusão social das PcD's ainda apresenta lacunas que devem ser preenchidas pela sociedade em geral, compreendendo uma mudança de comportamento no trato com esse grupo de pessoas, levando mais participação em locais públicos, quais devem contar com estruturas adaptadas que facilitem o acesso em todos os ambientes, para isso adquirir maior volume, há que fortalecer as campanhas educativas e fomentar a ampla divulgação das informações relativas aos direitos da pessoa com deficiência.

2.2. A REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Segundo dados do Censo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2010 havia no Brasil, cerca de 45,6 milhões de pessoas com deficiência correspondente a 23,92%, ou seja, um quarto (1/4) da população brasileira. (BRASIL, 2012)

A aplicação de um novo ordenamento para as políticas públicas de saúde direcionadas às pessoas com deficiência pelo Ministério da Saúde, com ênfase na estruturação e com base nos princípios da descentralização, hierarquização e regionalização dos programas e serviços, veio fortalecer a ideia que a saúde é direito para todo cidadão, desta forma, se priorizaram ações direcionadas as necessidades da sociedade com metas ao alcance da integralidade do cuidado, onde todos possam ter acesso.

Para Vargas et al. (2016, p.01) a acessibilidade é resultado da disponibilidade de profissionais e serviços de saúde, assim como, o acesso das Pessoas com Deficiência (PcD) a esses serviços ofertados, portanto

A assistência à saúde às pessoas com deficiência deve ser garantida pelo Estado, profissionais de saúde e comunidade envolvida, abrangendo uma visão multidisciplinar. Uma equipe multidisciplinar, com visão justa e igualitária quanto ao direito à saúde, tende a apresentar resultados mais efetivos na assistência e conseqüentemente para a qualidade de vida destes pacientes. (VARGAS et al., 2016, p.03)

Para superar um sistema fragmentado que estava vigente, para atender a nova situação na saúde, que demonstrava o aumento da longevidade e conseqüentemente o aumento da demanda de cuidados típicos de reabilitação, o Sistema Único de Saúde (SUS) possibilitou a criação de uma estrutura que conforma Redes de Atenção à Saúde (RAS). As principais características dessas redes são estabelecidas por uma coesão colaborativa entre os diferentes serviços, ações e atores envolvidos na atenção à pessoa com deficiência, pois os pontos de atenção à saúde são igualmente importantes e implicam em uma ação continuada de atenção nos diferentes níveis.

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), a reabilitação é “um conjunto de medidas que ajudam pessoas com deficiências ou prestes a adquirir

deficiências a terem e manterem uma funcionalidade ideal na interação com seu ambiente” (OMS, 2011, p.100).

Dentro da Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência, o Brasil adotou o conceito de reabilitação da OMS e tipificou como

[...] um conjunto de medidas, ações e serviços orientados a desenvolver ou ampliar a capacidade funcional e desempenho dos indivíduos, tendo como objetivo desenvolver potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia e participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas. A habilitação/reabilitação prevê uma abordagem interdisciplinar e o envolvimento direto de profissionais, cuidadores e familiares nos processos de cuidado. (BRASIL, 2013, p.01)

De acordo com as portarias editadas pelo Gabinete Ministerial do Ministério da Saúde Nº 793 de 24 de abril de 2012 e Nº 835 de abril de 2012 que normatiza a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, as ações de reabilitação/habilitação devem ser aplicadas por equipes multiprofissionais e interdisciplinares desenvolvidas a partir das necessidades de cada indivíduo e de acordo com o impacto da deficiência sobre sua funcionalidade, termo este, que “abrange todas as funções do corpo, atividades e participação, indica os aspectos positivos da interação entre um indivíduo (condição de saúde) e seus fatores contextuais (ambientais e pessoais).” (SÃO PAULO, 2003, p.13)

Neste parâmetro, a reabilitação amplia os horizontes e contextualiza o indivíduo, a família, a comunidade em uma perspectiva mais social, privilegiando aspectos relacionados à inclusão social, o desempenho das atividades e a participação do indivíduo na família, comunidade e sociedade.

A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência foi criada pelo Plano Viver sem Limites em 2012, e de acordo com o Governo Federal serve

[...] para implantação, qualificação e monitoramento das ações de reabilitação nos estados e municípios. A nova política induz a articulação entre os serviços, garantindo ações de promoção à saúde, identificação precoce de deficiências, prevenção dos agravos, tratamento e reabilitação. (BRASIL, 2013, p.70)

O documento Instrutivo de Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, reafirma que o usuário deve ser atendido prioritariamente em

serviço próximo de sua residência, exigindo uma organização de serviços e pontos de atenção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência em cada região de saúde, contando com estrutura física e funcional e com equipes multiprofissionais qualificadas e capacitadas para *“prestação de assistência especializada em reabilitação para pessoas com deficiência, de modo articulado aos demais pontos de atenção da atenção básica, hospitalar e de urgência e emergência.”* (BRASIL, 2013, p.01)

Neste quesito o município de Foz do Iguaçu conta com 26 UBS, que atende na totalidade a população local e garante o acesso das PcD's na rede e encaminha para o CER-IV as demandas que contemplam seus serviços.

A Portaria GM/MS Nº 793 de 24 de abril de 2012, define que a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde deve ter o funcionamento fundamentado nas seguintes diretrizes: respeito aos direitos humanos; garantia de autonomia, independência e de liberdade às pessoas com deficiência; promoção da equidade, do respeito às diferenças e enfrentamento de estigmas e preconceitos; garantia de acesso e de qualidade dos serviços; atenção humanizada e centrada nas necessidades das pessoas; e diversificação das estratégias de cuidado que favoreçam a inclusão social.

Essa Rede⁶ trabalha para alcançar os seguintes objetivos:

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

(BRASIL, 2012, p.01)

⁶A Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência é composta por três níveis: I - Atenção Básica: Unidades Básicas de Saúde (UBS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), e atenção odontológica; II - Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências: estabelecimentos de saúde habilitados em apenas um Serviço de Reabilitação; Centros Especializados em Reabilitação (CER); e Centros de Especialidades Odontológicas (CEO); III - Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência: responsabilizado pelo acolhimento, classificação de risco e cuidado nas situações de urgência e emergência das pessoas com deficiência.

Nesse contexto, os serviços de reabilitação demandam de capacidade de acolhimento e resposta, devendo proporcionar atendimento em local de fácil acesso, com disponibilidade de recursos e treinamento profissional permanente para as equipes envolvidas, sendo que os serviços devem atender as necessidades dos usuários, com enfoque no sistema de regulação e avaliação das ações, vindo a priorizar qualidade de vida e garantir o maior grau de autonomia à saúde das PcD's.

O processo de habilitação/reabilitação deve contar com estrutura física e funcional capacitada para a prestação de assistência especializada para PcD's de modo articulado aos demais pontos de atenção básica, hospitalar e de urgência e emergência. Assim, implementam os Centros Especializados em Reabilitação (CER), local físico do objeto de nosso estudo, que detalharemos a seguir.

2.3. OS CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO

Os serviços de saúde habilitados em única modalidade de reabilitação já existiam pelo Brasil, porém seu funcionamento era fragmentado e insuficiente para atender as demandas, que muitas vezes não surtiam resultados satisfatórios.

Através da publicação da portaria GM/MS Nº 793 de 24 de abril de 2012, definiu e normatizou o Centro Especializado em Reabilitação como equipamento de saúde componente da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e ponto de atenção ambulatorial especializada em habilitação e reabilitação, buscando centralizar serviços e diminuir o deslocamento dos usuários em vários endereços, proporcionando mais disponibilidade de tratamento para a PcD e também ao seu familiar e/ou cuidador.

Neste contexto, o CER é organizado da seguinte forma:

- CER II - composto por dois serviços de reabilitação habilitados;
- CER III - composto por três serviços de reabilitação habilitados;
- CER IV - composto por quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados;

Para Santos e Istan (2017), a construção de centros especializados em reabilitação devem proporcionar

uma integração dos pacientes com a sociedade, fazendo uma transição sutil do espaço privado para o espaço público. Para isso serão criados espaços abertos envolvendo a comunidade, a fim de trazê-la à realidade do ambiente de reabilitação e, conseqüentemente, evitando a exclusão social dos pacientes com deficiência e também desenvolver uma arquitetura humanizada onde o ambiente possa fazer parte no processo de reabilitação. (SANTOS; ISTAN, 2017, p.03)

Desta forma, o processo de habilitação/reabilitação num ambiente projetado especificamente para facilitar a inclusão social, busca resultados positivos mais expressivos, com intensa troca de experiências entre PcD's, familiares, cuidadores e profissionais num espaço harmonioso.

Resultante de vários estudos, com participação de profissionais de diversas áreas do conhecimento, esse novo ambiente busca uma integração participativa no processo de habilitação/reabilitação, potencializando as relações entre os atores envolvidos na totalidade do tratamento, usando o meio físico como finalidade de integração social em todo o período da terapia.

A portaria ministerial estabelece um padrão numérico para cada tipo de serviços ofertados, assim conforme a quantidade de serviço de reabilitação na composição do CER, há um número específico de profissionais, a seguir apresentamos o quadro correspondente ao CER-IV, espaço mais específico de nosso estudo.

Quadro I - Referência para composição das equipes do CER-IV

CER IV		EQUIPE MÍNIMA
VISUAL	FISICA	QUANTIDADE
AUDITIVA	INTELLECTUAL	
MÉDICO Auditiva: otorrinolaringologista; Fisica: ortopedista, neurologista ou fisiatra; Intelectual: psiquiatra ou neurologista; Visual: oftalmologista.		4
ENFERMEIRO		2
TEC. ENFERMAGEM		2
FONOAUDIOLOGO		6
PSICOLOGO		4
FISIOTERAPEUTA		6
TERAPEUTA OCUPACIONAL		4
NUTRICIONISTA - opcional		2
ORTOPTISTA - opcional		1
PROTÉTICO OCULAR - opcional		1
TECNÓLOGO OFTÁLMICO - opcional		1
ASSISTENTE SOCIAL - opcional		1
PEDAGOGO - opcional		1

Fonte: BRASIL. Portaria GM 793 de 24 de abril de 2012 e Portaria GM 835 de 25 de abril de 2012

De acordo com o quadro I, se observa que alguns profissionais aparecem em condição de opcional para compor as equipes, porém quando estão presentes contribuem com significativa importância ao processo de habilitação/reabilitação, assim, mais adiante veremos a contribuição do profissional do Serviço Social no âmbito dos CER's, onde buscaremos elementos para questionar o porquê do Serviço Social se encontrar na condição de opcional, uma vez que se observa fundamentais contribuições deste profissional neste espaço..

Dentro do Programa Viver sem Limite, a estratégia de co-financiamento federal para implantação do CER em vários municípios pelo país, contribui para o surgimento destes equipamentos em todo o território brasileiro, seguindo todas as normatizações vigentes para promoção de acessibilidade para PcD's, frutos de muita luta dos movimentos sociais por direitos a esse grupo de pessoas.

Buscando subsidiar o processo de contratação de obras e serviços por parte do gestor local, o Ministério da Saúde disponibiliza projetos padrões, assim o Projeto de Arquitetura para o Centro Especializado em Reabilitação (CER) segue as orientações contidas na Portaria de Consolidação nº 3/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, que estabelece os requisitos mínimos de ambientes para os componentes da Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a RDC-50/2002 - Regulamento Técnico para Planejamento, Programação, Elaboração e Avaliação de Projetos Físicos de Estabelecimentos Assistenciais de Saúde; a ABNT NBR 9050/2015 - Acessibilidade a edificações, mobiliário, espaços e equipamentos urbanos; e a ABNT NBR 16537/2016 – Acessibilidade - Sinalização tátil no piso - Diretrizes para elaboração de projetos e instalação. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017)

De acordo com o Manual de Ambiência dos Centros Especializados em Reabilitação, a proposta é que o projeto arquitetônico do CER-IV disponha de ambientes confortáveis e acolhedores, com componentes que estimulem as dimensões sensoriais e favoreçam a privacidade e interação das pessoas entre si e com os espaços, especialmente com a cor, a luz, as texturas, os sons, os cheiros, integralizando a totalidade do processo terapêutico entre a pessoa e o ambiente.

Deve contemplar condições de conforto térmico, acústico e luminoso, priorizando-se a iluminação e ventilação naturais, segurança, estabilidade e

sustentabilidade das edificações. Fatores que atuam como qualificadores e modificadores do espaço, transformando em ambientes que contribuem no processo de produção de saúde e de espaços saudáveis, estimulados pela percepção ambiental.

Os cuidados no detalhamento dos itens elencados, foram resultantes do processo de pesquisas e lutas dos vários atores que estão ligados ao cotidiano da PcD, sejam profissionais, familiares ou cuidadores. Ao implementar novas técnicas terapêuticas, o espaço físico é integralizado ao processo de tratamento, com isso, os resultados buscados tendem a ser mais eficazes e satisfatórios, gerando uma sensação de conforto e segurança para os usuários, fazendo que sua permanência no processo de reabilitação seja contínua e interessante, movida por novos descobrimentos.

Todos os espaços devem observar os princípios da acessibilidade, em especial da NBR 9050⁷ e do desenho universal, estabelecendo espaços de uso democrático onde todas as pessoas tenham condições iguais de uso, compreensão e expressão. Sendo que, os princípios do desenho universal ampliam a compreensão das diferenças de habilidades e de interações com objetos e espaços e reforçam fisicamente o atendimento aos princípios do SUS, de modo equitativo (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017), conforme é demonstrados com as figuras a seguir:

Figura I – Fachada do CER-IV



Fonte: <http://portaldecompras.saude.gov.br/index.php/component/content/article?id=37>

⁷ Normativa da Associação Brasileira de Normas Técnicas (ABNT) para os critérios e parâmetros técnicos a serem observados quanto ao projeto, construção, instalação e adaptação do meio urbano e rural, e de edificações às condições de acessibilidade.

A figura I retrata a fachada do CER-IV, uma área externa que oferece espaço para embarque e desembarque de ambulância e de veículo adaptado, contando com ajardinamento que propicia visual harmonioso, rompendo o estigma de casa de saúde, deve dispor de amplo estacionamento para os usuários, com acesso facilitado com rampas e boa circulação.

Figura II – Recepção



Figura III – Convivência Interna



Fonte: <http://portaldecompras.saude.gov.br/index.php/component/content/article?id=37>

As figuras II e III retratam a recepção e a convivência interna, locais que devem apresentar: Ambiente amplo e acolhedor; ambientes com móveis que ofereçam conforto e mobilidade; proporcionando condições de conforto e higiene ao paciente e ao público, com salas para recepção, espera, guarda de pertences, recreação, troca de roupa e higiene pessoal. As áreas de convivência interna devem também possibilitar atividades terapêuticas, treinos de habilidades motoras, descanso e convivência em ambiente provido de paisagismo adequado.

Figura IV - Área externa I



Figura V - Área externa II



Fonte: <http://portaldecompras.saude.gov.br/index.php/component/content/article?id=37>

As figuras IV e V demonstram as áreas externas que devem possibilitar atividades terapêuticas, treinos de habilidades motoras, descanso e convivência em ambiente ao ar livre provido de paisagismo adequado.

Até o final do ano de 2018, de acordo com o Ministério da Saúde, o Brasil apresentava 2.233 serviços de reabilitação em funcionamento voltados para pessoas com deficiência, dos quais 214 são Centros Especializados em Reabilitação, 36 Oficinas Ortopédicas, 244 serviços de reabilitação em modalidade

única e 1.739 serviços de reabilitação credenciados pelos gestores locais. Esses centros podem atender as deficiências física, ou visual, ou intelectual ou auditiva. (BRASIL, 2019)

Ao verificar esses números, é possível notar o salto positivo no processo de habilitação/reabilitação das PcD's com a implantação dos CER's, pois considerando o ano de 2012 quando foi promulgado o Plano Viver sem Limites para as PcD's, só haviam centros especializados em reabilitação em modalidade única, que dentro das possibilidades do serviços e apesar dos esforços de profissionais que atuavam nesses espaços, permaneciam limitados no atendimento aos usuários. A falta de conexão entre os estabelecimentos de saúde, a pouca comunicação e troca de informações entre elas, geravam entraves para a continuidade do tratamento, principalmente no critério de deslocamentos e acessibilidade por falta de vagas. É a partir da centralização de mais serviços em um mesmo espaço, que se criam condições ao usuário para frequentar e permanecer no processo terapêutico por mais tempo, conquistando assim resultados mais expressivos em melhores condições de vida no quesito da participação da vida social.

2.4. O PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO DO CER-IV NO MUNICÍPIO DE FOZ DO IGUAÇU

A partir de 1990, no município de Foz do Iguaçu, extremo oeste do Estado do Paraná, iniciaram-se o atendimento aos usuários que necessitavam da dispensação OPMAL's (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção). Sendo que em 1998, o município adotou uma nova estrutura política para sistema municipal de saúde e estabeleceu o emprego de equipes multiprofissionais no trabalho direcionado ao desenvolvimento das ações do Programa de Órteses e Próteses.

Neste período, os primeiros profissionais do Serviço Social foram contratados para atuarem nos distritos sanitários do município, ficando responsáveis pelo acolhimento dos usuários que tinham prescrição médica para OPMAL's, realizando a entrevista, as orientações e encaminhamentos às empresas conveniadas para fornecimentos dos materiais.

Apesar dos avanços, ainda se observavam casos de pouca eficácia no Programa de Órteses e Próteses, pois

Após recebimento das órteses ou próteses os usuários retornavam ao médico especialista para aferição do produto, sem acompanhamento na área de reabilitação quanto ao uso das órteses ou prótese. Esta conduta gerava desperdício de dinheiro público, porque principalmente, em próteses de membro inferiores, alguns usuários acabavam não usando, e quando alguns mais persistentes voltavam ao núcleo de saúde com a prótese, apresentavam lesões. (SILVA, 2011, p.05)

Em 2003, os usuários passaram a ser encaminhados ao Centro de Reabilitação Física⁸ do município de Cascavel, uma vez que existia uma carência da estrutura física e humana pela qual passava o município de Foz do Iguaçu, sendo que, para o usuário acessar o Programa de Órteses e Próteses, tinha como porta de entrada os serviços das unidades de saúde.

A situação mudou com o DECRETO Nº 16.396, 14 de fevereiro de 2005, quando a gestão municipal procurou atender às normativas previstas pelo Ministério da Saúde através da Portaria Nº 818, de 05 de junho de 2001, que criava mecanismos para organização e implantação de Redes Estaduais de Assistência à Pessoa Portadora de Deficiência Física, promovendo reajustes e um novo reordenamento nos serviços prestados, consolidando alterações no processo de dispensação de OPMAL's, contemplando a implantação e o credenciamento ao SUS do Centro de Reabilitação Físico Motor e Social (CREFI) no Serviço de Saúde do Município de Foz do Iguaçu.

De acordo com o Manual Operativo (Código de Saúde do Paraná) outorgado no ano de 2002 pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Paraná através da LEI Nº 13331, de 23 de novembro de 2001 e do DECRETO Nº 5.711, de 05 de maio de 2002, o CREFI passou a desempenhar a missão de organizar a dispensação de OPMAL's de maneira integrada à Rede Estadual de Assistência a Pessoa Portadora de Deficiência Física do Sistema Único de Saúde (SUS) no Estado do Paraná, buscando sua reabilitação clínico funcional, contribuindo para a melhoria das suas condições de vida, sua integração social e ampliação das suas potencialidades laborais e independência nas atividades da vida diária. (PARANÁ, 2016)

⁸ Serviço administrado pela Universidades Estadual do Oeste do Paraná - UNIOESTE, vinculado ao curso de Fisioterapia no Campus de Cascavel-PR e cadastrado no CNES em 03/09/2003.

De acordo com Silva (2011, p.08) os serviços do Programa de Órteses e Próteses estavam organizados da seguinte maneira: Centro de Reabilitação Auditiva (CEMURA) para as próteses auditivas; Poliambulatório para as bolsas coletoras de colostomia, ileostomia e urostomia, sendo coordenado por uma enfermeira; USF para próteses oculares e óculos, coordenado pela assistente social nas unidades de referências para saúde da família; CREFI para as próteses de membro inferior, talas, cadeiras de rodas, muletas e outros meios auxiliares de locomoção. Situação que permanece até o ano de 2018, com a inauguração do CER-IV.

Para Silva (2011, p.08) a dificuldade em comunicação entre os profissionais dos centros de reabilitação em modalidade única que haviam no município e os profissionais das unidades de saúde, gerava barreiras para divulgação das informações sobre quais os serviços eram ofertados, a assistência oferecida tornava-se um fator que dificultava a garantia da acessibilidade, do acolhimento e da qualidade de assistência na saúde, considerando um processo humanizado para as PcD's e aos seus familiares e/ou cuidadores, no critério de acompanhamento e participação dos processos e resultados para esse grupo de pessoas.

Para sanar esta lacuna, houve empenho de profissionais da área da saúde e do Serviço Social para implantar o CER-IV no município de Foz do Iguaçu, com promoção de muitos encontros e reuniões, onde foram realizados debates e planejamentos que propiciaram apoio político e êxito para a inclusão do município no rol das ações do Programa Viver Sem Limites, processo acompanhado durante o processo de estágio, com anotações e confecção do diário de campo.

Dentro das estratégias do Programa Viver sem Limites, o CER-IV é um ponto de atenção ambulatorial especializado em reabilitação, que realiza diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva, constituindo-se em referência para a rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência no território, centralizando os serviços desenvolvidos para as PcD's, buscando gerar menos desgastes em deslocamentos.

A licitação do projeto foi finalizada no dia 12 de dezembro de 2014, com a abertura de envelopes de propostas apresentadas por seis empresas. No final de dezembro, a Prefeitura apresentou ao Governo Federal a ordem de serviço onde fora disponibilizado 80% da verba para a construção do prédio, fator condicionado à regularização das finanças do município perante o Estado e a União, possibilitando a

liberação de verbas. O financiamento federal dentro da ordem do projeto aprovado pelo Ministério da Saúde, repassou R\$ 5 milhões para a execução da obra e previu o repasse mensal de R\$ 345 mil por mês para manutenção da unidade, fator que possibilitou ao município a aquisição deste empreendimento, desde que o gestor garantisse o quadro funcional de profissionais e a manutenção das instalações, na contrapartida, o governo estadual devendo garantir treinamento para os profissionais e a integralidade de funcionamento em rede com os demais serviços de saúde do estado. (FOZ DO IGUAÇU, 2018, p.01)

De acordo com a Agencia de Notícias do município de Foz do Iguaçu, as obras do CER IV começaram no final de 2014 numa área na região norte da cidade com 2.500 metros quadrados, e o espaço físico foi finalizado em junho de 2016, quando a empresa construtora fez a entrega do prédio para a gestão municipal, a qual ficou responsável pela construção do estacionamento e acessos, também pelo ajardinamento externo. Neste momento foi pleiteado junto ao Governo Federal mais R\$ 2 milhões para a compra de equipamento e material permanente. (FOZ DO IGUAÇU, 2018, p.01)

Considerando os contratempos enfrentados pela gestão municipal de ordem orçamentária, o Centro Especializado em Reabilitação de Foz do Iguaçu teve suas atividades abertas ao público e usuários em junho de 2018, recebendo o nome de Drº José Carlos Azeredo, em homenagem ao médico que dedicou sua vida ao atendimento na saúde pública para a população iguaçuense, configurando o primeiro espaço da região oeste do Paraná destinado ao atendimento de pessoas com quatro tipos de deficiência: física, visual, auditiva e intelectual. (FOZ DO IGUAÇU, 2018, p.01)

As experiências vivenciadas no processo de estágio e formação profissional possibilitaram uma grande quantidade de anotações que trazem a percepção da importância dos movimentos e das lutas para implementar um serviço com relevância fundamental para as PcD's e o empenho do Serviço Social neste contexto.

3. CAPITULO II - O PAPEL DO SERVIÇO SOCIAL NA ATENÇÃO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL

3.1. O SURGIMENTO DO MODELO MÉDICO DA DEFICIÊNCIA.

Conforme Lanna Junior (2010, p.27), no início da década de 1950, o Brasil sofria com a epidemia de poliomielite, haviam surtos em várias cidades e resultavam em graves sequelas, foi quando profissionais de saúde junto com estudantes de medicina trouxeram novas técnicas com base no modelo de reabilitação do pós-guerra, que eram utilizadas na Europa e nos Estados Unidos, técnicas elaboradas para atender as vítimas da 2ª Guerra Mundial, visando a retomada à vida em sociedade.

Lanna Junior (2010, p.28) afirma que no Brasil esse modelo foi adaptado como um novo modelo médico, direcionado inicialmente para atender pessoas vítimas do surto de poliomielite e ex-combatentes pracinhas que estiveram em campo de batalha e conseqüentemente possuíam deficiências, também serviu de incentivo para o surgimento dos centros de reabilitação em algumas cidades pelo país.

Segundo Sposati (2007), as pessoas PcD's eram atendidas na área da saúde, em centros de reabilitação mantidos por iniciativa não governamental. Pois neste âmbito, mantiveram-se iniciativas assistencialistas dissociadas das políticas públicas existentes para a população em geral, sob o comando da Legião Brasileira de Assistência (LBA), que

Em Outubro de 1942 a legião campanhista se torna uma sociedade civil de finalidades não econômicas, voltadas para “congregar as organizações de boa vontade”. Aqui a assistência social como ação social é ato de vontade e não direito de cidadania. (SPOSATI, 2007 p.20).

De acordo com Lanna Junior (2010), através da Portaria Interministerial nº 186 de 1978, a LBA assumiu obrigações como o atendimento, o tratamento ou qualquer que fosse o tipo de atenção à PcD e nisto, a reabilitação passou a ser executado quase que exclusivamente apenas pela LBA, salvos alguns serviços realizados por instituições de deficientes como APAE e ACDD. Nesse período, ficou constatado que a PcD conseguia entrar nos serviços, porém não havia a saída do tratamento, não havia um processo de educação que permitia que ela fosse

realmente incluída na sociedade. Os processos relacionados à PcD no Brasil enfrentavam muita dificuldade em ter terminalidade e resolutividade. Essa situação persistiu até a metade da década dos anos de 1990.

Segundo Lanna Junior (2010) depois dos anos de 1960, o perfil dos usuários dos centros de reabilitação foram se modificando, pois

A consolidação da urbanização e da industrialização da sociedade e o êxito das campanhas nacionais de vacinação provocaram dois efeitos: diminuíram os casos de sequelas por poliomielite e aumentaram os casos de deficiência associados a causas violentas, principalmente acidentes automobilísticos (carro e moto), de mergulho e ferimentos ocasionados por armas de fogo. (LANNA JUNIOR, 2010, p.28)

Com o surgimento do modelo médico da deficiência houve ênfase na ideia que as dificuldades originárias na deficiência deveriam ser superadas pela intervenção de profissionais especialistas (médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais, entre outros). O atendimento baseava-se numa perspectiva clínico patológica da deficiência, responsabilizando a deficiência como principal causa da desigualdade e/ou desvantagem para este grupo de pessoas, nesta linha, ignorava ou deixava de lado o fator das *“estruturas sociais na opressão e exclusão das pessoas com deficiência, bem como desconhece as articulações entre deficiência e fatores sociais, políticos e econômicos”*. (LANNA JUNIOR, 2010, p.29)

Para Maior (2017) o atendimento que correspondia ao modelo biomédico da deficiência estava vinculado à integração social e induzia esforços de normalização das pessoas com deficiência para atenderem aos padrões de desempenho e estética exigidos pela sociedade, fator que demonstrava a resistência desta mesma sociedade em aceitar as mudanças em suas estruturas e atitudes. As políticas públicas implementadas eram integracionistas e possuíam características específicas, isoladas e habitualmente restritas à saúde, assistência social e educação especial em escolas segregadas. A integração por sua vez, colocavam as pessoas com deficiência a serem representadas pelos profissionais e familiares, sem voz e sem atuação direta nos assuntos referentes aos seus interesses.

Até a década dos anos 1970, a PcD não possuía autonomia para tomar decisões sobre sua própria vida, eram colocados em segundo plano sob a visão de incapacitados, e foi nos centros de reabilitação geridos por entidades filantrópicas que se formaram espaços de convívio onde debatiam questões em comum,

percebendo a necessidade de se organizarem em movimentos para lutar por direitos e autonomia, solidificando a imagem de grupo social para os cegos, os surdos, os deficientes intelectuais e os deficientes físicos.

No mesmo período, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE)⁹ se espalhava pelo território brasileiro, levando a ideia de integração às PcD's na comunidade através da valorização e do desenvolvimento, promovendo debates de assuntos comuns para PcD com grupo de famílias, apresentando suas experiências como pais de deficientes e profissionais na área.

Houve também, o aprofundamento dos estudos sobre a deficiência, alavancando o movimento de luta por direitos e reconhecimento das PcD's como atores próprios de protagonismo em suas vidas.

Surgiu assim o modelo social da deficiência em contraposição ao modelo meramente biológico. O modelo social baseia-se nas condições de interação entre a sociedade e as pessoas com limitações funcionais. Acima de tudo, as pessoas com deficiência são sujeitos de direitos, com autonomia e independência para fazer suas escolhas, contando com os suportes sociais que se fizeram necessários (MAIOR, 2017, p.31).

O movimento político das PcD's adquire maior expressão ao final da década dos anos 1970 e início dos anos 1980, gerando conquistas importantes principalmente na promulgação da nova constituinte, *“quando não se permitiu uma cidadania separada para as pessoas com deficiência e sim a inserção dos seus direitos nos diversos capítulos da Constituição de 1988”* (MAIOR, 2017, p.31)

3.2. A INSERÇÃO DOS ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE

No Brasil, a saúde ganha importância como expressão da questão social no início do século XX, que segundo Bravo (2006, p.02) é no auge da economia capitalista praticada pelo mercado exportador de café, e consequência do aumento do trabalho assalariado, que a saúde pública adquire força nos discursos dos governantes e serve de estratégia para ampliação do poder nacional.

⁹ Fundada em 1954 por um grupo de pessoas, composto por pais, amigos, professores e médicos de excepcionais, as APAE's compreendem o maior movimento social de caráter filantrópico do Brasil e do mundo em sua área de atuação, mantendo o objetivo de lutar pela defesa de direitos, atendimento e garantia da qualidade de vida das pessoas com deficiência.

As questões sociais em geral e as de saúde em particular, [...] precisavam ser enfrentadas de forma mais sofisticada. Necessitavam transformar-se em questão política, com a intervenção estatal e a criação de novos aparelhos que contemplassem, de algum modo, os assalariados urbanos, que se caracterizavam como sujeitos sociais importantes no cenário político nacional, em decorrência da nova dinâmica da acumulação. (BRAVO, 2006, p.04)

Neste período em São Paulo, defendiam a criação de centros de saúde com serviços ambulatoriais permanentes, pautados em programas de educação sanitária, procurando desenvolver ações coordenadas de saúde pública e assistência social. Percebia-se a importância da Assistência Social para a Saúde, entretanto, as atividades eram exercidas por médicos e leigos.

Marsiglia (2016) aponta que embasada na Doutrina Social da Igreja e nas Encíclicas Papais, a Igreja Católica buscava a liderança das camadas dos trabalhadores através da ampliação de obras assistenciais, e desta forma incentivava os leigos a agirem no meio social. Com a criação da Liga das Senhoras Católicas em 1923 e dos Círculos Operários da Ação Católica (1928) a Igreja *“participou diretamente da formação de intelectuais e profissionais para atuar em função da justiça social”* (MARSIGLIA, 2016, p.41), é o caso da gênese do Serviço Social.

Neste processo de profissionalização, o campo que estavam inseridos a grande maioria era o Serviço Social Médico e abordavam temas relativos à assistência médica e saúde

revelando preocupação com a prática profissional desenvolvida: metodologia, técnicas, instrumentos utilizados na prática cotidiana; certa reflexão sobre a inserção do Serviço Social numa área já existente; e tentativas para dinamizar o acesso e atendimento à saúde, de camadas da população em situação de vulnerabilidade social e de saúde. (MARSIGLIA, 2016, p.42)

Entre as atividades desempenhadas pelo assistente social, constava a estimulação do comprometimento do paciente com o tratamento médico; a intermediação da relação da instituição, do paciente e do médico proporcionando condições para o tratamento; e também, contribuía na administração hospitalar.

A política de saúde nesse período, era de caráter nacional e mantinha metas de criação de condições sanitárias mínimas nas áreas urbanas e bastante restritas nas áreas rurais. Assim, a situação de saúde da população mantinha um

quadro elevado de doenças infecciosas e parasitárias, com altas taxas de mortalidade infantil.

A partir da metade da década dos anos de 1960, com o processo de renovação do Serviço Social, na tentativa de se consolidar as tendências sócio-políticas e romper com o tradicionalismo patrocinado pela Igreja, o Serviço Social se torna instrumento profissional de suporte a políticas de desenvolvimento, deixa de ser somente executor e passa a demonstrar a capacidade de formular e gerir políticas sociais, alcançando a posição de ser definido como

uma prática institucionalizada que se caracteriza pela ação junto à indivíduos com desajustamentos familiares e sociais. Desajustamentos ocorrem de estruturas sociais inadequadas. Esse tipo de ação compreende dimensões corretivas, preventivas e promocionais. O serviço social é aquele que leva à plena utilização dos recursos naturais e humanos” (NETTO, 2009, p.168)

Esse processo de crítica teórico-metodológica não causou muita repercussão no Serviço Social inserido na área da saúde, pois as práticas profissionais estavam

voltadas para a afirmação de um padrão técnico que pudesse dar respostas às exigências das demandas que emergiam da assistência médica, reforçadas no pós 64, apesar de haver alguma sinalização para a área de saúde pública na prevenção, proteção e recuperação de saúde. (MARSIGLIA, 2016, p.42)

É a partir da década dos anos de 1990 que os assistentes sociais demonstram interesse e promovem discussões sobre a política de saúde, com a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), resultante do Movimento da Reforma Sanitária¹⁰, desta forma

O assistente social aparece como membro da equipe multidisciplinar dirigida às ações de prevenção, tratamento e cura do doente e de sua família. Quanto às funções do assistente social, se comparadas às décadas anteriores, pouca coisa se modificou, mas já aparece a necessidade de se potencializar a ação educativa e pedagógica do Serviço Social. (MARSIGLIA, 2016, p.44)

10 O movimento da Reforma Sanitária nasce no contexto da luta contra a ditadura, no início da década de 1970. Referia a um conjunto de ideias que buscavam mudanças e transformações na área da saúde. Essas mudanças não influenciavam apenas o sistema, mas todo o setor saúde, em busca da melhoria das condições de vida da população. O processo teve como marco institucional a 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 e suas propostas resultaram na universalidade do direito à saúde, oficializado com a Constituição Federal de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS)

Como efeito desse movimento, houve a implantação de conselhos gestores nos centros de saúde, que passaram a chamar Unidades Básicas de Saúde (UBS) incentivando a participação popular e o controle social. Nestes conselhos apareciam profissionais do Serviço Social, que atuavam como membros representantes dos trabalhadores ou como assessores de segmentos de usuários.

A partir do ano de 1995, o governo federal implantou o Programa de Saúde da Família, sendo que na formulação das equipes profissionais do programa não contava com o assistente social deixando uma lacuna que somente foi sanada com a criação dos Núcleos de Apoio às Equipes de Saúde da Família (NASF) em 2008, sendo previsto a presença do Serviço Social trabalhando em sintonia com equipes multidisciplinares, assim esta participação

é determinada tanto pela concepção de saúde prevalente no SUS, como pelas condições objetivas da população usuária dos serviços. Portanto, ao longo da história da organização do trabalho coletivo em saúde, vêm se constituindo cada vez mais uma das tarefas dos assistentes sociais no interior do processo de trabalho em saúde. Com essa atividade, o Serviço Social atende tanto às exigências mais gerais do sistema, como as necessidades operacionais das unidades de saúde. (COSTA, 2006, p.17)

Se constata que o aumento da divisão sócio-técnica do trabalho e do surgimento horizontal de serviços de saúde, são resultantes das mudanças de natureza tecnológica, organizacional e política que perpassam a dinâmica do SUS e eleva a quantidade de profissionais do Serviço Social na área da saúde.

3.3. SERVIÇO SOCIAL NOS CENTROS DE REABILITAÇÃO

A “questão social” posta como “*o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura*” (IAMAMOTO, 2000, p.27), se configura como objeto do trabalho dos assistentes sociais, uma profissão que está regulamentada pela Lei 8.662/1993, e que em seus artigos 4º e 5º, constam as definições das atribuições privativas e das competências profissionais, e também através de um Código de Ética Profissional, lhes são outorgados a intervenção nos mais diversos campos das relações sociais.

Iamamoto (2009) descreve que os profissionais do Serviço Social desenvolvem suas ações, seja na formulação e/ou na execução das políticas sociais, como em áreas abrangendo a educação, a saúde, a previdência e assistência social, a habitação, o trabalho e meio ambiente, entre outros, norteados pela defesa de ampliação dos direitos dos cidadãos. Desta forma, o trabalho profissional do assistente social caracteriza-se também pelo atendimento às demandas e necessidades sociais de seus usuários, e podem construir resultados concretos quer nas dimensões materiais, sociais, políticas e culturais da vida da população, facilitando seu acesso às políticas sociais.

Diante desta dinâmica, a formação profissional qualificada dos assistentes sociais proporcionam uma capacidade para a apreensão da realidade com uma ótica mais crítica, e isso reflete na atuação junto às PcD's de maneira concreta, centrada na produção da autonomia, na participação efetiva e na construção de projetos de vida pessoais e sociais, pautada na perspectiva da garantia de direitos e na autonomia dos usuários como observa Tavares (2010).

Trabalhar junto das pessoas portadoras de deficiência é atuar na perspectiva de garantia de direitos historicamente constituídos, modificando a realidade, transformando o sujeito em autor de sua história, instigando autonomia. Ressalta-se a importância da constante e permanente formação técnica do assistente social, garantindo o aprimoramento de competência técnica, operativa e intelectual, consolidando assim o compromisso político com as pessoas portadoras de deficiência (TAVARES, 2010, p.236 apud MUNHÓS; PEREIRA, 2015, p.10).

E ao percorrer este campo de atuação, o Serviço Social no processo de habilitação/reabilitação, se constata a relevância dos serviços ofertados as PcD's, desenvolvendo atividades de maneira individual ou em equipes multiprofissionais, pois *“como sujeitos do processo de trabalho, os profissionais exercem autonomia técnica, que é concebida como a esfera de liberdade de julgamento e de tomada de decisão frente às necessidades de saúde dos usuários”*. (PEDUZZI, 2001, p.105)

Os objetivos da reabilitação são postos pela equipe multiprofissional como ações de reinserção e de participação no rol da vida social, ações que são esperadas pelo usuário, porém os resultados vão além disto, confrontando na relação entre a amplitude da reabilitação e dos limites institucionais, que com intervenções do Serviço Social, seja nas mediações, nas orientações e/ou nos encaminhamentos a outros serviços, como a aquisição de benefícios, integram-se ao mesmo processo.

Quando uma PcD procura serviços para melhorar sua condição de vida como indivíduo social, ao superar limitações que configuram barreiras para conviver em iguais condições com outras pessoas, adquire conquistas que interferem não somente na sua vida, mas também na vida das pessoas que convivem junto ao seu cotidiano.

As ações desenvolvidas no processo de reabilitação geram resultados que não ficam ligados somente ao CER, passam a integrar a gama dos conflitos comuns a todos os demais indivíduos em sociedade, tal como a inserção no mercado de trabalho, o transporte coletivo adaptado, educação, esportes, entre outros.

Neste contexto, a formação continuada do assistente social e o compromisso com o projeto ético-político¹¹ da categoria serve de aporte para subsidiar suas contribuições, buscando levar atendimento de qualidade e ações que transpassem os muros da instituição.

No processo de reabilitação, Pereira (2009) defende que o Serviço Social é essencial em atividades que interagem com a PcD, com ações que objetivam o fortalecimento da autonomia e autoestima dos mesmos, considerando que

A concepção de reabilitação é indissociável da concepção de deficiência. Uma vez que a deficiência não se desvincula do conjunto de determinações da vida e da saúde (aspectos biológicos, contextuais, emocionais e sociais), a reabilitação está igualmente associada às mesmas determinações. Contradições e tensões presentes no processo de reabilitação refletem enfrentamentos para emancipação social de pessoas com deficiência. (PEREIRA, 2009, p.90)

Fica posto que, ao se apropriar de uma perspectiva com determinação sócio-histórica¹², condicionadas pelas competências dos assistentes sociais, contribuem potencialmente na interlocução das relações sociais que envolvem os usuários do CER e o convívio com as demais pessoas em comunidade, desenvolvendo atividades culturais, esportivas, recreativas, entre outras.

¹¹ O projeto ético-político do Serviço Social defende o reconhecimento da liberdade como valor central, que nas palavras de José Paulo Netto (2006), é a liberdade concebida historicamente, como possibilidade de escolha entre alternativas concretas, comprometidos com a autonomia, com a emancipação e a plena expansão dos indivíduos sociais. O projeto profissional se vincula a um projeto societário que propõe a construção de uma nova ordem social, sem exploração/dominação de classe, etnia e gênero. Nisto, pratica a defesa intransigente dos direitos humanos e o repúdio do arbítrio e dos preconceitos, contemplando de maneira positiva o pluralismo, tanto na sociedade como no exercício profissional.

¹² Um contexto sócio-histórica refratário aos influxos democráticos que exige contraditoriamente a construção de uma nova forma de fazer política, comprometida com a prevalência do debate público e da participação democrática. Sendo terreno que atualiza a luta por direitos, fundamental numa época em que a cidadania é associada ao consumo, ao mundo do dinheiro e a posse de mercadorias.

4. CAPITULO III - OS DESAFIOS E POSSIBILIDADES DO SERVIÇO SOCIAL NO ÂMBITO DO CER-IV Drº JOSÉ CARLOS AZEREDO

4.1. O ASSISTENTE SOCIAL NO CER-IV DRº JOSÉ CARLOS AZEREDO

O Centro Especializado em Reabilitação Drº José Carlos Azeredo, inaugurado em 14 de junho de 2018, é um serviço que integra a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência para Foz do Iguaçu e futuramente referenciará os demais municípios que compõem a 9º Regional de Saúde do Estado do Paraná¹³.

A interlocução com os demais municípios ainda está em fase de negociação com seus respectivos gestores, não sendo possível a integração dos serviços, desta forma as ações atendem somente serviços no município de Foz do Iguaçu e já no primeiro trimestre de atividades, os números apresentados confirmaram as expectativas da equipe de profissionais que se empenharam no projeto de implantação deste equipamento de saúde.

O CER-IV Dr. José Carlos Azeredo, conta com a presença de 02 Assistentes Sociais na formação de sua equipe de profissionais, atuando em turnos diferenciados, sendo que as atividades por eles desenvolvidas na instituição estão especificadas no Protocolo de Atendimento do CER-IV, apresentando uma intervenção participativa em ações que compreendem:

- Colaborar para a elaboração de programa individualizado a pacientes em programa de reabilitação ambulatorial adequado às potencialidades de cada paciente;
- Integrar a equipe de triagem, subsidiando-a em critérios sociais específicos;
- Prestar assistência a pacientes em programa de reabilitação e a familiares/cuidadores, mediante avaliação social;
- Desenvolver atendimentos diretos a pacientes e a familiares/ cuidadores, individualmente e em grupos;
- Promover condições sociais básicas para o paciente beneficiar-se do programa de reabilitação e manter os ganhos obtidos por meio desse programa;
- Auxiliar o paciente e sua família/cuidador a identificar e solucionar problemas de participação social e de alterações ambientais decorrentes de sua incapacidade;
- Obter a participação da sociedade para a implementação de políticas favoráveis à inclusão das pessoas com deficiência incapacitante; e

¹³ A 9ª Regional de Saúde do Estado do Paraná abrange os municípios de Foz do Iguaçu, Itaipulândia, Matelândia, Medianeira, Missal, Ramilândia, Santa Terezinha de Itaipu, São Miguel do Iguaçu e Serranópolis do Iguaçu.

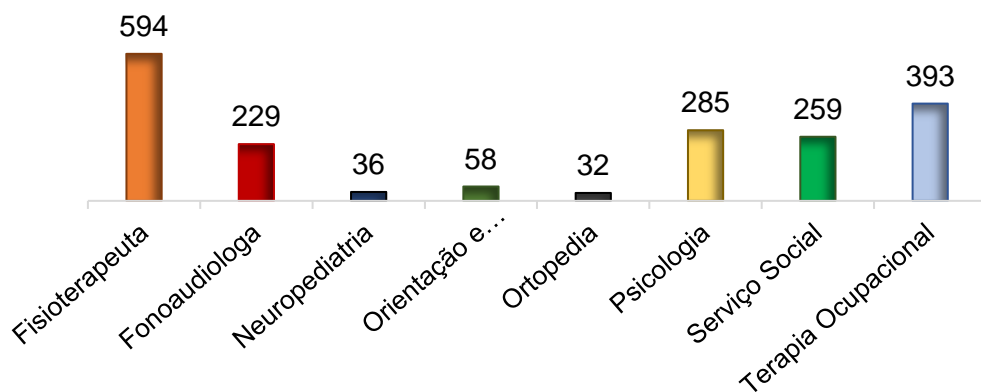
- Desenvolver projetos de interesse socioeducativos.
(FOZ DO IGUAÇU, 2018, p.14)

A relevância da atuação das Assistentes Sociais, com a dinâmica apresentada, provoca uma inquietação a ser debatida, pois sendo uma profissão que exige uma formação aprimorada e crítica, desenvolvendo um conjunto de ações que se integram no processo coletivo de trabalho, desta forma, deveria ser essencial sua atuação em todos os espaços que constituem os Centros Especializado em Reabilitação pelo Brasil, cabendo ao Ministério da Saúde alterar o quesito de profissional opcional para compor as equipes multidisciplinares.

A atuação do profissional do Serviço Social é evidenciada no cotidiano da instituição, com participação efetiva nos atendimentos individuais ou multidisciplinares, contribuindo nas tomadas de decisões, promovendo ações para a garantia de direitos e a interlocução entre usuários e profissionais da área médica, visando estratégias de promoção do interesse da participação dos pacientes aos tratamentos necessários.

De acordo com o relatório de atendimentos do CER-IV Drº José Carlos Azeredo, nos primeiros três meses de atividades houve 233 avaliações multiprofissionais que resultaram em diferentes direcionamentos a processos terapêuticos executados por profissionais específicos em cada área, já formando fila de espera conforme a demanda, principalmente em fisioterapia, psicologia e terapia ocupacional, sendo que o gráfico a seguir apresenta os números individualmente por profissional.

Gráfico I – Atendimentos Individuais por Área Profissional - Junho a Agosto de 2018



Fonte: CER-IV Drº José Carlos Azeredo – Relatório Trimestral

O gráfico demonstra que a quantidade de intervenções do Serviço Social na instituição apresentou um número expressivo com 259 atendimentos aos usuários, e conforme constatado em período concomitante ao estágio obrigatório do acadêmico em seu processo de formação, foram ações diversas como orientação para os usuários e encaminhamentos para os diversos componentes da rede socioassistencial como o CRAS e o CREAS, para o Ministério Público, o Conselho do Idoso, o Conselho da Pessoa com Deficiência, entre outros.

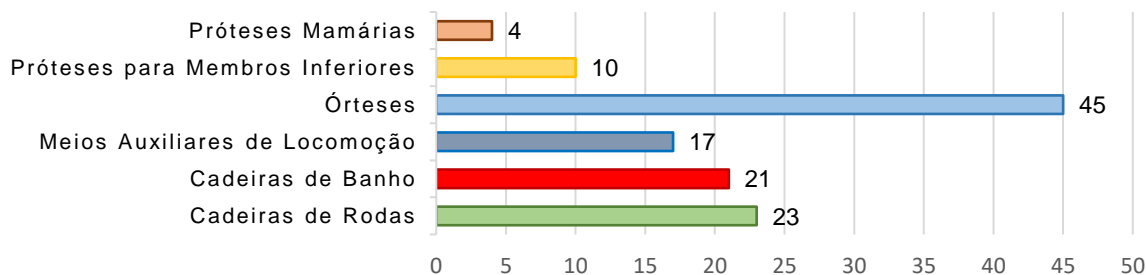
Algumas das demandas que foram atendidas no período, englobam a falta de documentação pessoal, a segurança alimentar, a negligência e os maus tratos ao idoso e a criança, com necessidade de elaboração de estudos socioeconômicos, de pareceres sociais e visitas domiciliares.

No CER-IV, as assistentes sociais organizam e promovem encontros, palestras e reuniões, tanto no âmbito interno para grupos específicos como para o público em geral, com temas focados nos usuários, nos familiares e na comunidade em geral, discutindo e levando informações que fomentam o acesso e a garantia de direitos, os cuidados e a prevenção da saúde, do melhor uso das OPMAL's, e de assuntos inerentes à Pessoa com Deficiência, com ações integrantes de campanhas educativas como o Maio Amarelo, Outubro Rosa, Novembro Azul, entre outras.

A promoção de atividades recreativas também englobam ações de inserção dos pacientes, promovendo perspectivas de participação e protagonismo como ser social e membro efetivo da comunidade.

Outra atividade desempenhada pela assistente social no CER-IV, dentro das competências profissionais propostas no âmbito administrativo, consiste na gestão do Programa de Órteses, Próteses e Meios Auxiliares de Locomoção, onde as profissionais realizam o acompanhamento dos pacientes desde sua entrada no serviço, participando das avaliações juntamente com demais membros da equipe, providenciando o processo de requisição dos materiais, acompanhando a auditoria pela Secretaria de Saúde do Município e por fim organizando as entregas realizadas pelas empresas conveniadas, atento os tramites para os possíveis ajustes ou trocas quando necessárias. Essa atividade consome elevado tempo de trabalho e requer atenção na documentação, diminuindo as situações onde há necessidade de trocas e demora para a entrega das OPMAL's, sendo demonstrado na quantidade de materiais dispensados no período conforme o gráfico a seguir.

Gráfico II – Dispensação de Opmal's - Junho a Agosto de 2018



Fonte: CER-IV Drº José Carlos Azeredo – Relatório Trimestral

Ao considerar os números em ambos os gráficos, é observado que as demandas das PcD's no município necessitam de um grande empenho dos profissionais lotados no CER-IV, pois nos três primeiros meses de funcionamento já expressaram a quantidade de 1886 atendimentos, gerando uma média de 630 atendimentos mensais, sendo que a estimativa proposta pelo Ministério da Saúde é de 700 atendimentos mensais somando os quatro tipos de reabilitação por deficiência¹⁴, e esses números consideram o atendimento a todos os municípios pertencentes a 9ª Regional de Saúde e que no momento não estão sendo realizados por falta de convênios e/ou tratativas de seus gestores locais, que ainda estão referendados ao município de Cascavel.

A realidade posta, onde grande número dos usuários são originários das camadas sociais mais pobres, revelam fatores que servem de entraves para acessar os serviços da reabilitação, tal como deslocamentos, aquisição de insumos ou falta de documentação pessoal. E nesse rol, o assistente social articulado com demais profissionais e com outras instituições, busca apresentar soluções rápidas e estratégicas para que o tratamento tenha início o mais breve possível. Pois

Para os assistentes sociais será reservada, prioritariamente, a relação com os segmentos sociais mais vulnerabilizados pelas sequelas da questão social e que buscam, nas políticas públicas especialmente nas políticas sociais, em seus programas e serviços, respostas às suas necessidades mais imediatas e prementes. (RAICHELIS, 2009, p.380)

Nessa dinâmica é essencial ao perfil do Assistente Social no CER-IV, o domínio para desenvolver uma leitura crítica com “*elaboração de diagnósticos*

¹⁴ De acordo com o Manual Instrutivo do CER-IV, a média de usuários atendidos por mês para cada modalidade de reabilitação é: Reabilitação Auditiva – 150 usuários; Reabilitação Física – 200 usuários; Reabilitação Intelectual – 200 usuários; Reabilitação Visual – 150 usuários.

integrados das realidades municipais e locais, formulação de indicadores sociais, apropriação crítica do orçamento público, capacidade de negociação, de interlocução pública, etc.” (RAICHELIS, 2009, p.389), quesitos indispensáveis na execução dos serviços propostos no Programa Viver sem Limite.

A inserção do assistente social no CER-IV, aconteceu de maneira indireta, uma vez que já configurava como membro efetivo do Programa de Órteses e Próteses executado pelo CREFI no município, instituição que foi incorporada pelo CER em sua estruturação. Fato com repercussão positiva para os usuários que já estavam familiarizados com a profissional, com os quais já haviam sido construídos os vínculos profissionais.

As novas instalações físicas disponibilizadas, realçaram a qualidade do atendimento dispensado aos usuários, com espaços individualizados para cada tipo de atendimento, garantindo privacidade e confiabilidade na relação profissional/usuário. Salas maiores para realização de encontros em grupo ou palestras, orquestrados pela assistente social no âmbito de sua intervenção criativa e pautada na disseminação de informações à comunidade em geral, com temas que envolvem a promoção da acessibilidade e de inclusão das PcD's.

O protagonismo da assistente social se faz presente em todos os níveis dos serviços ofertados no CER-IV, possibilitando uma visão mais afetiva para os relacionamentos desenvolvidos durante o processo em que os usuários permanecem na instituição, amenizando a percepção fria que geralmente é associada às casas de saúde e que amedrontam principalmente os pacientes infantis, usuários que necessitam mais atenção e métodos diferenciados de cuidados.

O Serviço Social contribui efetivamente aos serviços ofertados no CER-IV, com intervenções que elevam o nível dos resultados, promovendo a disseminação de informações, garantindo direitos e conseqüentemente um ambiente mais humanizado, que recebe a todos igualmente respeitando suas diferenças.

4.2. OS DESAFIOS PARA O SERVIÇO SOCIAL NO CER-IV

O CER-IV Drº José Carlos Azeredo é um serviço de saúde que compõe a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, configura uma rede completa

com diagnóstico, tratamento, adaptação e manutenção voltado para pacientes de todas as faixas etárias, que necessitam de uma estrutura adequada à sua condição física e mental, conta com uma equipe multidisciplinar que procede o atendimento dos pacientes que são encaminhados pelas unidades básicas de saúde, hospitais e demais serviços da área, visando garantir o desenvolvimento de habilidades funcionais dessas pessoas, promovendo sua autonomia e independência.

O início de suas atividades no município de Foz do Iguaçu se deu em junho de 2018, sendo novidade para os usuários e também para os profissionais que integram o quadro funcional da instituição, desta forma vão surgindo situações novas a cada dia, no quesito operativo que não estavam previstos inicialmente e as proposições de resoluções permeiam os desafios dos atores envolvidos, principalmente os assistentes sociais.

O caráter interventivo da profissão fundada em habilidades e competências, necessita de sistematização e documentação que alinhem as atividades desenvolvidas no espaço, proporcionando fluidez e dinâmica. Desta maneira, as adequações e criação de novos instrumentos tornam-se o primeiro desafio a ser enfrentado e

É através da sistematização da intervenção que se desenvolvem tanto os processos investigativos sobre a realidade social, os sujeitos e o processo de intervenção profissional, quanto de marcos orientadores para as ações profissionais articuladas em diferentes processos de intervenção, como também na articulação entre os mesmos processos. Para tanto, destaca-se a importância das análises e/ou diagnósticos sobre a realidade social e sobre as demandas singulares da população atendida. (LIMA et al., 2007, p.95)

De acordo com Lima et al. (2007, p.97) é na documentação que se encontra a base para a investigação e direcionamento do exercício profissional, possuindo caráter dinâmico e flexível, permanece em constante movimento vinculado aos objetivos e as exigências das ações do profissional como o atendimento direto em situações singulares, planejamento e gestão.

Nessa perspectiva, foi proposto como projeto de intervenção ao estagiário junto com demais profissionais da instituição, e supervisionado pela assistente social, a formulação de um documento compondo o Protocolo de Atendimento do CER-IV visando sistematizar todo o processo de acesso do usuário ao tratamento de habilitação/reabilitação, desde os primeiros contatos até sua alta ao alcançar resultados satisfatórios. Com a finalização do projeto, o documento foi

outorgado a todos os membros que compõem a rede de atendimento as PcD's no município, facilitando a distribuição de informações sobre os procedimentos desenvolvidos no CER-IV.

Segundo as diretrizes do Plano Viver sem Limite, a composição de equipes multidisciplinares envolve a contribuição de vários profissionais com diferentes áreas de conhecimento, assim a delimitação de atribuições perante a equipe multidisciplinar, configura outro desafio, pois a

proposta do trabalho em equipe tem sido veiculada como estratégia para enfrentar o intenso processo de especialização na área da saúde. Esse processo tende a aprofundar verticalmente o conhecimento e a intervenção em aspectos individualizados das necessidades de saúde, sem contemplar simultaneamente a articulação das ações e dos saberes. (PEDUZZI, 2001, p.103)

Segundo Peduzzi (2001, p.104) cabe ao assistente social estar preparado para realizar a interlocução dos saberes perante a apreensão da realidade, contemplando com ações individuais práticas de suas atribuições privativas, potencializando suas competências no âmbito de trabalho em grupo multidisciplinar. Essa divisão técnica do trabalho produz uma situação onde o resultado final é derivado de trabalhos específicos com interdependência e complementação de uns com outros e entre si, expondo o fracionamento do trabalho na mesma área de produção.

As relações estabelecidas durante uma intervenção multidisciplinar podem gerar conflitos de ideias, vindo a interferir negativamente nos resultados esperados no tratamento proposto, que nas discussões em grupo, cada profissional em sua área específica expressa sua opinião embasados em conhecimentos prático-teóricos adquiridos em sua formação acadêmica e na apreensão da realidade no meio em que convive, gerando muitas vezes opiniões contraditórias com divergências nas formas de concepção destes conhecimentos.

Ao deparar em situações de contradições, se evidenciam a necessidade de conhecimentos mais amplos e o aprimoramento profissional, fator que é indispensável ao assistente social através de sua formação crítica e o seu comprometimento com o código de ética profissional que defende “*a democracia e o acesso universal aos direitos sociais, civis e políticos.*” (BRASIL, 2012, p.01)

No rol dos desafios para o Assistente Social no CER-IV está a gestão do Programa de Órteses e Próteses, pois a dispensação desses materiais é realizada

num processo que depende de quatro etapas: a avaliação multiprofissional, a retirada de medidas do paciente, a prova e os ajustes dos materiais e no final a entrega dos materiais.

O acompanhamento deste processo durante período de estágio na instituição serviu para a percepção de alguns fatores que causam transtornos para os usuários e levam o usuário a desistir do tratamento de reabilitação, entre os principais temos: os deslocamentos realizados pela PcD durante o processo, considerando a qualidade do transporte público e o número de linhas na rota do CER-IV; a prescrição equivocada e/ou a falta de entrega das OPMAL's; e a insuficiência de orientação para o uso correto das OPMAL's causando o desperdício do material.

Nos deslocamentos realizados pelos usuários, os contratempos estão na distância entre a residência do usuário e o CER-IV, necessitando em muitos casos, do transporte público que não disponibiliza veículos adaptados e nem rotas que atendem bairros mais longínquos, e neste caso, a instituição possui uma ambulância adaptada mas não tem motorista, funcionário que deve ser disponibilizado pela administração municipal.

A percepção desses fatores possibilitam o Serviço Social debater a problemática nos Conselhos e Conferencias Municipais das PcD's, dos Idosos, da Criança e Adolescentes, entre outros grupos de usuários, possibilitando resoluções e conquistas, vindo a diminuir algumas barreiras que atrapalham a continuidade do processo de reabilitação.

Nas ações para a dispensação de materiais, ao realizar os trâmites para o pedido de OPMAL's, os cuidados na verificação da prescrição correta de cada item necessário para a reabilitação, agilizam o processo para a auditoria e posterior entrega dos mesmos. Neste ato, se busca a redução de entrega de materiais equivocados, que geram desconforto e irritação nos usuários, ocasionando o mau uso e o abandono do tratamento, e através da intervenção do Serviço Social nas mediações entre os usuários e demais profissionais no CER-IV, se tem uma otimização de ações que dependem da divulgação de conhecimentos e confiança.

As orientações para o uso correto das OPMAL's são realizadas pelos vários profissionais que atuam no processo terapêutico da habilitação/reabilitação, que por vezes chega fragmentado e o usuário tem dificuldade na compreensão, e neste desafio, fica para a assistente social, profissional comprometida com a

qualidade do atendimento aos usuários, as ações que promovem atividades sócio-educacionais direcionadas às PcD's, familiares e cuidadores sobre a melhor forma de usar seus equipamentos novos, quais cuidados e formas de manutenção, conseqüentemente obter melhores resultados no tratamento.

Outro desafio que aparece para o Assistente Social, principal interlocutor entre usuários e gestores públicos, através dos Conselhos Municipais e participação comunitária, está nas mediações e nos questionamentos sobre a qualidade e funcionalidade da OPMAL oferecida pelo SUS, pois os tipos e modelos estão definidos numa tabela de preços que há mais de 10 anos não é reajustada, e os fornecedores trabalham somente com materiais previamente descritos na tabela, restando ao usuário ficar com uma única opção de equipamento, levando a executar um esforço maior em sua adaptação e uso no cotidiano.

O questionamento refere-se à funcionalidade da OPMAL, que geralmente atende de forma básica a compensação de um membro do corpo ou sua deformidade, não propiciando a reabilitação explorar a capacidade máxima de desenvolvimento dos movimentos corporais, causando dificuldades de adaptação, levando o usuário de uma euforia inicial com a conquista do material a uma frustração por não obter resultados esperados no percurso do tratamento, gerando seu afastamento ou desânimo em continuar o processo.

O material disponibilizado pelo SUS é de boa qualidade, porém no mercado encontram-se similares que propõem melhores adaptações, com mais conforto e durabilidade, propiciando melhor qualidade de vida à PcD.

Ao se deparar com essa realidade onde as atitudes dependem dos gestores públicos, as assistentes sociais no CER-IV participam constantemente em espaços que discutem direitos e inclusão para às PcD's, uma vez que dependem de luta em instâncias maiores para conseguirem respostas para os usuários, que mesmo nas competências que possuem, as lutas dependem de muitos debates, integração e empenho de vários órgãos na esfera governamental e entidades envolvidas nos cuidados das PcD's, pois envolve a disponibilidade de recursos financeiros para atualização da tabela do SUS.

Enquanto espaço sócio-ocupacional do Serviço Social, o CER-IV apresenta inúmeros desafios a serem enfrentados por este profissional que luta pela conquista de direitos para as PcD's, e nesta direção Silva e Rodrigues acentuam

Ainda que o assistente social seja um profissional que se proponha garantir os direitos constitucionais cujas leis, muitas vezes, não encontram ressonância na realidade e/ou não têm condições de serem aplicadas, isto não deve ser interpretado como um obstáculo, mas como um desafio. (SILVA; RODRIGUES, 2015, p.43)

Outro quesito que configura desafio para o Serviço Social e demais profissionais comprometidos com o bem estar das PcD's, aparece nas intervenções comandadas pelos gestores municipais que buscam implantar outros serviços no CER-IV, que estão fora do eixo proposto pelo Programa Viver sem Limites para este serviço específico, bom exemplo estão atividades configuradas para serem realizadas em espaços como o CAPS e/ou pela área da Educação, gerando uma sobrecarga de usuários e conseqüentemente uma precarização do trabalho desenvolvido, tendo em vista mais atendimentos e menos qualidade de serviço.

Os desentendimentos entre gestores públicos e equipes profissionais, evidenciam a necessidade de lutas mais acirradas para a construção e valorização da própria identidade e reconhecimento dos serviços prestados pelo CER-IV no âmbito do Programa Viver sem Limites e a implantação deste serviço no município. Cabe ressaltar a intervenção do Serviço Social em todo esse processo reforçando a importância da qualidade do atendimento prestado aos usuários. E que ao conquistar um equipamentos essencial no cuidado à saúde da pessoa com deficiência e constatar a eficácia dos serviços, é preciso sensibilizar para que continue trabalhando nos parâmetros estabelecidos e não sobrecarregue com outras atividades que apesar das similaridades, não objetivem os mesmos propósitos, principalmente quando se trata de prescrição medicamentosa.

Ao final do ano de 2018 encerraram-se os contratos com as empresas que forneciam as OPMAL's ao CER-IV, sendo que a gestão municipal por motivos adversos, não providenciou em tempo hábil a licitação para contratar novas empresas para este fim, causando transtornos para os usuários que estavam na dependência do recebimento dos materiais para iniciarem o tratamento de habilitação/reabilitação, vindo a formar uma enorme fila, criando entraves às atividades das assistentes sociais que se sentiam impotentes perante a situação, restando administrar a sensação de desconforto dos usuários causado pela demora na resolução do problema.

Desde o início do movimento para trazer ao município uma estrutura como o CER-IV consistia em desafios, e as assistentes sociais sempre estiveram

presentes nessa luta, compondo as equipes de pesquisas e planejamentos, participando de reuniões com autoridades e providenciando ações que rumavam para o sucesso de sua implantação.

Os serviços de reabilitação que existiam em Foz do Iguaçu eram fragmentados e possuíam estruturas precárias, alguns não contavam com itens primordiais para a acessibilidade, como rampas de acesso e/ou espaço para manobrar cadeiras de rodas, fazendo que os acompanhantes e cuidadores deslocassem com as PcD's no colo com extremo desgaste físico e improvisações para conseguir chegar no local do tratamento, levando muitos usuários a abandonarem o processo de reabilitação sem que conseguissem resultados satisfatórios, diante desse quadro e do aumento das demandas, a saída era direcionada para a aquisição de um novo espaço com serviços e atendimentos mais humanizados às PcD's.

Esse espaço foi conquistado e agora oferece um serviço especializado, porém para atingir os objetivos esperados pelos usuários que o procuram, o cotidiano põe desafios diários a todos os profissionais que compõem a equipe do CER-IV, em especial o profissional do Serviço Social e para a superação dos desafios, cabe a este profissional estar conectado com as transformações que ocorrem no bojo das relações sociais e nas características territoriais da região fronteiriça do município que envolvem diferentes nacionalidades e culturas, fatores que dispendem maior luta por garantia de direitos a todos os indivíduos, que muitas vezes em sua condição não consegue ser alcançado pelo atendimento do SUS.

4.3. AS POSSIBILIDADES DO ASSISTENTE SOCIAL NO CER-IV

Ao pensar nas possibilidades de contribuição do assistente social no CER-IV, a ação interventiva é proposta com criatividade, com conhecimento e com apreensão da realidade. Que desde a gênese do Serviço Social no Brasil, é verificado que a profissão esta intrinsecamente relacionada ao cuidado em saúde, nem sempre com o viés protetivo e principalmente após os anos de 1990, com a difusão e implantação das novas regulamentações oficiais com amplitude de direitos aos grupos vulneráveis, e na implementação do SUS, passou a ser reconhecido como profissional

essencial na composição de equipes multiprofissionais visando uma produção social da saúde, potencializando um cuidado humanizado, que

Profundamente articulado aos princípios do Sistema Único de Saúde - SUS, o cuidado em saúde nos remete a questões filosóficas do “ser” humano nas relações sociais e isto vem ao encontro dos principais pressupostos teórico-metodológicos do Serviço Social em sua formação e exercício profissional. (SILVA; RODRIGUES, 2015, p.41)

As autoras pontuam que esta intervenção está objetivada por uma intenção de transformação social, gerando uma forma diferenciada na abordagem dos problemas na realidade social, assim as demandas para o Serviço Social

estão relacionadas a questões que ampliam a vulnerabilidade de distintos segmentos da população em sua situação de saúde, tais como: precariedade e/ou à ausência de moradia, violência urbana e doméstica, situações de negligência e abandono, acidentes de trabalho, desemprego, dificuldade de acesso a consultas com especialistas e medicamentos, etc. (SILVA; RODRIGUES, 2015, p.42)

Nessa dinâmica de intervenção, o assistente social no CER-IV realiza ações que contribuem em todas as camadas que influenciam no processo de habilitação/reabilitação para as PcD's, buscando meios para ampliar a autonomia individual, com ações que possam identificar as necessidades sociais dos usuários e incentivá-los para que se tornem os protagonistas no transcorrer do tratamento.

Analisando a atuação do Serviço Social neste espaço sócio-ocupacional nos deparamos também com dinâmicas que não dependem unicamente dos profissionais e de sua capacidade de leitura da realidade, pois estão relacionadas às condições determinadas pelas decisões econômicas e políticas que determinam as políticas públicas e refletem na qualidade da atenção prestada à população. Tais dinâmicas por vezes criam certa passividade dos profissionais, que passam a reproduzir práticas rotineiras, e desconexas do projeto ético-político da profissão como observa Vasconcelos (2006)

há uma desconexão, uma fratura entre a prática profissional realizada pelos assistentes sociais, os quais, direta ou indiretamente, tomam como referência o projeto ético-político, e as possibilidades de prática contidas na realidade, objeto da ação profissional, as quais só podem ser apreendidas a partir de uma leitura crítica da realidade, fruto de uma conexão sistemática - ainda não existente - entre a prática profissional e o debate hegemônico na categoria.(VASCONCELOS, 2006, p.04)

A autora reforça que o grau de comprometimento ao projeto ético-político profissional, posto pela assistente social, gera possibilidades para o rompimento de atitudes que tendem ao enfraquecimento da apreensão lógica da prática profissional, fortalecendo a hegemonia e a identidade da profissão, que está preparada para intervir com usuários sem distinção de raça, gênero ou classe.

Se tratando de uma região de fronteira como observa Catta (1994), Foz do Iguaçu apresenta características peculiares que refletem diretamente no perfil dos usuários que buscam atendimento nos serviços públicos ofertados, as atenções para suas demandas conformados em

uma massa heterogênea vinda de todas as partes do Brasil e dos países vizinhos que passou a sobreviver, quando não absorvido pela economia local, de trabalhos informais ou de sub-empregos, sem a perspectiva de ver concretizado o sonho de enriquecimento ou independência financeira que os levou para aquelas paragens...(CATTA, 1994, p.21)

Essa diversidade refletida em tradições, culturas e conflitos, também se faz presente entre os usuários do CER-IV, necessitando intervenções profissionais centradas no condicionamento de determinações sócio-históricas de cada paciente.

O assistente social, ao deparar com esses condicionamentos, busca priorizar respostas que satisfaçam as demandas respeitando as características individuais de cada paciente, numa ação de envolvimento entre os profissionais, com os familiares e demais cuidadores, criando laços de confiança e vínculos profissionais entre todos os atores envolvidos no processo de humanização do tratamento.

As possibilidades de intervenção do Serviço Social no CER-IV indicam para a dinâmica da profissão, empenhados em lutas dos movimentos sociais por conquistas de direitos e ao mesmo tempo, pelos ordenamentos postos pela gestão municipal, configurado como seu empregador. Nesse jogo das disputas de interesses, as adversidades surgem diariamente e põe à prova a capacidade profissional, sendo que

O exercício profissional do assistente social, ao mesmo tempo que responde às demandas da sociedade burguesa, também é determinado histórica e estruturalmente por elas. Para atender às diferentes e antagônicas requisições socioprofissionais que lhe chegam, a atuação desse profissional é constituída por algumas dimensões que se articulam entre si e ao caráter técnico-operativo (dimensão que expressa o modo de aparecer da profissão). (NOMERIANO, 2019, p.66)

Nesta direção, a conquista de espaço e a legitimação da profissão, incita para o entendimento que o Serviço Social é extremamente essencial na composição das equipes multidisciplinares presentes nos serviços que compõem a Rede de Cuidados a Saúde das Pessoas com Deficiência, e principalmente nos Centros Especializados em Reabilitação.

Se constata que o assistente social configura um dos profissionais mais requisitado pelos usuários, conforme apresentação dos relatórios do CER-IV em Foz do Iguaçu que traz os números dos atendimentos efetuados pelos profissionais, com atuação direta e/ou indireta nos processos de habilitação/reabilitação, promovendo atividades que incentivam a permanência dos usuários no tratamento pelo tempo necessário para sua realização com vistas as melhores condições de vida e emancipação humana.

E isto, proporciona a certeza da escolha de uma profissão afinada com uma gama de possibilidades que direcionam à transformações sociais, gerando novas expectativas de vida a todos os membros da sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na condição de espaço sócio-ocupacional do Serviço Social, os Centros Especializados em Reabilitação são equipamentos da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Deficiência muito recentes, resultantes das lutas pelas ampliação dos direitos das PcD's no intuito de desenvolver autonomia e qualidade de vida, no processo de inclusão social propostos pelo Estatuto da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limites do Governo Federal.

A necessidade de pesquisar o tema que envolve a atuação profissional do assistente social neste espaço, surgiu no período de realização do estágio obrigatório, convivendo com experiências na prática de intervenções e atividades voltadas as PcD's, como o tratamento de habilitação/reabilitação e a dispensação de OPMAL's.

A metodologia para elaboração da pesquisa, foi realizado uma análise documental e bibliográfica em revistas especializadas, produções acadêmicas, legislações, artigos na web, diário de campo e anotações entre outros documentos relacionados à temática.

Na busca de respostas sobre as contribuições do Serviço Social no CER-IV em Foz do Iguaçu, houve a necessidade de esmiuçar a pesquisa, buscando a compreensão por menor de conceitos que envolvem a PcD, sua história, sua luta por direitos, as respostas concedidas pelos gestores públicos, os direitos conquistados e os desdobramentos do envolvimento e a atuação dos assistentes sociais nesta trajetória.

Como início dos resultados pesquisados, foi encontrado uma ampla conceituação no processo histórico que envolve a forma de visão social para com a PcD, ficou constatado que desde a antiguidade sofrem por definições depreciativas praticadas nas formações societárias nas mais diversas culturas e épocas pelo mundo, sendo que em alguns casos, era permitido o sacrifício ao nascer com deficiência. Algumas raras exceções foram localizadas em outros continentes, exemplo da Índia, onde cegos eram respeitados por possuírem percepções aguçadas.

Somente com início das transformações provocadas pela era civilizatória na Europa, a partir das revoluções burguesas. Momento que a Igreja adotou um novo conceito para as PcD's, considerando-os dignos e merecedores de

tratamento, junto aos avanços científicos e na nova perspectiva, houve o surgimento de espaços de confinamento para eles, separando das demais pessoas e do convívio social.

Com o avanço do modo de produção capitalista, houve a necessidade de incluir as PcD's no processo de produção de riquezas, desenvolvendo também o reconhecimento como indivíduos merecedores de direitos igualitários.

A partir do início do século XX, com o evento das grandes guerras, o desenvolvimento industrial e a expansão urbana surgiram as demandas da reabilitação para os soldados, das vítimas de acidentes de trabalho e dos acometidos por doenças epidêmicas, provocando o movimento de massas lutando por direitos e visibilidade política, resultando na Declaração Universal dos Direitos Humanos, documento que serviu de suporte para as demais regulamentações que concederam e normatizaram as garantias de direitos às PcD's.

Nesse mesmo período no Brasil, as ações direcionadas as PcD's estavam outorgadas a entidades filantrópicas como a LBA e APAE's, com pouca participação da esfera estatal. A partir dos anos de 1960 começaram a efervescer as lutas dos movimentos sociais pela projeção política de suas demandas que as impediam de possuir autonomia e os afastavam do convívio social, assim como respostas, começam a surgir as primeiras legislações destinadas a esse grupo, já no início dos anos de 1980 em meio ao processo de redemocratização da sociedade brasileira.

Como última conquista, no âmbito do Plano Viver sem Limites, está a estratégia para a criação da RAS, que através da Portaria do GM/MS Nº 793 de 24 de abril de 2012 e Nº 835 de abril de 2012 ficou estabelecido a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do SUS, prevendo a implantação dos Centros Especializados em Reabilitação.

As primeiras tratativas visando a implantação do CER-IV em Foz do Iguaçu começaram no início de 2014, sendo o serviço inaugurado em 2018. A pesquisa revelou que a implantação do CER-IV representou um grande avanço na oferta de serviços de habilitação/ reabilitação para pessoas com deficiência no município, pois os serviços que existiam eram fragmentados e proporcionavam poucas condições para a permanência do usuário no tratamento, sendo que as

demandas aumentavam pelas características territoriais da cidade em região de fronteira.

A partir do entendimento dos conceitos direcionados à PcD e a conquista de visibilidade política, com a promulgação de legislações que garantem direitos e promovem o processo de inclusão, a pesquisa passou a investigar a relação do Serviço Social com os serviços de saúde ofertados para o processo de habilitação/reabilitação das mesmas.

A atuação dos profissionais do Serviço Social nas Políticas de Saúde no Brasil, acompanham o percurso histórico da profissão desde sua gênese, no surgimento das primeiras escolas na década dos anos de 1930, onde sob influência da igreja, praticavam um modelo médico higienista, colocando o paciente como responsável por suas enfermidades, não considerando os fatores sócio-históricos.

O novo modelo médico para a deficiência, com novas técnicas baseadas em experiências americanas e europeias no tratamentos de soldados vítimas das guerras, foi trazida ao Brasil na década de 1950, onde com adaptações foram direcionadas inicialmente para as vítimas do surto de poliomielite que afetava várias cidades pelo país.

Essas novas técnicas contavam com atendimento realizado por equipes multiprofissionais, numa evidente separação técnica do trabalho, que promovia a contribuição do conhecimento em áreas específicas para um trabalho coletivo, causando uma interdependência entre os mesmos para alcançar os resultados esperados.

O novo modelo médico para a deficiência, colocou o assistente social como membro primordial nas equipes de promoção de saúde, dando um caráter social para o tratamento terapêutico, deixando de ser mero incentivador para que o paciente não abandonasse o processo proposto.

Com a implantação do SUS e a estruturação dos estabelecimentos de saúde, tornou indispensável a presença de assistente sociais em suas equipes, e somente depois dos anos 2000, com a implantação dos NASF's (núcleos de atenção à saúde da família) que o Serviço Social teve sua integralidade nos serviços de saúde.

Seguindo as diretrizes do Programa Viver sem Limites, os instrutivos do CER-IV condicionam a presença do assistente social como opcional em seu quadro

de profissionais, fato questionado nesta pesquisa, uma vez que apresenta elevado número de atendimentos, com muitas demandas que necessitam sua intervenção.

Durante o período de estágio, ficou constatado que no CER-IV Drº José Carlos Azeredo, as assistentes sociais executam tarefas que possibilitam soluções para questões que possam causar impedimento de inserção das PcD's ao processo de habilitação/reabilitação, sendo encarregadas pela gestão do Programa de Órteses e Próteses, organizando a dispensação das OPMAL's, efetuando a documentação e o monitoramento dos encaminhamentos pertinentes ao processo.

Comprometidos com os princípios do código de ética da profissão, as assistentes sociais no CER-IV, se deparam com muitos desafios que vem à tona, na assimilação de seu papel perante a garantia de direitos para todos os indivíduos que se encontrem em situação de vulnerabilidade social perante a sociedade, no caso a PcD.

Entre os desafios estão:

- A adequação dos instrumentais de intervenção, que sendo um equipamento de serviços recém implantado no município, o CER-IV apresenta pouca experiência na prática de atuação, com situações não enfrentadas anteriormente;
- O trabalho em equipe, pois no compartilhamento de saberes em distintas áreas de formação profissional geram conflitos de ideias que podem resultar em resultados negativos ao paciente;
- A dispensação de OPMAL's, que verticalizado pela gestão do SUS e condicionadas por uma tabela de preços para aquisição dos materiais, tabela esta que não é atualizada há mais de 10 anos, impossibilita o acesso a materiais mais modernos, que ofereçam melhores resultados de tratamento, fato que gera frustração para alguns usuários;
- O posicionamento político do Serviço Social, que na defesa intransigente dos direitos das PcD's, o colocam em desacordo com as decisões postas pelos gestores do município, que direcionam para a desvirtuação do propósito da instituição proposto no Programa Viver sem Limites, inchando o local com

serviços não previstos, levando a uma precarização nos atendimentos.

Ao trabalhar alguns dos principais desafios encontrados para o profissional no CER-IV, a literatura pesquisada defende uma boa formação acadêmica, pautada no desenvolvimento de uma visão crítica, mantendo a busca por novos conceitos e fundamentados por pesquisas constantes, condiciona o assistente social a superar todos os desafios que surgem no cotidiano da profissão, criando novas possibilidades de intervenção para o Serviço Social.

Na compreensão da realidade apresentada pela população local, considerando a característica territorial de uma cidade fronteiriça, é possível apresentar propostas mais eficientes para as demandas individuais, que ganham enorme diversificação de costumes, valores e tradições.

A questão que serviu de inquietação e foi motivo da pesquisa, encontrou respostas que possibilitam reflexões para a atuação dos assistentes sociais junto as pessoas com deficiência, pois no processo histórico sempre estiveram estreitas ligações, nos campos do cuidado à saúde, na luta por direitos e principalmente na busca de melhores condições de vida.

Ficou comprovado, que no CER-IV o Serviço Social é muito requisitado, apresenta alto número de intervenções mensais, promove palestras, reuniões e encontros mobilizando toda a comunidade, integra positivamente as equipes multidisciplinares, dando um tom mais humano nas ações, potencializa o protagonismo da PcD como indivíduo contributivo no processo de habilitação/reabilitação.

Diante desta gama de contribuições, se conclui e ressalta a importância de que todos os Centros Especializados em Reabilitação espalhados pelo Brasil possam contar com um profissional que apresenta uma capacidade dinâmica de intervenção, que enriquece humanamente um processo terapêutico, comprometido com a melhora na qualidade de vida de todos os cidadãos, sem distinção de raça, gênero ou classe, e esse profissional é o Assistente Social.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARANHA, Maria Salete Fábio. **Integração Social do Deficiente: Análise Conceitual e Metodológica**. Temas em Psicologia, número 2, 1995, pp. 63-70. Ribeirão Preto, Sociedade Brasileira de Psicologia.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Assembleia Nacional Constituinte; 1988.
- BRASIL. **Código de Ética do/a Assistente Social. Lei 8.662/93 de Regulamentação da Profissão**. - 10ª. ed. rev. e atual. - [Brasília]: Conselho Federal de Serviço Social, [2012]. 60 páginas
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual de Legislação em Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2003
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Pessoa com Deficiência: Diretrizes, Políticas e Ações**. Brasília, 2013. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/saude-de-a-z/saude-da-pessoa-com-deficiencia/>> Acesso em jun. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Projetos Arquitetônicos por modalidade dos Centros Especializados em Reabilitação (CER)**. Brasília, 2017. Disponível em <<http://portaldecompras.saude.gov.br/index.php/component/content/article?id=37>> Acesso em jun. 2019
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Aos Gestores e Técnicos Orientações para elaboração de Projeto de Arquitetura Para Centro Especializado em Reabilitação (CER) e Oficina Ortopédica**. Brasília, 2018. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/images/pdf/2018/novembro/19/Aos-Gestores-e-Tecnicos-08-11-18.pdf>>. Acesso em jun. 2019.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Instrutivos de Reabilitação** / Área Técnica de Coordenação Geral da Saúde da Pessoa com Deficiência. Brasília, 2014. Disponível em <<http://www.saude.gov.br/repasses-financeiros/saips/areas-tecnicas>> Acesso em jun. 2019.
- BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. **Avanços das Políticas Públicas para as Pessoa com Deficiência: Uma análise a partir das Conferencias Nacionais**. Brasília, 2012.
- BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. **DEFICIÊNCIA, Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com** / Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR) / Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD). Brasília, 2013
- BRAVO, Maria Inês Souza. **Política de Saúde no Brasil**. In: Coletânea Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm>. Acesso em ago. 2019.
- CATTA, Luiz Eduardo. **O Cotidiano de uma Fronteira: A Perversidade da Modernidade**. Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Florianópolis. 1994
- COSTA, Maria Dalva Horácio da. **O Trabalho nos Serviços de Saúde e a Inserção dos(as) Assistentes Sociais**. In: Coletânea Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm>. Acesso em ago. 2019.
- FIGUEIRA, Emilio. **Caminhando em Silêncio: Uma Introdução à Trajetória das Pessoas com Deficiência na História do Brasil**. São Paulo: Giz Editorial, 2008.

FONSECA, Ricardo Tadeu Marques da. **O Trabalho Protegido do Portador de Deficiência.** In: Âmbito Jurídico, Rio Grande, I, n. 0, fev. 2000. Disponível em: <http://www.ambito-juridico.com.br/site/index.php?n_link=revista_artigos_leitura&artigo_id=4891>. Acesso em jun. 2019.

FOZ DO IGUAÇU. Agência Municipal de Notícias. **Prefeitura Inaugura CER-IV Nesta Quinta-feira (14).** Foz do Iguaçu. 2018. Disponível em: <<http://www.pmfi.pr.gov.br/noticia/?idNoticia=42215>> Acesso em ago. 2019.

FOZ DO IGUAÇU. Secretaria Municipal de Saúde. **Plano Municipal de Saúde 2018-2021.** Foz do Iguaçu SMSA/FI. 2017 Disponível em: <<http://www.saudefoz.com.br/SaudeFOZ/Formularios/wfrmVisualizarObjetos.aspx?ObjId=993>> Acesso em ago. 2019.

FOZ DO IGUAÇU. Centro Especializado em Reabilitação CER-IV DRº José Carlos Azeredo. **Protocolo de Atendimento.** Foz do Iguaçu SMSA/FI. 2018

GARCIA, Vinícius Gaspar. **Avanços e Desafios das Políticas para Pessoas com Deficiência.** 2014 Disponível em: <<http://brasildebate.com.br/avancos-e-desafios-das-politicas-para-pessoas-com-deficiencia/>>. Acesso em maio 2019.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional!** 3ª ed. - São Paulo, Cortez, 2000.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **O Serviço Social na Cena Contemporânea.** In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: Cfess/Abepss, 2009. p. 15-50.

LANNA JUNIOR, Mário Cléber Martins (Comp.). **História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil.** - Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010. 443p.

LIMA, Telma Cristiane Sasso et al. **A Documentação no Cotidiano da Intervenção dos Assistentes Sociais: Algumas Considerações Acerca do Diário de Campo.** Revista Texto & Contextos. Porto Alegre v.6 n.1 p.93-104 jan./jun. 2017

MAIOR, Izabel Maria de Loureiro. **Movimento Político das Pessoas com Deficiência: reflexões sobre a conquista de direitos.** Revista Inclusão Social, Brasília, DF, v.10 n.2, p.28-36, jan./jun. 2017

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. **Do Serviço Social Médico ao Serviço Social na Saúde: Meio Século de História em São Paulo.** Revista Serviço Social & Saúde, Campinas, SP v.15, n.1 (21), p.37-50, jan./jun. 2016.

MARSIGLIA, Regina Maria Giffoni. **Orientações Básicas Para a Pesquisa.** Coletânea Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm>. Acesso em ago. 2019.

MEDEIROS MONTEIRO, Carlos et al. **Pessoa com Deficiência: A História do Passado ao Presente.** Revista Internacional De Apoyo a La inclusión, Logopedia, Sociedad Y Multiculturalidad, 2(3). 2016 Recuperado a partir de <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/riai/article/view/4231>

MUNHÓS, Patrícia Souza; PEREIRA, Rejane. **A Política de Educação de Inclusão das Pessoas com Deficiência e a Atuação do Assistente Social.** In: Revista Maiêutica em Serviço Social, Indaial, v.3, n.1, pag. 7-11, 2015.

NETTO, José Paulo. **A Construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social.** Coletânea Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006. Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm>. Acesso em ago. 2019.

NETTO, José Paulo. **Ditadura e Serviço Social no Brasil pós-64.** São Paulo: Cortez, 2009.

NOMERIANO, Aline Soares. **Da Profissionalização a Desprofissionalização: Desafios e Perspectivas do Serviço Social na Contemporaneidade.** In: Revista Temporalis, Brasília (DF), ano 19, n. 37, p. 65-83, jan./jun. 2019.

OMS – Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial Sobre a Deficiência / World Health Organization**, The World Bank; tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. - São Paulo: SEDPcD, 2012.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Tutoria na Atenção Primária à Saúde – Manual Operativo, 2016.** Curitiba: SESA/PR., 2016.

Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/TUTORIAMANUALOPERATIVO.pdf>>
Acesso em ago. 2019.

PEDUZZI, Marina. **Equipe Multiprofissional de Saúde: Conceito e Tipologia.** Revista Saúde Pública. São Paulo 2001;35(1):103-9

PEREIRA, Sílvia de Oliveira. **Reabilitação de Pessoas com Deficiência no SUS: Elementos para um Debate sobre Integralidade.** UFBA - Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2009.

RAICHELIS, Raquel. **O Trabalho do Assistente Social na Esfera Estatal.** In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: Cfess/Abepss, 2009. p.377-392.

SANTOS, Talianne Rodrigues et al. **Políticas Públicas Direcionadas às Pessoas com Deficiência: uma reflexão crítica.** Revista Agora, Vitória, nº15, 2012, pag. 110-119 Disponível em: <<http://periodicos.ufes.br/agora/article/view/4223>>. Acesso em mai. 2019.

SANTOS, Rayana Nogueira dos; ISTAN, Liamara Pasinato. **Centro Especializado em Reabilitação – CER IV.** In: XXII Seminário de Ensino, Pesquisa e Extensão, XX Mostra de Iniciação Científica; XV Mostra de Extensão, IV Mostra de Pós-Graduação e III Mostra de Iniciação Científica Junior, UNICRUZ, CRUZ ALTA – RS, 2017

SÃO PAULO - CCOMS – Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2003.

SILVA, Alaide Maria Morita Fernandes da; Rodrigues, Maria Lucia. **Serviço Social e o Cuidado em Saúde.** In: Revista Serviço Social & Saúde, Campinas, SP V.14, n.1(19), p.39-56, jan./jun. 2015.

SILVA, Ivone Pinheiro da. **Redimensionamento e Implementação da Linha de Cuidado aos Usuários do Programa de Órteses e Próteses – Município de Foz do Iguaçu.** UFPR - Universidade Federal do Paraná. Curitiba, 2011.

SPOSATI, Aldaíza. **A Menina LOAS: Um Processo de Construção da Assistência Social /Aldaíza Sposati.** – 3. ed. São Paulo: Cortez, 2007

VARGAS, Sheila Cristina et al. **Assistência à Saúde da Pessoa com Deficiência nos Serviços Públicos de Saúde: Um Estudo Bibliográfico** In: Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção, v. 6 (2016): SUPLEMENTO - II Congresso Brasileiro Interdisciplinar de Promoção da Saúde. Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC). Santa Cruz do Sul/RS, 2016

VASCONCELOS, Ana Maria de. **Serviço Social e Práticas Democráticas na Saúde.** In: Coletânea Serviço Social e saúde: formação e trabalho profissional. São Paulo: Cortez, 2006.

Disponível em: <http://www.fnepas.org.br/pdf/servico_social_saude/inicio.htm>. Acesso em ago. 2019.