

**FACULDADE LEÃO SAMPAIO
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

LIZIENE FABIANA DE OLIVEIRA PEIXOTO SAMPAIO

**ANALISE DAS POTENCIALIDADES DAS AÇÕES E
DIRECIONAMENTOS DESENVOLVIDOS PELO SERVIÇO SOCIAL
ACERCA DA INCLUSÃO SOCIAL DOS USUARIOS DO CENTRO DE
ESPECIALIDADES DO CRATO-CE.**

**JUAZEIRO DO NORTE-CE
2011**

LIZIENE FABIANA DE OLIVEIRA PEIXOTO SAMPAIO

**ANALISE DAS POTENCIALIDADES DAS AÇÕES E
DIRECIONAMENTOS DESENVOLVIDOS PELO SERVIÇO SOCIAL
ACERCA DA INCLUSÃO SOCIAL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE
ESPECIALIDADES DO CRATO-CE.**

Trabalho apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Faculdade de Ciências Aplicadas Dr. Leão Sampaio, como parte dos requisitos necessários para obtenção do título de graduada em Serviço Social.

Orientador (a) Márcia de Sousa F. Teotônio.

**JUAZEIRO DO NORTE-CE
2011**

ANALISE DAS POTENCIALIDADES DAS AÇÕES E DIRECIONAMENTOS DESENVOLVIDOS PELO SERVIÇO SOCIAL ACERCA DA INCLUSÃO SOCIAL DOS USUÁRIOS DO CENTRO DE ESPECIALIDADES DO CRATO-CE.

LIZIENE FABIANA DE OLIVEIRA PEIXOTO SAMPAIO

Monografia apresentada e aprovada em ____ / ____ / ____

Banca examinadora

1º Examinador: _____
Orientador (a)

2º Examinador: _____

3º Examinador: _____

**JUAZEIRO DO NORTE-CE
2011**

DEDICATÓRIA

Ao meu querido esposo, Marcelo de Alencar Sampaio, as minhas amadas filhas Milena, Ana Livia e Marcela aos meus pais maravilhosos Antonio Lirio Peixoto e Maria Santafé as minhas irmãs Ana Maria, Liziana, Leila e Polyane que compartilharam dessa imensa alegria comigo, a minha vitória dedico aos meus familiares que são a base de tudo em minha vida.

AGRADECIMENTOS

Ao meu Deus único e verdadeiro, sem ele nada disso seria possível, obrigada por está sempre presente em minha vida me protegendo, me guiando para que pudesse superar os obstáculos nessa minha trajetória e me dar força para seguir em frente, estando sempre ao meu lado nos momentos bons e ruins da minha vida.

Ao meu esposo pelo amor, incentivo e compreensão desses quatro anos que me ausentei para ir à busca de meu grande sonho que hoje realizo. As minhas filhas que são tudo na minha vida e foi por elas que enfrentei os obstáculos ao longo desse percurso e lembrar o quanto foi difícil ouvir Mila me pedindo para não deixá-la e Vivinha que ficava chorando, deixando-me de coração partido, a Marcelinha que chegou de repente em minha vida para completar ainda mais a minha felicidade.

Aos meus pais, razão da minha existência e do amor com que me criaram para que eu fosse uma pessoa de bem que sempre lutaram pelos meus sonhos, os meus eternos agradecimento por ficarem com as minhas filhas e a minha mãe maravilhosa que sempre me entregava aos cuidados de Deus, muito obrigada meus amores.

As minhas irmãs Ana, Lili, Leila e Popo que tanto amo que são de grande importância na minha vida e que contribuíram para a realização do meu sonho.

Aos ausentes como vovô Antonio e vovó Santana que sempre foram tudo em minha vida que cumpriram seus papéis de melhores avós do mundo que não escondiam o imenso amor por mim e minhas irmãs pena não estarem ao meu lado para desfrutar dessa alegria mais sei que onde estiverem estão felizes por mim.

As minhas queridas colegas de faculdade por esses quatro anos juntos de companheirismo e em especial Kaeline, Mary Alice, Geovana, |Gloria, Lina, Luana que sempre estiveram comigo enfrentando as dificuldades, felicidades,

angustias, desabafos, e as noites de sono estudando para as provas que muitas vezes o cansaço falava mais alto, amigas vocês são muito importante pra mim.

As minhas amigas Bia, Rita, Taízinha e minha comadre Claudia e a minha cunhada Côba que sempre me deram força para a realização desse sonho.

Aos professores por esses quatro anos por transmitir suas experiências para que fosse uma boa profissional.

“O universalismo que queremos hoje é aquele que tenha como ponto em comum a dignidade humana. A parti daí, surgem muitas diferenças que devem ser respeitadas. Temos direito de ser diferentes quando a igualdade nos descaracteriza.”(Boaventura de Souza Santos)

RESUMO

Este trabalho monográfico tem como objetivo investigar a atuação do profissional do Serviço Social no processo de reabilitação da pessoa com deficiência física no Centro de Especialidades do Crato – CE. Além de conhecer os instrumentais utilizados pelo o Assistente Social para a efetivação dos serviços prestados pela reabilitação; Identificar o perfil dos usuários atendidos pelo Centro de Especialidades do Crato; Compreender como a política está sendo efetivada e como o público demandatário compreende a atuação do Serviço Social. A pesquisa foi realizada por meio da aplicação de um questionário composto por perguntas abertas e fechadas, junto aos usuários do Centro de Especialidades de Crato. Trata-se de um estudo de campo de cunho exploratório, descritivo, considerando fatores qualitativos e quantitativos. Este estudo nos proporcionou o entendimento de que a prática do Assistente Social no setor saúde tem como competência intervir junto aos fenômenos socioeconômicos e culturais atuando na defesa dos usuários, seja a nível da promoção, proteção ou recuperação da saúde, realizando um trabalho interdisciplinar na busca de um atendimento humanizado, objetivando uma ação que realmente articule as necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

Palavras-chaves: pessoa com deficiência; reabilitação; serviço social

ABSTRACT

This monograph aims to investigate the role of professional social work in the process of rehabilitation of persons with disabilities in the Specialty Center of Crato - CE. Besides knowing the instruments used by the Social Worker for the effectiveness of services provided by rehab; identify the profile of users served by the Center for Specialty Crato; Understand how the policy is effected and how the public understands the role demandatário Social Service . The survey was conducted by administering a questionnaire consisting of open and closed questions, with users of Specialty Center of Crato. This is a field study in an exploratory, descriptive, considering both qualitative and quantitative. This study provided us with the understanding that the practice of social worker in the health sector has the competence to intervene with socioeconomic and cultural phenomena acting in defense of users, whether in the promotion, protection or restoration of health, doing interdisciplinary work in pursuit of a humanized, aiming an action that really articulates the needs of users of the Unified Health System - SUS.

Keywords: people with disabilities, rehabilitation, social service

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAP's	Caixas de Aposentadorias e Pensões
CDS	Conselho de Desenvolvimento Social
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CRESS	Conselho Regional de Serviço Social
FAS	Fundo de Aposentadorias e Pensões
IAP's	Institutos de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional da Previdência Social
LOS	Lei Orgânica da Saúde
NOB-SUS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde
SAMS	Subsistema Privado de Atendimento Médico Supletivo
SAT	Subsistema de Alta Tecnologia
SCC	Subsistema Privado Contratado e Conveniado
SE	Subsistema Estatal
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO 1 - DETERMINANTES SÓCIO-HISTÓRICOS ACERCA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.....	14
1.1 Deficiência: um breve estudo acerca das terminologias e tipologias.....	19
CAPÍTULO 2 - UM BREVE HISTÓRICO DA POLITICA DE SAÚDE BRASILEIRA.....	23
2.1 O Movimento de Reforma Sanitária no Brasil.....	26
2.2 Políticas de Saúde enquanto proteção destinada às pessoas com Deficiência no Brasil.....	29
2.3 O Serviço Social na Saúde.....	30
CAPÍTULO 3 - O(A) ASSISTENTE SOCIAL NO CENTRO DE ESPECIALIDADES NO CENTRO.....	33
3.1 Atuação do(a) Assistente Social no Centro de Especialidades do Crato.....	34
3.2 Procedimentos Metodológicos.....	35
3.3 Percepções dos usuários sobre a atuação do Assistente Social.....	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	45
APÊNDICE	
APÊNDICE: Questionário para as pessoas com deficiência usuárias do Centro de Especialidades do Crato	
ANEXO	
ANEXO: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como objetivo investigar a atuação do profissional do Serviço Social no processo de reabilitação da pessoa com deficiência física no Centro de Especialidades do Crato – CE.

O interesse de realizar a pesquisa no Centro de Especialidades do Crato advém de minha experiência de Estágio Supervisionado, onde se foi possível observar a demanda, os atendimentos e encaminhamentos realizados por esta Instituição, através de equipe multidisciplinar, observando os avanços e desafios impetrados a este equipamento social quanto ao atendimento a pessoa com deficiência física.

Além de se investigar a atuação do profissional do Serviço Social no processo de reabilitação da pessoa com deficiência física no Centro de Especialidades do Crato – CE buscou-se ainda, conhecer os instrumentais utilizados pelo o Assistente Social para a efetivação dos serviços prestados pela reabilitação; Identificar o perfil dos usuários atendidos pelo Centro de Especialidades do Crato; Compreender como a política está sendo efetivada e como o público demandatário compreende a atuação do Serviço Social.

As questões que nortearam a confecção deste trabalho foram: A equipe multidisciplinar possibilita uma melhor qualidade de vida no processo de reabilitação dos pacientes assistidos naquele local; A atuação do Assistente Social busca a reinserção do individuo junto ao meio social; Ao fazer uso de seus instrumentais de trabalho o Assistente Social atua de maneira que viabiliza o reconhecimento do direito do usuário.

Tal trabalho constitui-se de três capítulos. O primeiro aborda os determinantes sócio-históricos acerca das pessoas com deficiência observando as construções legais voltadas a este público.

O segundo capítulo faz um breve histórico da política de saúde brasileira, além de tratar da Política de Saúde enquanto proteção destinada às pessoas com Deficiência no Brasil, ressaltando a inserção do Assistente Social na área da saúde ao qual se desenvolve para a garantia da promoção e atenção a saúde, cuja suas práticas enfocam a prevenção e viabilização dos direitos dos usuários/pacientes.

No terceiro e último capítulo apresentaremos a análise dos dados, descrevendo a Atuação do (a) Assistente Social no Centro de Especialidades do Crato a partir dos Procedimentos Metodológicos utilizados em tal pesquisa e da Percepção dos usuários sobre a atuação do Assistente Social no serviço prestado nesta instituição.

Finalizando, apresentaremos as considerações finais acerca da realização deste estudo.

CAPÍTULO 1 - DETERMINANTES SÓCIO- HISTÓRICOS ACERCA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Historicamente, na sociedade brasileira as pessoas com deficiência sempre foram alvos de preconceitos por possuírem limitações que os tornam impossibilitados de executar atividades inerentes a outras pessoas comuns, onde esse público era considerado um “peso” para se conviver com os que se dizem “normais”, devido à falta de informações que predominava na sociedade. Ao longo dos anos foi se tendo um amadurecimento em relação aos deficientes havendo uma transformação social cultural e econômicas ocorridas em todo o mundo.

Os deficientes sempre foram discriminados devidos suas limitações físicas que os tornavam muitas vezes incapazes ao trabalho e, assim viviam isolados. Não há muitos relatos sobre o tratamento que se dava a eles durante a Idade Antiga e Media. O que se tem são escrituras de passagem encontradas na Bíblia, por exemplo. Ela traz referencias aos leprosos, mancos e cegos, que viviam jogados nas ruas, sendo rejeitados pela sociedade, que acreditavam que essas deficiências era algum tipo de punição dada a eles por Deus.

Não há qualquer evidencia de esforços específicos ou organizados para se providenciar seu abrigo, proteção, tratamento e/ou capacitação. [...] Aparentemente, pessoas com deficiências físicas e/ou mentais eram ignoradas à sua sorte, buscando a sobrevivência na caridade humana. (ARANHA, 2001, p.2).

Em Roma, no século XV as crianças “deformadas” eram atiradas nos esgotos; em Esparta os “defeituosos”, fracos e imaturos eram eliminados de forma propositalmente; passando pelos séculos XVI à XIX, os deficientes físicos ainda eram totalmente isolados do restante da sociedade, mas já existiam locais que os abrigavam como os asilos, conventos e albergues. Para Martinho Lutero, “as pessoas com deficiências eram seres diabólicos”, que mereciam castigos para serem purificados. (MEDEIROS, 2008, p.14)

No século XX as pessoas com deficiências começaram a serem consideradas cidadãs com direitos e deveres de participação na sociedade, mas

ainda de maneira assistencial. Foram objetos de muitos estudos científicos, no campo da Psicologia, da Medicina, da Pedagogia, da Terapia Ocupacional, da Fonoaudiologia, da Fisioterapia, da Psicopedagogia, etc., cujos estudos obtiveram novidades e alternativas terapêuticas de toda ordem.

Nesse esforço emergiu o chamado “modelo médico da deficiência”, muito ligado à temática da reabilitação. Esse modelo tende a considerar a deficiência como um “problema” da pessoa, a ser resolvido com tratamento individual prestado por profissionais, com vistas a se obter a cura ou a adaptação da pessoa ao ambiente social.

Segundo a tendência desse modelo cabe, sobretudo, à pessoa a tarefa de tornar-se apta a participar da sociedade. Seu corpo precisa ser “consertado”, “adaptado”, “normalizado” para poder funcionar conforme o ambiente social existente. Assim ele torna-se um problema a ser diminuído ou resolvido pela ciência. Isso levou ao surgimento de muitas clínicas, instituições de educação e reabilitação e a um aumento dos internamentos.

Após a Segunda Guerra Mundial, apareceu no Brasil uma forte epidemia de poliomielite, afetando indistintamente todas as classes sociais. Isso levou ao surgimento dos primeiros centros de reabilitação. A sociedade civil se organizou para formar instituições geridas fora do aparelho estatal, tal como a Associação de Assistência à Criança Defeituosa (AACD), em São Paulo. Em 1954, no Rio de Janeiro, é criada a Associação Brasileira Beneficente de Reabilitação (ABBR). Ainda na década de 1950, foi fundada, no Rio de Janeiro, a primeira Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE). Atualmente existem mais de 2(duas) mil APAE's espalhadas pelo Brasil. Elas atendem cerca de 280 mil pessoas com algum tipo de deficiência intelectual.

Enquanto isso, no Brasil, a ação governamental continuava insuficiente, limitando-se à concessão de aposentadorias por invalidez administradas pelos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP). Progressivamente, a partir da segunda metade do século XX, deu-se início ao paradigma da inclusão social, marcado pelas conquistas dos direitos humanos e uma progressiva busca pelo reconhecimento de direitos específicos.

A inclusão social traz no seu bojo a equiparação de oportunidades, mútua interação de pessoas com e sem deficiência e o pleno acesso aos recursos da sociedade. Cabe lembrar que uma sociedade inclusiva tem o compromisso com as minorias e não apenas com as pessoas portadoras de deficiência. A inclusão social é, na verdade, uma medida de ordem econômica, uma vez que o portador de deficiência e outras e outras minorias tornam-se cidadãos produtivos participantes, conscientes de seus direitos e deveres, diminuindo, assim, os custos sociais. Dessa forma, lutar a favor da inclusão social deve ser responsabilidade de cada um e de todos coletivamente. (CAZZANIGA, 2000, p.56).

Durante a década de 1950 configurou-se um arcabouço jurídico voltado às pessoas com deficiência. Com o Decreto nº44. 236, o Governo Federal Instituiu uma campanha de educação e reabilitação para pessoas com deficiência visual, e com a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), surgindo a partir da fusão dos institutos existentes, apareceu o primeiro serviço governamental de reabilitação.

O primeiro serviço de reabilitação física de um IAP surgiu somente em 1959. Em 1966, com a fusão dos institutos e a constituição do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), a cobertura das ações governamentais se expandiu a um contingente maior de pessoas, ainda que constituído somente de segurados e seus dependentes menores. (FAVERET, 1998, p.18-19).

No ano de 1958, foi instituída a Campanha Nacional da Educação e Reabilitação dos Deficitários Visuais, através do Decreto – Lei nº. 44.236/58. Já em 1965, através da Lei nº. 4.613/65, cria-se isenções de impostos sobre veículos em favor de “paraplégicos ou pessoas portadoras de defeitos físicos”. A Emenda Constitucional nº01, publicada em 1969, garantiu, pela primeira vez, a proteção específica aos excepcionais.

O ano 1981 foi celebrado, nacional e internacionalmente, como o ano da Pessoa portadora de Deficiência. Os conceitos de integração e inclusão foram discutidos, evidenciando o paternalismo da ação governamental e das instituições filantrópicas. (FAVARET, 1988, p.19). Após 1981 surgiram várias articulações e entidades de pessoas com deficiência, como por exemplo, a Organização Nacional

de Entidades de Deficientes Físicos (ONEDEF), a Federação Brasileira de Entidades de Cegos (FEBEC) e os Centros de Vida Independente (CIV).

Em meio às lutas da sociedade civil organizada e, em resposta às demandas destas, a Constituição Federal de 1988, consolidou formalmente a garantia de diversos direitos das pessoas com deficiência, isso ainda de forma dispersa e setORIZADA. A proteção das pessoas com deficiência passou a integrar as normas constitucionais brasileiras apenas recentemente, na CF de 1988. A partir de então, graças à pressão social, cria-se dispositivos legais em áreas como educação, trabalho, assistência social e acessibilidade física, para garantir a inclusão social das pessoas com deficiência, mostrando suas capacidades apesar de suas limitações exercendo sua cidadania e autonomia.

Portanto, no Brasil, antes da CF de 1988 a pessoa com deficiência era totalmente excluída desses serviços públicos por serem taxadas de incapazes, sendo consideradas como um descaso total. A inclusão social termo usado nos anos 1980, mas precisamente em 1988, com a Constituição Federal que representou um marco histórico de políticas de inclusão e efetivação dos direitos dos cidadãos, em seu artigo 23, capítulo II, a Constituição determina que “é competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, cuidar da assistência públicas, da proteção garantida às pessoas com deficiências.”

A partir daí começa a instituir políticas públicas direcionadas para os deficientes físicos que, segundo o censo 2000, 24,5 milhões de pessoas têm algum tipo de deficiência, sendo que 4% atingem a deficiência física. Dentro desses números exorbitantes que vem se alastrando a cada dia devido acidentes automobilísticos ou por doenças congênitas, causando limitações para o convívio em sociedade, onde muitas vezes os deficientes são tratados com diferença e desrespeito, ficando assim excluídos socialmente.

Hoje a sociedade civil trabalha com a política de inclusão social que vem ganhando espaços para lidar com esse público que ao longo dos anos foram desfavorecidos de direitos, pois existe leis que dão suporte para que os mesmo possam usufruir dos bens e serviços prestados pela sociedade e pelo Estado.

De acordo com o que foi abordado em relação a inclusão social temos a acessibilidade como ferramenta utilizada como acesso para que se possa atingir a autonomia das pessoas com deficiência em todos os aspectos da vida social, eliminando ou minimizando, assim, as barreiras existentes no cotidiano.

A inclusão social é permitir que todas as pessoas com deficiência possam ser tratadas e integradas em uma sociedade justa e humanizada, reduzindo os preconceitos e a discriminação devendo prevalecer a igualdade pregada pela Constituição Federal de 1988.

A inclusão parte do pressuposto de que a pessoa com deficiência deve ter direitos de igualdade, liberdade, acessibilidade ao espaço comum da vida em sociedade, enfim, direitos que sejam assegurados em lei.

A inclusão social, portanto, não é processo que diga respeito somente à pessoa com deficiência, mas sim a todos os cidadãos. Não haverá inclusão da pessoa com deficiência enquanto a sociedade não for inclusiva, ou seja, realmente democrática, onde todos possam igualmente se manifestar nas diferentes instâncias de debate e de tomada de decisões da sociedade, tendo disponível o suporte que for necessário para viabilizar essa participação. (ARANHA, 2001, p.11).

Hoje, o decreto nº. 3.298, de 20 de Dezembro de 1999, regulamenta a Lei nº. 7. 853, de 24 de Outubro de 1989, ao qual dispõe sobre a Política Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência, que consolida as normas de proteção e dão outras providências, que implementa mecanismos para a concretização da reserva de vagas em concursos públicos.

Existe uma luta constante dessas pessoas por acessibilidade, que buscam igualdade, de oportunidades, sendo entendida como fator importante para qualidade de vida, só assim serão capazes de mostrar suas capacidades pessoais e profissionais e o quanto são úteis para a sociedade.

De acordo com Gil (2010, p. 03), o conceito de inclusão social funciona em mão dupla: a sociedade e os seguimentos até então excluídos (inclusive o das PPD) buscam equacionar soluções e alternativas para garantir a equiparação de

oportunidades e direitos - A aceitação e a valorização da diversidade; o exercício da cooperação entre diferentes e a aprendizagem da multiplicidade.

Esse processo de inclusão social não se refere, necessariamente, às pessoas com deficiência, mas sim a todas aquelas pessoas que por algum motivo não estão inseridas nos sistemas sociais comuns da sociedade. Porém, essa inclusão não se resume apenas no “aceitar” deste “excluído”, em “não vê”, ou melhor, “fingir que não vê” as diferenças, para que haja a inclusão social deve-se respeitar e pensá-la como um fator natural dando – lhe um valor como um ser humano e/ou cidadão. “O valor positivo e negativo – que se atribui à diferença é algo construído nas relações humanas. O vetor da exclusão/inclusão não está, portanto, na diferença em si, mas no valor a ela atribuído” (BARTALOTTI, 2006, p.16).

1.1 Deficiência: um breve estudo acerca das terminologias e tipologias

Uma questão interessante e pertinente a respeito da deficiência é sobre o debate acerca de como se deve referir-se a uma pessoa com deficiência, qual a terminologia adequada para representar as pessoas com deficiências.

Ao longo dos anos as terminologias que eram mais utilizadas antes da Constituição Federal de 1988, eram: inválidos (indivíduos sem valor), incapacitados (sem capacidade), defeituosos (indivíduos com deformidades), excepcionais (com deficiência intelectual), pessoas portadoras de deficiência, portadores de necessidades especiais, pessoas especiais, portadores de direitos especiais.

[...] A condição de ter uma deficiência faz parte da pessoa e esta pessoa não porta sua deficiência. Ela tem deficiência. Tanto o verbo “portar” como o substantivo ou adjetivo “portadora” não se aplicam a uma condição inata ou adquirida que faz parte da pessoa. Uma pessoa só porta algo que ela não possa portar, deliberada ou casualmente. (SASSAKI, 2005, p.6).

Essas são algumas terminologias e seus significados com relação à deficiência:

*** Pessoas com Deficiência:** é o termo mais recente sugerido como adequado por Sassaki (2005), que é consultor da área de inclusão social; e é o termo utilizado pela

gestão de políticas públicas dos municípios para indicar toda e qualquer pessoa com deficiência;

***Pessoa Portadora de Deficiências (PPD):** termo utilizado em todas as documentações estaduais e federais e, por este motivo, é o termo empregado por muitas autoridades e pessoas que lidam na área;

***Pessoas com Necessidades Especiais (PNE):** as pessoas com necessidades especiais, não necessariamente, possuem uma deficiência. Exemplos: pessoas com obesidade, diabetes, talassemia, etc., apresentam uma deficiência física, visual, auditiva, mental ou múltipla. Portanto, este termo não é considerado adequado para ser utilizado para identificar pessoas com deficiências.

Particularmente a pessoa com deficiência física é aquela que tem a interrupção dos movimentos locomotores dos membros superiores e inferiores, gerando incapacidade de desenvolver o desempenho de certas atividades.

Segundo o Decreto nº. 3.956/2001 aplica-se uma definição ampla de deficiência: “restrição física, mental ou setorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social”.

Há várias décadas houve uma ampla evolução na concepção da pessoa com deficiência e das condições sobre os Direitos Humanos e a atenção do poder público e da sociedade civil, observa-se que a evolução vem seguida de mudanças anexadas às novas descobertas técnicas científicas e as conquistas da pessoa com deficiência que, segundo a Portaria do Ministério da Saúde, MS/GM nº1, 060, de 05 de junho de 2002, um fato recente na política de saúde com o objetivo de proporcionar igualdade e melhor qualidade de vida, ressaltando suas potencialidades e limites, buscando novas formas de inclusão do deficiente ao meio social.

De acordo com a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência e suas principais diretrizes, temos:

- ❖ **Promoção da qualidade de vida** – é uma diretriz que deve ser compreendida como responsabilidade social compartilhada, visando assegurar a igualdade de oportunidades, a construção de ambientes acessíveis e a ampla inclusão sociocultural. As cidades, as escolas, os ambientes públicos, coletivos e de lazer, os serviços de saúde, os meios de transportes, as formas de comunicação e informação devem ser pensadas de modo a facilitar a convivência, o livre trânsito e a participação de todos os cidadãos em iguais condições de direitos nos vários aspectos da vida diária das comunidades;
- ❖ **Prevenção de deficiências** – uma diretriz com alto grau de sensibilidade à ação intersetorial, devendo a saúde unir esforços a outras áreas como: educação, segurança, trânsito, assistência social, direitos humanos, esporte, cultura, comunicação e mídia, dentre outras, para atuação potencializada;
- ❖ **Atenção integral** – diretriz de responsabilidade direta do Sistema Único de Saúde e sua rede de unidades, voltada aos cuidados que devem ser dispensados às pessoas com deficiência, assegurando acesso às ações básicas e de maior complexibilidade; à reabilitação e demais procedimentos que fizeram necessários, e ao recebimento de tecnologias assistidas;
- ❖ **Melhoria dos mecanismos de informação** – esta diretriz deve ser pensada e desenvolvida em vários pontos interdependentes. Um deles refere-se à necessária melhoria dos mecanismos de registro e coleta de dados sobre as pessoas com deficiência no país. Outro ponto importante está voltado ao aperfeiçoamento dos sistemas nacionais de informações do SUS e à construção de indicadores e parâmetros específicos para esta área, como o desenvolvimento de estudos epidemiológico, clínicos e serviços, e com estímulos às pesquisas;
- ❖ **Capacitação de recursos humanos** – esta diretriz mostra-se de suma importância, tendo em vista que as relações em saúde são baseadas essencialmente na relação entre pessoas. Profissionais permanentemente

atualizadas, capacitadas e qualificadas, tanto na rede básica (incluindo as equipes de Saúde da Família e os Agentes Comunitários de Saúde) quanto nos serviços de reabilitação (física, auditiva, visual, intelectual), potencializam os cuidados às pessoas com deficiência usuárias do SUS;

- ❖ **Organização e funcionamento dos serviços** - pretende-se que os serviços de atenção às pessoas com deficiência como uma rede de cuidados, de forma descentralizada, intersetorial e participativa, tendo as Unidades Básicas de Saúde (ou Saúde da família) como porta de entrada para as ações de prevenção e para as intercorrências gerais de saúde da população com deficiência.

Embora exista tais avanços e conquistas pelo direito e inclusão social para a valorização do ser humano, o grupo da pessoa com deficiência antes considerado como “anormais” resultando em preconceitos carregados de discriminação, esses grupos ainda é considerado incapaz de ter uma vida normal devido a uma visão deturpada da sociedade civil.

Contudo, a reabilitação contribui para o processo de inclusão social, que busca levar o deficiente a superar sua limitação e de exercer plenamente sua autonomia perante a sociedade civil.

A partir dessas últimas análises, a qual ressaltou a Política de Saúde enquanto mecanismo de acesso a direitos e serviços às pessoas com deficiência encontraremos a seguir um breve histórico sobre os avanços e limites que caracterizam tal política.

CAPÍTULO 2 - UM BREVE HISTÓRICO DA POLITICA DE SAÚDE BRASILEIRA

Nos tempos colônias a saúde no Brasil era praticamente inexistente. As pessoas que necessitavam e recebiam atendimento de responsabilidade filantrópica. Os serviços de saúde emergiram no século XIX, o país passava por graves problemas sociais como falta de emprego gerando muita miséria e a ausência de saneamento que não existia se gerou num surto de epidemias que se alastrou no país.

A população foi vítima dessas enfermidades que gerou muitas mortes devido à falta de uma política que viesse cuidar e tratar a população das doenças, como varíola, malária, febre amarela, entre outras doenças contagiosas que ameaçava a economia agroexportadora cafeeira, onde as medidas de saúde eram destinadas aos portos marítimos como sendo a entrada e saída para essas doenças.

As primeiras medidas de proteção foram tomadas pelo médico sanitaria Oswaldo Cruz através das campanhas de vacinação obrigatória que visavam o combate de erradicação das epidemias que se expandiam para outras cidades, devido a falta de informações para a população que se recusava a tomar a vacina se transformando numa revolta o qual ficou conhecida.

Com o processo de industrialização que se iniciava no século XX, houve a imigração dos camponeses gerando o êxodo rural causado pelo aceleração do processo de urbanização devido a concentração das indústrias e ampliação da massa trabalhadora que vivia em situações precárias, como a falta de moradia sem higienização e locais de trabalho insalubres, facilitando as epidemias e gerando um entrave que repercutia na economia do país.

Conforme Braga e Paula (1986, p. 10), a saúde emerge como questão social no Brasil no início do século XX, no bojo da economia capitalista exportadora

cafeeira, refletindo o avanço da divisão do trabalho, ou seja, a emergência do trabalho assalariado.

A partir daí surge as primeiras ações de assistência como modelo de prestação de serviços de assistência médica, que teve suas praticas fundantes com as primeiras Caixas de Aposentadorias segundo Decreto Legislativo nº. 4.682, de 1923, através da Lei Eloi Chaves. Isso representou sendo um marco histórico da previdência social no Brasil. As primeiras Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) eram apenas para os ferroviários, sendo mantidas pelas empresas e empregados. Os trabalhadores que contribuíam tinham direito a assistência médico-curativa, medicamentos mais acessíveis, aposentadoria, e pensão por morte.

No ano de 1930, o governo de Getulio Vargas tinha como foco transformar as relações Estado/sociedade para integração do mercado interno e expandir a industrialização. Nesse cenário houve muitas greves como forma de conter essas manifestações ele implantou um sistema de seguro e veio substituir as CAP's, através dos IAP's (Instituto de Aposentadoria e Pensões) que era estendido para outras categorias como as dos marítimos, estivadores e bancários, esse governo foi marcado pelo o início de políticas sociais e a centralização do Estado que visava o desenvolvimento do mercado industrial.

Nesse momento, a política de saúde era voltada para o combate às epidemias e endemias, na perspectiva da medicina previdenciária, que não era universal, mas sim limitada aos trabalhadores que tinham carteira assinada, ou seja, contributiva.

O modelo característico predominantemente nessa década era "sanitarismo campanhista" a saúde era caracterizada ao combate as epidemias através das campanhas de vacinação que visava erradicar os surtos de doenças que atingia a população. Médice (1994) relata que a assistência à saúde ofertada pelo Estado até a década de 1930 estava limitada às ações de saneamento e combate as endemias.

Nesse momento, o sanitarismo campanhista que permeou as décadas de 1920 e 1930 não respondia mais às necessidades econômicas que culminou no período industrial, foi substituído pela Previdência Social Brasileira.

A Política Nacional de Saúde, que se esboçava desde 1930, foi consolidada no período de 1945-1950. O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi criado durante a 2ª Guerra Mundial, em convênio com órgãos do governo americano e sob patrocínio da Fundação Rockefeller. No final dos anos 40, com o Plano Salte, de 1948, que envolvia as áreas de Saúde, Alimentação, Transporte e Energia, a saúde foi posta como uma de suas finalidades principais (BRAVO, 2008, p.92).

A década de 1950 é caracterizada pelo processo de industrialização ocasionando um crescente número de hospitais com fins lucrativos. Esta mesma década determinou novas mudanças aos objetivos de sistema de saúde, onde “o importante, então já não é saneado o espaço de circulação das mercadorias, mas atuar sobre o corpo do trabalhador, mantendo e reestruturando sua capacidade produtiva” (MENDES, 1993, p.21). Essas mudanças se deram a partir da criação de instâncias como: Conselho de Desenvolvimento Social (CDS) e o Fundo de Apoio ao Desenvolvimento Social (FAZ), os quais representaram campos de ações setoriais na área social. Nesse sentido, segundo Oliveira e Teixeira (*apud* BRAVO, *et al*, 2006, p. 27),

A política de saúde no período de 1964 a 1974 desenvolve-se com base no privilegiamento do setor privado, articulada às tendências da política econômica implantada. Suas principais características foram: a extensão da cobertura previdenciária e a ênfase na prática curativa orientada para burocratização do atendimento à clientela.

Com o objetivo de uniformizar os direitos dos diferentes assegurados, se cria a LOPS (Lei Orgânica da Previdência Social), promulgada em 1960, que garantia a uniformização dos benefícios, passando a abranger os trabalhadores urbanos brasileiros.

As efetivações dessas propostas só aconteceram em 1966, em decorrência do movimento de concentração da Previdência Social, tem-se a substituição dos IAP's pelo Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), unificando assim os serviços a todos os trabalhadores, que constitui um fato paradigmático na

conformação do modelo médico - assistencial privatista. A saúde privada nesse momento teve um crescimento dos serviços médicos curativos.

2.1 O Movimento de Reforma Sanitária no Brasil

A Reforma Sanitária emergiu na década de 1970, no interior da sociedade civil através de mobilizações sociais junto a outras entidades civis, que lutavam por um sistema público de saúde de qualidade e único para todos.

Dentro desse contexto teve como marco importante a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, que buscou garantir o acesso universal da saúde para toda população.

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a Universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do sistema unificado de saúde; visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (BRAVO, 2008, p.96).

No Brasil final da década de 1970 e início de 1980, iniciou-se uma fase de questionamentos sobre as políticas de saúde, adensados com o movimento pela redemocratização do país, que cresceu com os ideais por mudanças no processo político da sociedade brasileira.

Adentrando na década de 1980, diante da instabilidade e a crise estrutural vivenciada pelo Estado brasileiro, a saúde passa por novas propostas, que em decorrência da VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, propunha novas bases para a área, onde ressaltava a saúde como direito de todo cidadão e dever do Estado. Foi através dos movimentos sociais que o movimento da Reforma Sanitária fortaleceu, consolidando as propostas impostas na Conferência.

É baseado por estas frentes de luta que a Constituição Federal de 1988, cria os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), dentro destes tem-se a Universalização, Integralidade, Equidade para a saúde pública.

Após um longo processo de construção política e institucional, foi implantado o SUS, como a maior política de inclusão social brasileira, como resposta as insatisfações da população em relação ao acesso aos serviços de saúde. O SUS representa o atendimento integral, priorizando as atividades preventivas e a curativa para todos que necessitem. Sendo este regulamentado pelas Leis nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde) e 8.142/90, com a finalidade de melhorar a situação de desigualdades na assistência à saúde da população, organizado segundo as diretrizes de descentralização e participação do cidadão.

Pode-se ressaltar que no setor saúde, no âmbito da seguridade social, houve verdadeiro salto de qualidade no pacto social e federado construído pelo movimento da Reforma Sanitária Brasileira e os Constituintes: o SUS, que adentrou nos anos 90 com potência suficiente para conquistar significativas reformas nos aparelhos de Estado, como a profunda descentralização/municipalização, a criação de comissões permanentes de pactuação entre as três esferas de Governo com a NOB-93, os conselhos e conferências de saúde enquanto expressivo avanço na gestão participativa, a direção única em cada esfera com a extinção do INAMPS e a criação dos Fundos de Saúde e dos repasses Fundo a Fundo. Este grande avanço foi realizado até 1994 no âmbito da "gestão de sistemas" (municipal, estadual e nacional) e, no seu bojo, já se previam etapas seguintes voltadas para a gestão/gerência das unidades prestadoras de serviços, desde as básicas até as de alta complexidade, com base em metas de prestação de serviços com base nas necessidades e direitos da população e autonomia gerencial para cumpri-las com qualidade sob contratos de gestão.

A Lei nº 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), em seu artigo 5º, assegura que:

A identificação e divulgação dos fatores condicionantes e determinantes da saúde: a formulação de políticas de saúde destinadas a promover, nos campos econômicos e sociais, a observância do dever do Estado de garantir saúde, reduzindo riscos de doenças e outros agravos e estabelecendo condições que assegurem o acesso universal e igualitário às ações, aos serviços e à assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação de saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades previstas.

Podemos afirmar que o Sistema Único de Saúde:

- É **universal** porque deve atender a todos, sem distinções, de acordo com suas necessidades; e sem cobrar nada, sem levar em conta o poder aquisitivo ou se a pessoa contribui ou não com a Previdência Social;
- É **integral**, pois a saúde da pessoa não pode ser dividida e, sim, deve ser tratada como um todo. Isso quer dizer que as ações de saúde devem estar voltadas, ao mesmo tempo, para a pessoa e para a comunidade, para a prevenção e para o tratamento, sempre respeitando a dignidade humana;
- Garante **equidade**, pois deve oferecer os recursos de saúde de acordo com as necessidades de cada um; dar mais para quem mais precisa.

Durante o governo de Fernando Henrique Cardoso, a política de saúde sofria sob a égide do Estado mínimo. Uma vez que o SUS vivenciava a desvantagem que impediu sua continuidade e extensão às necessárias reformas de gerência na rede prestadora de serviços, devido ao fortalecimento de políticas institucionais econômicas, da "inteligência" de Estado e da sua reforma "liberal" e nas políticas públicas, que avançaram no ideário da focalização e segmentação/estratificação, sobrepondo-se na prática, ao ideário da reforma sanitária brasileira universalista, com Equidade e Integralidade. Esta nova hegemonia delimitou os avanços a uma implementação racionalizadora da produtividade de ações e serviços de saúde na direção da gestão descentralizada "tirar água das pedras" sob baixíssimo financiamento. A reforma "SUS", contudo, resistiu e continuou emergindo ainda que na contra- hegemonia em inúmeras trincheiras e ocasiões, ao nível dos Conselhos de Saúde, das entidades ligadas ao movimento da Reforma Sanitária, das Comissões Intergestores Tripartite e Bipartites, e especialmente, na "ponta" do sistema, milhares de experiências exitosas entre gestores descentralizados, trabalhadores de saúde, prestadores de serviços e usuários.

Assim, diante da política de saúde, concretizada pelo SUS que garante aos cidadãos o direito ao atendimento gratuito na rede pública, temos um modelo voltado para atender às necessidades da população, dentre elas está o atendimento voltado aos deficientes físicos, que é de nível intermediário, composto pelas ações e serviços em três níveis de complexidades: que são: atenção básica, atenção ambulatorial especializada; e atenção ambulatorial hospitalar especializada, para que possam prestar atendimento adequado aos deficientes, contando com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, em seu artigo 23, capítulo II, a constituição determina que “é competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios, cuidar da saúde e assistência públicas, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiências”. (BRASIL, 1988).

A Política Nacional de Saúde tem sido utilizada como meio de orientar as ações e direcionamento das pessoas com deficiência conforme o Decreto de nº 3.298/99, que assim estabelece:

[...] pessoa portadora de deficiência é aquela que apresenta, em caráter permanente, perda ou anormalidades de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que geram incapacidade para o desempenho de atividades dentro do padrão considerado normal para o ser humano (BRASIL, 2009).

2.2 Políticas de Saúde enquanto proteção destinada às pessoas com Deficiência no Brasil

A Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência foi uma conquista importante de luta dos direitos dos deficientes, estabelecido pela portaria de nº. 1.060, de 05 de junho de 2002. Esse é um fato recente na política de saúde que objetiva proporcionar igualdade e melhor qualidade de vida, ressaltando suas potencialidades e limites, buscando novas formas de inclusão do deficiente ao meio social. O ano de 1981 foi declarado o Ano Internacional da Pessoa com Deficiência, segundo a Organização das Nações Unidas.

Há varias décadas houve uma ampla evolução na concepção da pessoa com deficiência e das condições sobre os Direitos Humanos e a atenção do poder público e da sociedade civil, observa-se que a evolução vem seguida de mudanças

anexadas às novas descobertas técnicas científicas e as conquistas que obtiveram as pessoas que possuem algum tipo de deficiência com a implantação da Política de Saúde da Pessoa com Deficiência, que tem em suas diretrizes a igualdade dos direitos em diversas áreas sociais, tornando um cidadão com direitos e deveres.

Portanto, a reabilitação contribui para o processo de inclusão social, que busca levar em conta as necessidades, potencialidades e capacidade do deficiente a superar suas limitações e de exercer plenamente sua auto-estima e autonomia para que possam viver sem preconceitos perante a sociedade civil.

2.3 O Serviço Social na Saúde

Inicialmente a profissão de Serviço Social surgiu no Brasil na década de 1930, e foi regulamentada em 27 de agosto de 1957, pela Lei de nº. 3.252, e atualmente a Lei que rege a profissão é nº. 8662/93 que legitima o Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e Conselhos Regionais que fundamentalmente, definem em seus artigos 4º e 5º, respectivamente as competências e atribuições do Assistente Social, como uma profissão de caráter sócio – político, crítico e interventivo, que se utiliza de instrumental científico multidisciplinar das ciências sociais.

O Serviço Social é respaldado por uma Lei e por um Código de Ética Profissional que veio se atualizando ao longo de sua trajetória, o Assistente Social busca a garantia da qualidade de vida dos usuários, tendo como competência intervir nas políticas de saúde facilitando o acesso a população aos serviços prestados pelo SUS.

O processo no qual se desenvolveu a prática do Serviço Social na saúde, advindo desde a década de 1930, sofreu transformações em que foi se afunilando até chegar à atualidade. Essas transformações foram decorrentes de questionamentos internos da profissão, onde a partir da década 60, segundo Bravo (2007, p.102), “foi criado em nível central o departamento de Serviço Social, que passou a orientar as ações nos diversos IAP’s”.

Neste período, o contexto social, político e econômico, vinham sofrendo com o período da Ditadura Militar. Diante as varias crises que vinha sofrendo, a pratica do Serviço Social passava por múltiplas implicações, no aspecto teórico e metodológico, destacando o método de Belo Horizonte e o Movimento de Reconceituação na América Latina.

Adentrando a década de 1970, ocorreram o 1º congresso brasileiro de Serviço Social de Saúde, em 1978, em Florianópolis, e o III congresso brasileiro de Assistência Social (1979) em São Paulo. Esses eventos trouxeram para a prática novas reformulações no debate teórico e metodológico da profissão.

Na década de 1980, ocorreu o IV Congresso de Assistência Social em 1982, que debate a prática profissional inserido nas instituições, “considerando como significativas algumas diretrizes elaboradas para rever a pratica profissional a partir das demandas e interesses das classes trabalhadoras.” (BRAVO, 2007, p.121).

Considerando as diversas mudanças na pratica do Assistente Social, é na década de 1990 que a política de saúde sofre três alterações, “a politização da saúde, a alteração da norma constitucional e a mudança do arcabouço e das praticas institucionais,” como explicita (TEIXEIRA *apud* BRAVO, 2007, p.140). Inserido neste meio, o profissional deu sua contribuição na politização e nas discussões efetuadas nas instituições, embora pequena, o engajamento do Assistente Social na saúde está sendo ampliado, atualmente, com a Política Humaniza SUS.

Vinculado ao código de ética (1993), o CFESS prioriza que:

A concepção de saúde presente na constituição é caracterizada como decorrente das condições de vida, de trabalho e da necessidade de acesso igualitário a todos os serviços que objetivem a promoção, proteção e recuperação da saúde, expressando, assim a proposta do projeto de Reforma Sanitárias de democratização da saúde, o que justifica mais do que nunca a inserção de assistentes sociais em diferentes áreas dessa política [...].

A inserção do Assistente Social na área da saúde se desenvolve para a garantia da promoção e atenção a saúde, cuja suas praticas enfocam a prevenção e viabilização dos direitos dos usuários/pacientes, regidos pela Constituição Federal de 1988; Princípios do SUS; Código de Ética 1993 e a Carta dos Direitos dos Usuários do SUS 2004.

CAPÍTULO 3 - O(A) ASSISTENTE SOCIAL NO CENTRO DE ESPECIALIDADES NO CENTRO

O Centro de Especialidades do Crato-CE mais conhecido por Posto da Grotá, localizado a Rua Jose Marrocos, Bairro Centro, inaugurado em Dezembro de 1977 (mil novecentos e setenta e sete), construído e equipado no governo do Coronel César Cals, em terreno doado pela prefeitura Miguel Soares Sousa, Secretario de Saúde do Estado o Dr. Lucio G. de Alcântara, está vinculado à política da saúde, sendo de natureza pública e com recursos da rede municipal e estadual.

Tem como finalidade atender as pessoas que procuram por atendimentos especializados em todo o município e cidades circunvizinhas referenciadas como: Altaneira, Antonina do Norte, Araripe, Assaré, Campos Sales, Farias Brito, Nova Olinda, Salitre, Santana do Cariri, Várzea Alegre e Tarrafas.

Atende também aos bairros sem coberturas de ESF (Estrategia de Saúde da Família) ou sem médicos de ESF, com o intuito de marcações de consultas e exames, como: Centro, Pinto Madeira, Zacarias Gonçalves, Pimenta, Mirandão e Santa Luzia, com várias especialidades e serviços, a saber: obstetrícia, Ginecologia, Reumatologia, Dermatologia, Fonoaudiologia, Odontologia, Psicologia, Serviço Social, Urologia, Neurologia, Clínico Geral, Terapia Ocupacional, Pneumatologista, Pediatria, Ultrassonografia, Ortopedia, Endocrinologia, Fisioterapia, Enfermagem, e os Programas de Tuberculose, Hanseníase, DST/AIDS, Prevenção ginecológica, Pré-natal, Imunização, Ambulatório e outros.

O mesmo tem como objetivo atender a todos que o procura e que necessita de consultas, sua missão é efetivar a gestão das políticas públicas e dos serviços de saúde, assegurando a prestação das assistências individual e coletivas, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população Cratense, respeitando os princípios das integralidades e regionalização, centradas nos valores da universalidade, humanização, integralidade, equidade, ética, honestidade, justiça social, respeito às diversidades étnicas, sociais e culturais.

Ao implantar o Projeto para Habilitação do Centro de reabilitação Física do Crato-CE, sendo uma referência na região do cariri, foi constatada segundo o censo 2007, a cidade do Crato possui uma população de 111.198 (cento e onze mil e cento e noventa e oito) habitantes baseado nesse dado crescente demanda de pessoas portadoras de deficiência que aqui residem, a Secretaria Municipal de Saúde entende como prioridade a necessidade da implantação de um serviço especializado em reabilitação para portadora de deficiência física, sendo composto por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar (Médico, Fisioterapeuta, Assistente Social ou Psicólogo, Fonoaudiólogo ou Terapeuta Ocupacional, Enfermeiro profissionais de nível médio ou técnico necessário ao desenvolvimento das ações de reabilitação).

O Centro de Reabilitação que é de nível intermediário foi criado com o intuito de proporcionar ações desenvolvidas viabilizando serviços de órteses e próteses para um melhor atendimento as pessoas com deficiência, implementando a política de Atenção Pessoa com Deficiência no município do Crato. O centro atende pessoas com deficiências que necessitam de atendimento de diversos setores entre elas a fisioterapia.

Especificamente no Centro de Especialidades do Crato – CE, a prática do Assistente Social busca proporcionar uma atenção especial as pessoas com deficiência física, visando uma melhoria na qualidade de vida dessas pessoas, tendo como alvo executar e conceder benefícios que favoreçam a esta, possibilitando o acesso aos serviços públicos por meio de disponibilidade de órteses e próteses como meios que facilitem sua locomoção e tornando possível sua inclusão na sociedade.

3.1 Atuação do(a) Assistente Social no Centro de Especialidades do Crato

O presente trabalho tem como centralidade a análise da percepção dos usuários portadores de deficiências do Centro de Especialidades do Crato acerca da atuação dos assistentes sociais no que se refere ao processo de reabilitação, bem como suas atitudes diante da mesma.

Teve como questões norteadoras a concepção conforme o Conselho Federal de Serviço Social - CEFESS, através da resolução 338/1999 que reafirma o assistente social como profissional de saúde. O assistente social desenvolve, ainda, atividades de natureza educativa e de incentivo à participação da comunidade para atender as necessidades de co-participação dos usuários no desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção, recuperação e controle do processo saúde/doença. O que de novo se coloca na inserção atual do assistente social na área de saúde é o fato de que essa “prática” não é mais mediada pela ideologia da ajuda e sim pela perspectiva da garantia de direitos sociais

O Centro de Especialidades atende aos que necessitam de consultas, como também efetivam a gestão das políticas públicas e dos serviços de saúde, assegurando a prestação das assistências individual e coletivas, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população. Tem atuação pautada no respeito os princípios da integralidade e regionalização, centrada nos valores da universalidade, humanização, integralidade, equidade, ética, honestidade, justiça social, respeito às diversidades étnicas, sociais e culturais. Neste, o Assistente Social desenvolve atividades de natureza educativa e de incentivo à participação da comunidade para atender as necessidades de co-participação dos usuários no desenvolvimento de ações voltadas para a prevenção, recuperação e controle do processo saúde/doença.

Elabora relatório mensal das atividades e envia a Secretaria de Saúde Municipal e submetem-se ao monitoramento e fiscalização do Ministério da Saúde e participam do senso do Sistema Único de Saúde-SUS.

3.2 Procedimentos Metodológicos

A pesquisa foi realizada por meio da aplicação de um questionário composto por perguntas abertas e fechadas, junto aos usuários do Centro de Especialidades de Crato.

Trata-se de um estudo de campo de cunho exploratório, descritivo, considerando fatores qualitativos e quantitativos, que para Minayo (1994, p.23) “[...] pode ser suficiente para explicar a realidade social levando em consideração a questão da objetividade do método”. Dessa forma, a pesquisa tem como finalidade caracterizar/problematizar, explicar/entender a percepção dos usuários quanto o trabalho do assistente social no Centro de Especialidades do Crato.

Desenvolveu-se numa abordagem qualitativa/quantitativa, uma vez que estes “ visam à descoberta; [...] buscam retratar a realidade de forma complexa e profunda; usam uma variedade de fontes de informação; [...] representam os diferentes e conflitantes pontos de vistas presentes numa situação social “. (LUDKE, 1999, p.14)”.

Realizou-se pautada responsabilidade da coleta e respeito aos indagados. Todos os envolvidos foram esclarecidos que a finalidade de ser utilizado como divulgador de conhecimentos e material de apoio e auxílio em algumas decisões do setor assistencial.

Os dados foram coletados por meio de questionário aplicado junto a doze (12) sujeitos pela agilidade e liberdade que permite ao investigado no momento de responder, pois não se sente pressionado pelo entrevistador (Gil, 1991, p.92). Os questionários abordaram dados referentes às características gerais do sujeito da pesquisa, sua visão acerca da relevância e qualidade da atuação dos Assistentes Sociais junto aos portadores de deficiências físicas, atentando para identificar os aspectos apontados como favorecedores da melhoria da qualidade de vida no tocante a reabilitação.

O tratamento de dados consistiu na tabulação e discussão dos resultados encontrados à luz do referencial teórico construído.

3.3 Percepções dos usuários sobre a atuação do Assistente Social

Os sujeitos da pesquisa foram 12 usuários dos serviços do Centro de Especialidades, sendo que destes 8 eram do sexo feminino e 04 do sexo masculino.

Tabela 1 – Frequência e percentual dos usuários do Centro de Especialidade conforme a idade, Crato – 2011

<i>Idade</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
20 -- 30	05	42%
31 -- 40	03	25%
41 -- 50	04	33%
Total	12	100.0

Ao serem indagados sobre questões específicas sobre a deficiência, 37% afirmaram serem estas congênitas e 63% adquiridas. As formas de aquisição apontadas foram por 25% acidentes de trânsito, 19% acidente de trabalho e 19% por quedas.

Em se tratando dos desafios a serem enfrentados pelos deficientes cotidianamente, verificou-se junto aos dados ser para 42% o preconceito, 25% a acessibilidade e a dependência do outro e os demais 33% acessibilidade e não poder trabalhar.

O preconceito é uma questão complexa que envolve questões diversas, à medida que deriva das relações humanas, sociais, econômicas, políticas e culturais. Os diversos setores sociais ainda observavam passivamente o fenômeno do preconceito. No entanto mudanças no interesse pelo tema vêm aumentando progressivamente dada à ampliação contemporânea da consciência do valor da vida e dos direitos de cidadania. (LEVINE, 2006).

Há de ser também lembrada a Convenção da Guatemala (1998) que se manifesta sobre todo e qualquer tipo de discriminação e de preconceito e preconiza que as pessoas portadoras de deficiência têm os mesmos direitos humanos e liberdades fundamentais que outras pessoas e que estes direitos,

inclusive o de não ser submetido a discriminação com base na deficiência, emanam da dignidade e da igualdade que são inerentes a todo ser humano (BRASIL, 2006).

Segundo a cartilha sobre a inclusão das pessoas com deficiência que expõe os propósitos do governo a respeito do tema o processo de exclusão historicamente imposto às pessoas com deficiência deve ser superado por intermédio da implementação de políticas afirmativas e pela conscientização da sociedade das potencialidades desses indivíduos (BRASIL, 2007). Esta conscientização será um importante fator redutor do preconceito do qual são vítimas.

A concepção de exclusão é útil para o capitalismo expor suas *boas* (grifos nossos) intenções e ‘expor a necessidade histórica e política de reconhecer os involuntários limites sociais e as condições sociais do justo afã de mudar O que podemos observar em uma sociedade cuja dominância é do capital alicerçado na cultura da privatização, é a exclusão dos que ficaram de fora, que foram privados dos bens, dos serviços e dos benefícios gerados pelo capital passam a ser foco de uma atitude de reparação através de um discurso de inclusão social (AMARAL, 2007).

Entende-se que apesar do aparato legal institucionalizado, as pessoas com deficiência têm muitos obstáculos. O setor público tem um percentual ainda menor, com apenas 44,9% dos prédios adaptados às necessidades dos deficientes físicos. Já os privados têm percentual melhor: 67,2%, numa clara demonstração de falta de interesse, fiscalização à lei e empenho das autoridades para que a lei seja obedecida (DAFLON, 2009), já que a Constituição Federal (art. 244) garante que a lei disporá sobre a adaptação dos logradouros, dos edifícios de uso público, dos veículos de transporte coletivos atualmente existentes, a fim de garantir acesso adequado às pessoas com deficiência.

Segundo Daflon (2009) no setor de saúde, por exemplo, a falta de atenção é desrespeitosa e desumana. Mais da metade das unidades públicas não estão adaptadas para os deficientes físicos, que encontram dificuldade de se locomover em mais da metade das unidades de saúde do país. Dos 77.004

estabelecimentos médicos espalhados pelo Brasil, somente 54,1% estão adaptados para recebê-los.

Em relação aos meios de transporte também existem inúmeros problemas. A falta de adequação nos meios de transportes públicos priva pessoas com mobilidade reduzida de uma vida social mais ativa. A infra-estrutura da grande maioria das cidades do Brasil é muito deficitária e a acessibilidade das vias públicas é muito precária. O principal problema está na falta de acesso ao transporte público municipal, pois existem veículos que não comportam cadeiras de rodas, nem dispõem de espaço para um cão-guia. Além disso, as pessoas com deficiências sofrem no embarque e desembarque por causa da distância entre o piso do ônibus e a calçada, que geralmente é muito grande.

No que se refere às dificuldades enfrentadas com relação ao trabalho, tem-se que a idéia de oferecer proteção social a quem precisa cria paradoxos. No caso do Benefício da Prestação Continuada, que oferece um salário mínimo mensal, vitalício, a pessoas de baixa renda com deficiência, avaliadas como incapazes pelo INSS, cujo benefício foi criado para incluir as pessoas com deficiência na sociedade, atendendo-as em suas necessidades básicas, transformou-se na única medida implementada pelo Estado para garantir a participação das pessoas com deficiência na sociedade. Mesmo que os defensores da forma atual da lei alertem para o fato de que a qualquer momento é possível reavaliar a incapacidade carimbada, o que é verdade, a realidade mostra que a lei vem sendo uma barreira à inclusão profissional. Para não perder o salário vitalício, muita gente - pressionada pela família - esconde que recuperou a capacidade laboral, engrossa a informalidade e revela à sociedade que não existe inclusão de espécie alguma. (CASTEL, 2008)

O Brasil possui uma das maiores populações de pessoas com deficiência do mundo (16 milhões de pessoas) e uma das menores taxas de participação no mercado de trabalho. Segundo estimativas disponíveis, nove milhões estão em idade de trabalhar; destes, os que trabalham no mercado formal somam cerca de 2%, enquanto nos países mais avançados essa proporção fica entre 30% e 45% (PASTORE, 2009).

Na opinião dos usuários a modalidade de apoio que a pessoa com deficiência necessita foi apresentada em múltiplas alternativas por todos os indagados. Grande parte 33% reconheceu como indispensável à participação da família e sociedade.

Tabela 2 – Distribuição do tipo de apoio necessário à pessoa com deficiência, Crato-2011

Fatores	f	%
Apoio da Família e Sociedade	05	42,0%
Reabilitação	02	16,5%
Acompanhamento Psicológico	03	25%
Apoio Emocional	02	16,5%
Total	12	100.0

Pelas declarações apresentadas fica evidente que, a reabilitação requer que os atores envolvidos nela devam ser os deficientes e os demais. E segundo Rotelli (2003), desta forma, reabilitar significa construir ou reconstruir o acesso real aos direitos de cidadania, o exercício progressivo dos mesmos, a possibilidade de vê-los reconhecidos e a capacidade de praticá-los. Estes são direitos políticos, jurídicos e sociais.

Compreendida desta forma, a reabilitação se apresenta como um conjunto de estratégias destinadas a ampliar as oportunidades de troca de recursos e de afetos, abrindo espaço de negociação para o usuário, para sua família, para a comunidade da qual faz parte.

A habilitação e a reabilitação das pessoas com deficiência cabem, prioritariamente, ao Estado, através da Secretaria de Assistência Social do Ministério da Previdência e Assistência Social. Nesse contexto há dois papéis

distintos por parte do Estado: o de prestador do serviço de educação em nível federal, estadual e municipal e também o de fiscalizador do cumprimento das diretrizes que norteiam o ensino público e privado no país.

De acordo com a Constituição Federal do Brasil, art. 277, parágrafo 1º, inciso II, a assistência integral às pessoas com deficiência cabe a todos: família, sociedade e Estado. Mas o Estado deve se incumbir da criação de programas de prevenção, atendimento especializado, bem como com a integração social dessas pessoas, mediante o treinamento para o trabalho e a convivência; a facilitação do acesso aos bens e serviços coletivos, com a eliminação de preconceitos e obstáculos arquitetônicos.

Visando conhecer os serviços mais relevantes prestados pelo Centro de Reabilitação do Crato, solicitamos aos sujeitos pesquisados que apontassem os considerados mais importantes e apontaram em 42% a fisioterapia, 25% o apoio humano e 33% o trabalho multidisciplinar.

Quando indagados sobre ter existido mudanças em suas vidas a partir do atendimento realizado pelo Centro de reabilitação, 100% dos usuários afirmaram que sim.

Tais posicionamentos reforçam as concepções que pautaram este estudo de que a reabilitação tem como objetivo a promoção e inclusão social da pessoa portadora de deficiência e da sua família. A reabilitação promove a inclusão da pessoa com deficiência enquanto cidadão na sociedade que o cerca e se fundamenta na eliminação da discriminação.

Ao avaliarem o atendimento e serviços prestados no Centro de Reabilitação os pesquisados em 67% afirmaram ser bom e 33% ótimo. Justificando a conceituação declararam:

“existe muito compromisso e qualidade” (usuário 02).

“é sempre muito bem realizado e todos trabalham com muito carinho pelos pacientes” (usuário 06)

Investigando a visão dos sujeitos pesquisados especificamente com relação ao trabalho desenvolvido pela Assistente Social no Centro de Reabilitação, indagamos sobre o fato de conhecerem este trabalho e como o consideravam. O trabalho é conhecido por 100% dos investigados e foi avaliado por 33% como bom, eficaz e importante para 17% e importante e de qualidade para 50%.

Encontramos nos estudos de Marques (2005) posicionamento coeso ao afirmar que é dentro da relação de dever/direito à saúde que o trabalho dos assistentes sociais vem se desenvolvendo e, a cada dia, tem se tornado uma “prática” necessária para a promoção e atenção à saúde. Sua intervenção tem se ampliado e se consolidado diante da concepção de que o processo de construção da saúde é determinado socialmente, e reforçado pelo conceito de saúde que passa a considerar o atendimento das demandas do setor sob o enfoque relevante das condições sociais.

Quando solicitados a julgarem o atendimento que lhe foi prestado pelo Assistente Social do Centro de habilitação, 100% dos indagados afirmaram já ter recebido atendimento e ter sido este satisfatório e justificaram apontando questões que contemplavam o desempenho pessoal e profissional, conforme as falas:

“o trabalho é bom, muito bem feito com carinho e dedicação” (usuário 04).

“tanto são educados e gentis, como trabalham muito bem” (usuário 03).

Estes posicionamentos refletem as idéias de fendidas por Gomes (2003) ao considerar que a inserção do assistente social na área de saúde é comprovada pelos usuários que essa “prática” não é mais mediada pela ideologia da ajuda e sim pela perspectiva da garantia de direitos sociais. Posto que, este atua justamente nas contradições existentes no SUS, dentre as quais constam a exclusão no acesso, a precariedade dos recursos e da qualidade dos serviços, a excessiva burocratização e a ênfase na assistência médica curativa e individual.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática do Assistente Social no setor saúde tem como competência intervir junto aos fenômenos socioeconômicos e culturais atuando na defesa dos usuários, seja em nível da promoção, proteção ou recuperação da saúde, realizando um trabalho interdisciplinar na busca de um atendimento humanizado, objetivando uma ação que realmente articule as necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS.

Especificamente no Centro de Especialidades do Crato – CE, a prática do Assistente Social busca proporcionar uma atenção especial as pessoas com deficiência física, visando uma melhoria na qualidade de vida dessas pessoas, tendo como alvo executar e conceder benefícios que favoreçam a esta, possibilitando o acesso aos serviços públicos por meio de disponibilidade de órteses e próteses como meios que facilitam sua locomoção e tornando possível sua inclusão na sociedade.

No ambiente de estágio pode-se perceber que a atuação do profissional de Serviço Social se faz pertinente e que sua intervenção tem se expandido e se firmado diante da concepção de que o processo de construção da saúde, reforçado desta feita, pelo conceito de saúde que passa a considerar o atendimento das demandas do setor sob o enfoque relevante das condições sociais e não exclusivamente pautado na dicotomia saúde-doença.

Apesar do reconhecimento dos usuários quanto a atuação do profissional de serviço social na garantia e efetivação dos direitos da pessoa com deficiência, ao avaliar que a inserção deste profissional na área de saúde é mediada pela perspectiva da garantia de direitos sociais. Posto que este atua justamente nas incongruências existentes no Sistema Único de Saúde, viabilizando direitos, buscando fortalecer a cidadania de seus usuários. Apesar disso, percebe-se, ainda que outros fatores permanecem como obstáculos na vida destes. Uma vez que o

preconceito é muito grande e acessibilidade ainda deixa a desejar, a este fato acrescenta-se ainda a falta de apoio familiar.

Portanto, o conjunto de fatores que interferem no processo de habilitação/reabilitação das pessoas com deficiência, representa um desafio para a conquista e consolidação da cidadania dos mesmos. Esse desafio não se configura como algo exclusivo do profissional de serviço social, e sim mais amplo, de âmbito institucional e familiar, e, sobretudo no contexto macrossocial, por meio de políticas sociais efetivas, que promovam a inclusão, e não o inverso.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Maria Virginia Borges. **Discurso e relações de trabalho**. Maceió: EDUFAL, 2007.

ARANHA, Maria Salete Fábio. Paradigma da Relação da Sociedade com as Pessoas com Deficiências. In: **Revista do Ministério Público do Trabalho**, Ano XI, Nº21, março de 2001. Disponível em [HTTP://www.entreamigos.com.br](http://www.entreamigos.com.br)>. Acesso em 12 de dezembro de 2010.

BARTALOTTI, Celina Camargo. **Inclusão Social das Pessoas com Deficiência – Utopia ou Possibilidades?**, São Paulo: 2006.

BRASIL. **A inclusão das pessoas com deficiência no mercado de trabalho**. Ministério do Trabalho e Emprego. Brasília: MTE, SIT, DEFIT, 2007.98p.

_____. **A educação inclusiva: Direito à diversidade. A fundamentação filosófica**. Vol.1. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. Brasília, 2006.

_____. **Constituição Federativa do Brasil**, Brasília, 1988.

_____. **Lei Orgânica da Saúde**: Lei nº 8.080/90, de 19 de setembro de 1990. Brasília, Acessória de Comunicação Social, 1991.

BRASILIA, Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2ª edição, 2008.

BRAVO, Mº Inês Souza. Reforma Sanitária e Projeto ético-político do Serviço Social: elementos para o debate. In: **Saúde e Serviço Social**, São Paulo, ed. Cortez, Rio de Janeiro, UERJ, 2004.

CASTEL, Robert. As artimanhas da exclusão. **Desigualdade e a questão social**. 2ª edição. São Paulo: EDUC, 2008.

CAZZANIGA, Maria Regina. **Portadores de Deficiência**: a questão da inclusão social. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/spp/v14n2/9788.pdf>. Acesso: 12 de dezembro de 2010.

DAFLON, Rogério. Deficientes têm obstáculos no setor de saúde. **O Globo**: São Paulo. 14 de novembro de 2009.

FAVARET, Ana Cecília de Sá Campello. **Planejando as Ações Públicas**. Brasília: Corde, (Série Política Municipal para a Pessoa Portadora de Deficiência, 4),1988.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1991.

GOMES, F. H. **O trabalho da Assistência Social na Saúde** São Paulo: Cortez, 2003.

LEVINE, L.G. **O Processo Inclusivo na Atualidade:** limites e possibilidades. São Paulo: Edarte, 2006.

LUDKE, Menge e André, Marli. **Pesquisa em Educação: Abordagens educativas:** São Paulo: Epu, 1999.

MARQUES, A. **A igualdade e diversidade:** o sujeito democrático Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.

MÉDICE, André Cezar. **Economia e financiamento do setor saúde no Brasil:** balanços e perspectivas do processo de descentralização. São Paulo, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (Org). **Pesquisa Social.** Petrópolis-RJ: Vozes, 1994.

PASTORE, José. **Oportunidades de trabalho para portadores de deficiência.** São Paulo: LTr, 2009.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Como Chamar as Pessoas que tem Deficiência?** São Paulo, janeiro de 2005. Disponível em: <http://revistaescola.abril.com.br/inclusão/exclusivo.shtml> a acesso em 14 de dezembro de 2010.

_____. **Inclusão:** Construindo uma Sociedade para todos. Rio de Janeiro: W. V. A. 1997.

APÊNDICES

Questionário para as pessoas com deficiência usuárias do Centro de Especialidades do Crato

1- SEXO ()feminino ()masculino

2- IDADE: _____

3 – A deficiência foi adquirida ou congênita?

4 – Quais as maiores dificuldades enfrentadas?

5 – Que tipo de apoio a pessoa com deficiência necessita?

6 – Com relação ao trabalho desenvolvido pelo Centro de Reabilitação do Crato/CE, qual(is) s que você considera importante?

7 – Houve mudanças na sua vida a partir do atendimento realizado pelo Centro de Reabilitação?

8 – Como você avalia o atendimento e serviços do Centro de Reabilitação?

9 – Conhece o trabalho desenvolvido pelo(a) Assistente Social do Centro de Reabilitação? ()sim ()não

10 – Você já foi atendido(a) pelo(a) Assistente Social no Centro de Reabilitação? ()sim ()não

Se sim, como você o qualificaria? ()satisfatório ()não satisfatório.

Justifique _____

ANEXOS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido