



Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Escola de Serviço Social

REABILITAÇÃO EM SAÚDE:
LIMITES E POSSIBILIDADES DO SERVIÇO SOCIAL NO INSTITUTO OSCAR
CLARK

Por:

Simone Cavalcanti do Amaral

Rio de Janeiro
2006

Simone Cavalcanti do Amaral

Reabilitação em Saúde:
Limites e Possibilidades do Serviço Social no
Instituto Oscar Clark

Trabalho de conclusão de curso de
Graduação, da Escola de Serviço Social
da Universidade Federal do Rio de
Janeiro.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Mariléia Franco
Marinho Inoue

Rio de Janeiro,
2006/2

Aos meus avós (em memória), pais e irmão.

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Deus em primeiro lugar, pois reconheço sua presença em todos os momentos da minha vida, inclusive nessas linhas.

Agradeço de todo o coração pelos meus pais *Nailde* e *Antonio* que se empenharam muito para que hoje estivesse eu aqui fazendo esse agradecimento num trabalho de final de curso de uma Universidade pública, gratuita e de qualidade.

Agradeço ao meu irmão *Samuel* por todo apoio e paciência durante esses quase cinco anos de formação.

Agradeço a todos os meus familiares.

Agradeço aos meus amigos por toda consideração que dispensaram a mim. Obrigada em especial à *Vânia*, à *Vanessa*, ao *Henrique*, ao *Diógenes*, ao *Elton* e ao *Augusto* (*mira... gusto mucho de tí*). Cada um de vocês contribuiu para essa vitória em minha vida!

Agradeço a todos os meus amigos do *Grupo Jovem Sementes do Amanhã* pela torcida e força nessa fase final. Em especial e em ordem alfabética: *Anderson*, *Eli*, *Erlin*, *Gleicemar*, *Matheus* e *Tatiana*.

Agradeço aos amigos, companheiros de luta, da Escola de Serviço Social. Obrigada a todos que fizeram parte da minha turma! Todos vocês já são excelentes assistentes sociais... Em especial ao *Alex*, à *Érica* e ao *Camilo*! Guardem esses nomes, pois serão os grandes nomes do Serviço Social Mundial do Universo!!!

Agradeço às assistentes sociais do Instituto Oscar Clark. Agradeço em especial à *Rodriane* pela supervisão, orientação e amizade!

Agradeço à Professora *Mariléia Inoue* pela oportunidade e orientação.

Agradeço aos ausentes. Agradeço às pedras do caminho. Agradeço às pontes seguras.

A vocês toda **Paz** e todo **Bem**!

VERDADE

*A porta da verdade estava aberta,
mas só deixava passar
meia pessoa de cada vez.*

*Assim não era possível atingir toda a verdade,
porque a meia pessoa que entrava
só trazia o perfil de meia verdade.
E sua segunda metade
voltava igualmente com meio perfil.
E os meios perfis não coincidiam.*

*Arrebentaram a porta. Derrubaram a porta.
Chegaram ao lugar luminoso
onde a verdade esplendia seus fogos.
Era dividida em metades
diferentes uma da outra.*

*Chegou-se a discutir qual a metade mais bela.
Nenhuma das duas era totalmente bela.
E carecia optar. Cada um optou conforme
seu capricho, sua ilusão, sua miopia.*

Carlos Drummond de Andrade

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso é sobre a Reabilitação em Saúde e a contribuição do Serviço Social para a consolidação dos direitos, observando os limites e possibilidades impostas à profissão no Município do Rio de Janeiro, mais precisamente no Instituto Municipal de Medicina Física e Reabilitação Oscar Clark (IOC). Para tanto, discutimos a necessidade da reabilitação para pessoas com deficiência no decorrer da história e sua conformação no contexto brasileiro como direito, não somente de pessoas com deficiência, visto que a interface com a Saúde indica a defesa do caráter de universalidade da política social pública e sua intrínseca relação com o status de cidadania. Por essa razão, analisamos a trajetória da política de saúde no Brasil e reflexões sobre a Reabilitação em Saúde para os profissionais de saúde, inclusive os assistentes sociais. O Instituto Oscar Clark ganha destaque na pesquisa por ser uma unidade de saúde pública municipal com a atenção em reabilitação, referência para toda cidade do Rio de Janeiro. Logo, buscamos analisar elementos que são imprescindíveis para a reabilitação como as equipes multidisciplinares e a participação do Serviço Social nessas equipes. Isso significa que identificamos a concepção de saúde e reabilitação em saúde dos profissionais do IOC e suas implicações para a consolidação dos direitos dos usuários; o trabalho do Serviço Social, seus instrumentos e referenciais teóricos-políticos, seus limites e possibilidades.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS.....	8
INTRODUÇÃO.....	9
 CAPÍTULO I – A Gênese e a Proposta Brasileira para Reabilitação.....	 13
1.1 Cidadania e Reabilitação.....	18
1.2 Política Social e Cidadania no Brasil.....	21
1.3 Configuração do Neoliberalismo nas Políticas Sociais Brasileiras.....	28
 CAPÍTULO II – Reabilitação no Contexto da Luta pela Saúde Pública.....	 31
2.1 Breve Histórico da Trajetória da Política de Saúde no Brasil.....	32
2.2 O Direito à Reabilitação em Saúde na Atualidade: algumas reflexões para o Serviço Social.....	36
2.3 Reabilitação em Saúde: o caso do Instituto Oscar Clark.....	41
2.3.1 O Serviço Social e as Equipes Multidisciplinares no IOC.....	44
 CAPÍTULO III – Limites e Possibilidades no Instituto Oscar Clark.....	 47
3.1 Considerações Metodológicas.....	47
3.2 O Trabalho em Equipe Multiprofissional: os casos UNE, UDA e UNI.....	48
3.2.1 Trabalho em equipe no IOC: um espaço entre a tensão e a efetivação da reabilitação em saúde.....	51
3.3 Saúde e Reabilitação em Saúde: referências e implicações.....	56
3.4 O Serviço Social: limites e possibilidades.....	60
 CONCLUSÃO.....	 66
BIBLIOGRAFIA.....	70
ANEXOS.....	75

LISTA DE ABREVIATURAS

AP	–	Área Programática
BPC	–	Benefício de Prestação Continuada
CAP	–	Coordenadoria da Área Programática
CIAD	–	Centro Integrado de Atenção ao Deficiente Mestre Candeia
ECA	–	Estatuto da Criança e do Adolescente
GA	–	Grupo de Avaliação
LOAS	–	Lei Orgânica de Assistência Social
LOS	–	Lei Orgânica da Saúde
IAP	–	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INPS	–	Instituto Nacional de Previdência Social
IOC	–	Instituto Municipal de Medicina Física e Reabilitação Oscar Clark
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
ONU	–	Organização das Nações Unidas
SMS	–	Secretaria Municipal de Saúde
SMAS	–	Secretaria Municipal de Assistência Social
SUS	–	Sistema Único de Saúde
UDA	–	Unidade de Atenção aos Amputados
UFRJ	–	Universidade Federal do Rio de Janeiro
UNE	–	Unidade de Atenção ao Adulto com Lesões Neurológicas
UNI	–	Unidade de Atenção à Criança e ao Adolescente com Lesões Neurológicas
UVA	–	Universidade Veiga de Almeida

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa pretendeu investigar os limites e possibilidades do fazer profissional do Serviço Social no contexto atual do Município do Rio de Janeiro, observando a atenção à reabilitação em saúde, tomando como referência o Instituto Municipal de Medicina Física e Reabilitação Oscar Clark (IOC).

A motivação da investigação surgiu dos questionamentos suscitados nos quatro períodos de estágio curricular no IOC, amplamente discutidos nas reuniões de supervisão no Instituto e nas aulas de Orientação e Treinamento Profissional I, II, III e IV.

O objetivo geral deste estudo foi analisar a interface reabilitação em saúde e os limites e possibilidades para o Serviço Social no Município do Rio de Janeiro, observando o caso do IOC. Podemos pontuar questões cruciais a serem também abordadas, entre elas: analisar a relação entre o aspecto jurídico e as dimensões da realidade da reabilitação em saúde no Município do Rio de Janeiro; compreender a importância da reabilitação em saúde para os usuários do Instituto Municipal de Medicina Física e Reabilitação Oscar Clark; identificar o impacto da intervenção do Serviço Social na execução da política de saúde e reabilitação e finalmente contextualizar o estágio atual do fazer profissional do Serviço Social em Saúde no Município do Rio de Janeiro.

Temos como hipótese norteadora a assertiva que embora a reabilitação em saúde seja de extrema relevância para os usuários do IOC, os mesmos são prejudicados quando observamos a discrepância entre o direito e a realidade, sobretudo em relação às pessoas com deficiência. Esse quadro não constitui exclusividade do Instituto investigado, mas é um fenômeno que se estende às outras unidades de saúde pública dos demais segmentos governamentais.

Essa condição é acentuada pela primazia da execução de objetivos particulares de determinados atores políticos, isto é, os limites impostos pela organização da

reabilitação em saúde no município do Rio de Janeiro traduzem-se na ausência de recursos materiais e humanos necessários ao processo, bem como as mudanças de correlação de forças que são velozes em seus objetivos políticos particulares, mas pouco eficazes quando pensamos em efetivação de direitos e melhores condições de atuação profissional.

O Serviço Social atua no contexto de contradição da efetivação de direitos e precarização de serviços. Por conta dessa realidade, procura alternativas de enfrentamento na perspectiva do Projeto de Reforma Sanitária e do Projeto Ético-Político do Serviço Social, mesmo com um reduzido número de profissionais no quadro institucional.

Pretendíamos pesquisar sobre uma realidade bastante complexa e desafiadora. Complexa porque existem múltiplas determinações que, claramente, não serão desvendadas em sua totalidade com esse esforço de investigação e desafiadora, pois volto a compreensão sobre o Serviço Social, sobre o fazer profissional, observando as contradições acerca da efetivação de direitos, em especial os das pessoas com deficiência.

O momento que vivemos é um momento pleno de desafios. Mais do que nunca é preciso ter coragem, é preciso ter esperanças para enfrentar o presente. É preciso resistir e sonhar. É necessário alimentar os sonhos e concretizá-los dia-a-dia no horizonte de novos tempos mais humanos, mais justos, mais solidários... (IAMAMOTO, 2005, pág. 17)

O tema em questão é de extrema relevância, sobretudo ao assistente social, pois a reabilitação de pessoas com deficiência e a saúde são direitos garantidos constitucionalmente e regulamentados em leis específicas como a Lei Orgânica da Saúde (LOS, nº 8.080/90), Lei da Pessoa com Deficiência (Lei Nº 7.853/89) e a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Decreto No 3.298/99).

No entanto, embora tenha respaldo legal, ainda hoje, a garantia do direito à reabilitação em saúde é frágil e precarizada, tornando-se um desafio para os diversos profissionais envolvidos no processo. Esse desafio compreende-se em dimensões distintas, mas que se relacionam: no que se refere ao processo de reabilitação em si, ou seja, o contato direto com os usuários do serviço em saúde; e a produção intelectual sobre esta temática que são bastante restritas às instituições e residuais quando articulado o binômio reabilitação/saúde.

A saúde é um campo privilegiado para a investigação sobre esse aspecto já que não se trata apenas da direção do tratamento de doenças que causem deficiências, mas possui a perspectiva da universalização (quando pensada na perspectiva do direito), envolvendo a prevenção e a dispensação de ajudas técnicas no processo de reabilitação de pessoas com deficiência, segundo a legislação.

No entanto, ao analisarmos a organização da reabilitação em saúde no município do Rio de Janeiro, percebemos que essa organização carece de condições que possibilitem a efetivação de direitos da pessoa com deficiência. Primeiro quanto à própria atenção à política de saúde tratada sob a lógica da organização empresarial, onde os objetivos são direcionados ao alcance de metas de produtividade, com obscuras movimentações financeiras de recursos públicos; segundo quanto à reabilitação que, na esteira do processo de desmonte da saúde, é descaracterizada, sobretudo no tocante aos recursos humanos e recursos materiais que garantiriam a reabilitação no seu aspecto mais universal; terceiro quanto ao Serviço Social com inúmeros decretos municipais acerca dos objetivos e necessidades da profissão na saúde de maneira geral.

O Serviço Social, nesse aspecto, torna-se um campo fértil para investigação da eficiência e efetividade social do direito à reabilitação em saúde, pois as suas atribuições constituem-se não somente da execução de políticas sociais, bem como a elaboração, implementação e coordenação de programas, planos e projetos sociais. Além disso, o profissional de Serviço Social deve trabalhar na direção da consolidação da cidadania, da equidade e da justiça social, observados no Código de Ética Profissional.

No entanto, apesar do assistente social ter instrumentos legais de defesa de direitos, o profissional tem, no seu cotidiano, barreiras que impossibilitam tal defesa no âmbito institucional e supra-institucional e que exigem competência para lidar com a precarização dos serviços. Dessa forma, cabe compreender a relação com o projeto ético-político e sua relação com os limites e possibilidades do fazer profissional para que os instrumentos legais não sejam apenas normas, mas meios para o

questionamento e enfrentamento de uma sociedade desigual na direção da “*autonomia, emancipação e plena expansão dos indivíduos sociais*”¹.

A importância do Serviço Social na reabilitação em saúde relaciona-se com a discussão acerca das expressões da “questão social”, sobretudo na fase atual do capitalismo, onde a desigualdade intensifica-se pelas profundas transformações no mundo do trabalho e na maneira como o Estado intervém na sociedade. Portanto, pensar a intervenção do Serviço Social na garantia do direito à reabilitação em saúde é compreender a realidade em vários aspectos como: a orientação da política de saúde no município do Rio de Janeiro; espaço de atuação profissional; o impacto para os usuários; as dimensões jurídicas e políticas que invariavelmente permeiam essa questão; a capacitação profissional, entre outras.

A compreensão desses aspectos é essencial para orientar uma prática profissional comprometida com a equidade e a justiça social, princípio fundamental do Código de Ética dos Assistentes Sociais. Além disso, é pensar alternativas numa realidade adversa para profissionais e usuários.

Portanto, no Capítulo I “A Gênese a Proposta Brasileira para Reabilitação” vamos discutir o contexto internacional, a incorporação legal da reabilitação e como os movimentos sociais, a partir dos meados da década de 1970, discutem a temática. Além disso, analisaremos a perspectiva da Cidadania na Reabilitação; a conformação das políticas sociais brasileiras; e os debates atuais.

No Capítulo II “Reabilitação no Contexto da Luta pela Saúde Pública” vamos discutir a trajetória da Política de Saúde no Brasil, seus debates na Política de Reabilitação em Saúde e como o IOC se apresenta nesse contexto: sua trajetória histórica e a importância das equipes multidisciplinares no processo de reabilitação em saúde.

No Capítulo III “Limites e Possibilidades no Instituto Oscar Clark”, finalmente, analisaremos os resultados à luz dos conceitos que nortearam nossa pesquisa, observando o debate no trabalho em equipe multidisciplinar, a direção da Saúde e da Reabilitação em Saúde pela visão dos profissionais envolvidos no processo e os limites e possibilidades do fazer profissional do assistente social no IOC.

¹ Código de Ética Profissional do Assistente Social, Princípios Fundamentais, 1993.

CAPÍTULO I

A Gênese e a Proposta Brasileira para Reabilitação

Para compreender a proposta brasileira para reabilitação devemos perceber sua relação com o processo econômico, político, social e cultural promovido no mundo, já no início do século XX e posteriormente pelo país a partir do final dos anos 70 do mesmo século. É importante ressaltar que o processo que culmina no aparato jurídico-normativo é, sem dúvida, perpassado por contradições que são próprias da sociedade capitalista e, portanto, não deve ser compreendida como fruto da concessão do Estado, por benesse ou solidariedade.

Dessa maneira, o marco para análise quanto à necessidade de intervenção pública em reabilitação, sobretudo em saúde, não tem seu início no pós-II Guerra Mundial, como se presume, e sim no final do século XIX e início do século XX nos países de capitalismo central. Isso significa que a reabilitação em saúde tem fortes traços com a conformação da “questão social²”, com o acirramento das desigualdades entre as classes e a reivindicação por melhores condições de vida e trabalho.

É evidente que no final do século XIX as pessoas com deficiência – congênita ou adquirida – não encontravam um aparato que tivesse como objetivo a habilitação e a reabilitação (privada ou pública) a fim de proporcionar aos sujeitos, autonomia e inclusão social. De fato, o tratamento relegado a este segmento populacional era o isolamento e a internação em instituições totais que, segundo Aranha:

² Segundo Netto em sua primeira nota de rodapé em *Capitalismo Monopolista e Serviço Social*, tomando como referência Iamamoto e Carvalho: “A questão social não é senão as expressões do processo de formação e desenvolvimento da classe operária e de seu ingresso no cenário político da sociedade, exigindo seu reconhecimento como classe por parte do empresariado e do Estado. É a manifestação, no cotidiano da vida social, da contradição entre o proletariado e a burguesia[...]” (NETTO, 2005, pp. 17).

...caracterizou-se, desde o início, pela retirada das pessoas com deficiência de suas comunidades de origem e pela manutenção delas em instituições residenciais segregadas ou escolas especiais, freqüentemente situadas em localidades distantes de suas famílias. Assim, pessoas com retardo mental ou outras deficiências, freqüentemente ficavam mantidas em isolamento do resto da sociedade, fosse a título de proteção, de tratamento, ou de processo educacional. (ARANHA, 2001)

No entanto, não podemos negligenciar que estamos nos referindo à sociedade capitalista e que os ideais postos são próprios da moral burguesa. Dessa forma, percebemos que os sujeitos são valorizados de acordo com sua eficiência na produção de valor; como uma mercadoria que tem seu preço estipulado pela eficiência e competição dentro do mercado.

Nessa lógica, as condições para o reconhecimento de direitos para pessoas com deficiência, inclusive o de reabilitação, ainda não estavam postos no final do século XIX. Não havia condições econômicas e nem mudanças significativas na estrutura política e cultural para a mudança de paradigmas. Isso se deve ao fato das pessoas com deficiência não serem consideradas aptas para o trabalho e estarem num lugar próprio: fora da produção, isto é, à margem da sociedade.

No entanto, a reabilitação apresentou-se como uma necessidade social quanto sua emergência para o trabalho. Contudo, a resposta a esse problema e outros colocados pela classe dos trabalhadores sinalizaram a prática da filantropia como uma necessidade da classe burguesa, isto é, uma estratégia para a *“sujeição do trabalhador às exigências da sociedade burguesa constituída, em um instrumento de desmobilização de suas reivindicações coletivas”* (MARTINELLI, 2000, pp.65), ou seja, a compreensão proposta girava em torno do indivíduo já que seu problema estava na sua incapacidade, na sua má sorte como forma de castigo moral.

A partir das primeiras décadas do século XX, com o avanço da medicina e de outras ciências, passou-se a substituir gradativamente o modelo vinculado à visão organicista. No entanto, percebemos que as mudanças promovidas ocorreram, sobretudo quando analisamos a crítica à institucionalização: por um lado, pela crítica às instituições totais ao relatar a necessidade de introdução da pessoa com deficiência na sociedade com aquisição de condições para a sua “normalização” o quanto fosse

possível (Aranha, apud); e por outro pela diminuição da intervenção do Estado nesse espaço quanto à proposta de integração social.

É evidente que o modelo vinculado à visão organicista não foi subtraído da sociedade em sua totalidade e que atualmente ainda se vincula a questão da deficiência com problemas de ordem estritamente biológica e, algumas vezes, de caráter moral. Mas a luta pelas mudanças de paradigmas não ocorreu apenas pela assimilação de valores ditos universais como igualdade e liberdade. Ela procede pela organização dos segmentos para o reconhecimento dos direitos de cidadania.

Dessa maneira, quando pensamos em reabilitação, devemos ter em consideração algumas indagações que são fundamentais para compreensão do reconhecimento da cidadania das pessoas com deficiência, que são: a partir de que momento histórico a reabilitação ganha relevância social? Qual é o papel dos movimentos organizados de pessoas com deficiência? Como se deu o processo de intervenção do Estado com políticas públicas para esse segmento?

O Estado que nos referimos é o Estado de profundas contradições, mas não apenas como o “*comitê executivo da burguesia*” (MARX; ENGELS, 2001), mas como uma instância jurídico-política que se apresenta como expressão das contradições da tensão entre relação de produção e forças produtivas. Isso significa dizer que o Estado, no estágio dos monopólios, não se restringe à intervenção sob as seqüelas da exploração com a coerção dos movimentos de luta dos trabalhadores e defesa da propriedade privada como:

...o Estado – como instância da política econômica do monopólio – é obrigado não só a assegurar continuamente a reprodução e a manutenção da força de trabalho, ocupada e excedente, mas é compelido (e o faz mediante os sistemas de previdência e segurança social, principalmente) a regular a sua pertinência a níveis determinados de consumo e a sua disponibilidade para ocupação sazonal, bem como a instrumentalizar mecanismos gerais que garantam a mobilização e alocação em função das necessidades e projetos do monopólio.(NETTO, 2005, pp. 27)³

Ressaltamos, portanto, que o Estado em determinado período histórico articula suas funções econômicas e políticas, inclusive com a incorporação de “*outros protagonistas sócio-políticos*” (apud, 2005), para legitimar-se.

O alargamento de sua base de sustentação e legitimação sócio-política, mediante a generalização e institucionalização de direitos e garantias cívicas e

³ NETTO, José Paulo. Capitalismo Monopolista e Serviço Social. São Paulo. Cortez, 4ª ed., 2005.

sociais, permite-lhe organizar um consenso que assegura o seu desempenho. (apud, 2005)

Nessa perspectiva, percebemos que a iniciativa do Estado, com intervenção na sociedade com políticas sociais públicas, nada tem com concessão ou benemerência como relatado anteriormente, mas sim como estratégia econômica e política para o favorecimento da classe burguesa. O favorecimento aqui se traduz pelos ganhos da burguesia já que, dessa maneira, tem as taxas de lucratividade mantidas e a garantia da manutenção do consumo, inclusive dos que engrossam o exército de reserva.

Sabemos, contudo, que a sociedade capitalista é constituída pela conjugação dos condicionantes econômicos, políticos e culturais que moldam a interação dos sujeitos de diferentes grupos, mas também pelo resultado da luta política. Ora, como as pessoas com deficiência passam a se organizar se no início do século XX já que não possuíam um lugar onde se encontrar e nem o que negociar? (ANDRADE; SILVEIRA, 1996, pp.40).

Essa configuração tem profundas modificações com o advento da I Guerra Mundial (1914 a 1918). Se antes as pessoas com deficiência eram escondidas ou alvo da solidariedade e da filantropia, depois da I Guerra Mundial não se podia esconder os quase 20 milhões de mutilados⁴. É nesse período que a reabilitação ganha relevância social, mas ainda estava no nível das organizações voluntárias “*em programas em escolas práticas, hospitais e institutos*”.⁵

É importante ressaltar que o fato de existir um aumento populacional de pessoas com deficiência, não os coloca automaticamente na agenda da intervenção do Estado com políticas sociais públicas. O que se sabe é que a partir desse momento não se podia mais esconder a realidade imposta pela guerra, isto é, pessoas que antes tinham condições para trabalhar, para locomover-se sem maiores problemas, ganharam nova condição e identidade: tornaram-se pessoas com deficiência.

Contudo, não havia nesse momento possibilidade dessas pessoas de se reunirem para reivindicar direitos. O período que se segue é de profunda instabilidade

⁴ Fonte: Deborin, pág 399 In: http://educaterra.terra.com.br/voltaire/mundo/segunda_guerra9.htm Acessado em 11/10/2006.

⁵ Reabilitação, o início. In: <http://www.saudebrasilnet.com.br/saude2.asp?secao=6&id=180>. Acessado em 11/10/2006.

da economia e aprofundamento de questões relativas ao pauperismo nas cidades em todo mundo. Não havia condições de reivindicação de direitos da sociedade de um modo geral, mas essa configuração começou a modificar com a II Guerra Mundial.

A II Guerra Mundial representou em gastos militares cerca de 450% a mais que I Guerra Mundial, ou seja, um pouco mais de 150 bilhões de dólares a cada ano da guerra. Em termos relativos, a I Guerra Mundial obteve uma média maior de mutilados, mas a II Guerra Mundial (com 28 milhões de mutilados) tem, em números absolutos e relativos, um contingente muito maior de mortos: 50 milhões de pessoas entre civis e militares⁶.

Sabemos que o período pós-II Guerra Mundial foi marcado por profundas mudanças que a organização da produção com o modelo fordista/Keynesiano já vinha proporcionando. Mais que isso, foi o período de grande crescimento econômico que demandou força de trabalho e, conseqüentemente, maiores condições de reivindicação da classe trabalhadora. Portanto, o Estado de Bem-Estar Social (Welfare State) não deve ser considerado apenas pelo *“pacto social interclasses”*⁷, mas pela articulação das esferas econômicas e políticas para o Estado *“organizar um consenso que assegura o seu desempenho”* (NETTO, 2005).

Isso significa que criaram-se as condições para a reabilitação na esfera pública por dois motivos: primeiro, o aumento do contingente de pessoas com deficiência nos países participantes da guerra; segundo, pela necessidade de mão-de-obra para a produção de mercadorias, pois a baixa populacional é significativa em termos produtivos. Portanto, a reabilitação pós-II Guerra Mundial se justificou pela reabilitação para o mercado de trabalho.

É evidente que diversos fatores contribuíram para essa realidade. A reabilitação tornou-se necessária para o capital, para o Estado e para as pessoas com deficiência.

⁶ Fonte: Deborin, pág 399 In: http://educaterra.terra.com.br/voltaire/mundo/segunda_guerra9.htm Acessado em 11/10/2006.

⁷ Segundo alguns autores, as condições de crescimento econômico e o pacto inter-classes criou a possibilidade de montagem e expansão dos Welfares States sobretudo no pós-guerra. Offe destaca um “acordo social” baseado em troca de benefícios entre empresários e mão-de-obra num contexto que articula crescimento e segurança social. Ver discussão em: DRAIBE, Sônia e HENRIQUE, Wilnês. “Welfare State”, Crise e Gestão da Crise: Um balanço da literatura internacional. Revista Brasileira de Ciências Sociais, nº 6, Vol. 3, fev. de 1988.

Isto é, o capital necessita de força de trabalho para o período de crescimento econômico no pós-guerra; o Estado desempenha suas funções econômicas e políticas ao colocar a pessoa com deficiência apta ao trabalho ao mesmo tempo em que diminui o contingente de pessoas dependentes do seguro social; e as pessoas com deficiência se reconhecem nesse processo já que sua visibilidade é alcançada, ou seja, agora possuem condições de organização para alcance de diversos direitos, mas que no fim é de fato uma luta por reconhecimento de cidadania.

1.1. Cidadania e Reabilitação

A cidadania é tema fundamental para a discussão da constituição de direitos das pessoas com deficiência. Como vimos, o reconhecimento de direitos é um processo que alcança, em meados do século XX, relevância em conjunto com os direitos humanos nos países que se dispuseram a segui-los ao fazerem parte da Organização das Nações Unidas (ONU).

Após a 2ª Guerra Mundial, os direitos humanos começaram a ser valorizados; surgem os conceitos de igualdade de oportunidades, direito à diferença, justiça social e solidariedade nas novas concepções jurídico-políticas, filosóficas e sociais de organizações como a ONU - Organização das Nações Unidas, a UNESCO, a OMS - Organização Mundial de Saúde, a OIT - Organização Internacional do Trabalho e outras. As pessoas com deficiência passaram a ser consideradas como possuidoras dos mesmos direitos e deveres dos outros cidadãos e, entre eles, o direito à participação na vida social e à sua conseqüente integração escolar e profissional. (GIL, 2002).

Os direitos humanos têm seu entendimento inseparável da compreensão do processo de expansão e transformação da própria cidadania no mundo. Logo, a idéia de cidadania é aqui apresentada como o conjunto de três dimensões que, segundo Marshall, respeitariam uma seqüência que descreveria a evolução da cidadania na sociedade moderna em geral. Diante dessa perspectiva, somente no século XX, foi possível o alcance da cidadania integral, observando o contexto da sociedade inglesa, modelo para o ensaio de Marshall.

Os pontos negativos dessa concepção estão relacionados à seqüência evolutiva que não se aplica a outros contextos já que, em alguns, os direitos surgem de forma

simultânea ou com outra ordem como na América Latina. Outro ponto relevante é a falta de explicação dos processos históricos concretos referente ao estabelecimento dos direitos e, ainda, uma cidadania inerente à natureza que (des)problematiza o surgimento de instância de igualdade numa sociedade desigual⁸:

...no esquema marshalliano é que ele escassamente consegue explicar os processos históricos concretos subjacentes à afirmação de cada tipo de direito. Dos três, o único que é parcialmente explicado é o que leva ao estabelecimento dos direitos civis, vistos por Marshall como uma espécie de corolário da generalização das relações de mercado.(COIMBRA, 1987, pp.82)

Contudo, a idéia de cidadania de Marshall, apesar dos problemas acima mencionados, é ainda a concepção que melhor orienta nossa análise por abarcar o conjunto de direitos conquistados historicamente através da luta por reconhecimento e melhores condições de vida entre os homens⁹.

Dessa forma, cidadania é, basicamente, o conjunto de direitos civis, políticos e sociais que surgem como um processo: os direitos civis são aqueles ligados à vida e à liberdade (individual, ir e vir, imprensa, pensamento, propriedade e etc.) fundamentalmente garantidos pelos tribunais de justiça; os direitos políticos se expressam na garantia de votar e ser votado, participando dos organismos públicos como o parlamento e câmaras representativas de modo geral; os direitos sociais são os direitos a uma qualidade de vida e bem-estar admissível que seriam garantidos pelo sistema educacional e os serviços sociais.

Como sabemos, as pessoas com deficiência, antes escondidas pela família e pela sociedade, passam a se reconhecer como sujeitos de direitos e por eles reivindicam a partir do pós-II Guerra Mundial. Logo, para além da compreensão dos direitos, a cidadania tem relação com a idéia de pertencimento dos sujeitos:

⁸ COIMBRA, Marcos Antônio. Abordagens Teóricas ao Estudo das Políticas Sociais. In: ABRANCHES, Sérgio H., SANTOS, Wanderley G., COIMBRA, Marcos A. Política Social e Combate à Pobreza. Abordagens Teóricas ao Estudo das Políticas Sociais. Rio de Janeiro, Zahar, 1987, pp. 65 – 104.

⁹ Alguns autores discutem a cidadania a partir de alguns aspectos: Coutinho (1997) defende a idéia de ***cidadania plena*** baseada na perspectiva da universalidade e equidade; na relação de direitos independentes da inserção ocupacional ou da situação socioeconômica dos indivíduos; na real efetivação dos direitos (civis, políticos e sociais); Fleury (2003) compreende que a ***cidadania invertida*** não se caracteriza pela noção de direito social e, sim, pela relação no qual o indivíduo tem que provar que fracassou no mercado para ser objeto da proteção social; Bobbio (1992) defende a idéia de proteção dos direitos conquistados historicamente para ampliação com incorporação de outros direitos.

Ter o status de cidadão é ser o detentor legítimo de direitos e obrigações (...) Porém, ainda que de modo menos explícito, a referência a uma identidade comum também é freqüente nas discussões sobre cidadania. (REIS, 1998, pp. 31)

O que implica nessa relação não é apenas uma noção básica restrita ao direito ao trabalho. É, sem dúvida, um exercício pela vida e pela liberdade desse segmento. Isto significa que o reconhecimento da diferença perante o outro é o reconhecimento da (ou possibilidade de) igualdade de condições. A reabilitação, sobretudo em saúde, não é a garantia do direito à saúde em si, mas reivindicação da consolidação dos direitos de cidadania desse segmento.

Mas como explicitado anteriormente, os direitos não surgem apenas por concessão e nem somente pela construção de identidades, mas através da organização dos sujeitos que atuaram na direção de melhores condições de vida. Dessa forma, depois de alguns anos de organização e luta, é que se tem a construção de um documento da ONU voltado para pessoas com deficiência: a Declaração dos Direitos do Deficiente em 1975.

A Declaração dos Direitos do Deficiente teve como orientação a inclusão da pessoa com deficiência na sociedade com condições dignas e igualitárias. A “questão do deficiente” ganha visibilidade a partir desse momento e seus direitos passam a ser divulgados nos diversos eventos que se seguiram como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente em 1981 e a divulgação do documento Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência, aprovado pela ONU em 1982, cuja finalidade era ressaltar:

...o direito dos deficientes às mesmas oportunidades dos demais cidadãos, bem como a usufruir, em condições de igualdade, das melhorias nas condições de vida, resultantes do desenvolvimento econômico e do progresso social, além de estabelecer diretrizes nas diversas áreas de atenção à pessoa portadora de deficiência, como saúde, educação, emprego e renda, seguridade social, entre outros. (BODSTEIN, RAMOS, HORTALE, RIMOLO, SENNA, SOUZA, 2004)

Qual é a contribuição da reabilitação na direção dos direitos de cidadania? Ora, é somente com a reabilitação que o sujeito terá condições de exercer o direito a liberdade em plenitude com autonomia e inclusão social. A reabilitação não só propiciaria melhores condições de vida, bem como a oportunidade de participação de uma série de atividades na sociedade, inclusive o direito de escolha de representantes ou até mesmo ser a pessoa com deficiência o representante. A garantia desses dois direitos (civis e

políticos) é na realidade um caminhar para a conquista e efetivação dos direitos sociais, inclusive ao direito à reabilitação em saúde.

Contudo, o reconhecimento do direito em documentos internacionais não significa a construção de legislações nos Estados Nacionais e, ainda que haja a constituição do aparato jurídico-normativo, não há garantias da sua efetividade, assim como não há como sancionar os Estados transgressores numa instância internacional¹⁰ (BOBBIO, 1992).

O problema fundamental em relação aos direitos do homem, hoje, não é tanto de *justificá-los*, mas o de *protegê-los*. Trata-se de um problema não filosófico, mas político. [grifo do autor] (apud, 1992, pp. 24)

Ou seja, ainda que no âmbito internacional se tenha alcançado visibilidade – seja dos direitos humanos ou dos direitos de cidadania das pessoas com deficiência – a questão deve ser analisada nos diversos contextos, observando suas variações e especificidades, pois devemos levar em consideração as diferenças econômicas, políticas, sociais e culturais para efetivação da cidadania.

1.2. Política Social e Cidadania no Brasil

Pensar na questão dos direitos de cidadania da pessoa com deficiência no Brasil é analisar sua conformação histórica, bem como seus efeitos no aparato jurídico-normativo e na organização do movimento por parte das pessoas com deficiência pela luta por igualdade e inclusão social com autonomia e emancipação dos sujeitos.

No entanto, faz-se necessário perpassar pela consolidação do Estado brasileiro e de sua constituição como Estado capitalista. Para tanto, analisaremos tais processos e suas características através da trajetória histórica e seus principais atores que possibilitaram a construção de cidadania.

Até a Primeira República é complicado defender a idéia de política social já que, nesse período, que antecede a proclamação, os direitos (políticos, sociais e civis) eram limitados por diversos fatores em que se prepondera o aspecto relacionado a uma sociedade com regime escravista. Além desse aspecto, no período que compreende

¹⁰ Salvo às sanções econômicas e em alguns casos através do poderio militar.

antes mesmo à Independência do Brasil, os direitos políticos e sociais eram praticamente inexistentes por ser o país colônia de Portugal; e, também, por uma identificação pelas questões regionais em detrimento às questões ao nível nacional. Logo, não havia bases para uma intervenção pública, relegando a assistência e outras demandas sociais às instituições de cunho caritativo. É importante ressaltar que o país era agrário com grandes latifúndios e possuía a maioria da população analfabeta¹¹.

A partir do século XIX, inicia-se o processo de abertura de espaço para os direitos políticos com a Proclamação da Independência, ainda que a base fosse acordada pelas elites. Contudo, os direitos políticos surgem muito mais pela vontade ideológica do poder local, pois não houve reivindicação e nem reflexão sobre esse direito por parte da população (CARVALHO, 2001).

A abolição da escravatura e a Proclamação da República trazem novas configurações e aceleram o processo de constituição de direitos. Já no final do século XIX e início do século XX, o reconhecimento dos direitos começa a ser vinculado aos ideais de modernização e industrialização. É, ainda, o início da intervenção do Estado na “questão social”, embora de forma coercitiva e repressiva, envolvidos pela ideologia dominante que apontava para o não reconhecimento dos problemas sociais, pois estes eram de caráter privado, não cabendo, dessa maneira, uma regulação social.

Não podemos excluir, no período da Primeira República, os movimentos dos trabalhadores embora a mobilização ainda não fosse determinante. Houve reforma urbana e política de saúde extremamente repressiva. Porém, as manifestações estavam voltadas a problemas específicos, mais em reação do que ao nível propositivo. O Estado, por sua vez, estava perpassado pelos ideais positivistas e via na intervenção pública um passo para alcançar a ordem através de instituições, com medidas repressoras que possibilitaram a reprodução de valores que patologizam e criminalizam as expressões da “questão social”.

As reivindicações operárias se iniciam pelo acirramento da “questão social”, marcado pelas condições de vida e trabalho dos sujeitos: os trabalhadores estariam expostos às longas jornadas de trabalho e à falta de segurança e saúde no espaço fabril e nas moradias. A organização seria o único espaço de participação na sociedade

¹¹ Carvalho, José Murilo de. Cidadania no Brasil. Civilização Brasileira, São Paulo, 2001.

e, embora até certo ponto tolerados, na medida em que crescem são considerados um perigo a ser combatido:

Serão quando muito tolerados e, no crescer dos movimentos reivindicatórios, serão duramente reprimidas, com o fechamento de suas sedes e a perseguição dos seus líderes, constantemente presos ou deportados. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2001, pp. 131)

O movimento dos trabalhadores foi uma resposta à maneira de intervenção estatal que evidenciava seu posicionamento de classe ao ser instrumento necessário à acumulação capitalista:

Aos movimentos desencadeados pelo proletariado a resposta principal e mais evidente do Estado na Primeira República, diante da incapacidade de propor e implementar políticas sociais eficazes, será a repressão policial. A violência do Estado se fará constantemente presente à trajetória das lutas do movimento operário como o mais eficiente instrumento de manutenção da paz social necessária à acumulação capitalista. (apud, 2001, pp. 133)

Além disso, o contexto internacional também influenciou na necessidade de intervenção pública. A Revolução de 17 trouxe a idéia de possibilidade de revolução comunista no mundo, enquanto em 1930 as elites estavam rachadas pelo poder. Arelado a esse processo, configurava-se a crise econômica internacional e a superprodução do café. Vale destacar o posicionamento de dois importantes atores: a Igreja Católica que se propunha como uma terceira via ao comunismo e ao capitalismo; e os militares que, apesar da ideologia não-democrática, se apresentavam como uma força renovadora por não concordar com as oligarquias (CARVALHO, 2001).

A partir de 30, a reestruturação da base econômica, política e social modificam a configuração do Estado brasileiro com o aceleração do processo de industrialização. No entanto, as estruturas de dominação permaneceram, indicando ainda um certo equívoco em chamar a Revolução de 30 de revolução (apud, 2001). É um período de grande agitação política com embates entre as elites brasileiras, tendo os militares envolvidos com a discussão ideológica e política.

Contudo, é a partir da Constituição de 1934 que podemos pensar em política social. Foram reconhecidos vários direitos, vinculados a questão da acumulação, do trabalho, como: salário mínimo, regulação da jornada de trabalho, do trabalho feminino, do trabalho infantil. O Estado reconhece os direitos sociais e trabalhistas, mas submete os sindicatos com a justificativa de fortalecê-los, tornando-os órgãos consultivos e técnicos. Percebemos que o posicionamento do Estado, nesse sentido, reforça o

controle sobre os trabalhadores para aquisição da “harmonia social” necessária à acumulação:

No discurso dos representantes políticos da nova ordem aparecerá explicitamente esse projeto político. Proteção ao trabalhador para a obtenção da harmonia social. Justiça social e incentivo ao trabalho; ordem social e aumento da produção. Isto é, controle e subordinação do movimento operário e expansão da acumulação pela intensificação da exploração da força de trabalho. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2001, pp. 153)

Nesse período, sabemos que as pessoas com deficiência já possuíam um resíduo de atenção na sociedade quanto à educação de cegos e surdos no período do Império, mas é com o advento da República que se tem sinais mais fortes na direção do reconhecimento de direitos. Os “deficientes” são mencionados na Constituição Federal de 1934 com o reconhecimento da igualdade e de ações que atuem na direção da educação e dos serviços sociais por parte do poder público. Mas, o fato de aparecer na legislação maior, não garantiu às pessoas com deficiência, nesse período, o reconhecimento como portador de direitos.

A presença de tais direitos nas Constituições, seu reconhecimento legal, não garante automaticamente a efetivação e materialização dos mesmos. Esse é, particularmente, o caso do Brasil. (COUTINHO, 1997, pp. 156)

Inicia-se, nesse período, a luta por reconhecimento das categorias profissionais já que esses direitos conquistados estavam vinculados à inserção ocupacional. A cidadania era para o trabalhador cuja categoria fosse reconhecida pelo Estado. É, portanto, uma cidadania regulada no qual podemos destacar, nesse período, duas determinações: a grande massa dos trabalhadores não foi reconhecida como os trabalhadores rurais, autônomos e domésticos; e algumas categorias obtiveram mais direitos (maior aposentadoria, maior remuneração) que outras pelo nível de mobilização. Logo, a grande maioria da população brasileira não teria o status de cidadão e os direitos foram orientados dentro de uma estratificação ocupacional. A Legião Brasileira de Assistência torna-se o órgão oficial de assistência social em atenção à família e à infância (CARVALHO, 2001)

No período que se segue, as pessoas com deficiência tinham atenção, em grande parte, oferecida pela filantropia e seu atendimento no setor público não era pela condição imposta pela deficiência e sim pela sua condição social extremamente vinculada pelo modo de inserção no mercado de trabalho. A responsabilidade da

proteção e do atendimento não era primazia do Estado, mas da família que buscava apoio nas instituições filantrópicas:

...o atendimento às pessoas com deficiência, ficou sob a responsabilidade de entidades da sociedade civil, fundamentados nos princípios de assistencialismo e do humanitarismo. Assim, surgem várias instituições que ocupavam até então o espaço deixado pela Saúde Pública, a exemplo da ABBR e da APAC, em que o atendimento se restringia às crianças portadoras de deficiência mental. Mais tarde este serviço se ampliou com a criação de centros de reabilitação, escolas especiais e oficinas de trabalho. (ARGOLO, 2005, pp. 32)

Os direitos previdenciários também avançaram nesse período. Os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP) unificaram as categorias profissionais substituindo as Caixas de Aposentadoria e Pensão que eram organizadas por empresas. Porém, existiu a restrição dos direitos políticos e ampliação dos direitos sociais e trabalhistas que reflete a política de acumulação conjugada a uma política voltada para equidade, ou seja, uma política que visava minimizar os efeitos da acumulação sem comprometê-la:

...a repressão da ditadura varguista não se abate indiscriminadamente sobre os movimentos reivindicatórios do proletariado, mas essencialmente sobre seu componente autônomo e potencialmente revolucionário, sobre tudo aquilo que ameaça fugir aos canais institucionais criados para absorver e dissolver esses movimentos dentro da estrutura corporativa, cuja pretensão de atendimento a todos os setores da sociedade confunde a clivagem de classe que orienta sua ação. (IAMAMOTO; CARVALHO, 2001, pp. 237)

O fim do Estado Novo é influenciado pela derrota do eixo na II Grande Guerra Mundial. É o início de uma nova ordem mundial e de novas configurações para a sociedade brasileira, destacando-se: a migração da população rural para as cidades, demandando políticas públicas de habitação, saneamento e saúde; a ampliação da participação política, extrapolando o âmbito dos sindicatos com a ênfase no movimento de trabalhadores rurais e a ampliação do direito ao voto, estendido a população maior de 18 anos e alfabetizada (CARVALHO, 2001)

No período compreendido entre 1945 a 1964, o país vivenciou o projeto nacionalista com ampliação dos direitos políticos, mas sem alargamento dos direitos sociais, e o projeto de abertura ao capital internacional; liberal e conservador.

Contudo, a partir de 1964 com o Golpe Militar, no Brasil, os direitos civis e políticos foram suprimidos, mas também houve ampliação dos direitos sociais, incluindo a unificação e universalização da previdência (INPS – um intento populista implementada em 1967 na primeira fase da ditadura) e a incorporação dos

trabalhadores rurais (FUNRURAL). As políticas sociais estavam centralizadas na esfera federal que articulava os direitos sociais em busca da legitimação da população, mas que concomitantemente dá bases para o desenvolvimento do capital (apud, 2001).

O Estado submeteu a sociedade numa opressão contínua contra a possibilidade de engendrar em agências portadoras de vontades coletivas e projetos societários alternativos. Para além das ações de repressão e de atitudes antidemocráticas, a funcionalidade do Estado foi colocada com a finalidade de garantir a concentração e centralização de capitais, estrangeiros ou nacionais¹².

Decerto, todo o período vivenciado pelo Golpe é de profundas contradições econômicas, políticas e sociais: o período foi de grande crescimento econômico, mas com achatamento dos salários; a classe trabalhadora não tinha o direito de reivindicar por melhores condições de vida e trabalho, mas é nesse momento que os sindicatos e movimentos começam a se organizar; o país signatário dos direitos humanos, contraditoriamente, é um Estado transgressor pelo direito que o próprio Estado estabeleceu a si de censurar, perseguir, torturar, prender e/ou retirar a vida sem a necessidade de prestar contas à sociedade e sem a possibilidade de punição por organismos internacionais (BOBBIO, 1992).

Porém, mesmo numa conjuntura não propícia, com a Declaração dos Direitos do Deficiente em 1975, houve a oportunidade de organização do movimento que passa a atuar com a pressão dos organismos internacionais por direitos que não eram previstos na Constituição vigente. Ora, se até esse momento as pessoas com deficiência não eram percebidas como um grupo relevante, a partir de então leis específicas se tornariam imprescindíveis.

Logo, a década de 80 do século XX traria para o movimento um salto qualitativo do tratamento da pessoa com deficiência na sociedade. A criação de comissões nacionais, estaduais e municipais com participação de representantes governamentais e não-governamentais direcionariam seus esforços para a execução do Plano de Ação que:

... caracterizou-se pelas seguintes metas, explicitamente definidas como de curto, médio e longo prazo: Conscientização; Prevenção; Reabilitação; Capacitação Profissional e Acesso ao Trabalho; Remoção de Barreiras Arquitetônicas; Legislação. (ANDRADE; SILVEIRA, 1996)

¹² NETTO, J.P. Ditadura e Serviço Social. São Paulo, Ed. Cortez, 1993

Em razão disso, e evidentemente do movimento de redemocratização do país e da insustentabilidade política do Estado Ditatorial, foi possível incluir a demanda de diversos segmentos da sociedade na Constituição Federal de 88 e de uma legislação, já no final dessa década, para pessoas com deficiência.¹³ A reabilitação surge na lei em três momentos: quanto tratada na formação de recursos humanos; na inclusão no sistema educacional; e na saúde com a indicação de criação de redes e serviços especializados.

Mas percebemos que a garantia do direito na letra da lei não é garantia de sua eficiência e efetividade social (BOBBIO, 1992). Os anos de 1990 trariam desafios ainda maiores para o segmento no âmbito das políticas sociais, mas também para eles. O problema da garantia do direito não está apenas no espaço político, isto é, questões culturais tornaram-se um dos grandes desafios.

O desafio mais contundente seria a ruptura com o caráter filantrópico que coloca os sujeitos numa relação de dependência difícil de ser substituída pela noção de direito. O grande problema nessa perspectiva é como exigir do Estado que se cumpra a lei se existe uma relação de gratidão e necessidade: a gratidão por parte dos sujeitos e seus familiares que foram atendidos por estas instituições; e necessidade das instituições da permanência dessas pessoas como condição de existência em virtudes de seus financiadores, trabalhadores e colaboradores.

Outro ponto importante para a efetivação dos direitos seria quanto à própria organização do segmento que não consegue a adesão de outras pessoas que não sejam pessoas com deficiência ou familiares e amigos (ANDRADE; SILVEIRA, 1996). O problema não aparece como uma demanda da sociedade, isto é, os sujeitos somente se envolvem quando se encontram na situação imposta pela deficiência ou quando alguém próximo se apresenta assim.

1.3. Configuração do Neoliberalismo nas Políticas Sociais Brasileiras

¹³ Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989.

A década de 90 do século XX, no Brasil, foi um período de grandes contradições para a formulação e execução de políticas sociais. É colocado em prática no país proposta de regulação da economia com disciplina fiscal, investimento no capital financeiro, transferências de recursos públicos para o setor privado, redução de barreiras comerciais entre países, entre outros (TEIXEIRA, 1998). Essas foram, portanto, as condições que as agências multilaterais impuseram para a concessão de cooperação financeira¹⁴:

.... [as proposições] para enfrentar o que ele chama de crise do Estado estava a delimitação das funções do mesmo, reduzindo o seu tamanho através da privatização e da terceirização; o aumento da governança do Estado através do ajuste fiscal; a reforma administrativa; a separação entre formulação e execução de políticas públicas e o aumento da governabilidade através de instituições políticas que garantam maior legitimidade ao governo. Resumindo, elementos como as reformas orientadas para o mercado, a reforma da previdência social, o ajuste fiscal, a reforma administrativa e a inovação dos instrumentos de política social são colocados como inadiáveis (Plano Diretor). (COSTA, 2003, pp.25)

Colocou-se em curso no Brasil a orientação neoliberal que, na realidade, significa a adequação da intervenção do Estado para atender aos objetivos de acumulação e valorização do capital (NETTO, 2005). Isto é, o Estado agora deve voltar seus esforços no controle fiscal e na regulação da economia e reduzir seu papel na intervenção de políticas sociais.

Contudo, a identificação das propostas neoliberais em relação às políticas sociais apresenta dificuldades. Draibe¹⁵ defende que são três as razões: primeiro, de ordem teórica, pois o neoliberalismo não constitui um *“corpo teórico próprio, original e coerente”* (DRAIBE, 1993), sendo composto de proposições práticas e no plano conceitual *“reinventa”* o liberalismo. Contudo, é muito mais próximo do conservadorismo político, produzindo muitos e distintos neoliberalismos; segundo, as concepções modificam no tempo principalmente quanto às responsabilidades públicas e estatais como a educação, combate à pobreza, ou crescimento sustentado, desenvolvimento de novas tecnologias, entre outros; e terceiro, muitas de suas proposições fizeram ou

¹⁴ Imposição via Consenso de Washington: proposta de “reforma” econômica para o conjunto de países da América Latina (TEIXEIRA, 1998).

¹⁵ DRAIBE, Sônia M. As Políticas Sociais e o neoliberalismo: Reflexões Suscitadas pelas experiências Latino-americanas. Revista USP: Dossiê Liberalismo/Neoliberalismo, nº 17, pp. 86-101, mar – mai, 1993.

fazem parte de ideários democratas ou socialistas que resulta numa estratégia eficiente de predominância ideológica.

Dessa maneira, o neoliberalismo amplamente defendido pelas elites brasileiras e colocado em exercício no país:

...difícilmente se encarna em obras de intelectuais de reconhecida competência. Mereceu mesmo, até agora, pouco esforço de exposição sistemática, com algumas exceções que podem ser encontradas no campo da economia. É antes um discurso e um conjunto de regras práticas de ação (ou de recomendações), particularmente referidas a governos e a reformas do Estado e das suas políticas. É essa característica que conduz Thérét a qualificá-lo como “...sistema de receitas práticas para a gestão pública”(Thérét, 1990). [grifo da autora] (apud, 1993, pp. 88).

A prioridade dada pelo Estado foi o crescimento da economia com os ajustes acima citados em detrimento a intervenção na área social (POVOA; GUIMARÃES, 2004). O afastamento do Estado no campo social ressaltou contradições históricas com o aprofundamento das desigualdades sociais, o pauperismo, o aumento do desemprego, a diminuição da renda, sobretudo se pensamos na diminuição de investimento no setor produtivo em contraposição ao investimento no capital financeiro.

A grande contradição apresentada, no entanto, é que nos anos de 1990 as legislações sociais (LOS, LOAS, ECA) são sancionadas, depois da trajetória de luta dos segmentos da sociedade para que isso ocorresse, mas é ao mesmo tempo o período que os investimentos públicos ganham outra direção que não em políticas sociais, ou seja, os esforços governamentais estavam voltados para o fortalecimento e superação de crises da economia.

O neoliberalismo no Brasil trouxe a desconstrução de direitos em vista de uma política de juros que impede até mesmo o capital produtivo de se desenvolver e, em decorrência, observamos o enfraquecimento da luta dos trabalhadores por melhores condições de vida e trabalho. As “reformas” são de ordem neoliberal e que o discurso do Estado enfraquecido é uma falácia pela redução apenas dos direitos sociais:

Tavares (2000) chama a atenção para a máscara das reformas, dizendo que sob a denominação de “reformas” tem-se provocado um verdadeiro processo de desmonte dos incipientes aparatos públicos de proteção social e que as propostas de corte dos gastos públicos agravam ainda mais a já iníqua situação de alocação de recursos para políticas sociais. (COSTA, 2003, pp. 29-30)

Podemos afirmar que o Estado assume seu posicionamento de classe, atuando na direção da acumulação e valorização do capital, fazendo uma política frágil e focalizadora sem muita resistência da classe trabalhadora por conta do seu processo de complexificação, fragmentação e heterogeneização, isto é, o processo de subproletarização na expansão do trabalho parcial, precário, temporário, “terceirizado” com alargamento do desemprego estrutural em escala global (ANTUNES, 1985).

Percebemos que a direção tomada pelo Estado também contribui para a não apreensão por parte das pessoas com deficiência (e não somente delas) do que é de fato direito social, pois o que materializa os direitos sociais, isto é, as políticas sociais são dispensadas da responsabilidade do mesmo e transferidas para a sociedade. As instituições filantrópicas não atuam apenas em caráter de complementaridade, mas de executor privilegiado de políticas que deveriam ser de responsabilidade do Estado.

Enquanto a população brasileira sofria com as graves consequências das políticas neoliberais, o governo limitou-se a transferir suas atribuições (como a própria Constituição ressalta, os direitos sociais são dever do Estado) para a sociedade civil. Direitos foram transformados em ameaça à estabilidade monetária, o que era na realidade uma forma de culpabilização das vítimas. Ou seja, a idéia é de que os indivíduos são culpados pela sua situação de pobreza e infelizmente o Estado não pode “ajudar”, pois não tem recurso para isso. (COSTA, 2003. pp. 37-38)

CAPÍTULO II

Reabilitação no Contexto da Luta pela Saúde Pública

O acesso à saúde e à reabilitação evidencia indagações importantes para o Serviço Social, bem como para os outros profissionais de saúde¹⁶. Sabemos que a atenção à pessoa com deficiência¹⁷ não pode ser discutida, apenas, no quadro de instalação da deficiência, mas deve ser analisada também como um processo, parte das contradições inerentes ao modo de produção capitalista. Isto significa dizer que a atenção em reabilitação na área da saúde tem relação com as expressões da “questão social”, pois a necessidade dessa política social é fruto das reivindicações populares por melhores condições de vida e trabalho.

Como vimos no Capítulo I, o Estado, historicamente, vai legitimar-se, intervindo na sociedade de maneira fragmentada, atendendo de maneira pontual às demandas da população, sobretudo os segmentos mais pauperizados. Percebemos que quando questionamos condições de vida e trabalho de pessoas com deficiência fica evidente a fragmentação da atenção a essas pessoas já que a reabilitação esteve dividida entre o

¹⁶ Segundo Conselho Nacional de Saúde (Resolução n.º 218, de 06 de março de 1997) são profissionais de saúde: assistentes sociais, biólogos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

¹⁷ Não pretendemos discutir a terminologia para designar as pessoas que possuem perda (ou anormalidade) parcial ou total de uma função motora e sensorio-motora. De fato, utilizaremos o termo “pessoa com deficiência” pela conclamação das organizações desse segmento no encontro organizado em Recife no ano 2000 e pela presença no texto da Convenção Internacional para Proteção e Promoção dos Direitos e Dignidade das Pessoas com Deficiência (SASSAKI, 2003). Segundo a Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência (Decreto nº 3.298/99), o termo deficiência tem significados de acordo com o grau e tempo de duração, podendo ser a deficiência permanente ou gerar incapacidade que é entendida pela “*redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais*”. Existem, ainda, cinco formas de deficiências: física, auditiva, visual, mental e deficiência múltipla.

aspecto no âmbito profissional, assistencial e da saúde¹⁸. Essa fragmentação também se reflete na produção acadêmica sobre as temáticas e a reabilitação em saúde, embora com extrema relevância, tem menos destaque.

A política de saúde e seu aparato jurídico, no Brasil, configura-se como direito de caráter universal, parte integrante da Seguridade Social, como “*direito de todos e dever do Estado*”. Mas pensar o acesso da pessoa com deficiência é analisar sua inserção diferenciada no sistema de saúde. Esta diferenciação pode, no entanto, alterar o foco com a disputa de diferentes projetos de sociedade e também de gestão da saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a “*saúde não é a simples ausência de doença, mas sim, um completo bem-estar físico, mental e social*” dos indivíduos. Percebemos que o conceito empregado pela OMS, embora supere a noção de ausência de doença, não é suficiente para entender a realidade social, com suas variantes e determinantes. Não coloca em cena, ainda, o caráter político que a saúde tem, sobretudo quando pensamos o contexto de construção dessa política através da mobilização de diversos setores da sociedade como ocorrido no Brasil.

2.1. Breve histórico da trajetória da Política de Saúde no Brasil

A saúde, entendida como política social, têm na sua trajetória momentos de tensão entre as ações de universalização e de privatização. A partir da década de 30, o crescente processo de industrialização demandou ações de saúde de caráter universal e, concomitante a esse processo, surge, por parte das organizações de categorias profissionais, iniciativas de atenção à saúde de caráter contributivo, individual, vinculado à condição de trabalhador.

A saúde apresentou-se como uma estratégia mais sofisticada de enfrentamento da “questão social”¹⁹:

¹⁸ Ver legislações: Lei Nº 7.853/89 e Decreto nº 3.298/99.

¹⁹ Referência encontrada na primeira nota de rodapé em: BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para debate. In: BRAVO, M. I. S., VASCONCELOS, A.M. de, GAMA, A. G., MONNERAT, G. L. (orgs.). Saúde e Serviço Social. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

É no bojo do processo histórico-econômico e político que marcou a conjuntura brasileira dos anos 30 que ocorre a formulação da política de saúde, que teve caráter nacional – como as demais políticas sociais – e foi organizada em dois subsetores: o de saúde pública e o de medicina previdenciária. (BRAVO e MATOS, 2006, pp. 26)

A saúde pública tem ênfase nas campanhas sanitárias, no combate de endemias, inclusive nas áreas rurais enquanto o modelo previdenciário centrava o atendimento na oferta de assistência médico-hospitalar. No período entre 1945 e 1964, o Estado não conseguiu universalizar as políticas sociais, nem mesmo a saúde, apesar do aumento dos gastos nessa direção (apud, 2006).

Nos anos que se seguiram, o modelo de saúde privatista prevaleceu, sobretudo no pós-64. A ditadura militar instaurada representou uma perda significativa para as forças democráticas e, além disso, o aprofundamento dos problemas estruturais. Os mecanismos de regulação da sociedade foram colocados em prática ora na perspectiva de diminuição das tensões, ora para a legitimação do regime:

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, a ênfase na prática médica curativa orientada para a burocratização do setor, a criação do complexo médico-industrial e a diferenciação de atendimento à clientela (Oliveira e Teixeira, 1986). (apud, 2006, pp. 27)

Esse modelo, privilegiador daqueles que são aptos ao trabalho e evidentemente aqueles que tem vínculo formal no mercado de trabalho, traz uma configuração importante para as pessoas com deficiência. Logo, os poucos eficientes, ou não eficientes, ou não possuidores de registro na carteira de trabalho, pessoas com deficiência (física, mental, sensorial e etc) tinham, além da obrigatoriedade imposta pelo sistema de saúde vinculado ao segurado da previdência, acesso secundário à saúde, ou seja, apenas como dependente ou ainda em unidades filantrópicas.

Como afirmamos anteriormente, os modelos de execução da política de saúde sempre se apresentaram num espaço de tensão e, mesmo no período de repressão vivenciado na ditadura militar, foi possível fomentar um início de contestação do modelo privatista, seja pelas forças do setor estatal ou pela emergência do movimento sanitário que posteriormente obteve participação popular²⁰:

²⁰ SOUZA, Rosângela Maria Sobrinho. Controle Social em Saúde e Cidadania. In: Revista de Serviço Social & Sociedade: Saúde, Qualidade de Vida e Direitos. Ano XXIV – nº 74 – junho, 2003.

O objetivo da participação popular relaciona-se à democratização da saúde e se vincula à reivindicação ao acesso universal e igualitário aos serviços e ao poder. Tem, também, o sentido de luta e contestação, tanto que os problemas atinentes ao mau funcionamento do sistema são antes debitados à política, ou a seu caráter de classe, que a questões de ordem técnica, ou à iniquidade cuja eliminação só é possível com a superação do próprio sistema de desigualdades. (SOUZA, 2003, pp. 75)

Segundo Souza (2003), a medicina comunitária surgiu como proposta de extensão da cobertura da assistência que, por conta do questionamento também da atenção centrada no saber médico, aprofundou a experiência comunitária, configurando a proposta de participação popular.

Nos meados dos anos de 1970, as condições de mudanças de modelo de saúde, juntamente com o descontentamento popular quanto ao atendimento e orientação da mesma, fomentaram uma nova direção da política de saúde que teria êxito no aparato jurídico-normativo na década seguinte. Mas esse processo não ocorreu com facilidade pois haviam propostas que defendiam a privatização dos serviços.

Nesse período, o movimento sanitário defendeu o conceito ampliado de saúde, assumido na VIII Conferência Nacional de Saúde e incorporado na Constituição Federal de 88 (CF 88) e legislações posteriores. Dessa maneira, a saúde é compreendida como:

...direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação. (Constituição Federal, Art. 196, 1988)

Contudo, a partir dos anos de 1980, o projeto de Reforma Sanitária – que defendeu os ideais de democratização do acesso, da universalidade das ações, descentralização e controle social – conseguiu vitória em suas proposições:

A premissa básica é a compreensão de que saúde é um direito de todos e um dever do Estado. A vitória das proposições da Reforma Sanitária deveu-se à eficácia da Plenária, por sua capacidade técnica, à pressão sobre os constituintes e mobilização da sociedade, e à Ementa Popular assinada por cinquenta mil eleitores e cento e sessenta e sete entidades (Teixeira, 1989; Bravo, 1996). (BRAVO e MATOS, 2006, pp 33)

Nesse período, tendo em vista o processo de redemocratização do país, houve significativas mudanças que refletiram o norte da atenção à saúde e, ainda, políticas voltadas às pessoas com deficiência. Essas mudanças podem ser aqui entendidas

como fruto do processo da articulação dos movimentos populares que impulsionaram a criação de políticas e direitos sociais preconizados na Constituição Federal de 1988. É nesse período que se regulamenta o Sistema Único de Saúde em 1990 e a Lei da Pessoa com Deficiência em 1989²¹.

A Lei Orgânica da Saúde (LOS), de setembro de 1990, relata que para além de direito fundamental do ser humano e responsabilidade do Estado em prover as condições para o pleno exercício, a Saúde:

...tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País. (LOS, Art. 3º, 1990).

No entanto, mesmo possuindo base legal, o direito à saúde e os direitos da pessoa com deficiência não foram efetivados em sua totalidade o que certamente restringe o acesso da população a esses direitos, sobretudo nos segmentos populacionais mais pauperizados.

Podemos observar, ainda, que é nos anos de 1990, com ataque aos direitos sociais com a indicação dos organismos internacionais para a restrição da intervenção do Estado na área social, isto é, a orientação da política neoliberal, que:

Nas proposições referentes à política de saúde, o projeto de reforma sanitária é questionado e consolida-se, na segunda metade dos anos 90, o projeto de saúde articulado ao mercado ou privatista. Este último, pautado na política de ajuste, tem como tendências a contenção dos gastos com a racionalização da oferta e a descentralização com isenção de responsabilidade do poder central. (BRAVO e MATOS, 2006, pp. 35)

É, sem dúvida, um espaço de contradição para o Serviço Social, pois a profissão tem em perspectiva o projeto ético-político com a orientação de ações que defendam a universalização das políticas sociais e, ainda, o compromisso com a equidade e a justiça social em contraposição a precariedade de recursos para a efetivação de direitos sociais.

2.2. O Direito à Reabilitação em Saúde na atualidade: algumas reflexões para o Serviço Social

²¹ Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/90 e Lei Nº 7.853/89.

Para entendermos a situação da reabilitação em saúde, devemos analisar questões referentes ao acesso aos direitos de reabilitação da pessoa com deficiência no Brasil, observando a realidade entre a conquista jurídica e a execução das políticas sociais.

A Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência dispõe que são às entidades e órgãos do Poder Público os responsáveis pela efetivação das ações que visem o exercício dos direitos individuais e sociais desse segmento da população, proporcionando bem-estar pessoal, social e econômico. Uma das medidas desses órgãos e entidades é a reabilitação que surge de maneira especial no âmbito da saúde e deve ser articulada com ações de prevenção²².

A reabilitação é, nesse sentido, parte de um processo que culmina na autonomia dos sujeitos e que as dimensões físicas, sociais e mentais, embora possuam suas especificidades, devem observar a totalidade. Para tanto, ao garantir acesso integral à saúde e à reabilitação, o Poder Público através da *“criação de rede de serviços regionalizados, descentralizados e hierarquizados em crescentes níveis de complexidade”* deverá também dispor de ajudas técnicas, tais como: próteses, órteses, bolsas coletoras, equipamentos, maquinarias e utensílios, entre outros.

A reabilitação em saúde não deve ser pensada fora do processo de construção e garantia de direitos. O processo de reabilitação que se limita apenas em recuperação física, perde a dimensão de integralidade como um *“conjunto articulado e contínuo das ações e serviços”* (LOS, 1990).

Para efeito dessa pesquisa, compreendemos reabilitação em saúde como um processo que tem objetivos e tempo determinado por uma equipe multidisciplinar que caminha na direção da autonomia dos usuários desse serviço de saúde, percebido não apenas como um objeto a ser consertado, mas também sujeito do processo de reabilitação. Estamos, assim, reafirmando o conceito de reabilitação:

Considera-se reabilitação o processo de duração limitada e com objetivo definido, destinado a permitir que a pessoa com deficiência alcance o nível físico, mental ou social funcional ótimo, proporcionando-lhe os meios de modificar sua própria vida, podendo compreender medidas visando a compensar a perda de uma função ou uma limitação funcional e facilitar ajustes ou reajustes sociais. (Decreto nº 3.298, Art. 17, Parágrafo 1, 1999)

²² Segundo os parágrafos 1º e 2º (Decreto 3.298/99, art. 17).

A reabilitação em saúde tem seu trabalho em equipe justificado pelo desenvolvimento de múltiplas potencialidades dos usuários envolvidos nas ações²³:

As ações de reabilitação devem objetivar autonomia, independência, emancipação e socialização da pessoa com deficiência, com vistas a oferecer melhor qualidade de vida e favorecer a inclusão social. A reabilitação em saúde objetiva desenvolver a potencialidade do usuário ser independente novamente: comer sozinho, ir ao banheiro sozinho, pentear o cabelo, andar de ônibus, estudar, trabalhar, dar continuidade ao tratamento sozinho..., o que não significa o envolvimento de apenas um profissional, como se poderia pensar, pois a realização dessas atividades requer um preparo, para além das atividades da vida diária, que implica a dimensão física, psicológica e social. Daí a necessidade do trabalho em equipe.(SOUZA, 2006, pág. 03)

Contudo, ao observamos o contexto atual e a direção da política de saúde nas diferentes esferas de governo, podemos concluir que além de não haver garantias à reabilitação, a ausência de políticas públicas e sociais auxilia no quadro de instalação da deficiência ao não atender de maneira universal às demandas de saúde mais básicas da população usuária. Isso significa que existe uma proporção cada vez maior de pessoas com deficiência por não haver programas de efetividade social no controle da hipertensão, do diabetes, de HIV/AIDS, de acidentes de trânsito, de segurança pública e etc.²⁴

É a atenção básica em saúde que aponta o norte da orientação que a política de saúde vem tomando. Isto é, a prevenção perde força em relação à perspectiva médico-curativa de tratamento de doenças e não de preservação da saúde, ou seja, o projeto aliado às orientações da política neoliberal sobrepõe-se ao projeto da reforma sanitária.

Essa precarização da política de saúde também se reflete na política de reabilitação, sobretudo quando pensamos a realidade da Região Metropolitana do Rio de Janeiro. A desarticulação das diversas unidades de atenção à saúde é acentuada pela ausência de recursos humanos e materiais. Em suma, faltam profissionais de saúde de diversas áreas e as “ajudas técnicas” para a reabilitação como próteses e cadeira de rodas. Com efeito, são sem dúvida as classes subalternizadas que mais

²³ SOUZA, Rodriane de Oliveira. *Serviço Social Na Reabilitação Em Saúde: A experiência do Instituto Oscar Clark*. Rio de Janeiro, fev., 2006. (mimeo)

²⁴ No IOC, cerca de 75% dos usuários da UNE tiveram como causa do comprometimento motor a hipertensão (MEDEIROS, 2005) e cerca de 86% dos usuários da UDA apresentaram como causa da amputação, vasculopatias (53% diabéticas e 33 % não diabéticas) (ARGOLO, 2005).

sofrem com essa situação por não ter recursos próprios para superar as barreiras impostas pela deficiência.

De fato, a saúde deve compreender as condições de vida e trabalho dos sujeitos sociais. A reabilitação em saúde revela dimensões da realidade social quando pensada a partir das condições vividas pelos usuários quanto à política de saúde que vem se caracterizando, não no seu aspecto universalista da legislação, mas na sua caracterização, em tempos neoliberais, fragmentada e focalizada.

Uma das condições a ser analisada é quanto à própria motivação dessa investigação. Muito se fala em reabilitação para o mercado de trabalho, mas na realidade os usuários que buscam a reabilitação em saúde são, em sua maioria, pessoas com mais de 60 anos de idade²⁵. Essa situação indica que a política de reabilitação em saúde deve articular-se com as demais políticas sociais e públicas para alcançar efetividade e que, embora a reabilitação profissional tenha sua importância, estes usuários apresentam questões mais pertinentes como a situação em relação à previdência social e à assistência social²⁶.

A articulação da saúde com a previdência e a assistência social, mesmo constituindo juridicamente a seguridade social brasileira, ainda é um desafio nos tempos atuais. Desafio este, acentuado pela pauperização da população usuária que acaba por se constituir limite para o fazer profissional na reabilitação, quando os mecanismos de adesão ao tratamento de reabilitação são travados pela condição sócio-econômica²⁷.

Outro fator importante em relação às classes subalternizadas refere-se às políticas públicas de transporte²⁸, pois pessoas com deficiência, principalmente àquelas

²⁵ Representa 39% dos atendimentos dos usuários da Unidade Neurológica e 45% dos da Unidade de Amputados. Dados do Instituto Oscar Clark em: ARGOLLO, E. F. A Realidade Do Deficiente Físico Amputado: questões acerca da sua (re) inserção no mercado de trabalho. Monografia apresentada como pré-requisito de conclusão do Curso de Serviço Social da Universidade Veiga de Almeida, 2005.

²⁶ Fazemos referência às aposentadorias e ao benefício de prestação continuada (BPC – LOAS).

²⁷ Cerca de 44% dos usuários UNE tem até 01 (um) salário mínimo per capita e cerca de 70% dos usuários UDA vivem nessa situação. Informação em: MEDEIROS, Maria das Graças Alves de O SUS e seus usuários: um estudo sobre as pessoas com comprometimentos neurológicos atendidas no Instituto Oscar Clark. Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro, Dezembro de 2005 (mimeo).

²⁸ A cidade do Rio de Janeiro, como os demais municípios, possui um sistema de gratuidade (Passe-Livre Municipal) para estudantes, idosos e pessoas com deficiência. Mas essa medida não é suficiente tendo

que adquiriram a deficiência ao longo da vida, não conseguem fazer uso desse direito por dois motivos: a não adaptação dos meios de transporte para pessoas com deficiência; e o não acesso à reabilitação adequada para o alcance de autonomia nas diversas atividades diárias.

Essa situação implica em busca de alternativas por parte das pessoas com deficiência das classes subalternizadas, onde o direito é substituído pela reprodução da lógica clientelista/assistencialista a partir do momento em que a alternativa mais freqüente é o transporte privado de centros sociais de determinados atores sociais e políticos²⁹:

... nas relações clientelistas, não são reconhecidos direitos e espera-se a lealdade dos que recebem os serviços. Estes aparecem como inferiores e sem autonomia, não são interlocutores. Trata-se de um padrão arcaico de relações que fragmenta e desorganiza os subalternizados ao apresentar como favor aquilo que é direito. Além disso, as práticas clientelistas personalizam as relações com os dominados, o que acarreta sua adesão e cumplicidade, mesmo quando sua necessidade não é atendida. (YASBEK, 1995, pp. 16)

A reprodução dos laços de subalternidade vai além da questão dos transportes, alcançando nas unidades de atenção à reabilitação em saúde um espaço privilegiado ao entender os usuários como alguém que necessita de um favor e não de um direito. No entanto, esses espaços institucionais são ao mesmo tempo locais de reconhecimento e organização das pessoas com deficiência e o profissional de saúde é um ator importante para o processo que implica em reabilitação no aspecto físico, mental e social.

Contudo, o posicionamento desses profissionais deve ultrapassar a prática conservadora que traz embutidas questões como a solidariedade e a boa intenção para uma prática transformadora da realidade que tem como foco a luta contra a desigualdade com “*capacidade técnica, apropriação teórica e vontade política*” (NETTO, 1996). Isso significa que a saúde está longe de ser um espaço hegemônico de defesa do caráter universal e de preservação de autonomia.

Percebemos que o Serviço Social atua no espaço de tensão, onde recriam-se identidades, posicionamentos, consciência de classe, visto necessidades criadas a

em vista às restrições quanto ao tipo de transporte e ainda quanto à desarticulação dos municípios, sobretudo da região metropolitana.

²⁹ YASBEK, Maria Carmelita. A Política Social Brasileira nos anos 90: A refilantropização da questão social. In: ABONG/CNAS. SP. 1995

partir do conjunto de dimensões que seriam aparentemente biológicas / físicas, mas transformam-se numa dimensão social pela caracterização da intensa desigualdade entre as classes e, por conseguinte, da inserção desigual da pessoa com deficiência na sociedade capitalista.

O desafio posto é a transposição do aspecto aparentemente individual da questão, sugerindo a compreensão da totalidade que emerge da investigação cotidiana e suas implicações num contexto marcado pela necessidade social. Ou seja, o profissional de Serviço Social no seu processo de trabalho deve capacitar-se teórica/técnica e instrumentalmente para desvendar a realidade, relacionando as questões individuais à dinâmica de uma sociedade construída em bases desiguais e extremamente complexas:

Um dos maiores desafios que o Assistente Social vive no presente é desenvolver sua capacidade de *decifrar a realidade* e construir *propostas de trabalho criativas e capazes de preservar e efetivar direitos, a partir de demandas emergentes no cotidiano*. Enfim, ser um profissional *propositivo e não só executivo*. [grifo da autora] (IAMAMOTO, 2005, pp. 20)

Para tanto, ainda que o profissional de Serviço Social esteja capacitado a exercer suas atividades, observando os aspectos éticos e políticos da profissão, percebemos que a execução de uma política de reabilitação em saúde depende, para sua eficiência e efetividade, de condições sociais, políticas e culturais para realizar-se. Quando falamos em eficiência e efetividade, ressaltamos o aspecto da elaboração, coordenação e implementação de políticas sociais que se constituem competência do Assistente Social.

Sabemos que existem direitos conquistados, mas nem sempre garantidos. É nesse contexto que discutimos a participação do Serviço Social, observando quais seriam as alternativas frente à descaracterização da reabilitação em saúde como um direito universal e equânime.

Para tanto, devemos analisar o trabalho do Serviço Social na reabilitação em saúde, sem desvincula-lo de um contexto de acirramento das expressões da “questão social”, com a retração dos investimentos do Estado no campo social, mas não no plano econômico, sob a lógica da política neoliberal.

2.3. Reabilitação em Saúde: O caso do Instituto Oscar Clark

O IOC foi fundado como obra social-filantrópica por Oscar Castello Branco Clark, em maio de 1930, com o nome de Clínica Escolar Oscar Clark. Assim permaneceu até 1940 quando foi transformado em Posto Médico Pedagógico Oscar Clark, vinculado ao Departamento de Saúde Escolar da Secretaria Geral de Educação e Cultura da Prefeitura do Distrito Federal. Durante esse período, os serviços de assistência à saúde foram voltados ao escolar contando com pediatria, oftalmologia, otorrinolaringologia e enfermagem.

Em 04 de junho de 1943, as atividades foram transferidas do Departamento de Saúde Escolar para o Serviço de Escolas Hospitais e, em 1944, a unidade teve suas instalações ampliadas, tendo o anexo inaugurado com capacidade para internação de 150 crianças.

Contudo, é em 24 de dezembro de 1962, que a unidade foi transformada em Centro de Reabilitação do Deficiente Físico, recebendo o nome de Instituto Oscar Clark, vinculado à Secretaria de Serviços Sociais do Estado da Guanabara.

Em 1974, o IOC teve sua nova sede inaugurada com a construção de 04 (quatro) andares e em 1975 o Instituto foi incorporado a rede da Secretaria Municipal de Saúde da Cidade do Rio de Janeiro e através do art. 2º do Decreto nº 122 de maio do mesmo ano passou a ter a sua atual denominação³⁰ e em outubro de 1982 foi inaugurado o Pavilhão de Fisioterapia com 3 (três) pavimentos.

Já em 2003, foi criado o Centro Integrado de Atenção ao Deficiente Mestre Candeia (CIAD)³¹, tendo suas atividades articuladas às Secretarias Municipais de Assistência Social, Desenvolvimento Social (FUNLAR), Saúde, Trabalho, Educação, Esporte e Lazer e vinculadas, técnica e administrativamente, ao IOC.

O Instituto Municipal de Medicina Física e Reabilitação Oscar Clark (IOC) pertence ao Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, constitui-se como unidade de saúde pública referência em reabilitação física para os moradores da cidade do Rio de

³⁰ Instituto Municipal de Medicina Física e Reabilitação Oscar Clark – IOC.

³¹ Situado na Av. Presidente Vargas 1997.

Janeiro. O IOC é vinculado à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) e localiza-se na área programática 2.II.

Segundo regulamentação do Ministério da Saúde, o IOC desenvolve reabilitação, articulando ações de média e alta complexidade. Possui, ainda, duas unidades³² - no Maracanã e no Centro – com a execução de diversos programas de reabilitação para crianças, adolescentes, adultos e idosos.

No Maracanã são desenvolvidos os seguintes programas³³:

-Programa de Atenção ao Adulto com Lesões Neurológicas – UNE: tem como objetivo de promover a atenção interdisciplinar em reabilitação aos usuários adultos portadores de seqüelas neurológicas causadas por AVC, doenças degenerativas, HIV, traumatismo craniano e paraplegias - com vistas à independência, autonomia e reinserção social e retorno precoce às atividades do cotidiano;

-Programa de Atenção à Pessoa Portadora de Ostomia: é referência na dispensação de bolsa de ostomia para usuários que residem no município do Rio de Janeiro;

-Programa de Dispensação de Equipamentos: neste serviço faz-se a dispensação de meios auxiliares de locomoção adequada, mediante critérios técnicos, aos usuários que deles necessitem (tanto adultos como crianças). Esses equipamentos também são adquiridos por licitação pública;

-Programa de Reabilitação Cardíaca – RC: tem como objetivo oferecer melhores condições de vida à pessoa portadora de doença coronária, de insuficiência cardíaca, de angioplastia ou revascularizada;

-Programa de Ortopedia Funcional dos Maxilares – OFM: este programa é somente voltado a crianças, de 07 a 12 anos em fase de dentição mista,

³² Ver mapa em Anexo I.

³³ Informações encontradas em: SOUZA, Rodriane de Oliveira *et alii* *Guia dos Serviços do Instituto Municipal de Medicina Física e Reabilitação Oscar Clark*. Serviço Social do Instituto Oscar Clark / CAP 2.II / Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, Maio de 2005.

portadoras de maloclusão, a fim de promover a reabilitação através de técnicas preventivas e interceptativas, dispensando aparelhos móveis;

-Programa de Atenção à Criança e ao Adolescente com Lesões Neurológicas – Infanto-Juvenil: tem como objetivo reabilitar crianças e adolescentes, entre 5 e 17 anos, portadoras de atraso no desenvolvimento neuro-motor;

-Programa de Atenção à Pessoa com Lesões Ortopédicas – UNOR: tem por objetivo reduzir sinais e sintomas de patologias ortopédicas, reconduzindo o usuário em sua vida social e/ou laborativa;

-Programa de Atenção à Pessoa com Disfunções Respiratórias: este programa visa reduzir os sintomas dos usuários (crianças, adolescentes e adultos) portadores de patologias respiratórias;

-Programa de Atenção à Pessoa com Lesões Reumatológicas: o objetivo é a redução das seqüelas e sintomas vivenciados pelo usuário portador de patologias reumatológicas;

-Programa de Atenção à Pessoa com Lesões Neurológicas Periféricas: tem por usuários as pessoas com lesões de nervos periféricos e paralisia facial.

Na unidade Centro:

-Programa de Atenção aos Amputados – UDA: tem como objetivo promover a independência, a autonomia e a reinserção social do usuário (adultos ou crianças com amputação em qualquer nível), assim como seu retorno às atividades do cotidiano, protetizando-a quando possível;

-Programa de Atenção aos Deficientes Visuais – UDV: objetiva tornar independente as pessoas acometidas por cegueira ou visão subnormal, derivadas de diabetes, glaucoma ou doenças congênitas.

-Programa de Atenção à Criança com Lesões Neurológicas – UNI: tem como objetivo favorecer o bom desenvolvimento neuropsicomotor a crianças entre zero e 4 anos, portadoras de atraso no desenvolvimento neuro-motor.

2.3.1. O Serviço Social e as Equipes Multidisciplinares no IOC

O Serviço Social atua diretamente em oito programas de reabilitação³⁴, quer por protocolo, quer por demandas espontâneas apresentadas por profissionais e /ou usuários da unidade, realizando avaliações sociais, grupos e atendimentos individuais para orientação de direitos e encaminhamentos para outras instituições e programas sociais.

No IOC os programas – de atenção às pessoas com deficiência e às demais pessoas que procuram a reabilitação – possuem equipes compostas por diversas disciplinas que participam do diagnóstico dos usuários. No período da pesquisa, o IOC possuía cerca de 24 equipes multidisciplinares. Os profissionais envolvidos na reabilitação dos Programas são: assistente social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, médico fisiatra, fonoaudiólogo, psicólogo e enfermeiro.

A primeira justificativa que devemos compreender para a composição de equipes multidisciplinares no IOC é a justificativa normativa. A legislação ressalta que para a reabilitação em saúde é necessário o diagnóstico em conjunto com o objetivo de alcançar a autonomia física, mental e social como destacado anteriormente. Nessa perspectiva, a necessidade do trabalho em equipe multidisciplinar vem do reconhecimento do indivíduo em sua totalidade, isto é, o problema de saúde apresentado tem múltiplas determinações e condicionantes.

Percebemos que as demandas não se restringem a um único aspecto e que seria impossível que apenas um profissional pudesse reabilitar, tão somente com a intervenção de um saber específico. A própria equipe surge como demanda social e faz parte dos ganhos alcançados pela incorporação da concepção mais ampliada de saúde, localizados na Constituição Federal de 88, na LOS, na Lei da Pessoa Portadora de Deficiência e na Política Nacional para Integração da Pessoa com Deficiência.

³⁴ Programa de Atenção ao Adulto com Lesões Neurológicas – UNE; Programa de Atenção aos Amputados – UDA; Programa de Atenção à Criança com Lesões Neurológicas – UNI; Programa de Atenção ao Adolescente com Lesões Neurológicas - Unidade Infanto-juvenil; Programa de Atenção à pessoa com Lesões Ortopédicas – UNOR; Programa de Atenção à pessoa com Comprometimentos Reumatológicos; Programa de Atenção à Pessoa Portadora de Ostomia; Programa de Reabilitação Cardíaca.

Não há prática profissional que consiga por si só alcançar as diversas determinações da realidade. O trabalho em equipe também não pode ter a pretensão de alcançar esse objetivo, visto que a realidade é dinâmica e complexa, podendo apenas caminhar na direção da ação em conjunto cuja perspectiva é a compreensão dos indivíduos em sua totalidade. Para isso, defendemos que o trabalho deve caminhar em direção a interdisciplinaridade:

A interdisciplinaridade por si só, portanto, é crítica ao modelo de saberes específicos, do saber do “perito”, por estar implícita nela, a concepção de totalidade. Seu objeto de compreensão e intervenção é a realidade social. Isto implica, pois, que o especialista deve estar aberto para ultrapassar seus próprios limites e trabalhar com as contribuições/conteúdos de outras disciplinas. Este movimento provoca a necessidade de constantemente se reavaliar o significado da ciência, do saber, e suas relações de poder. (TEIXEIRA e NUNES, 2006, pp. 122 e 123).

Segundo Vasconcelos³⁵, a multidisciplinaridade relaciona-se com diversas disciplinas que não encontram no processo de trabalho uma cooperação. Já a interdisciplinaridade é a tendência de encontrar um objetivo comum, onde as relações de poder entre as profissões tendem a horizontalidade. No entanto, quando falamos que o IOC possui equipes multidisciplinares, não estamos afirmando que não há coordenação, mas que as equipes são formados por profissionais de diferentes formações.

É importante destacar que o trabalho em equipe não se relaciona com a perda de especificidade profissional, nem tão pouco com o argumento que é necessário saber atuar em outras áreas para a adequação de demandas, ou seja, o trabalho do assistente social não é igual ao do psicólogo, nem do fisiatra, nem do fonoaudiólogo, nem de qualquer outro profissional, assim como o contrário dessa relação também se aplica. Isso significa dizer que nenhuma profissão substitui outra e que todas são necessárias ao processo de reabilitação (SÁ, 1989).

Contudo, dentro das instituições existem relações de poder assimétricas entre as profissões. Como o IOC é uma unidade de saúde, o médico é o profissional que historicamente detém poder maior dentro da instituição, assim como o fisioterapeuta

³⁵ VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. Serviço Social e Sociedade, São Paulo - Ed Cortez, v. 54, p. 132-157, 1997.

pois ele é requisitado por ter o saber sobre a reabilitação física que é a demanda explícita da população usuária do instituto.

Para analisarmos a contribuição do Serviço Social na reabilitação em saúde é necessário identificar qual é a sua participação na dinâmica institucional. Sabemos que o Serviço Social, assim como a Psicologia, é “*agente subordinado*” pois não detém o saber pleno do objeto institucional no IOC. Ou seja, sua ação é subordinada aos profissionais que possuem esse saber pleno que são os chamados “*agentes privilegiados*” (BISNETO, 2001).³⁶

Quando percebemos que o Serviço Social é um “*agente subordinado*” não estamos indicando que a profissão é dispensável ou que sua ação não compreende autonomia. Na verdade, estamos situando o lugar que o assistente social ocupa dentro da instituição, qual é o papel demandado a ele e qual é a perspectiva de intervenção profissional para além do que lhe é proposto institucionalmente.

Dessa forma, compreendemos que o Serviço Social é a profissão que terá como norte de ação a perspectiva de saúde e reabilitação em saúde mais ampliada, pois a proposta profissional é a intervenção nas expressões da “*questão social*” que são recorrentes no modo de vida, trabalho e saúde dos sujeitos.

É o profissional de Serviço Social que será capaz de fazer uma leitura dos diversos problemas sociais e suas implicações nas formas de adoecer de uma população, procurando respostas às demandas que são explícitas e implícitas dos usuários atendidos na unidade de saúde pública. Ou seja, na atuação profissional, o assistente social é capacitado a analisar a realidade social que subsidia sua ação, bem como avaliar e executar políticas sociais que ampliem e consolidem a cidadania dos usuários.

CAPÍTULO III

Limites e Possibilidades no Instituto Oscar Clark

³⁶ Ver discussão sobre análise institucional em: BISNETO, José Augusto. Análise Institucional do Serviço Social em Saúde Mental. Rio de Janeiro, 2001, Capítulo II: A Análise Institucional.

3.1. Considerações Metodológicas

A pesquisa foi realizada através de levantamento bibliográfico, de legislações e documentos do Serviço Social do Instituto Oscar Clark como fonte de informação a respeito do tema reabilitação em saúde, observando o impacto das ações para os usuários, profissionais de Serviço Social e para a saúde no município do Rio de Janeiro.

Além dos documentos produzidos pela equipe de Serviço Social, houve a articulação da observação de campo; da análise das legislações municipais com o tema o Serviço Social; e entrevistas com as assistentes sociais e com profissionais de nível superior que ocupam cargo de chefia no IOC.

Aplicamos um questionário semi-aberto (Anexo II) ao Serviço Social a fim de identificar questões referentes à organização dos programas de reabilitação do IOC, a participação do Serviço Social nesses programas, os atendimentos realizados e as demandas colocadas pela instituição e usuários do serviço.

Realizamos entrevistas abertas com as assistentes sociais que seguiram roteiro (Anexo III). Nessa entrevista, verificamos o vínculo institucional, a formação e capacitação profissional, a relação do trabalho em equipe, a concepção de saúde e reabilitação em saúde e a participação dos usuários nesse processo.

Aos profissionais de nível superior também foi realizada entrevista aberta com roteiro (Anexo IV). Foram selecionados para a pesquisa as chefias da fisioterapia, da terapia ocupacional, da psicologia, da fonoaudiologia e um médico que são as profissões que compõe as equipes que integram os programas de reabilitação do IOC.

O objetivo foi identificar quais são os limites e possibilidades do fazer profissional no contexto da reabilitação em saúde no município do Rio de Janeiro. O Estudo de Caso foi, portanto, o instrumento utilizado pela pesquisa, buscando analisar qualitativamente as informações, colhidas ao longo do processo de investigação, no período de julho de 2006 a dezembro de 2006.

3.2. O trabalho em equipe multiprofissional: os casos UNE, UDA e UNI.

A pesquisa apresentou considerações importantes que ajudam a compreender a realidade da reabilitação em saúde no município do Rio de Janeiro. A primeira consideração a ser destacada é o trabalho em equipe multiprofissional que avaliamos ser um espaço de bastante contradição para profissionais e usuários.

Para tanto, escolhemos para exemplificar a dinâmica do trabalho em equipe dos Programas UNE, UDA e UNI que são programas de reabilitação do IOC que contam atualmente com a participação do Serviço Social no protocolo³⁷ e nas reuniões realizadas mensalmente pela equipe.

No caso da UNE a reabilitação inicia com o atendimento médico e, a partir da avaliação desse profissional, o usuário é encaminhado ao grupo de avaliação (GA) composto pelo Serviço Social, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicologia e Fonoaudiologia. Após a avaliação de todos os profissionais, o usuário sabe se é ou não indicado para o tratamento de reabilitação na Unidade Neurológica.

Essa prática na UNE demonstra que o direito ao diagnóstico da equipe multidisciplinar é efetivado. O Serviço Social atua, nesse caso, na garantia da adesão do usuário ao tratamento com a investigação da situação sócio-econômica e das condições relativas ao transporte público (e outros) através da avaliação social³⁸ realizada na entrevista com o usuário e sua família no espaço do GA.

Para além dessas determinações que são demandas explícitas – da instituição e dos usuários –, o Serviço Social trabalha na direção da reinserção social com a busca de atividades que interessem aos usuários em processo de alta como lazer, educação e cultura.

Durante todo o processo de reabilitação a equipe realiza reuniões multidisciplinares para as discussões dos casos mais relevantes e daqueles que estão prontos para a alta. Mas ao analisarmos o processo de reabilitação no IOC, percebemos que este se desenvolve na direção da interdisciplinaridade – no caso na

³⁷ O protocolo é um documento do Programa de Reabilitação, onde estão as disciplinas que participam diretamente e, ainda, os objetivos propostos por cada profissão no processo de reabilitação.

³⁸ Através da Ficha Social em Anexo V e VI.

UNE – ao compreender a reabilitação dos usuários além do aspecto estritamente físico / biológico ao levantar a questão da dimensão psicológica e social.

É evidente que ainda existe uma relação verticalizada e, de certa forma, subordinada ao saber médico. Essa relação possui caráter histórico e não se restringe ao IOC. No entanto, percebemos que existe uma tendência da distribuição de poder de maneira horizontal pela conquista de espaço e avanço científico quanto aos saberes dos demais profissionais de saúde, incluindo o Serviço Social.

Em relação ao Programa UDA, percebemos que existe a mesma preocupação com o processo de reabilitação. Porém, a UDA ainda possui uma barreira a ser considerada na formação das equipes multidisciplinares que constitui, nessa análise, uma fragmentação da reabilitação e um retrocesso quanto às relações de poder, isto é, um caminho inverso quando discutimos o tema interdisciplinaridade.

Um dos problemas do Programa UDA é a localização da reabilitação. A UDA, atualmente funciona no prédio do CIAD³⁹, mas o atendimento médico e a avaliação inicial do Serviço Social é no espaço do Maracanã. A reunião de equipe deste programa ocorre no CIAD com a presença de fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, enfermeiros, psicólogo e médico de referência, mas sem a presença do Serviço Social.

Contudo, as reuniões de equipe são chamadas pelos profissionais de “*visita médica*”, pois seria o espaço de encontro com o médico para a resolução de pendências médicas. Percebemos, então, que a participação em conjunto dos profissionais na discussão dos casos dos usuários atendidos ocorre de forma precária e focalizada no saber do médico. Não há um movimento na direção da interdisciplinaridade e o acompanhamento das situações pertinentes ao Serviço Social não é realizada já que as assistentes sociais estão apenas na unidade do Maracanã.

Decerto, o processo de trabalho do Serviço Social em relação aos usuários da UDA, por conta da dinâmica deste programa, não consegue se aprofundar no que diz respeito ao acompanhamento dos casos e dos encaminhamentos. Outras questões acerca da inserção no mercado de trabalho, educação, cultura e saúde deixam de ser realizadas pela equipe por conta da fragmentação do processo de reabilitação.

³⁹ No Centro da Cidade do Rio de Janeiro: Av. Presidente Vargas, 1997. A distância entre as unidades é de um pouco mais de 3,5 Km (Ver mapa em anexo I).

O Programa de Atenção à Criança e ao Adolescente com Lesões Neurológicas – Infanto-Juvenil (UNI) ainda é uma incógnita quanto à efetivação de direitos, pensada na perspectiva da construção de uma equipe multidisciplinar. O Programa UNI, em menos de quatro meses, mudou sua localização duas vezes. A princípio saiu do CIAD para o Maracanã e passou a ocupar um espaço deixado vago por conta do fim do Programa de Reabilitação de Pessoas Mastectomizadas. Essa vinda para a unidade Maracanã possibilitou a intervenção do Serviço Social junto ao programa por solicitação da própria equipe que identificou situações de negligência que impossibilitavam diretamente o processo de reabilitação de crianças e adolescentes.

A partir da necessidade do Programa e pela presença de mais uma assistente social na equipe, iniciou-se um processo de construção de protocolo para a equipe da UNI com a participação do Serviço Social e os demais profissionais envolvidos. O problema, até então, era a consulta médica pediátrica que está localizada no CIAD, pois lá ainda funciona o Programa de Atenção a crianças de zero a quatro anos de idade com lesões neurológicas.

A reunião de equipe da UNI chegou a acontecer de forma efetiva, inclusive com a presença da pediatra, no IOC Maracanã. No entanto, uma determinação da Secretaria Municipal de Saúde obrigou o retorno do referido programa ao IOC Centro e com isso a equipe ficou, novamente, sem a participação sistemática do Serviço Social. Ora, segundo Souza (2006)⁴⁰:

..., é inconcebível pensar a intervenção do Serviço Social na reabilitação que não seja na perspectiva da ação em equipe, assegurando a interseção de práticas e saberes e caminhando no sentido de garantir a inclusão social. (SOUZA, 2006).

Sob essa perspectiva, percebemos que a separação da equipe em unidades⁴¹ distintas caminha para um perigoso retrocesso de perspectiva e entendimento do conceito de saúde. A insistência na perspectiva médico/curativa pode trazer problemas para o enfrentamento das expressões da “questão social” via política de saúde. É de fato um dilema para o Serviço Social, sobretudo quando defendemos como um dever

⁴⁰ SOUZA, Rodriane de Oliveira. Serviço Social Na Reabilitação Em Saúde: A experiência do Instituto Oscar Clark. Rio de Janeiro, fev., 2006. (mimeo)

⁴¹ Unidades geográficas distintas.

no Código de Ética Profissional o incentivo, sempre que possível, da prática profissional interdisciplinar.

Os problemas acima descritos são refletidos nas demais Unidades/Programas de atendimento do IOC que não possuem a presença do Serviço Social na composição da equipes multiprofissionais. Presença essa restringida pelo baixo número de assistentes sociais no quadro institucional, o que aponta o plantão social como estratégia frente a precarização do serviço de reabilitação.

3.2.1. Trabalho em equipe no IOC: um espaço entre a tensão e a efetivação da reabilitação em saúde

Além da dinâmica dos programas acima citados, é importante identificar quais são as dificuldades e os avanços que os profissionais detectam no processo de reabilitação e qual é a relação que encontramos dos relatos com a concepção de saúde e reabilitação em saúde adotadas por estes profissionais.

A relação entre profissionais de mesma disciplina foi apontada nas entrevistas sempre em referência positiva como de constante troca, de parceria, boa ou ótima. Essas referências positivas também ocorrem quando perguntamos em relação aos outros profissionais. Contudo, as profissões que não detém o saber pleno do objeto institucional (BISNETO, 2001), como o Serviço Social e a Psicologia, apontam que essa relação é tensa pelo não (re)conhecimento de suas atribuições e importância.

A justificativa da Psicologia explicita a dificuldade de compreensão do sujeito para além dos seus problemas de ordem física:

pode ser uma coisa que dificulte o seu trabalho até porque a área psi é uma área diferente porque a gente trabalha como uma realidade abstrata, não necessariamente real, uma coisa subjetiva... (Psicólogo, entrevista em novembro de 2006)

Essa dificuldade apontada pode indicar uma não compreensão por parte da equipe da totalidade que a reabilitação deve envolver. No entanto, o trabalho cotidiano demonstra que a reabilitação física depende da intervenção de profissionais que

também trabalhem essa dimensão “invisível” e que os sujeitos não podem ser vistos em parte.

Em relação ao Serviço Social, percebemos que o problema do reconhecimento da ação do assistente social na equipe é um problema histórico, presente ao desenvolvimento da profissão e do entendimento da própria reabilitação em saúde para pessoas com deficiência. Isto é, o Serviço Social é visto como uma profissão burocrática ou uma atividade que envolve temas como caridade, solidariedade ou benesse e o usuário é visto como alguém que necessita de um favor ou ajuda e não de um direito.

O entendimento do fazer profissional do assistente social depende de muitos fatores, entre eles: o trabalho junto às equipes que compõe os programas de reabilitação. Um dos assistentes sociais do IOC relata que o trabalho realizado na instituição:

dá uma visibilidade ao serviço de forma a nos perceber enquanto profissionais que vão ter uma dimensão mais ampliada da questão saúde e que por isso vai tentar viabilizar alguns outros benefícios ou gratuidades... Enfim, outros direitos sociais. (Assistente Social 1, entrevista em novembro de 2006)

O trabalho em equipe traz, ainda, uma questão fundamental: a capacitação profissional contínua. Todos os profissionais entrevistados possuem cursos de pós-graduação⁴² e, ainda, realizam outros cursos de atualização ou de uma técnica específica à reabilitação. O investimento em capacitação, por muitas vezes uma atitude individual, é direcionado a uma maior qualidade de atendimento ao usuário.

Contudo, o investimento em capacitação esbarra em uma dificuldade que incide diretamente na qualidade do atendimento e nas condições de trabalho de todos os profissionais do IOC. A falta de profissionais e, ainda, de recursos materiais são alguns dos problemas destacados nas entrevistas em relação ao trabalho em equipe.

A falta de profissionais foi um problema destacado pela chefia da Terapia Ocupacional, da Fonoaudiologia, da Fisioterapia⁴³ e do Serviço Social. Percebemos que os profissionais acabam por atender a uma demanda acima do que é possível para um

⁴² Com exceção de um assistente social.

⁴³ O Fisioterapeuta relata que possui profissional a disposição, mas relata a ausência de outros que não fisioterapeutas.

atendimento de qualidade e que essa situação interfere diretamente no acesso dos usuários aos serviços do instituto. Ou seja, ainda que se tenha um espaço físico para o tratamento de reabilitação, não há como atender mais usuários pela falta de profissionais.

A Fonoaudiologia que foi um serviço pioneiro no IOC na década de 1980, introduzido depois nas unidades de atenção básica em saúde, é um exemplo do que ocorre em todos os setores em relação à falta de profissionais, pois já possuiu treze profissionais e atualmente conta com três, sendo que uma profissional está afastada do atendimento por conta de licença maternidade.

A Terapia Ocupacional que é bastante demandada no instituto também sofre com a ausência de profissionais para o atendimento:

Tenho dificuldade de profissionais... Tem outros setores que também tem essa dificuldade. Hoje a gente tem uma farta disponibilidade para a *fisio*, mas a gente tem dificuldade para *fono*, dificuldade para T.O... e isso dificulta a dinâmica. A gente poderia dá uma melhor qualidade no atendimento, mas acaba que a gente divide um profissional para atender um milhão... para poder tentar tapar vários buracos. (Terapeuta Ocupacional, entrevista em novembro de 2006).

O Serviço Social, apesar das mudanças de Secretaria na Prefeitura⁴⁴, não teve seu problema solucionado. Uma das assistentes sociais relata que *“acaba forçando uma barra por dizer que a equipe é formada por dois assistentes sociais e seis estagiários”* (Assistente Social 1).

Essa situação pode, ainda, explicitar um outro dilema na instituição que é a tendência de utilização de estagiários para suprir o déficit de profissionais. Todos os serviços do IOC possuem estagiários (com exceção da Psicologia e da Medicina) que realizam atendimentos com supervisão e o número de estagiários é sempre superior ao quantitativo de profissionais. Mas sabemos que estagiários, reiterando as palavras de um dos assistentes sociais entrevistados, não podem compor equipes de trabalho.

Além da falta de profissionais, outro problema destacado nas entrevistas foi a ausência e/ou precariedade de recursos materiais para a reabilitação. Destaca-se a falta de meios auxiliares de locomoção para usuários e equipamentos para aplicação de outras técnicas de reabilitação:

⁴⁴ Os assistentes sociais da Secretaria Municipal de Saúde foram transferidos para a Secretaria Municipal de Assistência Social no fim de dezembro de 2005.

Sempre falta alguma coisa, quando tem uma não tem outra... quando tem material, não tem pessoal; quando tem pessoal, não tem material; quando tem material, não tem todo que se precisa... (Fonoaudiólogo, entrevista em novembro de 2006).

Essa situação foi questionada pelos profissionais: Terapeuta Ocupacional, Assistentes Sociais e Fonoaudiólogo. O Psicólogo e o Médico não indicaram na entrevista a ausência de recursos materiais e nem de profissionais. Mas a leitura e as alternativas para a superação desse problema são diversificadas e indicam que estes profissionais têm diferentes concepções de reabilitação e de saúde.

As alternativas propostas pelos profissionais estão dimensionadas em duas direções: a primeira se refere à busca de soluções no cotidiano, sem uma leitura aprofundada dos condicionantes e determinantes sociais, isto é, o profissional atua precariamente e não tem condições de refletir sobre a sua prática; a segunda se refere a uma leitura mais crítica da realidade e da atuação profissional e as alternativas indicam para a participação em conselhos de direitos e de representação.

Ainda com todas as dificuldades relatadas, todos os profissionais ressaltaram a importância do trabalho em equipe e a reconhecem como um avanço na reabilitação. Percebemos que estes profissionais entrevistados têm de fato a dimensão da sua intervenção profissional e conseguem reconhecer seus limites e possibilidades. Isto significa que, do ponto de vista técnico, não há confusão na compreensão dos objetivos e importância de cada profissão na reabilitação em saúde.

No entanto, existe a preocupação de que o avanço do trabalho em equipe seja resultado da identificação pessoal e não propriamente da relevância que cada profissão tem. Esse fato pode ser resultado da atuação de equipes com poucos profissionais como o Serviço Social, onde a competência profissional pode ser identificada aos demais profissionais como exclusividade de uma pessoa e não de uma profissão, pois os vínculos profissionais construídos são atribuídos ao indivíduo e não a uma equipe.

Por essa razão, é possível que outros profissionais tenham, inicialmente, uma dificuldade de reconhecimento, pois a equipe em que trabalha não é propriamente uma equipe pelo número reduzido de profissionais:

Acho que existe um reconhecimento da importância do trabalho social dentro da equipe como algo que faz parte do processo de reabilitação... que faz parte de saúde, mas isso não acontece em todas as equipes e com todos os profissionais. Mas essa relação não está muito clara e a relação estabelecida

com Serviço Social acaba ocorrendo em função da relação da pessoa que exerce aquele papel, mas não pela profissão. (Assistente Social 2, entrevista em novembro de 2006)

São muitas as dificuldades que permeiam o trabalho em equipe no IOC, mas uma em particular foi relatada pelos profissionais e é pertinente a intervenção do Serviço Social, mas extrapola o âmbito institucional, pois se refere à condição social do usuário.

Nos relatos dos entrevistados, o usuário que não consegue aderir ao tratamento de reabilitação por sua condição econômica e social é identificado como um limitador da ação profissional. Esses usuários são exemplificados como aqueles que não conseguem a gratuidade no transporte, que não conseguem fazer uso do transporte público por conta das limitações físicas, ou seja, aquele que não consegue dar continuidade ao tratamento proposto pela equipe multiprofissional.

*“A parte social é muito importante”*⁴⁵ é uma afirmação constante, mas na verdade a preocupação não é propriamente com o usuário, mas com o trabalho que não pode ser concluído. O usuário que inicia o tratamento, mas não o conclui é de fato um problema, mas a leitura do problema é diversificada.

Enquanto profissionais do Serviço Social – e isso é uma condição da formação profissional crítica e comprometida com as classes trabalhadoras – percebem o usuário em sua totalidade, isto é, percebem que seus problemas fazem parte de um processo de intensificação de desigualdades sociais e que o mesmo possui direitos a serem consolidados e ampliados; outros profissionais percebem a não adesão como um problema do indivíduo atendido, como um problema do Serviço Social.

Essa forma de ver o problema do usuário é uma indicação da concepção de saúde e reabilitação em saúde, subjacente no processo de trabalho dos profissionais entrevistados. Afinal, de que Saúde os profissionais estão falando e de que Reabilitação em Saúde?

3.3. Saúde e Reabilitação em Saúde: referências e implicações

⁴⁵ “A parte social”, ou “o social” são mencionados pelo médico, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo. O fisioterapeuta relatou como dificuldade a condição clínica como um problema para a intervenção do médico. A psicóloga não fez menção a condição social do usuário como limitador da ação profissional.

Quando realizamos as entrevistas, as questões mais difíceis de serem respondidas foram quanto à concepção que cada profissional tem sobre a saúde e sobre a reabilitação em saúde. Por diversas vezes, as repostas foram antecedidas por um longo silêncio ou então as entrevistas interrompidas para o profissional entrevistado poder pensar. De fato, o silêncio e o tempo para pensar trazem elementos para reflexão e questionamentos quanto à efetivação dos direitos dos usuários.

Como vimos no capítulo II, a concepção de saúde nunca foi consenso, nem quando pensamos sua direção, nem quanto à visão dos profissionais que são atores fundamentais para a própria direção da política de saúde, pois eles são os que executam a política em si. No caso do IOC, a política de saúde ganha outra dimensão que é a própria reabilitação (também política). Contudo, devemos ter claro que quando falamos de política, estamos falando de direitos.

Quando indagamos qual era compreensão de saúde para os profissionais, percebemos que as respostas estavam divididas em duas concepções vinculadas ao Projeto de Reforma Sanitária e ao conceito de saúde da OMS. As respostas, até certo modo, refletem um problema que não é de exclusividade do IOC, pois também indicam debilidades na formação profissional, principalmente para profissionais que se declaram como unicamente de saúde.

Dessa maneira, três profissionais declararam que saúde não é ausência de doença e envolve bem-estar físico, social e mental. No entanto, no caso desses profissionais, a concepção da OMS é relatada sem nenhuma outra influência apenas pelo médico: *“a definição é o completo bem-estar físico, mental e social”* (Médico, novembro de 2006).

Os outros dois profissionais que fizeram referência ao conceito de saúde da OMS, também indicaram em suas respostas relação com a idéia de saúde do Projeto de Reforma Sanitária:

A compreensão que eu tenho é a da Conferência⁴⁶: que saúde não é a ausência de doença, que a gente tem que trabalhar uma noção de saúde muito maior, principalmente em relação à saúde mental que é mais a minha área, que transcende essa coisa de tratar doença... principalmente quando a gente fala de reabilitação a gente está falando da pessoa sair, mesmo com uma

⁴⁶ Acreditamos em se tratar da VIII Conferência.

seqüela física, retomar sua vida, retomar um bem-estar, da ordem que transcende a doença. (Psicólogo, entrevista em novembro de 2006)

E com o tema cidadania:

Saúde é um termo muito amplo... não se limita a questão de ausência de doença... é ter plenas condições de bem-estar, não só físico, como mental, emocional... que você possa exercer sua plena cidadania... ter condições de trabalho, de higiene, de habitação com condições dignas e a partir disso você ser livre e poder desenvolver plenamente suas capacidades. (Assistente Social 2, entrevista em novembro de 2006)

É importante ressaltar que não estamos afirmando que o conceito de saúde da OMS esteja errado, pois este supera a noção de “ausência de doença”. Mas a adoção desse conceito individualiza as questões já que o problema apresentado é pensado a partir da realidade de um caso e não propriamente da sociedade. Logo, a reposta do médico poderia ser considerada uma contradição, visto que pesquisamos uma unidade de saúde pública. Mas ao pensarmos sua formação (seu código de ética) percebemos que há *“uma priorização na atenção individualizada da medicina ao tratar o ‘o paciente’ como um indivíduo isolado”* (VASCONCELOS, MASSON, MENEZES, VASCONCELOS, FERREIRA, 2006).

Além disso, essa concepção não aprofunda questões quanto à execução de políticas e nem a sua vinculação com o aspecto jurídico, ou seja, com o direito dos usuários do serviço de saúde pública. A adoção estrita dessa concepção fortalece o *projeto privatista*, onde o indivíduo buscará seu “bem-estar” através da lógica do mercado, isto é, se falta o “bem-estar físico” a procura será a satisfação dessa necessidade isolada e não articulada, mas sabemos não ser possível que uma única disciplina (ou profissão) consiga atender a todas as determinações da realidade, pois esta é dinâmica e complexa.

Em relação ao Projeto de Reforma Sanitária avaliamos que dois profissionais fizeram essa referência: um assistente social e um fonoaudiólogo. O assistente social em questão indica que saúde é uma expressão da questão social e deve ser considerada a partir de determinações sociais:

...a saúde é determinada socialmente a partir da luta de classes, ou seja, quando eu estou pensando nesse conceito de saúde, eu estou tendo como referência o conceito da Lei Orgânica da Saúde que diz que a saúde tem como determinantes e condicionantes os fatores como alimentação, educação, renda e etc., mas com ênfase a organização social de um país, ou seja, as condições

de vida e trabalho de uma população vão expressar os níveis de saúde. (Assistente Social 1, entrevista em novembro de 2006).

O fonoaudiólogo entrevistado explicitou que a visão que o mesmo tinha de saúde modificou depois de sua participação no Conselho Regional de Fonoaudiologia. No discurso, o profissional percebe que uma das grandes dificuldades para efetivação da “Lei do SUS” é falta de conhecimento da legislação dos profissionais de saúde e reconhece que esse é um problema da formação:

A gente como profissional de saúde faz concurso público, mas não tem na formação as práticas do SUS que é a lei de Saúde. Então, você não sai da faculdade com a noção dos direitos e deveres, tanto do profissional de saúde, tanto dos usuários, não vai poder cumprir o seu papel... A lei é muito boa, mas ela exige a participação popular. Sem essa participação a política de saúde fica nas mãos dos que manipulam a saúde: prefeito, secretário de saúde... (Fonoaudiólogo, entrevista em novembro de 2006).

De fato, os profissionais que tem como referência o Projeto de Reforma Sanitária e conhecem a legislação possuem uma visão mais crítica sobre a realidade da saúde do Rio de Janeiro. Isso não significa que profissionais de saúde que não tem esse referencial não consigam perceber os problemas da política de saúde, mas as alternativas aos problemas do cotidiano profissional e até mesmo dos usuários do serviço são diferenciadas.

Nesse caso, quem assume uma perspectiva mais crítica tem objetivos articulados com os princípios da Lei Orgânica de Saúde como a universalidade, a integralidade das ações e participação da comunidade. Mais que isso: saúde é um direito fundamental e é dever do Estado “*prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício*” (LOS, Art. 2º, 1990).

Profissionais como o Fisioterapeuta e Terapeuta Ocupacional fizeram referências para a saúde como: “*é algo muito amplo*”, ou então “*envolve muita coisa*”. Esse fato pode indicar grandes problemas que bem sabemos não se constitui exclusividade dessas profissões, mas que se constitui realidade no IOC. Ou seja, além de um problema na formação profissional, o Estado não oferece condições dignas de trabalho a esses profissionais, pois os mesmos, por conta do grande número de atendimentos, se concentram na prática profissional sem reflexão mais aprofundada da realidade que os cercam.

Sobre a reabilitação em saúde, os profissionais compreendem como um processo necessário para o alcance de autonomia dos sujeitos e que, para tanto, é imprescindível a intervenção de uma equipe multidisciplinar. Mais uma vez a grande preocupação é a articulação “das partes”: social, mental e física.

A grande diferença em relação à saúde é a resposta a partir do que é específico para o profissional, ou seja, a compreensão de reabilitação em saúde é, na verdade, a contribuição que essas profissões dão ao processo, bem como as dificuldades sentidas. A questão sobre Reabilitação em Saúde também causou estranheza para os profissionais, chegando um deles⁴⁷ a declarar que toda reabilitação tem como objetivo a saúde.

A compreensão de que toda a reabilitação é em saúde indica que a reabilitação não é percebida como uma política de saúde e, ainda, como um direito. Nesse caso, apenas os dois profissionais de Serviço Social fizeram menção ao direito de forma mais explícita. Ou seja, se avaliamos que se sabe pouco sobre a legislação de saúde, sabe-se ainda menos sobre reabilitação em saúde.

Logo, a Saúde e a Reabilitação em Saúde se tornam um dos grandes desafios para profissionais do Serviço Social, pois a profissão tem como princípio *a ampliação e consolidação da cidadania e a articulação com os movimentos de outras categorias*⁴⁸. Então, a pergunta que fazemos é:

...como efetivar o Projeto de Reforma Sanitária se grande parte dos profissionais de saúde que estão em contato cotidiano com a população usuária desconhece a essência da proposta do SUS, principalmente, os princípios e diretrizes que poderiam referenciar uma prática na direção dos interesses dos trabalhadores? (VASCONCELOS, MASSON, MENEZES, VASCONCELOS, FERREIRA, 2006, pp. 51).

3.4. O Serviço Social: Limites e Possibilidades

Com a pesquisa, percebemos que o campo de atuação do Serviço Social no IOC impõe aos profissionais muitos limites, mas também muitas possibilidades. Alguns limites já foram analisados como ausência de recursos materiais e humanos

⁴⁷ Terapeuta Ocupacional.

⁴⁸ Código de Ética Profissional, Princípios Fundamentais, 3º e 9º princípio respectivamente.

necessários ao processo de reabilitação de pessoas com ou sem deficiência. No entanto, existem dificuldades no cotidiano dos assistentes sociais que se relacionam às mudanças de correlação de forças institucionais que compreendemos ser velozes em seus objetivos políticos, mas pouco eficaz quando pensamos em efetivação de direitos e melhores condições de atuação profissional.

O primeiro questionamento suscitado foi sem dúvida o quantitativo de profissionais disponíveis na organização institucional. No período de 2003 a 2006, o IOC contou apenas com um profissional de Serviço Social em seu quadro, mesmo quando o Instituto passou a funcionar em dois endereços. Apesar das várias solicitações à Secretaria Municipal de Saúde (SMS) - até então responsável pelos assistentes sociais da secretaria -, um outro assistente social se integrou à equipe somente em abril de 2006, depois que todos os assistentes sociais foram submetidos técnica e administrativamente à Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) através do Decreto Municipal nº 26154/05.

No entanto, notamos que ainda há a necessidade de mais profissionais para intervenção nos demais programas/unidades. Atualmente, cada assistente social teria, observando o número de usuários inseridos em programa, uma média de 1345 usuários por profissional/mês⁴⁹ (SOUZA, 2006). O Serviço Social tem em seus registros cerca de 180 atendimentos por mês. É evidente que esse quantitativo de atendimentos seria maior se houvessem profissionais também no IOC Centro, pois os usuários desta unidade possuem demandas ao Serviço Social que, pelo número reduzido de profissionais, não são acompanhadas.

Embora os problemas referentes à ausência de profissionais sejam significativos, o Serviço Social do IOC caminha na perspectiva da efetivação de direitos, tendo como referencial teórico-político o Projeto de Reforma Sanitária e o Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social (apud, 2006). Isto é, o fazer profissional baseia-se em pressupostos como a defesa da liberdade, da universalidade e da cidadania. Para tanto, busca alternativas de enfrentamento da realidade de precarização de serviços com criatividade e ousadia, ampliando atuação do setor nos diversos programas no

⁴⁹ Não existe nenhuma resolução a respeito do quantitativo de usuários por assistente social, mas sabemos que o profissional de Serviço Social deve ter condições dignas de atuação em que se expresse a qualidade do atendimento e não o quantitativo gerencial, prática comum da organização das instituições municipais do Rio de Janeiro.

Instituto. Logo, apesar de uma realidade adversa, o Serviço Social cria possibilidades para um atendimento de qualidade aos usuários.

Isso significa que o Serviço Social, além da sua preocupação com o referencial teórico-político, pensa constantemente seus instrumentos para que estes auxiliem o alcance dos objetivos propostos pela equipe. Dessa maneira, o Serviço Social realiza avaliações sociais de cada usuário inserido em programas como UNE, UDA e UNI, tendo como finalidade: verificar a existência de demandas por serviços e direitos sociais e assim encaminhá-los; conhecer a realidade dos usuários através do levantamento do perfil dos mesmos, o que reforça a relação com a identificação de possíveis demandas para o Serviço Social; garantir a adesão ao tratamento de reabilitação com a articulação com outras políticas públicas.

Como instrumento para a realização das avaliações sociais através das entrevistas, o Serviço Social elaborou a ficha social para adultos (Anexo V) que procura atender aos objetivos acima relatados. A ficha social:

... agora, não tem o objetivo de colher dados para serem repassados ao profissional médico ou a qualquer outro profissional, mas sim ser um instrumento de trabalho fundamental para a elaboração do perfil do usuário, ou seja, do conhecimento da realidade vivida por esse usuário, o que significa pesquisa da realidade, oferecendo subsídios à equipe de saúde. (apud, 2006)

Como exemplo de preocupação com os instrumentos, no segundo semestre de 2006 a ficha social foi repensada para suprir as necessidades do Programa UNI, ou seja, foram acrescentadas outras questões que perpassam os direitos de crianças e adolescentes atendidos no IOC e ainda de sua condição de saúde, habitação e acessibilidade.⁵⁰

Além das avaliações sociais, o Serviço Social também realiza a busca de usuários que se ausentaram do tratamento de reabilitação, com o objetivo de saber o motivo do abandono e, ainda, orientá-los na perspectiva de reinserção no atendimento para alcance de autonomia física, mental e social. Compreendemos que a busca, realizada através de telefone, aerograma ou telegrama, pelos usuários é também uma demanda institucional já que implica em recursos investidos na manutenção da vaga de cada usuário em programa.

⁵⁰ Ficha Social para atendimento de Crianças e Adolescentes em Anexo VI.

Além dos dois assistentes sociais, a equipe é composta por estagiários em diferentes níveis de estágio curricular. Atualmente, a equipe trabalha com cinco estagiários da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e um estagiário da Universidade Veiga de Almeida (UVA).

O estágio curricular apresenta aspectos positivos na construção dos trabalhos no IOC. Os estagiários representam um ganho qualitativo no setor, pois contribuem significativamente nos materiais, atividades e pesquisas realizadas pelo Serviço Social. Essa relação ocorre pelo espaço de discussão e troca de conhecimento nas reuniões de supervisão e na intervenção cotidiana.

Avaliamos que os estagiários de Serviço Social, observando, claro, o posicionamento acadêmico, são uma maneira de chamar a atenção para a necessidade de mais profissionais, assistentes sociais, no quadro institucional, já que algumas atividades não seriam possíveis se não fosse a presença deles no setor, tais como:

- O Guia de Serviços Institucionais do IOC – Guia realizado através da pesquisa de toda a equipe do Serviço Social (assistente social e estagiários);
- Catálogo de Recursos Externos – Fundamental instrumento de conhecimento da rede para encaminhamentos e orientações quanto a direitos;
- Sala de Espera - como espaço de discussões dos diversos direitos sociais (assistência social, previdência, saúde);
- Folder (Anexo VII) e álbum seriados – Criados com objetivo de facilitar o acesso informação das atividades e direitos no interior do IOC.

Essas atividades, na verdade, indicam como possibilidade para o Serviço Social o vínculo com a pesquisa inerente ao processo de trabalho. Nessa perspectiva, as intervenções ganham qualidade, pois são construídas pelo conhecimento da realidade dos usuários para intervenção na mesma. Por essa razão, a equipe do IOC tem como fruto da sistematização da prática profissional⁵¹: três trabalhos de conclusão de curso apresentados à UVA (2005); uma pesquisa (em andamento desde 2005) de resgate da história do Serviço Social na Instituição, cinco trabalhos apresentados na II Jornada de Serviço Social do Instituto Oscar Clark (2006); e, outros cinco apresentados no

⁵¹ Informações do questionário aplicado à equipe de Serviço Social.

Seminário Estadual do Rio de Janeiro: "Serviço Social – Interfaces com a Saúde", organizada pela ABEPSS no segundo semestre do presente ano (2006).

Percebemos que a participação em seminários com apresentação de trabalhos tiveram como objetivo o aprimoramento contínuo que é um direito do assistente social segundo o Código de Ética Profissional. Esses trabalhos são frutos da sistematização do Serviço Social no processo de trabalho, o que implica em formulação de alternativas para o cotidiano profissional. A exemplo de pesquisa e sistematização, fora os já descritos acima, ressaltamos:

- A organização das Jornadas de Serviço Social do IOC nos anos de 2005⁵² e 2006 no CIAD com apresentações de trabalho dos estagiários de Serviço Social;
- A participação nos encontros com representantes das unidades de saúde pública sobre porta de entrada (Rodas da 2.II);
- A pesquisa com os funcionários da porta de entrada do IOC;
- Participação de eventos com apresentação (oral e/ou pôster) de trabalhos dos assistentes sociais sobre o Serviço Social e a reabilitação em saúde; entre outros.

No entanto, apesar dos avanços proporcionados pela equipe do Serviço Social, avaliamos que o trabalho foi dificultado, de certa forma, com as mudanças de correlação de forças que a Resolução nº 008/06⁵³ provocou dentro da Instituição para o assistente social. Esta Resolução da SMAS delibera a criação de um Gerente de Serviço Social em cada Coordenadoria de Área Programática (CAP) da Saúde do município do Rio de Janeiro. Isto significa que a chefia direta dos assistentes sociais passa a ser essa gerência, ocupada por um assistente social, e não mais a direção ou chefia de profissionais no âmbito institucional, causando conflitos no andamento das atividades, pois os assistentes sociais passam a responder para a chefia direta (gerente da CAP) e à direção do IOC.

⁵² Em 2005, a I Jornada do Serviço Social foi organizada com apenas um assistente social no IOC.

⁵³ Resolução Nº 008 de 08 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre as decisões a serem adotadas para a implementação do Decreto nº. 26211 de 07/02/2006.

Contudo, um outro problema é colocado com o vínculo dos assistentes sociais à SMAS. Ora, os assistentes sociais que conseguiram em sua trajetória histórica o espaço de atuação profissional na área da saúde, inclusive com o reconhecimento do Conselho Nacional de Saúde como profissional de saúde, não podem perder essa identidade e nem podem ser reduzidos a uma política social.

Algumas ações positivas foram introduzidas como reunião mensal com os assistentes sociais da Área Programática (AP), a disponibilização de um carro para o Serviço Social das unidades de saúde da AP e, ainda, a introdução na equipe de mais um assistente social. Contudo, a necessidade efetiva não foi suprida, mesmo com o pedido de pelo menos mais três em documento entregue à SMAS.

As modificações promovidas pela SMAS não caminharam até o presente momento para melhoria da condição de trabalho do assistente social do IOC, pois a interlocução do Serviço Social, que reconhecemos ser uma forma de controle do trabalho do assistente social na unidade, não tem seus objetivos declarados. O próprio vínculo do assistente social a uma determinada política, no caso a Assistência Social, não dá visibilidade do que vem ocorrendo no IOC e nas outras unidades de saúde da prefeitura municipal do Rio de Janeiro.

Decerto, sabemos que os assistentes sociais atuam numa realidade de bastante contradição. Se afirmam suas proposições na perspectiva do Projeto Ético-Político e o Projeto de Reforma Sanitária, o fazem no quadro institucional muito adverso. Os outros profissionais que já reconheciam o Serviço Social para resolver o problema da população pobre que não consegue aderir o tratamento, a sua matrícula na Assistência Social reforça o caráter não propriamente do direito, pois a política de assistência social vem sendo implementada pela lógica empresarial com metas de produtividade, fragilizando as referências à Seguridade Social, ou seja, fazendo o caminho inverso da concepção de universalidade inscrita na Constituição Federal de 88.

No entanto, quem sente mais esses rebatimentos, inclusive com a precarização do trabalho do Serviço Social, é o usuário. Percebemos que o usuário e seu familiar podem não romper com práticas que reforcem o clientelismo quando não há, ainda com toda criatividade do profissional no cotidiano, quem o atenda, local para encaminhamentos, recursos que são indispensáveis à superação de seu estado de

saúde. Mas, para isso não ocorrer, é necessário que se tenham em mente que a defesa dos direitos dos usuários e da Saúde é dever do Estado e de todos nós e não somente dos poucos assistentes sociais.

CONCLUSÃO

Como vimos, o alcance dos direitos são perpassados por contradições inerentes ao modo de produção capitalista. A necessidade da reabilitação em saúde já surge no final do século XIX, mas nesse período o tratamento dado a pessoas com deficiência era o isolamento em instituições totais.

Não havia, portanto, alternativas, visto que pessoas com deficiência tinham um lugar próprio, ou seja, fora da produção de mercadorias. Mas a reabilitação se apresentou como uma necessidade social pela sua emergência ao trabalho. No entanto, no primeiro momento, essa necessidade foi alvo de ações filantrópicas que representa uma estratégia de sujeição às exigências da sociedade burguesa.

No início do século XX, com o avanço científico, a institucionalização passou a ser criticada, inclusive pela medicina. É nesse período que o Estado tem suas funções ampliadas para além da coerção dos trabalhadores, pois como uma *“instância política dos monopólios”* se fazia necessário, além da reprodução e manutenção da força de trabalho, ações que regulassem os níveis de consumo e ocupação sazonal, inclusive com a incorporação de outros protagonistas sócio-políticos (NETTO, 2005).

É nesse contexto que a intervenção pública se justifica, mas ao pensarmos o caso das pessoas com deficiência, a reivindicação pelo direito só ocorre quando um quantitativo significativo de pessoas passam a ser consideradas “pessoas com deficiência”, tendo como marco a I Guerra Mundial.

Ressaltamos que, apesar de não serem mais possíveis de esconder aos olhos da sociedade, só com o fim da II Guerra Mundial é que podemos afirmar que houve o momento propício para o reconhecimento dos direitos. Mas, contraditoriamente, esse fato ocorre, não pelo número de mutilados, mas pelo número de mortos. Ora, não seria

melhor reabilitar essas pessoas para que pudessem produzir, ao passo que suprem as “baixas” da Guerra, em vez de deixá-las dependentes da “caridade pública”?

Logo, o capital, o Estado e pessoas com deficiência reivindicam a atenção em reabilitação. Só que para pessoas com deficiência torna-se também um espaço para reconhecimento de cidadania. Mas a luta pela cidadania, não se restringe ao direito ao trabalho. É, na realidade, uma luta pela vida e pela liberdade, pelos direitos políticos e sociais que tem como resultado expressivo a Declaração dos Direitos do Deficiente, documento da ONU em 1975.

Contudo, analisamos que, apesar de declarados, os direitos também carecem de proteção, mas essa proteção ou consolidação só é possível ser pensada nos contextos nacionais. No nosso caso, o Brasil apresenta a cidadania como um processo árduo e tardio, assim como o reconhecimento de sua economia como capitalista.

No início do século XX, com a influência do contexto internacional e com as disputas pelo poder político interno do país, a intervenção pública era de caráter repressor que criminalizavam e patologizavam as expressões da “questão social”.

A Constituição de 34 sinalizou para o reconhecimento de direitos, mas não foi garantia de efetivação dos mesmos. O reconhecimento de cidadania estava vinculado à identidade de trabalhador. Já as pessoas com deficiência encontravam-se amparadas, apenas, pela rede de instituições filantrópicas como espaço de atendimento de suas demandas.

O início do reconhecimento de direitos de pessoas com deficiência ocorre somente a partir da década de 1970, justamente no momento que aparentemente não seria propício, pois era o período de Ditadura Militar. Mas o Brasil como signatário das declarações da ONU é compelido a atender as reivindicações e na década de 1980, com a criação de comissões em todas as instâncias governamentais para a execução do Plano de Ação e, ainda, com a pressão do movimento de redemocratização.

Por essa razão, a Lei da Pessoa Portadora de Deficiência é sancionada em 1989, antes mesmo das Leis Orgânicas da Saúde e da Assistência Social e do ECA. Porém, ter a lei não significou ter direitos consolidados, pois, no caso brasileiro, as leis podem ser consideradas atos jurídicos imperfeitos já que existem falhas de operacionalização e não há mecanismos de punição dos transgressores. Outra questão

para a não consolidação é o direcionamento que o Estado, com políticas neoliberais, impõe às políticas sociais na década de 1990.

A diminuição dos gastos na área social sem dúvida acarretou debilidades à reabilitação em saúde que, embora seja uma demanda explícita de pessoas com deficiência, torna-se um problema para toda a sociedade, pois a política de saúde foi, nesta década, precarizada e aspectos como a prevenção foi substituída pela lógica médica/curativa.

Logo, a adoção da política neoliberal, explicita a tensão entre o Projeto Privatista e o Projeto de Reforma Sanitária, sobretudo quando analisamos que a redução dos gastos públicos retira o caráter de universalidade da legislação de saúde. De fato, é um caminhar contrário à noção de Seguridade Social inscrita na Constituição Federal de 1988, pois delineia a política de saúde isolada das demais políticas e reduz o acesso da população usuária quando a mesma não encontram vagas para seu atendimento, profissionais de saúde e equipamentos.

Os profissionais de saúde também sentem essa realidade de precarização, pois se vêem obrigados a fazer todos os atendimentos que são possíveis sem estrutura, buscando alternativas no cotidiano profissional que não são necessariamente as ideais para um atendimento de qualidade. Quando pensamos a realidade do IOC, percebemos que essa situação é condição de todos os profissionais e não somente dos assistentes sociais.

O que dizer da Reabilitação em Saúde que coloca como imprescindível uma equipe multidisciplinar se essa equipe é sobrecarregada e fragmentada? Nessa situação é muito difícil a superação de determinantes históricos como a centralização das ações no saber médico. Ou ainda, que o serviço oferecido aos usuários são direitos e não favor ou ajuda.

Diante dessa realidade, nos é claro um dos motivos da prevalência da concepção de saúde da OMS em detrimento da noção de saúde do Projeto de Reforma Sanitária. Além de um problema de formação profissional ou orientação ética, as condições de trabalho dos profissionais não permitem uma reflexão mais aprofundada da realidade dos usuários e deles mesmos.

Percebemos que o Serviço Social tem dilemas cruciais a serem combatidos, mas esses problemas não são exclusivos da Instituição pesquisada e, dessa maneira, não sendo de exclusividade do IOC, uma das soluções seria o estímulo a participação dos usuários e também dos outros profissionais envolvidos no processo de reabilitação em Conselhos de Saúde e de direitos. A pergunta que fica em aberto é: em que tempo?

Uma das proposições que fazemos se refere ao aprofundamento dessa pesquisa na Instituição com a participação dos demais profissionais, pois as questões são tão pertinentes (diríamos insistentes) que devem ser ampliadas e devem, mais que tudo, trazer retorno aos usuários atendidos.

Acreditamos que os assistentes sociais são protagonistas de mudanças mesmo com os limites impostos pela organização das políticas sociais públicas na atualidade. No caso do IOC, a atuação em educação em saúde é uma proposta que também deve alcançar os demais profissionais, pois com a pesquisa essa demanda que era implícita tornou-se explícita e urgente para a consolidação dos direitos de saúde e reabilitação em saúde.

São muitos os limites, mas são maiores as possibilidades quando se coloca em curso um trabalho competente e verdadeiramente comprometido com as classes trabalhadoras como reflete a equipe de Serviço Social do Instituto Oscar Clark.

BIBLIOGRAFIA

ANDRADE, Deiseane Barreto; SILVEIRA, Viviane Cristiane da. As Pessoas Portadoras de Deficiência e o Mundo do Trabalho. Monografia de Final de Curso de Serviço Social. Escola de Serviço Social. Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1996.

ARANHA, Maria Salete Fábio. Paradigmas Da Relação Da Sociedade Com As Pessoas Com Deficiência. Revista do Ministério Público do Trabalho, Ano XI, no. 21, março, 2001, pp. 160-173.

ARGOLO, Elizabeth Ferreira. A realidade do deficiente físico amputado: questões acerca da sua (re)inserção no mercado de trabalho. Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro, Dezembro de 2005. (mimeo)

BOBBIO, Norberto. A era dos direitos. 7 reimpressão. Trad. Carlos Nelson Coutinho. Rio de Janeiro: Campus, 1992.

BODSTEIN, Regina; RAMOS, Célia Leitão; HORTALE, Virginia; RIMOLO, Ana Maria Flor; SENNA, Mônica de Castro Maia; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. *Inclusão social da pessoa portadora de deficiência: a experiência do Programa de Reabilitação Comunitária – FUNLAR – Rio de Janeiro*. XI Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais. III Encontro Nacional de Serviço Social e Seguridade, 2004

BISNETO, José Augusto. Análise Institucional do Serviço Social em Saúde Mental. Rio de Janeiro, 2001, Capítulo II: A Análise Institucional.

BRAVO, Maria Inês Souza. As políticas brasileiras de seguridade social. Saúde. In: In: Capacitação em Serviço Social, Módulo 03 – Brasília: Unb, Centro de Educação Aberta, Continuada a Distância, 2000.

BRAVO, Maria Inês Souza e MATOS, Maurílio Castro de. Reforma Sanitária e projeto ético-político do Serviço Social: elementos para debate. In: BRAVO, M. I. S., VASCONCELOS, A.M. de, GAMA, A. G., MONNERAT, G. L. (orgs.). Saúde e Serviço Social. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006. pp. 25-47.

CARVALHO, José Murilo de. *Cidadania no Brasil: o longo caminho*. 1. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2001

COIMBRA, Marcos Antônio. Abordagens Teóricas ao Estudo das Políticas Sociais. In: ABRANCHES, Sérgio H., SANTOS, Wanderley G., COIMBRA, Marcos A. Política Social e Combate à Pobreza. Abordagens Teóricas ao Estudo das Políticas Sociais. Rio de Janeiro, Zahar, 1987, pp. 65 – 104.

COSTA, Cristiane de Carvalho Cerqueira. O impacto das Políticas Neoliberais no Serviço Social de Saúde: Um estudo sobre o trabalho dos Assistentes Sociais no HEMORIO. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: UFRJ / ESS, 2003

COUTINHO, Carlos Nelson. Notas sobre cidadania e Modernidade. In: Praia Vermelha Estudos de Política e Teoria Social. UFRJ/ PPGESS – Vol I. N.º I.P. – primeiro semestre de 1997. pp. 145 – 165

CRESS 7ª REGIÃO. Assistente Social: ética e direitos. Coletânea de Leis e Resoluções. Editora Lidador. Conselho Regional de Serviço Social 7ª Região/RJ, 4ª edição, maio de 2003.

DRAIBE, Sônia e HENRIQUE, Wilnês. “Welfare State”, Crise e Gestão da Crise: Um balanço da literatura internacional. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, nº 6, vol. 3, São Paulo: ANPOCS. fev. de 1988.

DRAIBE, Sônia M. As Políticas Sociais e o neoliberalismo: Reflexões Suscitadas pelas experiências Latino-americanas. *Revista USP: Dossiê Liberalismo/Neoliberalismo*, nº 17, pp. 86-101, mar – mai, 1993.

FLEURY, Sonia. Novas bases para a retomada da Seguridade Social, *Revista Praia Vermelha: Estudos de Política e Teoria Social*, Julho, 2003.

IAMAMOTO, Marilda Villela e CARVALHO, Raul de. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. 14ª ed. São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 2001

IAMAMOTO, Marilda Vilela. *O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional*. São Paulo, Cortez, 9ª edição, 2005.

IOC Perfil Institucional. SMS/IOC: Rio de Janeiro, 2003 (mimeo).

MARTINELLI, Maria Lúcia. *Serviço Social: Identidade e Alienação*. São Paulo: Cortez, 6ª ed., 2000

MARX, Karl e ENGELS, Friedrich. *O Manifesto Comunista*. [tradução Maria Lucia Como]. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 7ª Ed., 2001

MEDEIROS, Maria das Graças Alves de. *O SUS e seus usuários: um estudo sobre as pessoas com comprometimentos neurológicos atendidas no Instituto Oscar Clark*. Monografia apresentada ao Curso de Serviço Social da Universidade Veiga de Almeida. Rio de Janeiro, Dezembro de 2005 (mimeo).

NETTO, José Paulo. *Ditadura e Serviço Social*. São Paulo, Ed. Cortez, 1993

_____, _____. Capitalismo Monopolista e Serviço Social. São Paulo. Cortez, 4ª ed., 2005.

_____, _____. Transformações societárias e Serviço Social - análise prospectiva da profissão no Brasil. In: Revista Serviço Social e Sociedade nº50, São Paulo, Cortez, abril/1996.

PAIM, Jairnilson Silva. Bases conceituais da reforma sanitária brasileira. In: FLEURY, Sonia (org.). Saúde e Democracia: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos editorial, 1997, pág. 11 – 24.

POVOA, Fabiana Machado Rangel e GUIMARÃES, Berenice Martins. A reforma do Estado e a política de habitação popular. In: Revista de Serviço Social. São Paulo: Cortez, Ano XXV, nº 78, 2004.

REIS, Elisa Pereira. Processos e escolhas. Estudos de sociologia política. Rio de Janeiro: Contra Capa, 1998, pp. 27-41.

SÁ, Jeanete L. Martins de (org.). Serviço Social e Interdisciplinaridade. São Paulo: Cortez, 1989

SASSAKI, Romeu Kazumi. Como chamar as pessoas que têm deficiência? In: livreto Vida Independente: história, movimento, liderança, conceito, filosofia e fundamentos. São Paulo: RNR, 2003, p. 12-16.

SOUZA, Rosângela Maria Sobrinho. Controle Social em Saúde e Cidadania. In: Revista de Serviço Social & Sociedade: Saúde, Qualidade de Vida e Direitos. Ano XXIV – nº 74 – junho, 2003.

SOUZA, Rodriane de Oliveira. Serviço Social Na Reabilitação Em Saúde: A experiência do Instituto Oscar Clark. Rio de Janeiro, fev., 2006. (mimeo)

_____, Rodriane de Oliveira et alii Guia dos Serviços do Instituto Municipal de Medicina Física e Reabilitação Oscar Clark. Serviço Social do Instituto Oscar Clark / CAP 2.II / Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro: Rio de Janeiro, Maio de 2005 (mimeo).

TEIXEIRA, Francisco José Soares. O Neoliberalismo em Debate. In: TEIXEIRA, FJS. e OLIVEIRA, M. O. Neoliberalismo e reestruturação produtiva. São Paulo, Cortez, 1998.

TEIXEIRA, Mary Jane Oliveira e NUNES, Sheila Torres. A interdisciplinaridade no programa saúde da família: uma utopia? In: BRAVO, M. I. S., VASCONCELOS, A.M. de, GAMA, A. G., MONNERAT, G. L. (orgs.). Saúde e Serviço Social. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006.

VASCONCELOS, Eduardo Mourão. Serviço Social e Interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. Serviço Social e Sociedade, São Paulo - Ed Cortez, v. 54, p. 132-157, 1997.

VASCONCELOS, Ana Maria de; MASSON, Fátima de Maria; MENEZES, Juliana S. Bravo de; VASCONCELOS, Rafaela Esteves; FERREIRA, Sara Tavares. Profissões de saúde, ética profissional e seguridade social. In: BRAVO, M. I. S., VASCONCELOS, A.M. de, GAMA, A. G., MONNERAT, G. L. (orgs.). Saúde e Serviço Social. 2ª ed. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2006. pp. 48 - 76

Legislações e Resoluções

BRASIL, Constituição (1988) Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988

_____, Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.

_____, Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições de promoção e recuperação da saúde, a organização e o financiamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

_____, Lei nº 8662, de 7 de junho de 1993. Dispõe sobre a profissão de Assistente Social e dá outras providências.

_____, Lei Orgânica da Assistência Social, Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

_____, Decreto nº 3298 de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências.

_____, Decreto nº 26154 de 26 de dezembro de 2005. Dispõe sobre a remoção de ocupantes de cargo ou emprego de Assistente Social do Município do Rio de Janeiro.

_____, Resolução Nº 008 de 08 de fevereiro de 2006. Dispõe sobre as decisões a serem adotadas para a implementação do Decreto nº. 26211 de 07/02/2006 do Município do Rio de Janeiro.

Conselho Nacional de Saúde. Resolução n.º 218, de 06 de março de 1997.

Sítios Eletrônicos

Deborin, pág 399 In: http://educaterra.terra.com.br/voltaire/mundo/segunda_guerra9.htm. Acessado em 11/10/2006.

Reabilitação, o início. In: <http://www.saudebrasilnet.com.br/saude2.asp?secao=6&id=180>. Acessado em 11/10/2006.

GIL, Marta. O que é inclusão social? Boletins 2002, Salto para o futuro. TVE Brasil. <http://www.tvebrasil.com.br/salto/boletins2002/ede/pgm1.htm>. Acessado em 01/11/2006.

O Mapa (em anexo I) foi acessado em: <http://www.telelistas.com.br>

ANEXO

- ANEXO I** – Mapa de Localização do IOC
- ANEXO II** – Questionário à Equipe do Serviço Social do IOC
- ANEXO III** – Roteiro para os Assistentes Sociais
- ANEXO IV** – Roteiro para os Profissionais de Nível Superior
- ANEXO V** – Ficha Social (Adultos)
- ANEXO VI** – Ficha Social (Crianças e Adolescentes)
- ANEXO VII** – Folder GA UNE e UDA
- ANEXO VIII** – Guia de Serviços do IOC

Anexo I

Localização do IOC:



Distância entre as unidades é equivalente a 3,65 Km aproximadamente.

Anexo II

Questionário à Equipe do Serviço Social do IOC

1- Quantos Assistentes Sociais tem a equipe?

2- Possui estagiários?

() sim Quantos? Remunerados?

() não Por quê?

3- O IOC trabalha com equipes multidisciplinares na reabilitação?

() sim 3.1 – Quantas?

() não 3.2 – Por quê?

(em caso positivo na questão 3 responder):

4 - O Serviço Social atua em equipe multidisciplinar?

() sim 4.1- Quais?

() não 4.2- Por quê?

5 –Existe alguma forma de registro dos atendimentos? Qual?

5.1 – Qual é a média de atendimentos realizados pelo Serviço Social?

6- Quais são as demandas mais freqüentes dos usuários?

7- O Serviço Social possui sala (ou local para atendimentos) própria?

() sim Quantas?

() não Por quê?

7.1- Considera suficiente e adequada para o atendimento? Por quê?

8- Possui algum instrumento de trabalho específico?

() sim Cite:

() não Por quê?

9- A equipe realiza ou realizou pesquisa no IOC? Qual (ais) (apenas em caso positivo)?

9.1- Tem produção bibliográfica? Qual (ais) (apenas em caso positivo)?

10- Perticipa de encontros, oficinas e congressos? Qual (ais) (apenas em caso positivo)?

**10.1 – A equipe organiza ou organizou algum encontro, oficina ou congresso?
Qual (ais) (apenas em caso positivo)?**

10.1.1 – Tem financiamento de algum órgão ou instituição?

() sim Qual (ais)? _____

() não

11- Qual é a carga horária exercida?

11.1- Possui alguma forma de liberação para estudos, cursos ou eventos?

() sim 11.1.1- Como ocorre?

() não 11.1.2- Por quê?

12- Existe uma chefia de Serviço Social na instituição?

() sim

() não Por quê?

Anexo III

Roteiro para os Assistentes Sociais

EM RELAÇÃO À INSTITUIÇÃO:

- Qual é o seu vínculo com a Instituição?
- É servidor público municipal? Quanto tempo?
- Quanto tempo atua no IOC?

EM RELAÇÃO À FORMAÇÃO

- Em que ano formou-se assistente social?
- Qual foi a Instituição de Ensino Superior?
- Tem Especialização, Mestrado ou Doutorado? Em que ano realizou?
- Possui algum outro curso de capacitação?

EM RELAÇÃO AO IOC

- Qual é a relação com os profissionais de Serviço Social?
- Qual é a relação com os demais profissionais?
- Qual é a maior dificuldade para a realização do trabalho em equipe?
- Percebe algum avanço em relação à atuação do Serviço Social?

EM RELAÇÃO À POLÍTICA DE REABILITAÇÃO

- O que é saúde? O que é reabilitação em saúde?
- Qual é o avanço e/ou dificuldade da saúde e da reabilitação em saúde no Município?
- Qual é o papel do Serviço Social na reabilitação em saúde?
- Existe, na sua opinião, algum limitador (ou facilitador) da atuação profissional no Município?
- Qual é a participação dos usuários na direção da efetivação do direito a reabilitação em saúde?

Anexo IV

Roteiro para os Profissionais de Nível Superior

EM RELAÇÃO À INSTITUIÇÃO:

- Qual é o seu vínculo com a Instituição?
- É servidor público municipal? Quanto tempo?
- Quanto tempo atua no IOC?

EM RELAÇÃO À FORMAÇÃO

- Em que ano formou-se?
- Qual foi a Instituição de Ensino Superior?
- Tem Especialização, Mestrado ou Doutorado? Em que ano realizou?
- Possui algum outro curso de capacitação?

EM RELAÇÃO AO IOC

- Qual é a relação com os profissionais de sua formação?
- Qual é a relação com os demais profissionais?
- Como é realizado o trabalho em equipe?
- Como percebe a sua atuação no Instituto?

EM RELAÇÃO À POLÍTICA DE REABILITAÇÃO

- O que é saúde para você? O que é reabilitação?
- Existe a dispensação de ajudas técnicas?
- Qual é ou quais são as principais demandas dos usuários (pacientes)?
- Qual é o avanço e/ou dificuldade da saúde e da reabilitação em saúde no Município?
- Qual é o papel (da profissão do entrevistado) na reabilitação em saúde?
- Existe, na sua opinião, algum limitador (ou facilitador) da atuação profissional no Município?
- Qual é a participação dos usuários na direção da efetivação do direito a reabilitação em saúde?



RIO



PREFEITURA

SAÚDE

Anexo V

SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE - CAP 2.II
INSTITUTO MUNICIPAL DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO OSCAR CLARK
SERVIÇO SOCIAL

81

FICHA SOCIAL

(ATENDIMENTO AOS ADULTOS)

Data do Atendimento: ____ / ____ / ____

Prontuário: _____

1. Identificação do Usuário

1.1 Nome:

1.2 Filiação: 1.2.1 Mãe:

1.2. 2 Pai:

1.3 Responsável:

1.4 Data de Nascimento: ____ / ____ / ____ 1.5 CPF: _____ 1.6

Estado Civil: _____

1.7 Nacionalidade: _____ 1.8 Naturalidade:

1.9 Endereço no período do tratamento:

1.10 Bairro: _____ 1.11 Município: _____

1.12 CEP: _____

1.13 Telefone: _____ 1.14 Procedência:

2. Motivo da Procura pelo IOC

3. Motivo da Procura pelo Serviço Social

4. Transporte

4.1 Meio de transporte utilizado para freqüentar o IOC: (a) próprio (b) ônibus (c) trem (d) metrô (e) táxi (f) transporte institucional: _____ (g)

outros: _____

4.2 Possui gratuidade de transporte? () sim () não () já foi requerido, mas ainda a resposta ainda não foi obtida

4.2.1 Tipo de gratuidade: (a) Riocard (b) Vale Social (c) Passe Livre Interestadual

4.2.2 Faz uso da gratuidade? () sim () não
acompanhante? () sim () não

4.2.3 Necessita de

5. Atividade Cultural

5.1 Atividades de lazer realizadas atualmente:

Atividades de lazer em casa: _____

Atividades de lazer fora de casa: _____

6. Vida Laborativa Anterior ao Estado de Saúde Atual:

6.1 Estava Trabalhando / Ocupado() sim () não 6.1.1 Se não há quanto tempo?

6.1.2 Se sim, qual era a ocupação?

6.2 Local de Trabalho:

6.3 Situação Previdenciária:

6.4 Renda em salários mínimos:

8. Situação do Estado de Saúde

8.1 É hipertenso? () sim () não

8.1.1 Em caso positivo, faz acompanhamento em alguma unidade de saúde? () sim () não

8.1.2 Em qual unidade de saúde?

8.1.3 Faz uso da medicação corretamente? () sim () não

8.1.4 Se não, por que?

8.1.5 Faz controle da alimentação? () sim () não

8.2 É diabético? () sim () não

8.2.1 Em caso positivo, faz acompanhamento em alguma unidade de saúde? () sim () não

8.2.2 Em qual unidade de saúde?

8.2.3 Faz uso da medicação corretamente? () sim () não

8.2.4 Se não, por que?

8.2.5 Faz controle da alimentação? () sim () não

8.3 Fez ou faz uso de: () cigarro () álcool () drogas ()

outros: _____ () Nunca usou

8. Por quanto tempo? _____ 8.3.2 Quando parou?

_____ 8.3.3 Já fez ou faz algum tratamento com vistas à
recuperação da dependência química? () sim () não

8.3.4 Por quanto tempo?

8.3.5 Onde?

8.4 Faz alguma atividade física, esportiva ou artística? () sim () não

8.4. 1 Qual?

8.4. 2 Onde?

9. Situação Habitacional no Período do Tratamento

9.1 O usuário mora em: () casa () () institucional () outras:

apartamento () abrigo () outros: _____

9.2 Sua moradia é: () própria ()

cedida () alugada () agregada ()

invasão () herança () financiada

9.3 Número de cômodos: () sala ()

quarto () cozinha () banheiro ()

) outros: _____

9.4 Tipo de construção da casa:

() alvenaria () madeira
() outros:

9.5 Sobre o banheiro:

9.5.1 () individual ou familiar
() coletivo ou compartilhado

9.5.2 () interno à residência
() externo a residência

9.6 Possui energia elétrica?

() sim () não

9.7 O sistema de gás utilizado é:

() gás de rua () botijão

9.8 Possui água encanada?

() sim () não

9.8.1 Em caso negativo, qual o sistema de abastecimento de água adotado?

9.9 Tipo de esgoto utilizado:

() rede canalizada () fossa () vala
()

outros: _____

9.10 Possui coleta de lixo? () sim ()

não

9.10.1 A coleta de lixo é regular? () sim () não

9.10.2 Mecanismo de coleta de lixo utilizado:

() caminhão de lixo () gari comunitário () caçamba

10. Acessibilidade

10.1 Sobre a sua locomoção:

10.1.1 Possui meios auxiliares de locomoção: () sim () não

10.1.2 Em caso positivo, qual(is)? () muleta axilar () muleta canadense () andador
() cadeira de rodas

10.1.3 Como você adquiriu seu meio auxiliar de locomoção?

() foi dispensado por uma unidade de saúde. Qual?

_____ Quando? _____

() foi comprado () foi doação () é emprestado () alugada

() outros:

10.1.4 Como você se locomove dentro de casa?

() com cadeira de rodas sem necessitar de auxílio
chão

() arrastando-se no

() com cadeira de rodas e com necessidade de auxílio () com auxílio de andador

() sem equipamento, com necessidade de auxílio de terceiros () com auxílio de muletas (axilar ou canadense)

() outras:

10.1.5 Caso você utilize cadeira de rodas, consegue usá-la dentro de casa? () sim () não

10.1.6 Em caso negativo, por quê?

() as portas dos cômodos de casa são estreitas () a casa onde mora é muito pequena

() outros:

10.1.7 Como você se locomove na rua?

() com cadeira de rodas sem necessitar de auxílio () arrastando-se no chão

() com cadeira de rodas e com necessidade de auxílio () com auxílio de andador

() sem equipamento, com necessidade de auxílio de terceiros () com auxílio de muletas (axilar ou canadense)

() outras:

10.2 Sobre a rua onde mora:

10.2.1 É pavimentada? () sim () não

10.2.1.1 Se sim, qual tipo: () asfaltado () cimentado () paralelepípedo () outros:

10.2.2 É ladeira? () sim () não

10.2.3 Tem escada? () sim () não

10.2.4 A escada tem corrimão? () sim () não

OBS: _____

10.3 Sobre sua moradia:

10.3.1 Tem degraus dentro ou no acesso à casa? () sim () não

10.3.2 Tem escada dentro ou no acesso à casa? () sim () não

10.3.2.1 A escada tem corrimão? () sim () não

10.2.3 Tem rampa dentro ou no acesso à casa? () sim () não

OBS: _____

Informações colhidas por:

_____ CRESS: _____

ASSISTENTE SOCIAL/ ESTAGIÁRIO(A) DE SERVIÇO SOCIAL



Anexo VI

SUPERINTENDÊNCIA DE SERVIÇOS DE SAÚDE - CAP 2.II
INSTITUTO MUNICIPAL DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO OSCAR CLARK
SERVIÇO SOCIAL

FICHA SOCIAL

(ATENDIMENTO À CRIANÇAS E ADOLESCENTES)

Data do Atendimento: ____ / ____ / ____

Prontuário: _____

1. Identificação do Usuário

1.1 Nome:

1.2 Filiação: 1.2.1 Mãe:

1.2. 2 Pai:

1.3 Responsável:

1.4 Data de Nascimento: ____/____/____ 1.5 CPF: _____ 1.6

Estado Civil: _____

1.7 Nacionalidade: _____ 1.8 Naturalidade:

1.9 Endereço no período do tratamento:

1.10 Bairro: _____ 1.11 Município: _____

1.12 CEP: _____

1.13 Telefone: _____ 1.14 Procedência:

2. Motivo da Procura pelo IOC

3. Motivo da Procura pelo Serviço Social

4. Transporte

4.1 Meio de transporte utilizado para frequentar o IOC:

(a) próprio (b) ônibus (c) trem (d) metrô (e) táxi (f) transporte institucional: _____

(g) outros: _____

4.2 Possui gratuidade de transporte? () sim () não () já foi requerido, mas ainda a resposta ainda não foi obtida

4.2.1 Tipo de gratuidade: (a) Riocard (b) Vale Social (c) Passe Livre Interestadual

4.2.2 Faz uso da gratuidade? () sim () não

5. Atividade Cultural

5.1 Atividades de lazer realizadas atualmente:

Atividades de lazer em

casa: _____

Atividades de lazer fora de casa: _____

7. Informações Gerais sobre os Responsáveis da Criança ou Adolescente:

7.1 Vida Laborativa dos Responsáveis Anterior ao Estado de Saúde Atual da Criança ou Adolescente:

7.1.1 Grau de Parentesco: _____

7.1.1.1 Estava Trabalhando / Ocupado() sim () não 7.1.1.2 Se não, há quanto tempo? _____

7.1.1.3 Se sim, qual era a ocupação?

7.1.1.4 Local de Trabalho:

7.1.1.5 Situação Previdenciária: _____ 7.1.1.6 Renda em salários mínimos: _____

7.1.2 Grau de Parentesco: _____

7.1.2.1 Estava Trabalhando / Ocupado() sim () não 7.1.2.2 Se não, há quanto tempo? _____

7.1.2.3 Se sim, qual era a ocupação?

7.1.2.4 Local de Trabalho:

7.1.2.5 Situação Previdenciária: _____ 7.1.2.6 Renda em salários mínimos: _____

7.2 Situação de Saúde dos Responsáveis Anterior ao Estado de Saúde Atual da Criança ou Adolescente:

7.2.1 Grau de Parentesco: _____ 7.2.1.2 Faz algum tratamento de saúde: () sim () não

7.2.1.3 Em caso positivo, qual?

—

7.2.1.4 Em qual unidade de saúde?

7.2.1.5 Faz uso de medicação? () sim () não 7.2.1.6 Onde obtém?

7.3 Fez ou faz uso de: () cigarro () álcool () drogas ()

outros: _____

7.3.1 Por quanto tempo? _____ 7.3.2 Quando parou?

_____ 7.3.3 Já fez ou faz algum tratamento com vistas à

recuperação da dependência química? () sim () não

7.3.4 Por quanto tempo?

8. Inserção Escolar:

8.1 Encontra-se matriculado na rede de ensino? () sim () não

8.1.1 Em caso negativo, porque?

8.2 A Escola é: () Regular () Especial

8.2.1 Nome da escola:

8.2.2 Endereço:

8.2.3 Telefone:

8.2.4 Contato:

8.2.5 Classe: () Regular () Especial () Inclusiva

8.2.5.1 Se inclusiva, faz acompanhamento:

() sala de recurso () Professora itinerante () Professora itinerante particular

8.3 Série atual:

8.3.1 Dia e horário que frequenta a escola:

9. Conselho Tutelar:

9.1 Já teve alguma passagem pelo conselho tutelar? () Sim () Não 9.1.1 Em caso positivo, qual? _____

9.1.2 Porque?

9.1.3 Encaminhamentos realizados:

10. Situação do Estado de Saúde da Criança ou Adolescente:

10.1 Faz acompanhamento pediátrico? () Sim () Não

10.1.1 Em caso positivo, em qual unidade de saúde?

10.2 Faz acompanhamento neurológico? () Sim () Não

10.2.1 Em caso positivo, em qual unidade de saúde?

10.3 Apresenta doença crônica? () Sim () Não

10.3.1 Em caso positivo, faz acompanhamento em alguma unidade de saúde? () Sim () Não

10.3.2 Em qual unidade de saúde?

10.4 Faz uso de medicação regular? () Sim () Não

10.4.1 Como obtém a medicação?

10.5. Faz uso de fralda? () Sim () Não

10.5.1 Como obtém as fraldas?

—

10.6 Está com a carteira de vacinação em dia? () Sim () Não () Não sabe

10.6.1 Se negativo, por que?

—

10.7 Fez/faz acompanhamento odontológico? () Sim () Não

10.7.1 Em caso positivo, faz acompanhamento em alguma unidade de saúde? () Sim () Não

10.7.2 Em qual unidade de saúde?

10.7.3 Quando foi a última consulta?

10.8 Faz alguma atividade física, esportiva ou artística? () Sim () Não

10.8.1 Qual?

—

10.8.2 Onde?

—

11. Situação Habitacional no Período do Tratamento

11.1 O usuário mora em:

() casa () apartamento () abrigo

() outros: _____

11.2 Sua moradia é:

() própria () cedida () alugada

() agregada

() invasão () herança () financiada

() institucional

() outras: _____

11.3 Número de cômodos:

() sala () quarto () cozinha () banheiro

() outros: _____

11.4 Tipo de construção da casa:

() alvenaria () madeira () outros:

11.5 Sobre o banheiro:

- 11.5.1 ☐ individual ou familiar
☐ coletivo ou compartilhado
- 11.5.2 ☐ interno à residência
☐ externo a residência

11.6 Possui energia elétrica?

- ☐ sim ☐ não

11.7 O sistema de gás utilizado é:

- ☐ gás de rua ☐ botijão

11.8 Possui água encanada?

- ☐ sim ☐ não

9.8.1 Em caso negativo, qual o sistema de abastecimento de água adotado?

11.9 Tipo de esgoto utilizado:

- ☐ rede canalizada ☐ fossa ☐ vala
☐

outros: _____

11.10 Possui coleta de lixo?

- ☐ sim ☐ não

11.10.1 A coleta de lixo é regular? ☐ sim

- ☐ não

11.10.2 Mecanismo de coleta de lixo utilizado:

- ☐ caminhão de lixo ☐ gari comunitário ☐
☐ caçamba

10. Acessibilidade**10.1 Sobre a sua locomoção:**

10.1.1 Possui meios auxiliares de locomoção: ☐ sim ☐ não

10.1.2 Em caso positivo, qual(is)? ☐ muleta axilar ☐ muleta canadense ☐ andador
☐ cadeira de rodas

10.1.3 Como você adquiriu seu meio auxiliar de locomoção?

- ☐ foi dispensado por uma unidade de saúde. Qual?

_____ Quando? _____

- ☐ foi comprado ☐ foi doação ☐ é emprestado ☐ alugada

- ☐ outros:
- _____

10.1.4 Como você se locomove dentro de casa?

- ☐ com cadeira de rodas sem necessitar de auxílio
 chão

- ☐ arrastando-se no

- ☐ com cadeira de rodas e com necessidade de auxílio
 andador

- ☐ com auxílio de

() sem equipamento, com necessidade de auxílio de terceiros () com auxílio de muletas (axilar ou canadense)

() outras:

10.1.5 Caso você utilize cadeira de rodas, consegue usá-la dentro de casa? () sim () não

10.1.6 Em caso negativo, por quê?

() as portas dos cômodos de casa são estreitas () a casa onde mora é muito pequena

() outros:

10.1.7 Como você se locomove na rua?

() com cadeira de rodas sem necessitar de auxílio () arrastando-se no chão

() com cadeira de rodas e com necessidade de auxílio () com auxílio de andador

() sem equipamento, com necessidade de auxílio de terceiros () com auxílio de muletas (axilar ou canadense)

() outras:

10.2 Sobre a rua onde mora:

10.2.1 É pavimentada? () sim () não

10.2.1.1 Se sim, qual tipo: () asfaltado () cimentado () paralelepípedo () outros:

10.2.2 É ladeira? () sim () não

10.2.3 Tem escada? () sim () não

10.2.4 A escada tem corrimão? () sim () não

Onde é realizado o G. A.?

É na sala do
Serviço Social.
Não é necessário
passar em nenhum
outro local antes do
atendimento do G. A.

ATENÇÃO:

O usuário deve comparecer à
avaliação. Caso ocorra algum
imprevisto, entre em contato
com o IOC
pelos telefones:
2568-0354 ou 2569-1419
Ramal: 211 (*Serviço Social*)

IOC – Instituto Oscar Clark

**Rua General Canabarro, 345
Maracanã – Rio de Janeiro
CEP: 20271-200
Tel: 2569-1419**

**Elaboração do Folder:
SERVIÇO SOCIAL / IOC**

Simone Cavalcanti do Amaral
Estagiária de Serviço Social

Rodriane de Oliveira Souza
Assistente Social Supervisora

Grupo de Avaliação da UNE

Usuário: _____

Prontuário: _____

Data do G.A. ____/____/ 20____

Horário: _____

O que é o G. A. da UNE?

É o grupo de avaliação do Programa de Atenção ao Adulto com Lesões Neurológicas (UNE).

É no G. A. que o usuário é avaliado pelos profissionais: assistente social, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo e terapeuta ocupacional.

O que fazem esses profissionais?

Eles realizam uma avaliação em conjunto que discute se o usuário é ou não indicado para a reabilitação no Instituto Oscar Clark (IOC).

Documentos Necessários: (apenas a cópia)

- **Identidade e CPF**
- **Comprovante de residência**

Quem pode indicar a necessidade de um usuário ser atendido pelo GA?

Apenas os médicos de referência da UNE.

Onde é realizado o G. A.?

É na sala da
UDA no CIAD.
Não é necessário
passar em nenhum
outro local antes do
atendimento do G. A.

ATENÇÃO:

O usuário deve comparecer à
avaliação. Caso ocorra algum
imprevisto, entre em contato
com o IOC
pelos telefones:
2242-7700 R.237 (UDA/CIAD)
2568-0354 ou 2569-1419
Ramal: 211 (*Serviço Social*)

Instituto Oscar Clark (IOC)

Rua General Canabarro, 345
Maracanã – Rio de Janeiro
CEP: 20271-200
Tel: 2569-1419

Av. Presidente Vargas, 1997 –
2º andar – Centro –
Rio de Janeiro
Tel: 2242-7700 R.237

Elaboração do Folder: SERVIÇO SOCIAL / IOC

Simone Cavalcanti do Amaral
Estagiária de Serviço Social

Rodriane de Oliveira Souza
Assistente Social Supervisora

Grupo de Avaliação da UDA

Usuário: _____

Prontuário: _____

Data do G.A. ____/____/ 20____

Horário: _____

O que é o G. A. da UDA?

É o grupo de avaliação do Programa de Atenção ao Amputado (UDA).

É no G. A. que o usuário é avaliado pelos profissionais: enfermeiro, fisioterapeuta, psicólogo e terapeuta ocupacional.

O que fazem esses profissionais?

Eles realizam uma avaliação em conjunto que discute se o usuário é ou não indicado para a reabilitação no Instituto Oscar Clark (IOC).

Documentos Necessários:
(apenas a cópia)

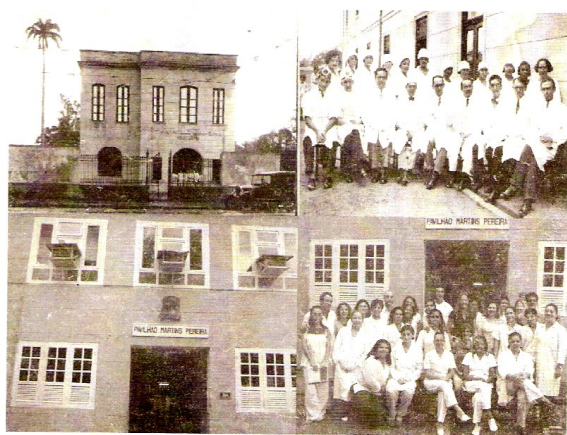
- **Identidade e CPF**
- **Comprovante de residência**

Quem pode indicar a necessidade de um usuário ser atendido pelo GA?

Apenas os médicos de referência da UDA.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENAÇÃO DA ÁREA PROGRAMÁTICA 2. II
INSTITUTO MUNICIPAL DE MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
OSCAR CLARK

GUIA DE SERVIÇOS
DO INSTITUTO MUNICIPAL DE
MEDICINA FÍSICA E REABILITAÇÃO
OSCAR CLARK



RIO
PREFEITURA
SAÚDE

Rio de Janeiro, maio de 2005.

REALIZAÇÃO DO GUIA DE SERVIÇOS

EQUIPE DO SERVIÇO SOCIAL DO IOC

ASSISTENTE SOCIAL RESPONSÁVEL

Rodriane de Oliveira Souza

ESTAGIÁRIAS DE SERVIÇO SOCIAL

Elizabeth Ferreira Argolo
Maria das Graças Alves de Medeiros
Ruth Rosemback Carmine
Simone Cavalcante do Amaral
Vânia Ribeiro

APOIO INSTITUCIONAL

Coordenação de Área Programática - CAP. 2.II
Coordenadora: Sonia Ruth Christiniani