



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE – UFS
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E APLICADAS – CCSA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – DSS**

ANA PAULA SANTOS

**EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS EM CENTROS
ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO DE MODALIDADE IV (CER IV)**

São Cristóvão/SE
2025

ANA PAULA SANTOS

**EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS EM CENTROS
ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO DE MODALIDADE IV (CER IV)**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Departamento de Serviço Social da Universidade
Federal de Sergipe, como requisito parcial para
obtenção do grau de bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Dra. Flávia Augusta Santos de Melo
Lopes.

São Cristóvão/SE
2025

ANA PAULA SANTOS

**EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS EM CENTROS
ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO DE MODALIDADE IV (CER IV)**

Trabalho de Conclusão apresentado ao Curso de Serviço Social da Universidade Federal de Sergipe, como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social e aprovado em 24 de novembro de 2025.

Banca Examinadora

Flávia Augusta Santos de Melo Lopes

Prof^a Dr^a Flávia Augusta Santos de Melo Lopes (Orientadora)

Vânia Carvalho Santos

Prof^a Dr^a Vânia Carvalho Santos (Examinadora 1)

Raquel de Oliveira Mendes

Prof^a. Me. Raquel de Oliveira Mendes (Examinadora 2)

*À quem, por muitos anos, plantou e colheu
toneladas de arroz debaixo de muito sol para
que eu tivesse a oportunidade de trilhar o meu
caminho em busca dos meus sonhos: meu pai.*

*À minha mãe, que nunca desistiu de mim e
sempre foi minha força.*

AGRADECIMENTOS

À Deus, pois sem Ele eu nada seria.

Minha eterna gratidão à minha família por todo o companheirismo, amor, suporte e cuidado: Veronilda, Amarildo e Ana Carolina. Vocês são tudo para mim. Desculpem por muitas vezes ter colocado as atribuições da formação em primeiro lugar, mesmo tendo convicção que sabem e entendem a minha escolha.

À minha orientadora: Flávia Augusta Santos de Melo Lopes. Por toda a paciência e respeito com o meu processo de escrita, cada encontro, correção e comentários que foram essenciais para a conclusão deste trabalho.

À banca: Vânia Carvalho Santos e Raquel de Oliveira Mendes, por aceitarem fazer parte desse momento tão especial em minha vida.

Meu profundo reconhecimento e gratidão aos professores do Departamento de Serviço Social do Campus Sede por todos os conhecimentos compartilhados, em especial à professora Silmère Alves Santos, por suas marcantes lições de como proceder em minha vida acadêmica e, sobretudo, pela amizade.

À Mathaus, que foi meu refúgio nos momentos difíceis, luz radiante dos dias felizes e amparo sempre que precisei.

Agradeço à melhor amiga que alguém poderia ter: Melissa, por toda ajuda com os dilemas, pelo carinho, hoje virtual, conselhos e momentos dos quais jamais esquecerei.

À Maria José e Eva, por todas as refeições e lanchinhos que prepararam com tanto cuidado e carinho.

À Carlos Rafael, por todo auxílio e presença em momentos tão cruciais da reta final da graduação.

Aos meus colegas:

De curso, pelas diversas lembranças, aprendizados e vivências marcantes dessa caminhada, principalmente à Carolaine, Leandro e Cleisla: vocês são incríveis! Obrigada por todo apoio;

Do Instituto de Criminalística de Sergipe, especialmente aos queridos: Marly, Luce, Ivone, Érika, André Luiz, Charles Carvalho, Paulo Roberto, Paulo Lins, Reginaldo, Honório, Batista e Enoque, pelo acolhimento e por tornarem minhas manhãs mais leves;

Do Centro Especializado em Reabilitação José Leonel Ferreira Aquino, em especial à Luzijan, Célia, Tânia, Flávia, Mônica, Rebeca, Ruan e Zak. Vocês estão em meu coração;

Do PET-Saúde: Gestão e Assistência (2022-2023) e da Secretaria Municipal de Saúde de São Cristóvão, com quem tive a oportunidade de compartilhar aprendizados valiosos sobre extensão, educação permanente, trabalho multiprofissional em rede e gestão em saúde;

Do Núcleo de Apoio Psicossocial e Pedagógico da Secretaria Municipal de Educação de São Cristóvão, em especial à minha eterna Equipe 02 (2023-2024): Raquel, Jade e Reuber, pela parceria e troca constante de saberes e vivências.

Às Instituições Federais de Ensino que promovem uma educação pública de qualidade e acessível, sem o qual a realização deste trabalho teria se tornado improvável ou impossível. Mas, em especial, à Universidade Federal de Sergipe, onde pude evoluir muito academicamente e pessoalmente. Gratidão.

RESUMO

Esse trabalho analisou os impactos do Plano Viver Sem Limite na atuação dos assistentes sociais em Centros Especializados em Reabilitação de Modalidade IV (CER IV) e teve como objetivo identificar desafios, potencialidades e implicações do exercício profissional dentro desse espaço na política pública de saúde. A pesquisa adotou abordagem dialética, qualitativa, exploratória e descritiva, baseada em revisão bibliográfica e documental. Para isso, foram consultadas as bases de dados SciELO e LILACS, os portais BVS e Periódicos CAPES, anais de eventos do Serviço Social como CBAS e ENPESS, revistas científicas, Repositórios Institucionais de universidades federais e legislações para levantar produção intelectual e localizar as normativas pertinentes. Os resultados indicaram que, embora o Plano tenha ampliado a visibilidade e a estruturação da rede de reabilitação, persistiram entraves estruturais — alocação insuficiente de recursos, precarização das condições de trabalho, alta rotatividade profissional, fragmentação multiprofissional e dificuldades de articulação intersetorial — que limitaram a efetividade das práticas do Serviço Social nos CER IV. O estudo concluiu que a superação desses obstáculos exige fortalecimento institucional, reconhecimento profissional e investimentos em integração e financiamento adequados.

Palavras-chave: Serviço Social na Saúde. Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência. Centros Especializados em Reabilitação. Plano Viver Sem Limite.

ABSTRACT

This study analyzed the impacts of the Living Without Limits Plan on the work of social workers in Specialized Rehabilitation Centers of modality IV (CER IV) and aimed to identify challenges, potentialities, and implications of professional practice within this space in public health policy. The research adopted a dialectical, qualitative, exploratory, and descriptive approach, based on a bibliographic and documentary review. To this end, the SciELO and LILACS databases, the BVS and CAPES Periodicals portals, proceedings of Social Work events such as CBAS and ENPESS, scientific journals, Institutional Repositories of federal universities, and legislation were consulted to gather intellectual production and locate relevant regulations. The results indicated that, although the Plan increased the visibility and structuring of the rehabilitation network, structural obstacles persisted — insufficient allocation of resources, precarious working conditions, high professional turnover, multiprofessional fragmentation, and difficulties in intersectoral coordination — which limited the effectiveness of Social Work practices in CER IVs. The study concluded that overcoming these obstacles requires institutional strengthening, professional recognition, and investments in adequate integration and financing.

Keywords: Social Work in Health. Care Network for People with Disabilities. Specialized Rehabilitation Centers. Living Without Limits Plan.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Linha do tempo do histórico de conquistas, políticas públicas e direitos da pessoa com deficiência no Brasil	28
Figura 2 – Organograma: do Plano Viver Sem Limite ao Centro Especializado em Reabilitação de Nível IV e Novo Viver Sem Limite.....	30
Figura 3 – Localização dos CERs II, III e IV abordados nos trabalhos.	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Atualizações de nomes das políticas.....	31
Quadro 2 - Análise do exercício profissional do Serviço Social e do trabalho nos Centros Especializados em Reabilitação de níveis II, III e IV no Brasil nos últimos seis anos.	47

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AL — Alagoas

APAE — Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

BVS — Biblioteca Virtual em Saúde

CAPES — Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CAPS — Centros de Atenção Psicossocial

CBAS — Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais

CCSA — Centro de Ciências Sociais e Aplicadas

CER/CERs — Centro Especializado em Reabilitação/Centros Especializados em Reabilitação

CER II — Centro Especializado em Reabilitação de Modalidade/Nível II

CER III — Centro Especializado em Reabilitação de Modalidade/Nível III

CER IV — Centro Especializado em Reabilitação de Modalidade/Nível IV

CEO — Centro de Especialidades Odontológicas

CFESS — Conselho Federal de Serviço Social

CIF — Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CNPq — Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

CNS — Conselho Nacional de Saúde

CRESS — Conselho Regional de Serviço Social

DF — Distrito Federal

DSS — Departamento de Serviço Social

ENPESS — Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social

IAPs — Institutos de Aposentadorias e Pensões

IBGE — Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LBA — Legião Brasileira de Assistência

LBI — Lei Brasileira de Inclusão (Estatuto da Pessoa com Deficiência)

LDB — Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

LILACS — Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde

OMS — Organização Mundial da Saúde

ONU — Organização das Nações Unidas

PA — Pará

PB — Paraíba

PcD — Pessoa com Deficiência
PEPPSS — Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social
PNAD Contínua — Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNAISPD — Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência
PVSL — Plano Viver Sem Limite
RAS — Rede de Atenção à Saúde
RCPcD — Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência
RN — Rio Grande do Norte
RO — Rondônia
SC — Santa Catarina
SciELO — *Scientific Electronic Library Online*
SP — São Paulo
STF — Supremo Tribunal Federal
SUDS — Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS — Sistema Único de Saúde
TEA — Transtorno do Espectro Autista
TFD — Tratamento Fora de Domicílio
UBS/UBSs — Unidade Básica de Saúde/Unidades Básicas de Saúde
UFS — Universidade Federal de Sergipe
Unicamp — Universidade Estadual de Campinas
URSS — União das Repúblicas Socialistas Soviéticas
USF/USFs — Unidade de Saúde da Família/Unidades de Saúde da Família
VSL — Viver Sem Limite

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 DIREITO SOCIAL E OS DIREITOS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL	17
1.1 Concepção de Direito Social.....	18
1.2 Aspectos Históricos dos Direitos da Pessoa com Deficiência.....	22
1.3 Linha Histórica Sobre o Direito das Pessoas com Deficiência no Brasil	24
2 DO PLANO VIVER SEM LIMITE AO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DE NÍVEL IV	29
2.1 Surgimento e Caracterização	30
2.2 O Plano Viver sem Limite nos Governos Brasileiros: Dilma, Temer, Bolsonaro e Lula	33
2.2.1 Governo de Dilma Vana Rousseff (2011-2016).....	34
2.2.2 Governo de Michel Miguel Elias Temer Lulia (2016-2018).....	34
2.2.3 Governo de Jair Messias Bolsonaro (2019-2022)	35
2.2.4 Governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2023-atual)	36
3 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E OS DESAFIOS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS NOS CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO DE NÍVEL IV DO PLANO VIVER SEM LIMITE	36
3.1 Aspectos Históricos do Serviço Social no Brasil.....	37
3.2 Histórico da Política de Saúde e o Serviço Social na Saúde	38
3.3 Intersecções Entre Histórico da Saúde e do Serviço Social no Brasil	40
3.4 O Exercício Profissional do Serviço Social na Saúde e nos Centros Especializados em Reabilitação	42
3.5 Os Desafios Profissionais do Serviço Social nos Centros Especializados em Reabilitação de Modalidade IV	46
3.5.1 Sobrecarga e escassez de profissionais no quadro das instituições	56
3.5.2 Imediatismo	56
3.5.3 Baixa valorização profissional.....	57
3.5.4 Precarização das condições de vida e trabalho	57
3.5.5 Dificuldade de acesso a direitos sociais dos usuários.....	57
3.5.6 Alta rotatividade de profissionais	58

3.5.7 Dificuldades com instrumentais	59
3.5.8 Produção teórica restrita	59
3.5.9 Capacitismo	60
3.5.10 Cultura individualista.....	61
3.5.11 Falta de acessibilidade	61
3.5.12 Campo de atuação pouco explorado	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	63

INTRODUÇÃO

A temática pesquisada neste trabalho reflete questões atuais que perpassam o exercício profissional de assistentes sociais, serviço de reabilitação para pessoas com deficiência, especificamente através do Plano Viver sem Limites (PVSL) na política de saúde brasileira. Neste aspecto, políticas públicas são iniciativas desenvolvidas por órgãos governamentais que buscam promover o bem-estar social, econômico e cultural da população, visando a resolução de problemas coletivos e a promoção de direitos (Macedo, 2018). Estas iniciativas são reflexo da luta histórica da classe trabalhadora para que suas demandas sejam reconhecidas pelo Estado. No Brasil, a política pública de saúde é um importante pilar na garantia do acesso universal à saúde, conforme estabelecido pela Constituição Federal de 1988 (Brasil, 1988). No entanto, apesar dos benefícios como o fortalecimento da saúde pública e a inclusão de grupos vulneráveis, as ações ainda enfrentam desafios como a insuficiência de recursos e dificuldades na gestão integrada dos serviços.

A inclusão de Pessoas com Deficiência (PcDs¹) no Brasil é uma questão central nas políticas públicas de saúde. Segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2022), aproximadamente 8,9% da população brasileira têm algum tipo de deficiência, o que reforça a necessidade de políticas específicas. No campo da saúde, a atenção à pessoa com deficiência envolve a criação de uma rede de cuidados que atenda às suas necessidades de forma integral. O Plano Viver Sem Limite (instituído em 2011) é uma dessas iniciativas, com foco na promoção da inclusão social, acessibilidade e reabilitação (Brasil, 2011).

Uma das principais ações desse plano é a criação dos Centros Especializados em Reabilitação (CERs), que oferecem atendimento multiprofissional às PcDs. Os CERs de modalidade IV (CER IV), em particular, são centros de alta complexidade que atendem múltiplas deficiências (física, auditiva, visual e intelectual), desempenhando um papel crucial na reabilitação integral dessas pessoas. No entanto, a implementação desses serviços enfrenta desafios, como a insuficiência de recursos e a articulação entre os diversos níveis de cuidado (Brasil, 2013, p. 69-71).

O Serviço Social tem uma função essencial dentro dos CERs, atuando na viabilização de direitos, mediação de conflitos e orientação das PcDs e suas famílias. O presente trabalho

¹ A partir dessa parte, pretende-se utilizar a abreviatura “PcDs” para se referir às Pessoas com Deficiência ao longo do texto.

teve como objeto de pesquisa os Centros Especializados em Reabilitação (CERs) de modalidade IV, com ênfase na atuação dos(as) assistentes sociais sob a perspectiva do Plano Viver Sem Limite. A pesquisa propôs uma reflexão crítica sobre os desafios enfrentados por esses profissionais e a efetividade das políticas públicas voltadas à saúde das PCDs.

Como objetivo geral, a pesquisa propôs investigar os desafios e possibilidades do exercício profissional de assistentes sociais inseridos(as) nos Centros Especializados em Reabilitação de nível IV do Plano Viver sem Limite no Brasil. Como objetivos específicos, este estudo pretendeu-se localizar e analisar pesquisas (TCCs, dissertações, teses e artigos científicos) e demais produções documentais acerca do debate sobre os direitos da pessoa com deficiência no Brasil; analisar como o Plano Viver Sem Limite influencia a estrutura e o funcionamento dos Centros Especializados em Reabilitação; identificar os principais desafios enfrentados pelos profissionais de Serviço Social nos Centros Especializados em Reabilitação de Modalidade IV e analisar como estes interferem nos objetivos do Plano Viver Sem Limite.

Do ponto de vista da relevância, a pesquisa buscou compreender e contribuir para o aprimoramento da implementação de políticas públicas voltadas para pessoas com deficiência, um grupo historicamente marginalizado. A análise dos impactos do Plano Viver sem Limite na política pública de saúde no que se refere à atuação do Serviço Social nos Centros Especializados em Reabilitação de modalidade IV pode revelar experiências profissionais relevantes e aspectos que necessitam de melhorias na instituição. Além disso, contribui para o corpo teórico existente sobre políticas públicas e a atuação do Serviço Social, especialmente no contexto da saúde em Centros Especializados em Reabilitação. Para a formação em Serviço Social, a pesquisa se torna importante porque as demandas relacionadas às pessoas com deficiência têm sido cada vez mais ascendentes nas diversas políticas públicas e serviços, o que exige que estudantes e profissionais da área, cada vez mais, busquem se apropriar deste debate.

Partiu-se do suposto que os Centros Especializados em Reabilitação de Modalidade IV, como resultado do Plano Viver sem Limite, possuem um papel central na articulação dos direitos e serviços de saúde na reabilitação para pessoas com deficiência, mas a efetividade desse papel é impactada por fatores como a alocação inadequada de recursos, falta de ferramentas para avaliar a qualidade dos atendimentos, dificuldade na integração multiprofissional e com outros pontos, baixa visibilidade das pessoas com deficiência e a subvalorização dos Centros Especializados em Reabilitação, como ocorre em outras políticas e instituições públicas em face do neoliberalismo. Assim, enquanto questões de pesquisa, levantou-se: quais as principais conquistas de direitos das pessoas com deficiência no Brasil?

Quais são os desafios enfrentados pelos usuários e profissionais (principalmente de Serviço Social) nos Centros Especializados em Reabilitação de modalidade IV, e como esses desafios se relacionam com os objetivos do Plano Viver sem Limite? De que maneira o Serviço Social contribui para a efetividade do Plano Viver Sem Limite e da política pública de saúde voltada para pessoas com deficiência nos Centros Especializados em Reabilitação e o que pode ser melhorado?

A metodologia adotada para a pesquisa seguiu uma abordagem dialética, sendo classificada como uma pesquisa qualitativa. A pesquisa foi desenvolvida a partir de uma revisão bibliográfica e se caracteriza como uma pesquisa exploratória e descritiva em termos de suas características gerais. De acordo com a classificação do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (CNPq, 2024), ela se insere na área de "Ciências Sociais Aplicadas", no campo do Serviço Social, especificamente no Serviço Social Aplicado, com foco em Serviço Social da Saúde.

As técnicas empregadas incluíram revisão bibliográfica, utilizando-se de fontes de pesquisa como as bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), portais Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e Periódicos da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). Também foram consultados anais de eventos acadêmicos, como o Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS) e o Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social (ENPESS). Além disso, a pesquisa considerou revistas científicas e Repositórios Institucionais de universidades federais. Por fim, foram incluídas as legislações relevantes para a temática encontradas em portais governamentais de transparência.

O tratamento e análise dos dados seguiram critérios específicos de inclusão. Para as fontes legislativas, normativas e de desenvolvimento para os capítulos 1 e 2 e tópicos 3.1, 3.2, 3.3 e 3.4 do capítulo 3, o critério de inclusão foi a relevância ao contexto da história e dos direitos das pessoas com deficiência, do Plano Viver Sem Limite, do funcionamento dos Centros Especializados em Reabilitação (CERs), e/ou do exercício profissional de assistentes sociais na saúde e nos CERs. Já para as obras sobre a experiência profissional nos CERs para a construção do tópico 3.5, o critério de busca foi a presença dos termos "Serviço Social", "saúde", "Centro Especializado em Reabilitação", "Viver Sem Limite", "Pessoa com Deficiência" e/ou "assistente social", delimitando as publicações entre 2019 e 2025 e com foco central na experiência profissional nos CERs na política de saúde, preferencialmente em CERs de modalidade IV. Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados

13 trabalhos dos 53 inicialmente encontrados, sendo excluídas as obras que não atendiam aos critérios estabelecidos.

Baseado nos métodos e técnicas de pesquisa apresentados por Gil (2008), a escolha do método dialético, por exemplo, alinha-se à análise crítica das relações sociais ao se relacionar com o materialismo dialético (Gil, 2008). Conforme define Gil (2008, p. 13) expõe, “o método dialético permite o entendimento de fenômenos sociais em sua totalidade”, sendo apropriado para a natureza deste estudo.

A pesquisa adotou uma abordagem qualitativa, buscando uma análise profunda e interpretativa de dados, conforme sugere Gil (2008, p. 175): “a metodologia qualitativa se justifica pela necessidade de compreender os significados e percepções” dos profissionais atuantes nos Centros Especializados em Reabilitação (CERs IV).

Quanto à natureza exploratória da pesquisa, conforme Gil (2008, p. 27): “este tipo de estudo é indicado quando há poucos estudos anteriores sobre o tema”, como é o caso da atuação do Serviço Social em CERs IV, o que possibilitou descobrir novas perspectivas e aprofundar o conhecimento sobre os desafios enfrentados. A parte descritiva se deu, de acordo com Gil (2008, p. 28), “ao analisar e descrever as características” das pessoas com deficiência no Brasil, como, por exemplo, a prevalência de deficiência por faixa etária, sexo, região e raça/cor. Contudo, essa etapa não se limitou apenas à caracterização sociodemográfica, incluindo também a descrição do contexto histórico e normativo dos direitos das pessoas com deficiência no país, os marcos legais e institucionais que fundamentam a criação do Plano Viver Sem Limite e dos Centros Especializados em Reabilitação (CERs), assim como o mapeamento de políticas públicas voltadas a essa população. Além disso, foram descritas as atribuições, desafios e especificidades da atuação do Serviço Social nesses espaços, compondo uma base fundamental para a compreensão crítica e contextualizada do objeto de estudo. A revisão bibliográfica, foi realizada com o objetivo de fundamentar teoricamente a pesquisa, reunindo e sistematizando o conhecimento existente sobre os direitos das pessoas com deficiência, as políticas públicas de saúde e o impacto do Plano Viver Sem Limite, além de servir como ponto de partida para a análise dos trabalhos já realizados acerca da temática. Gil (2008, p. 50) ressalta que “a revisão bibliográfica é indispensável para o delineamento do quadro teórico da pesquisa, fornecendo uma base sólida para a contextualização e interpretação dos dados coletados”.

O trabalho está organizado em três capítulos. No primeiro capítulo, aborda-se o direito social e os direitos das pessoas com deficiência no Brasil, discutindo a concepção de direito social, os aspectos históricos da luta por direitos das pessoas com deficiência e uma linha do

tempo sobre a consolidação desses direitos no país. No segundo capítulo, analisa-se o Plano Viver sem Limite e a criação dos Centros Especializados em Reabilitação de Modalidade IV, destacando seu surgimento, características e o percurso do plano ao longo dos governos de Dilma Rousseff, Michel Temer, Jair Bolsonaro e Luiz Inácio Lula da Silva. Por fim, o terceiro capítulo trata do Serviço Social na saúde e os desafios do exercício profissional de assistentes sociais nos Centros Especializados em Reabilitação de Nível IV, abordando desde os aspectos históricos da profissão e sua inserção na política de saúde até as especificidades e dificuldades enfrentadas no cotidiano profissional dentro desse campo.

1 DIREITO SOCIAL E OS DIREITOS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL

A construção dos direitos sociais está intrinsecamente relacionada à trajetória histórica de lutas por reconhecimento e igualdade. No contexto das sociedades modernas, tais direitos surgem como resultado das transformações políticas, filosóficas e sociais que consolidaram o indivíduo como sujeito de direitos diante do Estado.

Nesse sentido, compreender os direitos das pessoas com deficiência como parte indissociável dos direitos sociais implica analisar as dimensões históricas, culturais e institucionais que moldaram sua trajetória. Desde a Antiguidade, marcada pela exclusão e abandono, até os avanços normativos contemporâneos, observa-se uma lenta, porém significativa, transição de um modelo assistencialista e estigmatizante para uma abordagem pautada na cidadania, nos direitos humanos e na inclusão.

No Brasil, esse processo reflete uma história de tensões entre práticas excludentes e iniciativas progressivas de reconhecimento. A evolução normativa e institucional, especialmente a partir do século XX, revela o protagonismo crescente das próprias pessoas com deficiência na luta por seus direitos, superando a tutela institucional e conquistando espaço político e legal na formulação de políticas públicas. Um marco decisivo desse percurso foi a Constituição Federal de 1988, que consolidou os direitos sociais como garantias fundamentais e abriu caminho para a construção de um arcabouço legal que inclui, de maneira mais estruturada, a diversidade humana.

Este capítulo, portanto, tem como objetivo discutir o direito social em sua concepção teórica e histórica, situando os direitos das pessoas com deficiência no Brasil como expressão concreta desse processo. Através da análise da construção dos direitos, dos marcos históricos

da deficiência e da trajetória político-jurídica brasileira, busca-se oferecer uma compreensão crítica das conquistas, limitações e desafios ainda existentes para a efetivação plena da cidadania das pessoas com deficiência no país.

1.1 Concepção de Direito Social

Bobbio (2004, p. 7) aborda que o reconhecimento e a garantia dos direitos do homem são a base das Constituições democráticas contemporâneas. Sendo a paz, por sua vez, um requisito essencial para a efetivação desses direitos tanto dentro de cada Estado quanto no contexto internacional. Paralelamente, o avanço na democratização do cenário global, necessário para a busca do ideal de uma paz duradoura, segundo a concepção kantiana, depende de uma ampliação progressiva do reconhecimento e da proteção dos direitos humanos em escala supranacional. Dessa forma, direitos dos homens, democracia e paz estão interligados em um mesmo movimento histórico: sem direitos reconhecidos e protegidos, a democracia não se consolida; sem democracia, as condições para a resolução pacífica de conflitos são insuficientes. Em outras palavras, a democracia é caracterizada por uma sociedade de cidadãos, na qual indivíduos deixam de ser meros súditos quando lhes são assegurados direitos fundamentais. Assim, uma paz estável e sustentável só poderá ser alcançada quando os indivíduos forem reconhecidos não apenas como cidadãos de determinados Estados, mas como cidadãos do mundo.

Historicamente, a consolidação dos direitos humanos decorreu de uma mudança radical na perspectiva sobre a relação política entre Estado e cidadãos. Essa mudança, fundamental na construção do Estado moderno, passou a priorizar os direitos dos indivíduos, em detrimento da autoridade soberana do Estado, alinhando-se à visão individualista da sociedade (Bobbio, 2004, p. 7). Segundo essa concepção, para compreender a organização social, é necessário partir dos indivíduos que a constituem, ao contrário da visão tradicionalista, que enxerga a sociedade como um todo antes dos seus membros. Essa inversão de perspectiva tornou-se irreversível, iniciando-se na era moderna, especialmente com as guerras de religião (como a Guerra dos Trinta Anos, na Europa), que impulsionaram o reconhecimento do direito de resistência à opressão. Esse direito implicava um princípio ainda mais fundamental: a garantia de que o indivíduo não fosse oprimido, assegurando-lhe liberdades essenciais, entre as quais a liberdade religiosa se destacou. Tal transformação consolidou-se no modelo jusnaturalista, que historicamente se contrapõe à concepção aristotélica tradicional (Bobbio, 2004, p. 8).

A evolução dos direitos dos homens seguiu um processo contínuo, embora com interrupções, partindo do reconhecimento dos direitos dos cidadãos dentro de seus próprios Estados até a concepção de direitos que transcendem as fronteiras nacionais (Bobbio, 2004, p. 8). A “Declaração universal dos direitos do homem” representou um marco nesse percurso, inaugurando um processo que visava estender os direitos individuais para além das limitações impostas pela soberania estatal. Essa declaração possibilitou, ainda que de maneira incipiente e enfrentando obstáculos, a emergência do indivíduo como sujeito de direito no cenário internacional (Bobbio, 2004, p. 8-9).

Bobbio (2004, p. 9) aponta que, do ponto de vista teórico, sustenta-se que os direitos humanos, por mais fundamentais que sejam, possuem um caráter histórico. Eles surgem em contextos específicos, marcados por lutas que visam garantir novas liberdades e combater formas de dominação. Além disso, seu reconhecimento ocorre gradualmente, não de maneira instantânea e definitiva. O debate filosófico sobre o fundamento absoluto dos direitos dos homens é, nesse sentido, uma questão mal formulada. A liberdade religiosa, por exemplo, surgiu como consequência das guerras de religião; as liberdades civis derivaram da luta dos parlamentos contra monarquias absolutistas; os direitos políticos e sociais, por sua vez, emergiram com os movimentos de trabalhadores assalariados, camponeses e classes desfavorecidas, que passaram a exigir do Estado não apenas garantias individuais, mas também proteção social contra o desemprego, acesso à educação e assistência em casos de invalidez e velhice. Enquanto os setores privilegiados conseguiam suprir essas necessidades por conta própria, as classes populares passaram a reivindicar a intervenção estatal como forma de garantir condições mínimas de vida digna.

Ao lado dos direitos sociais, frequentemente denominados direitos de segunda geração, surgiram os chamados direitos de terceira geração. Estes ainda formam uma categoria difusa e imprecisa, dificultando sua compreensão. O mais relevante entre eles é a reivindicação dos movimentos ambientais pelo direito a um ambiente saudável e não poluído. Além disso, novos desafios têm impulsionado a formulação dos chamados direitos de quarta geração, ligados às implicações éticas das descobertas científicas, especialmente no campo da biotecnologia, que possibilitam a manipulação do patrimônio genético humano. Esses avanços exigem uma reflexão sobre os limites dessa intervenção, evidenciando que os direitos surgem conforme novas ameaças ou necessidades se apresentam. O desenvolvimento tecnológico, ao aumentar o poder humano sobre a natureza e sobre outros indivíduos, tanto cria riscos à liberdade quanto oferece oportunidades para mitigar desigualdades. No primeiro caso, surgem demandas por

restrições ao poder; no segundo, exigências por ações estatais que promovam proteção e inclusão social (Bobbio, 2004, p. 9).

Acerca das gerações de direitos descritas acima, Bobbio (2004, p. 9) pontua que:

As primeiras, correspondem os direitos de liberdade, ou um não-agir do Estado; aos segundos, os direitos sociais, ou uma ação positiva do Estado. Embora as exigências de direitos possam estar dispostas cronologicamente em diversas fases ou gerações, suas espécies são sempre — com relação aos poderes constituídos, apenas duas: ou impedir os malefícios de tais poderes ou obter seus benefícios. Nos direitos de terceira e de quarta geração, podem existir direitos tanto de uma quanto de outra espécie.

Ou seja, apesar de os direitos serem frequentemente classificados em diferentes gerações, sua essência sempre se divide em dois aspectos: a contenção dos abusos do poder e a obtenção de benefícios desse mesmo poder. No caso dos direitos de terceira e quarta geração, ambas as dimensões estão presentes (Bobbio, 2004, p. 9). No entanto, a linguagem utilizada na defesa dos direitos do homem muitas vezes se mostra ambígua e retórica, permitindo que se atribua o mesmo termo tanto a direitos meramente proclamados em declarações internacionais quanto a direitos efetivamente protegidos por sistemas jurídicos sólidos, onde há tribunais imparciais e mecanismos de cumprimento das decisões judiciais. Essa diferença é essencial, pois muitos direitos sociais, embora amplamente mencionados em declarações nacionais e internacionais, permanecem sem aplicação prática. Se esses direitos, proclamados, muitas vezes não se concretizam, o que dizer dos direitos de terceira e quarta geração? Até o momento, eles se manifestam mais como aspirações do que como direitos efetivos (Bobbio, 2004, p. 11).

A proclamação de um direito, como o de viver em um ambiente não poluído, expressa o desejo por futuras normativas que imponham restrições ao uso de substâncias poluentes. No entanto, há uma grande diferença entre proclamar um direito e garantir seu usufruto real. O discurso sobre direitos tem um importante papel ao fortalecer reivindicações por melhorias sociais, mas pode se tornar ilusório se não diferenciar entre direitos reivindicados e direitos efetivamente reconhecidos e protegidos. Dessa forma, a aparente contradição entre a narrativa otimista sobre a era dos direitos e a realidade das massas desprovidas de direitos só pode ser compreendida ao distinguir os direitos formalmente declarados daqueles que, de fato, beneficiam a população. Os direitos proclamados em congressos internacionais muitas vezes não correspondem àqueles efetivamente acessíveis à maioria da humanidade (Bobbio, 2004, p. 11).

A concepção dos direitos sociais está profundamente entrelaçada ao contexto histórico e social das sociedades. Durante o período absolutista, os direitos dos homens foram abordados por meio do jusnaturalismo, que se centrava na ideia de direitos inatos do ser humano, sustentando uma visão de indivíduo enquanto sujeito, cuja liberdade estava ligada a uma compreensão natural dos direitos. No entanto, à medida que a Revolução Industrial avançava e o capitalismo se consolidava, a realidade dos trabalhadores desmentia a teoria liberal que defendia a igualdade entre os indivíduos. Embora juridicamente livres, os operários se viam subordinados a uma exploração brutal em condições de vida miseráveis, evidenciando um abismo entre os direitos proclamados e as condições concretas de vida, dando origem ao que se denominou de “questão social” (Ribeiro e Oliveira, 2022, p. 519-520).

José Paulo Netto (2001, p. 42) apresenta em seu texto “Cinco Notas a Propósito da Questão Social” que, historicamente, a expressão “questão social” tem suas raízes na Europa do século XIX, sendo associada inicialmente ao pauperismo resultante da Revolução Industrial. Durante este período, a desigualdade social se intensificou à medida que o capitalismo se consolidava, levando à ampliação da pobreza em uma sociedade que, paradoxalmente, passava a produzir mais riquezas. A pobreza deixou de ser apenas uma consequência da escassez e passou a ser gerada pelas próprias condições do sistema capitalista. Este fenômeno não foi apenas uma característica da época, mas sim um reflexo das contradições inerentes ao próprio processo de acumulação capitalista.

A partir de então, o conceito de “questão social” foi utilizado para designar as manifestações de desigualdade e exclusão que surgiam com a expansão do capitalismo. No entanto, com o tempo, esse conceito começou a ser naturalizado, especialmente no pensamento conservador, que passou a tratar a questão como uma questão administrativa ou moral, sem questionar os fundamentos do sistema econômico. A visão conservadora sugeria que, embora a desigualdade fosse um problema real, sua resolução não deveria interferir nas estruturas sociais e econômicas que as geravam, ou seja, não deveria desafiar a ordem burguesa (Netto, 2001, p. 43-44).

Por outro lado, o pensamento marxista trouxe uma compreensão mais profunda da “questão social”, ligando-a diretamente à exploração do trabalho pelo capital. Para Marx, a questão social não era apenas um problema que surgia em sociedades capitalistas, mas um fenômeno estrutural e necessário dentro desse sistema. A dinâmica de acumulação capitalista gerava, por sua própria natureza, as contradições sociais e econômicas que levavam à pobreza,

à desigualdade e à marginalização. A "questão social", portanto, não poderia ser resolvida sem a superação da ordem capitalista (Netto, 2001, p. 45-46).

Esse entendimento marxista da "questão social" também reflete a percepção de que a luta dos trabalhadores deveria ir além das reformas superficiais e procurar uma transformação profunda da sociedade. A resolução da "questão social" não se daria através de medidas paliativas ou reformistas, mas sim pela superação do próprio sistema capitalista que cria e recria as condições de exploração e desigualdade. Nesse sentido, a "questão social" é vista como indissociável do próprio processo de desenvolvimento do capitalismo e suas formas de exploração (Netto, 2001, p. 48-49).

Dessa maneira, a compreensão da "questão social" enquanto expressão das contradições estruturais do capitalismo também permite identificar que a formulação e o reconhecimento de direitos resultam, em grande medida, das reivindicações históricas da classe trabalhadora. Foi a mobilização coletiva desses sujeitos, organizada em movimentos, greves e lutas por melhores condições de vida, que pressionou o Estado a reconhecer e incorporar tais demandas na forma de políticas públicas (Iamamoto, 2007, p. 160).

Relacionando os aspectos dos direitos e a relação com a história, observa-se que para as pessoas com deficiência possuem particularidades que se apresentarão no item a seguir.

1.2 Aspectos Históricos dos Direitos da Pessoa com Deficiência

A história da pessoa com deficiência remonta às civilizações mais antigas, onde predominava um cenário de marginalização e abandono. Desde esse período, pessoas com deficiência eram frequentemente excluídas ou deixadas para morrer (Pacheco e Alves, 2007, p. 243; Gugel, 2015, p. 4 *apud* Corrent, 2016, p. 5). Na Antiguidade, essa visão perdurou, como exemplificado nas sociedades grega e romana. Na Grécia Antiga, a cultura da valorização do corpo perfeito implicava no abandono de crianças com deficiências, enquanto guerreiros mutilados em batalhas recebiam proteção estatal, refletindo um misto de marginalização e assistencialismo. Esparta, em particular, abandonava recém-nascidos considerados fracos, prática legitimada pelos ideais de perfeição física e pela ideia de que esses indivíduos seriam um fardo para a sociedade (Pacheco e Alves, 2007, p. 243; Corrent, 2016, p. 4-6).

No entanto, houve variações culturais nesse período. No Egito Antigo, por exemplo, as pessoas com deficiência eram tratadas com mais compaixão e integradas às diferentes camadas

sociais. Há evidências de que indivíduos com nanismo ou cegueira tinham papéis de destaque e recebiam honrarias após a morte (Corrent, 2016, p. 3). Essa abordagem mais humanitária, embora não predominante no mundo antigo, reflete que o tratamento das pessoas com deficiência dependia muito das particularidades culturais e sociais de cada civilização, no caso do Antigo Egito, “esse comportamento vinha principalmente das crenças religiosas praticadas pelo povo egípcio, e da sua intensa busca pela espiritualidade” (Anatalino, 2017).

Na Roma Antiga havia um menosprezo à pessoa com deficiência semelhante ao que existia na Grécia. Romanos possuíam permissão de sacrificar filhos que nascessem com essa condição. Entretanto, com o advento do Cristianismo, houve uma mudança significativa. A nova doutrina trouxe à tona a caridade e a preocupação com os menos favorecidos, incluindo as pessoas com deficiência. Foi a partir dessa influência que surgiram os primeiros hospitais de caridade, mudando parcialmente a percepção social dessas pessoas, embora o preconceito e o estigma ainda persistissem (Corrent, 2016, p. 6-8).

A Idade Média trouxe ambiguidades para a questão da deficiência. Por um lado, pessoas com deficiência foram colocadas sob o amparo de instituições religiosas, mas, por outro, continuavam a ser vistas como carregadoras de pecados ou manifestações de castigos divinos. Asilos e conventos tornaram-se refúgios para essas pessoas, que eram frequentemente vistas como objetos de caridade, mas sem integração efetiva na vida social (Pacheco e Alves, 2007, p. 243; Silva, 2010, p. 40-41 *apud* Corrent, 2016, p. 8).

Foi somente com o avanço da medicina no século XIX que as pessoas com deficiência começaram a ser vistas sob uma ótica mais científica. Médicos e estudiosos, como Pinel e Esquirol, começaram a explorar a deficiência como uma condição médica, marcando uma transição da visão religiosa para uma abordagem mais focada na reabilitação e tratamento (Pacheco e Alves, 2007, p. 244). A Revolução Industrial também teve um impacto significativo, ao associar a utilidade de cada cidadão ao seu potencial produtivo. Essa época viu o início de esforços educacionais para integrar as pessoas com deficiência à força de trabalho, destacando a valorização do indivíduo capaz de contribuir economicamente (Pacheco e Alves, 2007, p. 244).

No entanto, a grande mudança de paradigma ocorreu no início do século XX, particularmente após as Guerras Mundiais. Durante e após a Primeira Guerra Mundial, a reabilitação ganhou força como um campo de atuação e responsabilidade social. O número crescente de soldados mutilados e incapacitados pela guerra forçou governos a repensarem políticas de inclusão e reabilitação, dando início ao que seria o começo de uma era mais

institucionalizada de apoio às pessoas com deficiência (Pacheco e Alves, 2007, p. 244-245; Corrent, 2016, p. 9).

Em um período marcado pelo assistencialismo, ainda prevalecia a visão de que as pessoas com deficiência precisavam ser protegidas e, de certa forma, segregadas para receber tratamento adequado. Mas a partir da Segunda Guerra Mundial, houve uma expansão no entendimento da reabilitação e das capacidades dessas pessoas. A demanda por trabalhadores, aliada ao exemplo de líderes como Franklin D. Roosevelt, demonstrou que as pessoas com deficiência poderiam desempenhar papéis de destaque na sociedade, alterando a percepção de suas capacidades e direitos (Pacheco e Alves, 2007, p. 245).

A trajetória histórica dos direitos das pessoas com deficiência revela um longo percurso de exclusão, estigmatização e assistencialismo, profundamente marcado por contextos culturais, religiosos e políticos que moldaram a percepção social dessa população ao longo dos séculos. No entanto, a partir de momentos cruciais, como as Guerras Mundiais e os avanços científicos e sociais, novas concepções sobre deficiência emergiram, abrindo caminho para a reabilitação, a inclusão e o reconhecimento de direitos. Essa transformação global lança as bases para compreender o processo específico de construção dos direitos das pessoas com deficiência no Brasil, o que será abordado a seguir.

1.3 Linha Histórica Sobre o Direito das Pessoas com Deficiência no Brasil

Ribeiro e Oliveira (2022, p. 515) apresentam em seu artigo que a luta política das pessoas com deficiência tem suas raízes em um contexto histórico marcado pela exclusão e pelo assistencialismo. Durante séculos, a deficiência foi tratada sob uma ótica religiosa, médica e estigmatizante, reforçando barreiras sociais e culturais que impediram a participação plena dessas pessoas na sociedade. A Revolução Industrial agravou essa situação ao enfatizar a produtividade como valor central, marginalizando ainda mais aqueles que não se encaixavam nos padrões impostos pelo sistema capitalista.

No Brasil, o atendimento institucional às pessoas com deficiência começou no período imperial, com a criação do Imperial Instituto dos Meninos Cegos, em 1854, e do Instituto dos Surdos-Mudos, em 1857, ambos com um modelo educacional baseado no sistema europeu. A abordagem predominante restringia-se à adaptação dos indivíduos à sociedade, sem modificar as estruturas que impunham sua exclusão. Esse modelo assistencialista foi mantido ao longo do século XX, com a fundação do Instituto Pestalozzi em 1926 e da Associação de Pais e Amigos

dos Excepcionais (APAE) em 1954, instituições que desempenharam papéis centrais na luta por direitos, mas ainda dentro de uma perspectiva integracionista (Ribeiro e Oliveira, 2022, p. 515-516).

A partir da década de 1950, influenciado pelos impactos da Segunda Guerra Mundial, o movimento mundial pelos direitos das pessoas com deficiência começou a se fortalecer. No Brasil, a criação da Legião Brasileira de Assistência (LBA) representou uma tentativa inicial do Estado de responder às demandas dessa população, ainda que sob uma perspectiva assistencialista (Ribeiro e Oliveira, 2022, p. 517). Após a Segunda Guerra, houve uma significativa mudança na percepção da sociedade em relação às pessoas com deficiência. A reabilitação passou a ser vista como uma responsabilidade social, impulsionada pelo crescente número de soldados incapacitados e pela necessidade de integrá-los novamente à vida produtiva. Esse contexto abriu caminho para a criação de políticas públicas inclusivas e a formalização dos direitos das pessoas com deficiência, tanto no âmbito global quanto no Brasil.

Um dos primeiros grandes marcos ocorreu em 22 de dezembro de 1971, com a Declaração dos Direitos de Pessoas com Deficiência Mental, adotada pela Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU). Esse documento reconheceu a necessidade de proteção dos direitos das pessoas com deficiência mental e orientou a criação de políticas que assegurassem o tratamento adequado e a inclusão social desse grupo (ONU, 1971). Logo em seguida, em 9 de dezembro de 1975, a ONU ampliou esses direitos com a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, reconhecendo formalmente as demandas de todas as pessoas com deficiência, independentemente do tipo, e incentivando a adoção de medidas globais para a sua proteção (ONU, 1975).

A Declaração de Alma-Ata (documento final da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde - no Cazaquistão, antiga União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) -), assinada em 12 de setembro de 1978, trouxe a ideia de "saúde para todos", estabelecendo a saúde como um direito humano universal (Souza e Costa, 2010, p. 510). Esse documento influenciaria diretamente a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

No final da década de 1970, pessoas com deficiência começaram a se organizar politicamente, formando associações e coletivos que passaram a reivindicar diretamente seus direitos, inaugurando uma nova fase do movimento (Ribeiro e Oliveira, 2022, p. 517). Segundo Maior (2017) *apud* Ribeiro e Oliveira (2022, p. 517), a participação de forma política das pessoas com deficiência no Brasil pode ser dividida em duas fases: a primeira, marcada pelo protagonismo das famílias e das instituições de atendimento; e a segunda, com a emergência da

narrativa "nada sobre nós, sem nós", na qual as próprias pessoas com deficiência assumem a liderança da luta por direitos. Essa transição gerou disputas internas no movimento, especialmente entre os que defendiam um modelo médico-assistencialista e os que adotavam o modelo social da deficiência, que enfatiza a necessidade de mudanças estruturais na sociedade para garantir a plena inclusão.

Durante a Assembleia Constituinte de 1987-1988, os movimentos sociais desempenharam um papel fundamental na inclusão dos direitos das pessoas com deficiência na Constituição Federal de 1988. Essa mobilização garantiu avanços significativos, como a constitucionalização do direito à saúde, à educação e ao trabalho para essa população.

Em 5 de outubro de 1988, a Constituição Federal do Brasil foi promulgada (Brasil, 1988), garantindo o direito universal à saúde, como explícito em seu artigo 6º:

Art. 6º São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (Brasil, 1988, Art. 6)

E reforçando os direitos das pessoas com deficiência em seu artigo 23, inciso II:

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

II - cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas portadoras de deficiência. (Brasil, 1988, Art. 23)

Logo após a promulgação da Constituição, foi sancionada, em 24 de outubro de 1989, a Lei nº 7.853, que tratava do apoio às pessoas com deficiência no Brasil, estabelecendo diretrizes para a implementação de políticas públicas que assegurassem a assistência, a reabilitação e a inclusão dessas pessoas em diversos âmbitos da vida social (Brasil, 1989). No ano seguinte, em 19 de setembro de 1990, foi promulgada a Lei nº 8.080, conhecida como a Lei Orgânica da Saúde, que criou o SUS e reforçou a ideia de que a saúde é um direito universal (Brasil, 1990). Esse sistema permitiu a implementação de ações voltadas à reabilitação e ao cuidado das pessoas com deficiência.

Nos anos seguintes, foram criadas políticas públicas específicas. No entanto, a implementação dessas políticas sempre dependeu da pressão contínua dos movimentos sociais (Ribeiro e Oliveira, 2022, p. 518).

O final da década de 1990 foi marcado por avanços importantes. Em 20 de dezembro de 1999, foi promulgado o Decreto nº 3.298, que instituiu a Política Nacional de Integração da Pessoa com Deficiência, estabelecendo diretrizes para garantir a inclusão social e a equiparação de oportunidades para essas pessoas (Brasil, 1999). Esse decreto visava articular ações governamentais e promover a reabilitação e inclusão por meio de políticas públicas específicas.

No século XXI, em 22 de maio de 2001, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), alterando a definição de deficiência e promovendo uma visão mais abrangente, que inclui não só aspectos médicos, mas também fatores sociais e ambientais (Barreto *et al.*, 2021, p. 208). Pouco tempo depois, em 5 de junho de 2002, a Portaria nº 1.060 estabeleceu a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência no Brasil (Brasil, 2002), formalizando ações dentro do SUS para assegurar que essas pessoas tivessem acesso a serviços especializados de saúde.

Outro marco significativo foi a aprovação da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência pela ONU em 13 de dezembro de 2006 (Brasil, 2016, p. 17-21). O Brasil ratificou essa convenção com o Decreto Legislativo nº 186, em 9 de julho de 2008 (Brasil, 2008; Brasil, 2016, p. 13), além de, através do Decreto nº 6.949 de 25 de agosto de 2009, promulgá-la juntamente com seu Protocolo Facultativo (Brasil, 2009), o que deu força de lei aos direitos das pessoas com deficiência no país. Essa convenção tornou-se um referencial fundamental na luta pela inclusão e pela garantia de direitos.

Além disso, o fortalecimento dos conselhos de direitos proporcionou novos espaços de participação e controle social, permitindo maior protagonismo das pessoas com deficiência na formulação de políticas públicas. Contudo, desafios persistem, como a fragmentação dos movimentos sociais e a necessidade de maior articulação entre os diferentes segmentos da luta política (Ribeiro e Oliveira, 2022, p. 518-519).

Em 17 de novembro de 2011, foi instituído o Plano Viver Sem Limite, pelo Decreto nº 7.612, que promoveu uma série de políticas públicas voltadas à melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência no Brasil (Brasil, 2011). Esse plano foi responsável pela criação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) e dos Centros Especializados em Reabilitação (CERs) (Brasil, 2013, p. 69-71). Logo após, em 24 de abril de 2012, foi publicada a Portaria nº 793, que instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) no âmbito do SUS (Brasil, 2012), consolidando a estrutura de apoio e reabilitação oferecida aos cidadãos com deficiência. Em complemento, no dia seguinte, em 25 de abril de 2012, foi

publicada a Portaria nº 835, que instituía incentivos financeiros de investimento e de custeio para o componente “Atenção Especializada” da RCPcD (Brasil, 2012).

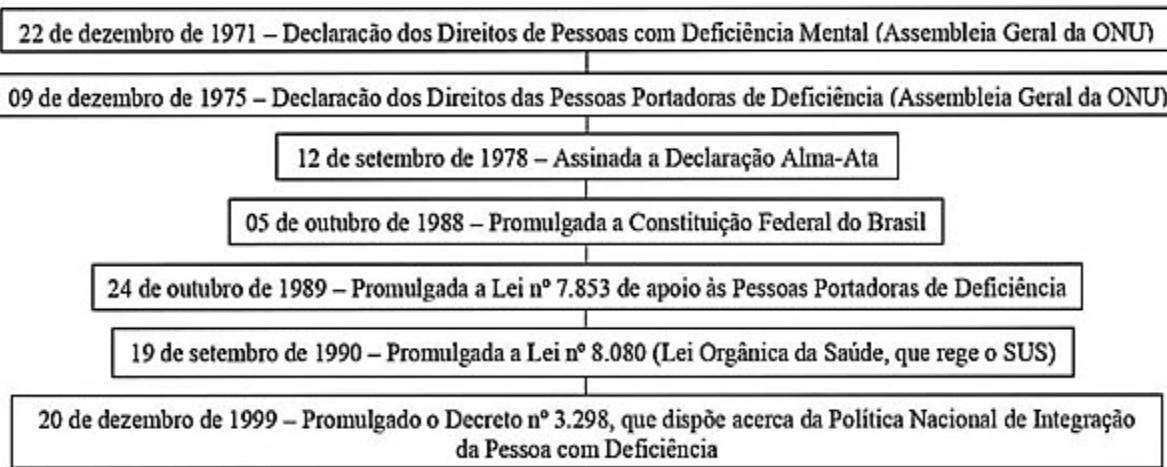
A trajetória de inclusão foi reforçada ainda mais pela Lei nº 13.146, instituída em 6 de julho de 2015. Conhecida como Lei Brasileira de Inclusão (LBI) (Brasil, 2015), essa legislação visou garantir a inclusão plena das pessoas com deficiência na sociedade, assegurando seus direitos em áreas fundamentais, como saúde, educação e assistência social (Brasil, 2016, p. 69-110).

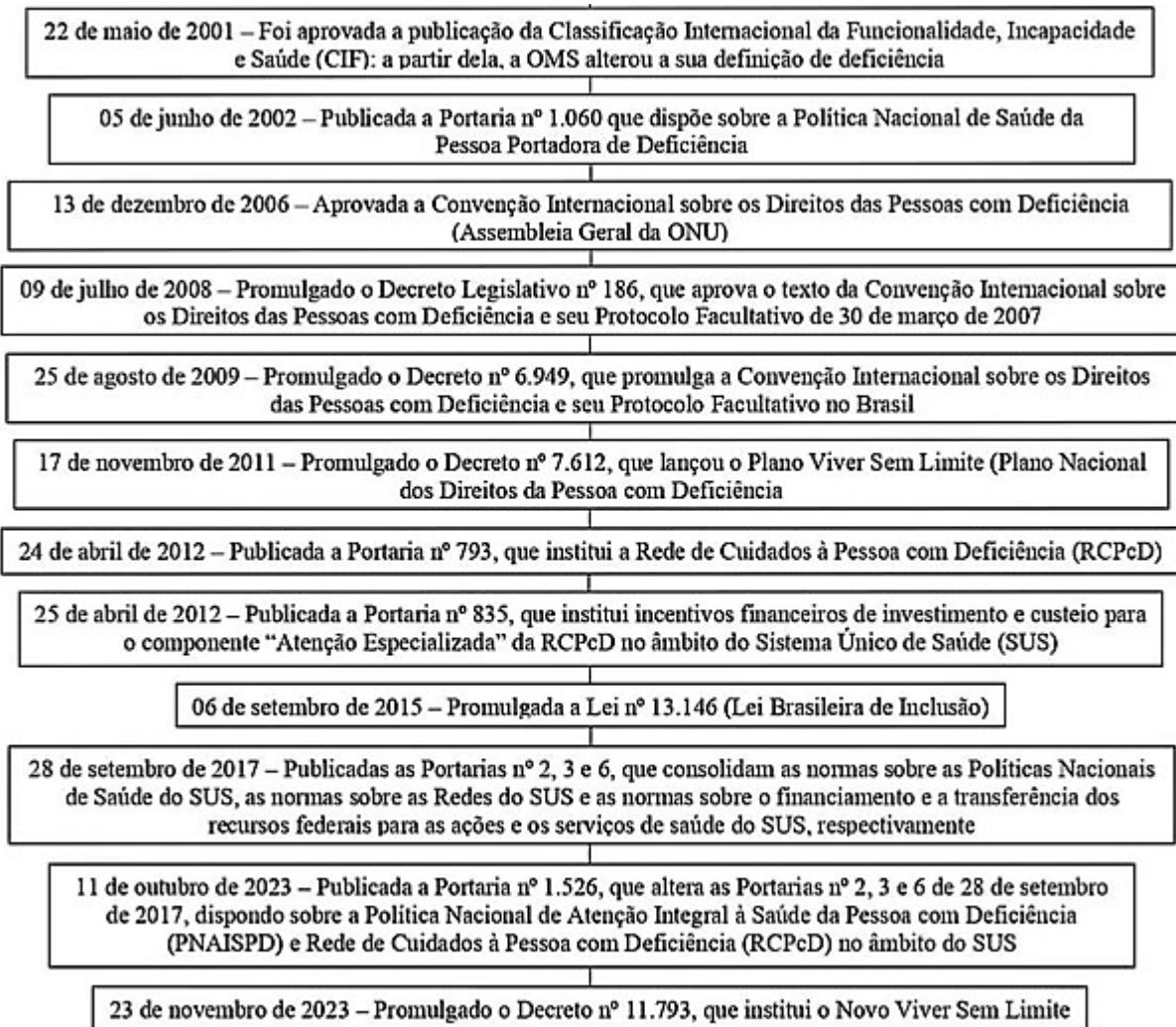
Os avanços recentes também merecem destaque. Em 28 de setembro de 2017, foram publicadas as Portarias nº 2, 3 e 6, que consolidaram as normas sobre as Políticas Nacionais de Saúde, Redes de Atendimento - incluindo a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência - e o financiamento e transferência dos recursos da União para ações e serviços do SUS (Brasil, 2017). Essas normas reforçaram o compromisso do SUS em garantir o atendimento integral e especializado. Posteriormente, em 11 de outubro de 2023, a Portaria nº 1.526 alterou essas normativas, reafirmando a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e buscando otimizar os serviços oferecidos pela rede (Brasil, 2023).

Por fim, em 23 de novembro de 2023, foi promulgado o Decreto nº 11.793, que instituiu o Novo Viver Sem Limite (Brasil, 2023). Esse decreto atualizou e ampliou as ações voltadas às pessoas com deficiência, assegurando a continuidade e expansão das políticas já implementadas pelo Plano Viver Sem Limite, como a criação dos CERs, que se tornaram um dos pilares fundamentais da reabilitação no Brasil (Brasil, 2025, p. 6-8).

A linha do tempo acima descrita está resumida e ilustrada na figura 1.

Figura 1 – Linha do tempo do histórico de conquistas, políticas públicas e direitos da pessoa com deficiência no Brasil.





Fonte: A autora (2025), com base nas legislações pertinentes do Brasil, ONU (1971 e 1975), Souza e Costa (2010) e Barreto *et al.* (2021)

A consolidação de políticas públicas ao longo do tempo mostra avanços importantes, ainda que acompanhados de desafios. É nesse cenário que se insere, por exemplo, o Plano Viver Sem Limite (citado anteriormente), sendo um marco recente dessa trajetória que será abordado mais profundamente no próximo capítulo.

2 DO PLANO VIVER SEM LIMITE AO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO DE NÍVEL IV

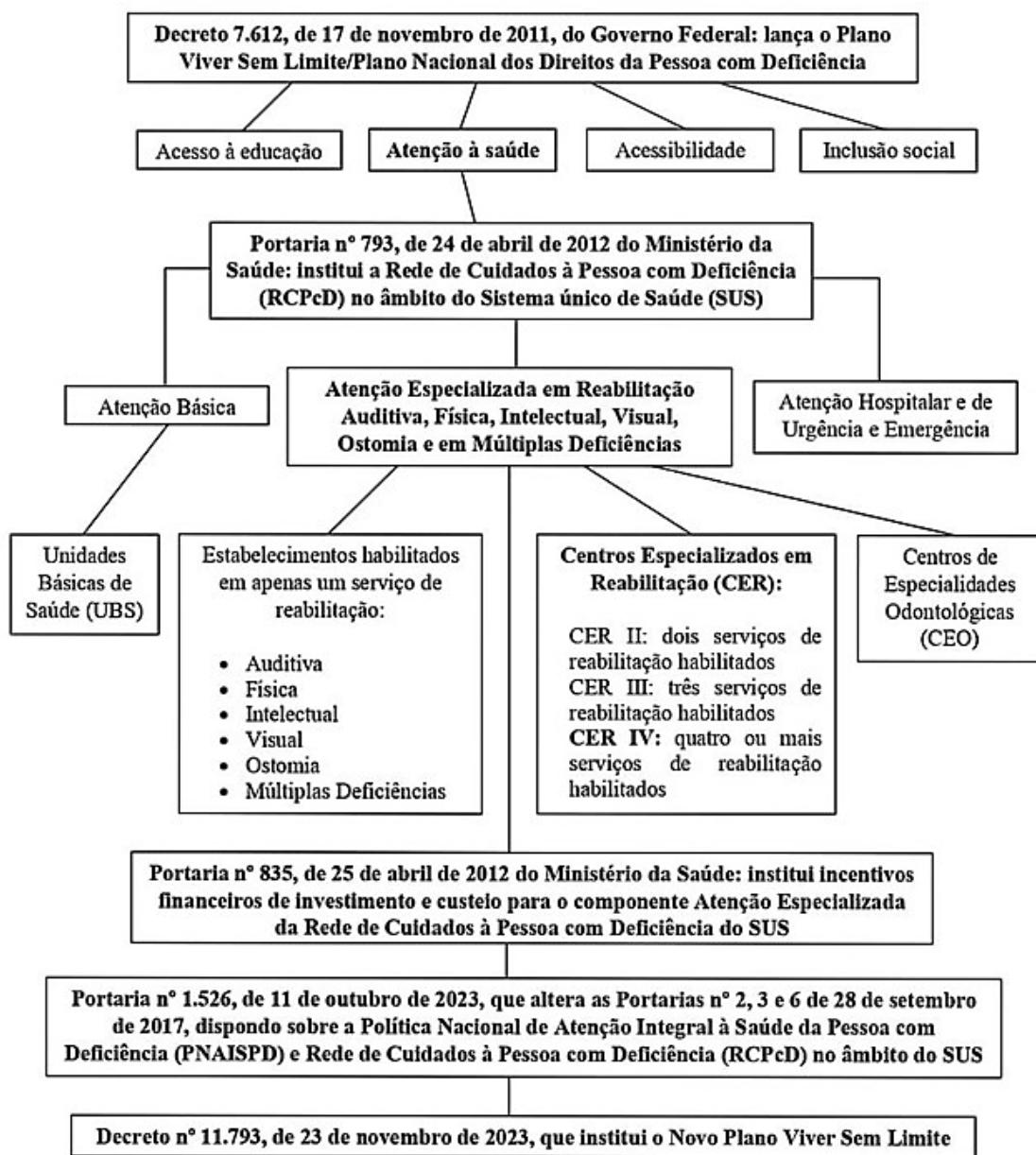
Este capítulo aborda a evolução do Plano Viver Sem Limite e sua relação com a criação dos Centros Especializados em Reabilitação de Nível IV (CER IV) e destaca as mudanças normativas e políticas que marcaram esse percurso. A partir desse contexto, busca-se

compreender como essas transformações impactaram a organização da rede de cuidados voltada às pessoas com deficiência no Brasil.

2.1 Surgimento e Caracterização

Para facilitar o entendimento e ilustrar onde estão localizados os CER IV dentro do Plano Viver Sem Limite, foi confeccionado o organograma da figura 2.

Figura 2 – Organograma: do Plano Viver Sem Limite ao Centro Especializado em Reabilitação de Nível IV e Novo Viver Sem Limite.



Fonte: A autora (2025), com base em Brasil (2011, 2012 e 2023).

Nele, é retomada uma parte do tópico 1.3 e sintetizada a trajetória normativa e a estrutura da atenção à saúde da pessoa com deficiência no Brasil, situando os Centros Especializados em Reabilitação de Modalidade IV no contexto do Plano Viver Sem Limite. O ponto de partida é o Decreto nº 7.612/2011, que, de acordo com Brasil (2011), institui o Plano, estruturado em quatro eixos: Acesso à Educação, Atenção à Saúde, Acessibilidade e Inclusão Social.

No eixo da Atenção à Saúde, a Portaria nº 793/2012, do Ministério da Saúde, cria a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) no SUS, composta por três níveis: Atenção Básica, Atenção Especializada em Reabilitação (Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências) e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. Na Atenção Básica, atuam as Unidades Básicas de Saúde (UBS); na Atenção Especializada, encontram-se tanto os estabelecimentos habilitados em apenas um tipo de reabilitação quanto os Centros Especializados em Reabilitação (CERs) e os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO). Os CER são organizados em níveis conforme a quantidade de serviços habilitados: o CER II: dois serviços, o CER III: três serviços e o CER IV: quatro ou mais serviços de reabilitação habilitados (Brasil, 2012).

O fortalecimento da Atenção Especializada é garantido por normas como a Portaria nº 835/2012, que assegura incentivos financeiros para custeio e investimento (Brasil, 2012), e a Portaria nº 1.526/2023, que atualiza e consolida a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e a RCPcD no SUS (Brasil, 2023).

Por fim, o Decreto nº 11.793/2023 institui o Novo Plano Viver Sem Limite, reafirmando os compromissos com a inclusão, os direitos e o cuidado integral à pessoa com deficiência (Brasil, 2025), encerrando o percurso apresentado.

Após as últimas atualizações feitas no ano de 2023 nos atos normativos que interferem na estruturação da política de saúde da pessoa com deficiência, são perceptíveis algumas alterações de nomes dentro da política e rede de saúde da pessoa com deficiência. A título de complementação, o quadro 1 apresenta as principais:

Quadro 1 - Atualizações de nomes das políticas.

Nome anterior	Nome atual
Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência

Plano Viver Sem Limite	Novo Viver Sem Limite (continuação)
Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências	Atenção Especializada Ambulatorial

Fonte: A autora (2024).

Como mostra o quadro 1, após a Portaria nº 1.526, a Política Nacional de Saúde da Pessoa com Deficiência (desde 2002, com a Portaria 1.060) passou a se chamar Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) (Brasil, 2023). Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência: após o Plano Viver sem Limite (Decreto 7.612, de 2011) ter sido positivo, foi lançado o Novo Viver Sem Limite com o Decreto 11.793 de 2023 (Brasil, 2025). A Atenção Especializada em Reabilitação Auditiva, Física, Intelectual, Visual, Ostomia e em Múltiplas Deficiências da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPcD) (lançada pela Portaria 793/2012) se chama Atenção Especializada Ambulatorial após a Portaria 1.526/2023 (Brasil, 2023).

Para além da caracterização normativa e da trajetória de implantação dos Centros Especializados em Reabilitação (CERs), é essencial apresentar aspectos operacionais, estruturais e de gestão que definem a oferta desses serviços no SUS.

A responsabilidade pela oferta dos CERs é compartilhada entre os entes federativos, sendo que a habilitação e o financiamento se dão a partir de pactuação entre o gestor municipal ou estadual e o Ministério da Saúde. A União oferece incentivos financeiros de custeio e investimento, cabendo aos gestores locais a elaboração de propostas de implantação com base em critérios técnicos e epidemiológicos (Brasil, 2014, p. 53-54).

A implantação dos CERs é orientada pela identificação de vazios assistenciais e pela análise da capacidade instalada do território. Dessa forma, o porte populacional e a estrutura da rede de atenção local são considerados (Brasil, 2014, p. 141). Embora não exista uma norma que fixe de forma rígida o número mínimo de habitantes por município para a implantação de um CER, de acordo com Brasil (2014, p. 141), a priorização recai sobre regiões com maior densidade populacional e ausência de serviços de reabilitação múltipla já habilitados. A proposta deve evidenciar a capacidade técnica, estrutural e de pessoal para atender as devidas modalidades de reabilitação (Brasil, 2012).

A composição da equipe mínima nos CERs é detalhada em normativas do Ministério da

Saúde e varia de acordo com o tipo de CER (II, III ou IV) e as modalidades ofertadas. De acordo com Brasil (2012), para os CERs, a equipe multiprofissional mínima obrigatória deve conter: médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, assistente social e enfermeiro. Além disso, compõem a carga horária obrigatória os profissionais eletivos, como psicólogo, pedagogo, nutricionista, professor de educação física, entre outros. A presença de nutricionista, por exemplo, é obrigatória nos serviços com modalidade de reabilitação física que incluem atenção à pessoa estomizada (Brasil, 2020, p. 69). Os gestores locais têm autonomia para ajustar as categorias profissionais eletivas e opcionais conforme a demanda do território e a modalidade habilitada, desde que respeitadas as cargas horárias mínimas estipuladas (Brasil, 2020, p. 69).

No que diz respeito à estrutura e aos serviços ofertados, os CERs são considerados pontos de atenção ambulatorial especializada (Brasil, 2025) de média e alta complexidade (Brasil, 2020, p. 34). Oferecem diagnóstico, tratamento, concessão, adaptação e manutenção de tecnologias assistivas (como órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), além de acompanhamento multiprofissional em reabilitação. O CER IV, em específico, realiza atendimentos nas quatro modalidades de reabilitação — auditiva, física, intelectual e visual — (Brasil, 2025), com a possibilidade de incorporar oficinas ortopédicas e outros serviços complementares conforme o planejamento regional.

Atualmente, existem 324 CERs habilitados no Brasil, distribuídos entre os níveis II, III e IV. Desses, 188 são CER II, 83 são CER III e 53 são CER IV (Brasil, 2025).

A trajetória normativa e a estruturação dos CER IV no âmbito do Plano Viver Sem Limite estabelecem as bases para compreender sua consolidação e os desafios enfrentados, aspectos que serão analisados à luz das políticas adotadas nos diferentes governos brasileiros.

2.2 O Plano Viver sem Limite nos Governos Brasileiros: Dilma, Temer, Bolsonaro e Lula

Como apresentado anteriormente, o Plano Viver sem Limite foi instituído em 2011, no governo de Dilma Rousseff, com a proposta de articular ações intersetoriais voltadas à promoção, proteção e garantia de direitos. Sua implementação e continuidade atravessaram diferentes contextos políticos, marcados por mudanças de governo, crises institucionais e reconfigurações nas políticas sociais. A análise comparativa desses períodos permite compreender como a conjuntura política influenciou a execução e os resultados do plano.

2.2.1 Governo de Dilma Vana Rousseff (2011-2016)

O Viver sem Limite (VSL) nasceu no mandato de Dilma, em um cenário de continuidade das políticas sociais dos governos petistas de Luiz Inácio Lula da Silva (2003-2010), com base em uma coalizão que, segundo Júnior (2020, p. 15-19), mantinha apoio popular, mas enfrentava tensões crescentes no interior do bloco no poder. O programa previa investimentos na saúde, educação, inclusão social e acessibilidade, estruturando ações como a expansão dos serviços de saúde no SUS (Brasil, 2011). Melo e Vieira (2022, p. 126) apontam que, nos primeiros anos do VSL, houve ampliação da rede, resultado da execução orçamentário-financeira e da articulação federativa. Além disso, mostram também que o programa não teve fim em 2014, como previsto, e que metade das metas definidas para o primeiro período foram atingidas até aquele ano (Melo e Vieira, 2022, p. 132). O plano continuou em vigência, com metas para 2016-2019 (Melo e Vieira, 2022, p. 126).

De acordo com Júnior (2020, p. 23), a conjuntura do governo de Rousseff começou a se deteriorar a partir de 2013, com mobilizações de massa e disputas entre frações da burguesia, gerando instabilidade. Ainda assim, até o processo de impeachment que viria a acontecer em 2016 (Júnior, 2020, p. 29), a gestão manteve o investimento e a implementação de ações previstas no plano, buscando dar continuidade às metas pactuadas (Melo e Vieira, 2022, p. 125). Após o impeachment da presidente, assumiu o cargo de chefe do governo o seu até então vice, Michel Temer (Júnior, 2020, p. 31).

2.2.2 Governo de Michel Miguel Elias Temer Lulia (2016-2018)

A chegada de Michel Temer à presidência, caracterizada por Júnior (2020, p. 141) como uma ruptura no bloco no poder, implicou mudanças na condução da política econômica e social. Houve priorização de uma agenda de austeridade, materializada na Emenda Constitucional nº 95/2016 (do teto de gastos), que congelou os gastos públicos por 20 anos. Melo e Vieira (2022, p. 125) indicam que, nesse contexto, as ações do Viver sem Limite sofreram impactos significativos, especialmente na ampliação e manutenção da rede, pois a partir de 2018 houve perda de prioridade do Eixo de Atenção à Saúde do plano, que deixou de ocupar posição central na agenda governamental. Essa mudança esteve associada ao cenário de restrição orçamentária agravado pelo teto de gastos, o que afetou também áreas estratégicas como o SUS, limitando recursos e inviabilizando a expansão de políticas e serviços voltados às pessoas com deficiência.

Embora algumas iniciativas tenham sido mantidas, a lógica de contenção orçamentária reduziu consideravelmente os incentivos financeiros do programa. O foco em ajustes fiscais e reformas estruturais desviou a centralidade das políticas sociais, tornando a execução do plano menos dinâmica e menos prioritária.

Após a vitória de Jair Bolsonaro nas eleições do ano de 2018, ele assumiu a presidência da república no dia 1º de janeiro de 2019.

2.2.3 Governo de Jair Messias Bolsonaro (2019-2022)

O governo Bolsonaro representou, segundo Júnior (2020, p. 97), uma nova configuração política, com a ascensão de uma direita radicalizada, rompendo com parte do sistema político tradicional. A condução das políticas sociais passou a se orientar por uma lógica de desmonte ou reconfiguração de programas existentes, com ênfase em medidas focalizadas e redução do papel do Estado. Algo que evidenciou isso, como apresenta Barifouse (2021), foi o Decreto nº 10.502/2020, que instituiu uma nova Política Nacional de Educação Especial e resgatou a possibilidade de incentivar escolas e classes especiais para alunos com deficiência que “não se beneficiavam” da educação regular. Tal medida, suspensa pelo Supremo Tribunal Federal (STF) após questionamento do Partido Socialista Brasileiro, foi duramente criticada por especialistas, como a pedagoga Maria Teresa Mantoan, da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), que classificou a política como um retrocesso de quase três décadas. Para ela, o decreto contrariou a Constituição de 1988 e a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), uma vez que representou um retorno à perspectiva médica da deficiência, vigente até 2008, que responsabilizava o indivíduo em vez de reconhecer as barreiras sociais como fatores limitantes. Além disso, Mantoan denunciou que, na prática, a medida poderia direcionar recursos públicos para instituições privadas, enfraquecendo o processo de inclusão escolar que, segundo dados do Censo Escolar, já havia garantido que mais de 90% dos estudantes com deficiência estivessem matriculados em escolas regulares.

Melo e Vieira (2022, p. 134-135) mostram que, nesse período, a ausência de uma diretriz clara para o Viver sem Limite resultou na descontinuidade prática de várias ações. A pandemia de covid-19 agravou o cenário, impactando diretamente os serviços. Apesar disso, os recursos continuavam sendo executados, de um modo automático.

Após uma acirrada disputa entre Bolsonaro e Luiz Inácio nas eleições de 2022, Lula foi eleito para um terceiro mandato presidencial, marcando o retorno do Partido dos Trabalhadores

ao poder em um cenário político polarizado e desafiador, caracterizado por profundas divisões ideológicas (Fernandes e Fernandes, 2024, p. 138) e pela necessidade de reconstrução de políticas públicas fragilizadas nos anos anteriores.

2.2.4 Governo de Luiz Inácio Lula da Silva (2023-atual)

O retorno de Lula ao poder em 1º de janeiro de 2023 trouxe expectativas de retomada de políticas sociais e de reconstrução do Estado de bem-estar, rompendo com a agenda de austeridade implementada nos governos anteriores (Fernandes e Fernandes, 2024, p. 126).

Ainda no ano de 2023, em novembro, o Governo Federal, em conjunto com diversos ministérios, lançou o Novo Viver sem Limite, a segunda edição do Plano Viver sem Limite, após 12 anos do lançamento da primeira edição (Brasil, 2025).

O projeto de 2023 é um aperfeiçoamento e ampliação do de 2011, tendo como novos eixos: gestão e participação social, enfrentamento ao capitalismo e à violência, acessibilidade e tecnologia assistiva e promoção do direito à educação, à assistência social e à saúde, e de outros direitos econômicos, sociais, culturais e ambientais (Brasil, 2025). Segue sendo executado até o momento atual.

3 O SERVIÇO SOCIAL NA SAÚDE E OS DESAFIOS DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ASSISTENTES SOCIAIS NOS CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO DE NÍVEL IV DO PLANO VIVER SEM LIMITE

Este capítulo propõe uma análise da atuação do Serviço Social no campo da saúde, com ênfase nos desafios enfrentados pelos assistentes sociais nos Centros Especializados em Reabilitação de Modalidade IV (CER IV). Para isso, parte-se de um resgate histórico da profissão no Brasil, destacando suas transformações metodológicas e ético-políticas ao longo do tempo, bem como sua inserção progressiva nas políticas públicas de saúde. A seguir, busca-se compreender como se deu a articulação entre os processos históricos da saúde e do Serviço Social, refletindo sobre as particularidades do exercício profissional na atualidade, especialmente no contexto da atenção à pessoa com deficiência. Por fim, o capítulo aprofunda os principais desafios enfrentados nos CER IV, considerando as expressões da questão social,

as desigualdades estruturais e as tensões entre os princípios do projeto ético-político profissional e a realidade concreta dos serviços.

3.1 Aspectos Históricos do Serviço Social no Brasil

De acordo com Aguiar (1995, p. 29-66), a trajetória do Serviço Social no Brasil é marcada por períodos de mudanças, desafios e resistências. Sua gênese se deu em 1936 com a primeira escola de Serviço Social em São Paulo, onde com a influência franco-belga e da doutrina da Igreja Católica/Neotomismo era caracterizado por ter um caráter conservador, vocacional, moralista, confessional e até mesmo manipulador (explicação que se alinha à chamada tese endógena sobre a origem da profissão, que enfatiza a evolução da caridade, da filantropia e da ideologia cristã formalizada em práticas profissionais (Montaño, 2007, p. 19-20). No entanto, há uma postura teórica alternativa (a tese histórico-crítica) que situa a gênese profissional no contexto do capitalismo monopolista (Montaño, 2007, p. 30), no qual o Serviço Social é entendido como uma especialização técnica demandada pela expansão estatal de políticas sociais com o objetivo de lidar com a “questão social” e controlar as contradições da ordem burguesa (Iamamoto e Carvalho, 1983, p. 77). Essa abordagem crítica mostra que a profissionalização do Serviço Social ultrapassa as raízes religiosas, constituindo-se como instrumento de intervenção estatal e de mediação frente às tensões entre capital e trabalho no capitalismo monopolista (Netto, 1992 *apud* Montaño, 2007, p. 32).

Os anos de 1940 a 1960 foram marcados pelo Serviço Social num período desenvolvimentista. Com isso, a profissão se viu obrigada a pensar por uma via mais moderna, se aproximando do Serviço Social norte-americano (também por motivos geopolíticos), incorporando o pensamento filosófico de cunho funcionalista/positivista, com critérios técnicos e científicos ao Neotomismo. Nesse período, surgiu o Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade.

Como mencionado por Netto (2017, p. 30-35), especialmente entre as décadas de 1960 e 1970, o país passou por intensos processos de industrialização e urbanização, o que, de acordo com Assumpção e Carrapeiro (2014, p. 106), impulsionou transformações sociais significativas, e, consequentemente, o modo de exercício profissional do Serviço Social. Nesse período, o Serviço Social se adequou às exigências da autocracia burguesa, agindo com neutralidade quanto às contradições existentes na sociedade sob a ótica positivista/funcionalista.

Dos anos de 1965 a 1975 ocorreu o movimento de Reconceituação do Serviço Social, que foi imprescindível para se chegar ao Serviço Social que hoje conhecemos, após passar pela fenomenologia e chegar ao materialismo histórico-dialético de Marx (Iamamoto, 2007, 2015, 2016 *apud* Iamamoto, 2017, p. 25).

Segundo Assumpção e Carrapeiro (2014, p. 109-110), entre os anos 1975 e 1979 houve hegemonia no processo de reatualização do conservadorismo, onde houve um resgate do Serviço Social tradicional, e sob a ótica fenomenológica possuía ações psicologistas, sem questões de ordem social e conjuntura.

No ano de 1979 houve o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), um marco na história do Serviço Social, conhecido atualmente como “Congresso da Virada”. Nele, ficou clara uma intenção de ruptura da categoria com a herança teórica e metodológica conservadora e houve uma aproximação do materialismo histórico-dialético (Assumpção e Carrapeiro, 2014, p. 110).

A partir desse tempo histórico se iniciou o Movimento de Reconceituação do Serviço Social, que se expandiu na década de 90. Todo esse conjunto de determinantes formularam a denominada “direção social da profissão”. Como fruto dessa reconceituação, foi designado o conjunto CFESS/CRESS (Conselho Federal de Serviço Social e Conselho Regional de Serviço Social, respectivamente) e se atualizou o Código de Ética Profissional do/a Assistente Social no ano de 1993, sendo o que prevalece até os dias atuais (Abramides, 2016, p. 459-468).

3.2 Histórico da Política de Saúde e o Serviço Social na Saúde

De acordo com Bravo (2009, p. 89), nos séculos XVIII e XIX, a assistência à saúde era marcada por iniciativas filantrópicas (como no caso das Santas Casas de Misericórdia) e pela prática liberal. A Revolução Industrial e o advento das ideias liberais ampliaram as perspectivas de saúde, mas sem intervenções significativas do Estado. Durante o século XIX, por causa de transformações políticas e econômicas, o foco recaiu sobre a saúde pública, evidenciada pela necessidade de controle de epidemias, como a varíola e a febre amarela. Este contexto deu origem às primeiras iniciativas governamentais, destacando-se a vigilância do exercício profissional e a implementação de campanhas de vacinação limitadas.

Até que, no início do século XX, a saúde começou a ser reconhecida como uma questão social, e questões como higiene e saúde do trabalhador passaram a ter mais relevância. A industrialização e a luta dos trabalhadores impulsionaram a necessidade de intervenção estatal,

culminando na criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (conhecida como Lei Elói Chaves) em 1923, que, dentre outros direitos, buscavam oferecer benefícios de saúde aos trabalhadores urbanos (Bravo, 2009, p. 90).

A partir de 1930, a intervenção estatal se intensificou com políticas sociais que buscavam responder às demandas sociais. O foco era a saúde pública e a medicina previdenciária, como no caso dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), sendo a primeira predominante até a década de 1960. O Estado implementou campanhas sanitárias e começou a interiorizar ações de saúde, embora a medicina previdenciária buscasse mais acumulação de reservas do que serviços efetivos (Bravo, 2009, p. 91-92).

Bravo (2009, p. 93-95) aborda que durante a ditadura, a saúde pública enfrentou uma fase de repressão e controle, com o governo implementando um modelo que privilegiava o setor privado. A previdência foi unificada em 1966, e a medicina curativa e assistencialista ganhou ênfase, alinhando-se aos interesses do capital. Apesar do aumento da cobertura, a qualidade dos serviços e a resolução de problemas estruturais na saúde continuaram a ser desafiadoras.

Na década de 1980, o Brasil passou por um período de transição democrática, após a ditadura militar, e enfrentou uma grave crise econômica que afetou significativamente a saúde pública. Esse período foi acompanhado por um intenso debate sobre saúde, que passou a ser visto como um direito social. Esse contexto mobilizou diversos atores sociais, como profissionais de saúde e movimentos populares, que lutaram por uma reforma sanitária que buscava a universalização do acesso e o fortalecimento do sistema público de saúde. A 8^a Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco importante, ampliando a discussão sobre saúde e cidadania, integrando a sociedade civil na discussão sobre saúde e culminando em avanços constitucionais, como a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), em 1987, que em 1988 passaria a se chamar Sistema Único de Saúde, o SUS que conhecemos hoje (Bravo, 2009, p. 95-99).

No ano de 1988 também foi promulgada a Constituição Federal, que assegurou avanços significativos, incluindo o direito universal à saúde e a descentralização do atendimento, introduzindo avanços que buscavam corrigir injustiças sociais secularmente acumuladas (Bravo, 2009, p. 96-97). Dois anos depois, em 1990, foi assinada a Lei 8.080, mais conhecida como Lei Orgânica da Saúde, que regulamenta o funcionamento do SUS e estabelece as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde (Brasil, 1990).

Ainda na década de 90, em 1997, foi publicada a Resolução nº 218/97 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que classifica o assistente social como profissional da área da saúde

(Brasil, 1997). Dois anos depois, no ano de 1999, foi publicada a Resolução nº 383/99 do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS), um marco significativo que estabelece a atuação do assistente social no campo da saúde, reconhecendo-o como um profissional essencial para a promoção e proteção da saúde da população. Este documento define diretrizes que orientam a prática dos assistentes sociais nas políticas de saúde, enfatizando a necessidade de uma abordagem intersetorial e a importância do trabalho em equipe multidisciplinar. A resolução destaca que os assistentes sociais são fundamentais para a construção de práticas que visam a equidade, a inclusão e o respeito aos direitos sociais, além de promover o acesso aos serviços de saúde (CFESS, 1999).

O documento de Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde (CFESS, 2010) complementa essa visão ao oferecer uma estrutura clara sobre as competências e atribuições profissionais. Esses parâmetros orientam a intervenção do assistente social nas diversas áreas da saúde, como na promoção da saúde mental, no atendimento a pessoas com doenças crônicas e na defesa dos direitos de grupos vulneráveis. A atuação do assistente social na saúde deve ser pautada por uma perspectiva crítica e reflexiva, que considere as especificidades dos contextos sociais e as necessidades dos usuários dos serviços.

Adicionalmente, o Parecer Jurídico nº 40/2022 reforça o reconhecimento da importância do assistente social no âmbito da saúde, afirmando que este profissional integra a equipe de saúde e possui direitos garantidos, como a acumulação de cargos. Essa possibilidade é justificada pela natureza do trabalho do assistente social, que, ao atuar em diferentes áreas, contribui de forma significativa para o fortalecimento da rede de proteção social e da saúde pública. Assim, o parecer consolida a posição do assistente social como um profissional indispensável para a efetivação de políticas públicas que buscam garantir direitos e promover a saúde de maneira integral (CFESS, 2022).

3.3 Intersecções Entre Histórico da Saúde e do Serviço Social no Brasil

Apesar dos documentos, pareceres e resoluções que regulamentam e instruem o trabalho dos(as) assistentes sociais na saúde serem recentes (do final do século XX até os dias atuais), a relação entre o Serviço Social e a saúde é antiga. Antes mesmo de ser considerado um curso das Ciências Sociais Aplicadas, o Serviço Social já foi considerado uma profissão da saúde.

Séculos XVIII e XIX: o Serviço Social ainda não existia no Brasil. A questão da saúde já existia, mas era marcada pela filantropia e pelo liberalismo;

Século XX: surgimento do Serviço Social no Brasil (1936) com influência europeia e base no Neotomismo (caráter conservador e moralista), nesse mesmo período a saúde passou a ser reconhecida como questão social, mas sem grandes avanços. Apenas aspectos como higiene e saúde do trabalhador, medicina previdenciária - até a década de 60 - e saúde pública (no controle de epidemias) eram considerados relevantes. De 1940 a 1960, o Serviço Social passou por um período desenvolvimentista e se aproximou do Serviço Social norte-americano, passando assim a incorporar o pensamento filosófico de cunho funcionalista/positivista a sua abordagem. Nessa fase surgiu o Serviço Social de Caso, Grupo e Comunidade. De 1964 a 1985 o Brasil passou pelo período da Ditadura Militar, uma fase de repressão e controle governamental autoritário (com privilégios ao setor privado, em um processo de modernização conservadora) que se estendeu pela saúde e o Serviço Social também. Nesse tempo histórico, a previdência foi unificada e surgiu uma medicina curativa e assistencialista (se alinhando aos interesses do capital). O mesmo ocorreu com o modo de exercício profissional da maioria dos assistentes sociais da época (1960 a 1970): se adequaram às exigências da autocracia burguesa. De 1965 a 1975, o Serviço Social passou pelo Movimento de Reconceituação, inspirado na fenomenologia, uma fase crucial para que se chegasse ao que é conhecido atualmente. De 1975 a 1979 houve uma Reatualização do Conservadorismo, onde aconteceu um resgate do Serviço Social tradicional, com ações mais psicologizantes. Ainda em 1979, aconteceu o III Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais (CBAS), mais conhecido como o Congresso da Virada, onde a maior parte da classe demonstrou interesse em uma Intenção de Ruptura com o conservadorismo, onde se tornou possível uma aproximação com o materialismo histórico-dialético. A partir daí, se iniciou o processo de democratização do Serviço Social, que se ampliou ainda mais nos anos 90. Esse conjunto foi crucial para a determinação da denominada “direção social da profissão”. O mesmo ocorreu no Brasil na década de 80 (passou por uma transição democrática após a queda da ditadura). Nela ocorreram diversos fatos, como a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986), a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) em 1987, que em 1988 passou a se chamar Sistema Único de Saúde (SUS) - nesse mesmo ano foi promulgada a Constituição Federal do Brasil de 88. Todos esses acontecimentos contribuíram para avanços significativos, incluindo o direito universal à saúde. Na década de 90, no ano de 1990, foi assinada a Lei nº 8.080 (Lei Orgânica da Saúde) que regulamenta o SUS. Em 1993, foi unido o conjunto CFESS/CRESS e foi atualizado o Código de Ética do/a Assistente Social, com princípios ligados à nova fase da profissão (CFESS, 1993, p. 17-18). Já em 1997, foi publicada a Resolução 218/97 do CNS, classificando o assistente

social como profissional da saúde. Em 1999, o CFESS publicou a Resolução 383/99 que também reconhece o assistente social como profissional da área e sua importância;

Século XXI: em 2010 o CFESS publicou o documento “Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde”, com competências e atribuições profissionais na área. Avançando um pouco no tempo, no ano de 2022, o Conselho Federal de Serviço Social publicou o Parecer Jurídico 40/2022, que reforça todas as normativas anteriores e a importância do assistente social na Política de Saúde, além de prever a possibilidade de acumulação de cargos.

3.4 O Exercício Profissional do Serviço Social na Saúde e nos Centros Especializados em Reabilitação

Iamamoto (2008, p. 27) afirma que o objeto de trabalho do Serviço Social é a questão social e suas diversas expressões. Segundo Iamamoto e Yazbek (2019, p. 38), “a questão social é uma condição necessária para a existência do capitalismo, e manutenção da sobrevivência humana, como indivíduo que vende sua força de trabalho”, compreendendo assim que ela se apresenta na sociedade com resultados do modo de produção capitalista, sendo esta, a relação entre trabalho e capital. Além disso, a “questão social” é uma expressão do homem que no cotidiano vai além das práticas de caridade e repressão como intervenção das desigualdades (Iamamoto e Carvalho, 1983, p. 77).

Quando se depara com as expressões da questão social, remonta-se às origens do Brasil, caracterizadas por violações dos direitos humanos exercidas no período colonial. Essa realidade permeia também o âmbito da saúde, refletindo as nuances de uma sociedade onde o neoliberalismo ganha terreno de forma contundente. É amplamente reconhecido que a perspectiva neoliberal pode resultar na exclusão de grupos marginalizados, no agravamento das disparidades sociais — e consequentemente em saúde —, além da prevalência da maximização do lucro sobre o bem-estar dos indivíduos, o que contribui para a fragilização dos sistemas de saúde pública, como é o caso da Emenda Constitucional 95/2016, que congela os gastos de despesas primárias da União por 20 anos (Andrade e Santos, 2020, p. 22-25).

A abordagem neoliberal enfatiza a responsabilidade individual pela saúde e outros direitos, onde se espera que os indivíduos sejam responsáveis por tais e assumam decisões lúcidas acerca de seu próprio bem-estar, indo em contramão ao que prega a Constituição Federal do Brasil, pois infelizmente nem todos têm acesso à informação de forma adequada.

A questão da desigualdade social é um fator crucial na compreensão das dificuldades enfrentadas pelas pessoas com deficiência. De acordo com Iamamoto e Yazbek (2019, p. 38), a "questão social" reflete as expressões das desigualdades no modo de produção capitalista, que acirram a exclusão e marginalização de grupos sociais vulneráveis. E, por sua vez, a desigualdade social afeta diretamente o acesso a recursos e oportunidades, o que se traduz em uma potencialização das próprias expressões da questão social.

A legislação e as políticas públicas, como a Constituição Federal de 1988 e a Lei 8.080 de 1990, estabelecem direitos e diretrizes para a proteção dos indivíduos, mas a eficácia dessas normas é frequentemente limitada por fatores como a falta de recursos e a execução inadequada das políticas (CFESS, 2010, p. 21). Nesse cenário, o Serviço Social desempenha um papel essencial na articulação de estratégias que considerem as desigualdades sociais para melhorar a realidade social, como é abordado pelo CFESS (2010, p. 35-36).

Na saúde, esse trabalho é feito levando em consideração as orientações do Conselho Federal de Serviço Social. De acordo com o CFESS (2010, p. 44-45), são algumas das principais atribuições do Serviço Social na saúde:

- democratizar as informações por meio de orientações (individuais e coletivas) e /ou encaminhamentos quanto aos direitos sociais da população usuária;
- construir o perfil socioeconômico dos usuários, evidenciando as condições determinantes e condicionantes de saúde, com vistas a possibilitar a formulação de estratégias de intervenção por meio da análise da situação socioeconômica (habitacional, trabalhista e previdenciária) e familiar dos usuários, bem como subsidiar a prática dos demais profissionais de saúde;
- enfatizar os determinantes sociais da saúde dos usuários, familiares e acompanhantes por meio das abordagens individual e/ou grupal;
- facilitar e possibilitar o acesso dos usuários aos serviços, bem como a garantia de direitos na esfera da seguridade social por meio da criação de mecanismos e rotinas de ação;
- conhecer a realidade do usuário por meio da realização de visitas domiciliares, quando avaliada a necessidade pelo profissional do Serviço Social, procurando não invadir a privacidade dos mesmos e esclarecendo os seus objetivos profissionais;
- conhecer e mobilizar a rede de serviços, tendo por objetivo viabilizar os direitos sociais por meio de visitas institucionais, quando avaliada a necessidade pelo Serviço Social;
- fortalecer os vínculos familiares, na perspectiva de incentivar o usuário e sua família a se tornarem sujeitos do processo de promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde;
- organizar, normatizar e sistematizar o cotidiano do trabalho profissional por meio da criação e implementação de protocolos e rotinas de ação;
- formular estratégias de intervenção profissional e subsidiar a equipe de saúde quanto as informações sociais dos usuários por meio do registro no prontuário

único, resguardadas as informações sigilosas que devem ser registradas em material de uso exclusivo do Serviço Social;

- elaborar estudos socioeconômicos dos usuários e suas famílias, com vistas a subsidiar na construção de laudos e pareceres sociais a perspectiva de garantia de direitos e de acesso aos serviços sociais e de saúde;
- buscar garantir o direito do usuário ao acesso aos serviços;
- emitir manifestação técnica em matéria de serviço social, em pareceres individuais ou conjuntos, observando o disposto na Resolução CFESS nº 557/2009. (CFESS, 2010, p. 44-45)

CFESS (2010, p. 46-47) aborda também o que não é atribuição de assistentes sociais no trabalho em articulação com equipes de saúde:

- marcação de consultas e exames, bem como solicitação de autorização para tais procedimentos aos setores competentes;
- solicitação e regulação de ambulância para remoção e alta;
- identificação de vagas em outras unidades nas situações de necessidade de transferência hospitalar;
- pesagem e medição de crianças e gestantes;
- convocação do responsável para informar sobre alta e óbito;
- comunicação de óbitos;
- emissão de declaração de comparecimento na unidade quando o atendimento for realizado por quaisquer outros profissionais que não o Assistente Social;
- montagem de processo e preenchimento de formulários para viabilização de Tratamento Fora de Domicílio (TFD), medicação de alto custo e fornecimento de equipamentos (órteses, próteses e meios auxiliares de locomoção), bem como a dispensação destes. (CFESS, 2010, p. 46-47)

Em suma, evita-se um trabalho técnico-administrativo e/ou que demande uma formação técnica específica que não a do Serviço Social (CFESS, 2010, p. 47).

São exemplos de equipamentos de saúde que o profissional assistente social pode estar inserido: hospitais, Unidades Básicas de Saúde (UBSs), Unidades de Saúde da Família (USFs), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), policlínicas, serviços de emergência, especializados e afins (Unit, 2022), sendo pontos da atenção ambulatorial especializada os Centros Especializados em Reabilitação (CERs) (Brasil, 2025).

De acordo com Brasil (2020, p. 25-26), são atribuições mínimas do profissional do Serviço Social as seguintes atividades nos CERs:

- Criar, junto com a equipe, uma rotina que assegure a inserção do Serviço Social no processo desde a admissão (entrada do usuário/família no serviço) até a alta;
- Identificar e trabalhar os aspectos sociais apresentados para garantir a participação dos mesmos no processo de reabilitação, bem como a plena informação de sua situação de saúde e discussão sobre as suas reais necessidades e possibilidades de recuperação, frente a sua condição de vida;

- Articular com pontos e serviços da Rede de maneira intra e intersetorial que respondam as diversas e complexas necessidades básicas;
- Assegurar intervenção interdisciplinar capaz de responder as demandas dos pacientes individualmente e familiares bem como as coletivas;
- Fomentar o reconhecimento da Pessoa com Deficiência no contexto familiar, social e comunitário;
- Participar, em conjunto com a equipe de saúde, de ações socioeducativas nos diversos programas de Reabilitação;
- Planejar, executar e avaliar com a equipe de saúde ações que assegurem a saúde enquanto direito;
- Sensibilizar o usuário e/ou sua família para participar do tratamento de saúde proposto pela equipe;
- Criar grupos socioeducativos e de sensibilização junto aos usuários, sobre direitos sociais, princípios e diretrizes do SUS;
- Desenvolver ações de mobilização na comunidade objetivando a democratização das informações da rede de atendimento e direitos sociais;
- Realizar debates e oficinas na área geográfica de abrangência da instituição;
- Realizar ações coletivas de orientação com a finalidade de democratizar as rotinas e o funcionamento do serviço. (Brasil, 2020, p. 25-26)

No exercício profissional do Serviço Social, tanto na saúde em geral quanto nos Centros Especializados em Reabilitação (CERs), é possível identificar uma série de atribuições que se complementam e dialogam diretamente com as necessidades dos usuários, principalmente em relação à garantia de direitos e ao acesso aos serviços. Em ambos os contextos, o assistente social atua de maneira a democratizar informações sobre os direitos sociais, facilitar o acesso aos serviços e promover a articulação entre diferentes esferas da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Nos CERs, o profissional do Serviço Social é também responsável por contribuir para o processo de reabilitação, trabalhando não apenas com o usuário, mas com sua família e a comunidade, promovendo o reconhecimento e inclusão da pessoa com deficiência em suas diferentes esferas sociais.

Entretanto, enquanto as atribuições no campo da saúde em geral se concentram em aspectos mais amplos das desigualdades sociais e das condições socioeconômicas que afetam o acesso à saúde, no âmbito dos CERs há uma ênfase específica no processo de reabilitação, sendo o Serviço Social parte integrante de uma equipe multidisciplinar que busca assegurar uma intervenção adequada às complexas demandas dos indivíduos e suas famílias.

Apesar disso, nem sempre o exercício profissional dos assistentes sociais nos Centros Especializados em Reabilitação é conduzido de maneira a garantir a qualidade e profundidade necessárias nas abordagens, devido aos desafios enfrentados no cotidiano da profissão, o que compromete a efetividade da intervenção social junto aos usuários e suas famílias.

3.5 Os Desafios Profissionais do Serviço Social nos Centros Especializados em Reabilitação de Modalidade IV

Conforme a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua) de 2022, o Brasil possui aproximadamente 18,6 milhões de pessoas com deficiência com 2 anos ou mais, representando 8,9% da população nessa faixa etária. Entre os sexos, a prevalência é maior entre as mulheres (10%) em relação aos homens (7,7%). Quanto à cor ou raça, as pessoas que se identificaram como negras tiveram a maior incidência (9,5%), seguidas por pessoas pardas (8,9%) e brancas (8,7%). Regionalmente, o Nordeste apresentou a maior proporção de pessoas com deficiência (10,3%), enquanto as regiões Sul (8,8%), Centro-Oeste (8,6%), Norte (8,4%) e Sudeste (8,2%) ficaram logo atrás (IBGE, p. 3).

Além disso, a pesquisa revelou que 47,2% da população com deficiência no país em 2022 tinha 60 anos ou mais, o que evidencia uma associação entre o envelhecimento e o surgimento de deficiências. Nas regiões Sul e Sudeste, mais da metade das pessoas com deficiência eram idosas, refletindo um avanço no envelhecimento da população nessas áreas. Por outro lado, 3,2% das crianças entre 2 e 9 anos também apresentaram algum tipo de deficiência (IBGE, p. 3). Esses resultados reforçam a importância de políticas públicas direcionadas à pessoa com deficiência.

O Serviço Social nos Centros Especializados em Reabilitação de nível IV (CER IV) desempenha um papel fundamental na reabilitação dessas pessoas, porém enfrenta desafios significativos em sua prática diária. Os CERs têm a missão de atender pessoas com deficiência em diferentes graus de complexidade, proporcionando-lhes apoio integral em suas necessidades físicas, emocionais e sociais. No entanto, o exercício da profissão nestes contextos é marcado por dificuldades que vão desde a escassez de recursos humanos até a fragmentação das políticas públicas e o conservadorismo social, impactando a qualidade da assistência prestada.

Esses desafios, conforme relatado por diversos autores, não se restringem apenas à sobrecarga de trabalho e à precarização das condições profissionais. Eles também envolvem a falta de articulação entre as políticas e o trabalho multiprofissional, a insuficiência de instrumentos teóricos e metodológicos adequados, e as barreiras socioeconômicas que afetam diretamente os usuários e suas famílias.

Ao analisar os últimos seis anos de atuação profissional nos CERs II, III e IV, é possível identificar avanços e retrocessos que impactam tanto a vida dos profissionais quanto a dos usuários. O quadro 2 abaixo oferece uma visão mais detalhada sobre esses aspectos, explorando

os pontos positivos e negativos da atuação do Serviço Social em diferentes Centros Especializados em Reabilitação e regiões do Brasil.

Quadro 2 - Análise do exercício profissional do Serviço Social e do trabalho nos Centros Especializados em Reabilitação de níveis II, III e IV no Brasil nos últimos seis anos.

CER IV					
Autor(a/es)	Título	Objetivo da obra	Unidade/Loca l	Pontos Positivos	Pontos Negativos
Lacerda (2021)	A instrumentalidade do Serviço Social sob a perspectiva da dimensão técnico-operativa em um Centro Especializado de Reabilitação em João Pessoa-PB	Analizar a instrumentalidade do Serviço Social, sob a perspectiva da dimensão técnico-operativa na assistência às pessoas com deficiência no Centro Especializado de Reabilitação – IV, em João Pessoa-PB	Centro Especializado em Reabilitação (CER IV) de João Pessoa/PB (Região Nordeste)	<ul style="list-style-type: none"> - Compromisso das assistentes sociais em adquirir conhecimentos específicos para qualificar a prática profissional na Política de Atendimento à Pessoa com Deficiência (p. 75) - 50% das profissionais demonstraram satisfação com a quantidade de profissionais assistentes sociais da instituição (p. 77) - 50% das profissionais incentivam a participação dos usuários em espaços de controle social e autonomia da Pessoa com Deficiência (p. 82) 	<ul style="list-style-type: none"> - Sobrecarga profissional: 50% das profissionais consideram o quantitativo de assistentes sociais da instituição insuficiente para responder a demanda de todos os usuários (p. 77-78) - Embora 50% das profissionais incentivem a participação dos usuários em espaços de controle social, esse número ainda é baixo, por causa do imediatismo, visto que nos Parâmetros de Atuação dos assistentes sociais na saúde é estabelecido ações nesse sentido (p. 82) - Dificuldade de acesso a direitos sociais, bens e serviços públicos dos usuários (p. 84) - Precarização das condições de vida e trabalho dos usuários e da categoria profissional: determinações da conjuntura socioeconômica implicaram no agravamento da “questão social” enfrentada pelas pessoas com deficiência e suas famílias (p. 87) - Baixa valorização profissional (p. 88) - Algumas profissionais não possuem plano de ação (p. 89) - Fragilidade profissional: muitos assistentes sociais são prestadores de serviço, sem vínculo com o Estado e fazem o que a gestão ordena sem muita reflexão (p. 96) - Produção teórica restrita, pois a questão da instrumentalidade é pouco discutida (p. 100)
Oliveira, Silva e Farias (2019)	Desvelamento da Instrumentalidade do Assistente Social no Centro Especializado em Reabilitação – CER IV	Instrumentalizar a prática do estágio em Serviço Social na Associação Pestalozzi de Maceió, possibilitando o	Centro Especializado em Reabilitação (CER IV) Pestalozzi de Maceió/AL	<ul style="list-style-type: none"> - Intervenção nas expressões da questão social presentes no cotidiano da unidade (p. 1) - Estagiárias de Serviço Social produziram um 	<ul style="list-style-type: none"> - Existência de número expressivo de instrumentos profissionais sem um manual explicativo das informações (p. 1)

		conhecimento da leitura analítica dos instrumentos utilizados, de forma que evidencie a sua importância	(Região Nordeste)	guia de orientações para suprir as lacunas de informações presentes no instrumental profissional (p. 1)	
Penha, Reyes, Junior e Barbosa (2022)	Serviço Social e Pessoas com Deficiências: Caracterizando a atuação profissional do assistente social frente ao Centro de Reabilitação a nível IV em Belém do Pará	Caracterizar a atuação profissional do assistente social frente ao CER IV de Belém do Pará	Centro Especializado em Reabilitação (CER IV) de Belém/PA (Região Norte)	<ul style="list-style-type: none"> - É realizada a busca ativa de usuários faltantes, visitas domiciliares, estudos de casos e inclusão no transporte social (p. 6) - Realização de avaliações globais com a equipe multidisciplinar para construção de plano terapêutico, o que sugere uma boa integração multiprofissional (p. 6) - Articulação do setor de Serviço Social da instituição é positiva, com respostas eficazes às demandas que surgem, apesar das dificuldades (p. 7) 	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de acessibilidade a serviços: na região da Amazônia, com sua formação e distribuição territorial, há dificuldade de locomoção em razão das grandes distâncias e a falta de políticas públicas que assistam a população (p. 8) - Ruas e transportes públicos não adaptados (p.8) - Capacitismo (discriminação e opressão contra Pessoas com Deficiência) (p. 8) - Omissão do Estado: avanço do conservadorismo, fragilização das legislações e restrições de políticas sociais básicas (p. 8)
Santos (2023)	Abandono Paterno e o Protagonismo Feminino no Cuidado de Nascidos com Deficiência	Levantar e analisar dados do setor de Serviço Social acerca da problemática que envolve o abandono paterno e o protagonismo feminino no cuidado de nascido com deficiência	Centro Especializado em Reabilitação Dr. Nazareno João da Silva - CER IV de Vilhena/RO (Região Norte)	<ul style="list-style-type: none"> - Maior CER da Região Norte do país (p.137) - Possui veículo de transporte sanitário adaptado para o acesso de usuários com grandes restrições ao uso de transportes comuns (p. 138) - A profissão de Serviço Social é vista como indispensável na equipe multidisciplinar (p. 139) - Setor com Procedimento Operacional Padrão (com atualização anual) (p. 139) 	<ul style="list-style-type: none"> - Quadro de profissionais escasso (ex.: o quadro efetivo não atende a quantidade mínima exigida, sendo este complementado com residentes) para uma demanda expressiva (p. 138) - Insuficiência no atendimento da demanda em tempo hábil para algumas especialidades (p. 138) - Alta rotatividade de profissionais (p. 138) - Falta de conhecimento dos demais profissionais sobre a atuação do assistente social na saúde (p. 140) - Cultura individualista (pouco se entende a necessidade do trabalho multidisciplinar) (p. 140)
Santos, Carneiro e Cunha (2024)	Serviço Social na Política de Saúde: Análise da Prática do/a Assistente Social no Serviço Especializado em Reabilitação Intelectual da Paraíba	Apresentar a intervenção de Assistentes Sociais no Centro Especializado em Reabilitação	Centro Especializado em Reabilitação (CER IV) de João Pessoa/PB (Região Nordeste)	<ul style="list-style-type: none"> - Assistentes Sociais compõem uma categoria muito presente em diversos espaços da instituição (p. 8) - É uma das categorias profissionais que compõem as equipes de todas as modalidades de reabilitação dos Centros Especializados em Reabilitação (p. 9) - Preocupação em manter articulação com a equipe de reabilitadores durante 	<ul style="list-style-type: none"> - É um campo de atuação ainda pouco explorado no campo acadêmico/profissional (p. 11) - Problemas com os municípios de origem dos usuários que não disponibilizam o transporte regularmente para o atendimento (p. 11) - Usuários com dificuldades no acesso e permanência nas escolas (p. 11)

				o processo de inserção (p. 10)	<ul style="list-style-type: none"> - Usuários em situação familiar com diversas formas de violência (p. 11) - Necessidade de conhecimento de documento que vise referenciar as intervenções de Assistentes Sociais na área da saúde (p. 13) - Necessidade de uma maior visibilidade ao trabalho de Assistentes Sociais em Centros Especializados em Reabilitação (p. 13)
Silva, Souza e Souza (2023)	Anticapacitismo, Projeto Ético-Político Profissional do/a Assistente Social e os desafios da práxis no Centro Especializado em Reabilitação para Pessoas com Deficiência	Evidenciar o princípio do anticapacitismo como elemento basilar na relação entre o Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social (PEPPSS) com os desdobramentos da práxis do/a assistente social desenvolvido no âmbito da reabilitação de pessoas com deficiência	Centro Especializado em Reabilitação (CER IV) de Macaíba/RN (Região Nordeste)	<ul style="list-style-type: none"> - Execução do fazer profissional norteada pela racionalidade crítico-dialética e/ou a visão anticapacitista (p. 308) - Construção de estratégias de cunho praxiológico, articulando o saber das normas jurídicas à produção do conhecimento (p. 308) - Mapeamento sócio-territorial da rede, a fim de firmar parcerias e se informar acerca de fluxos, critérios de elegibilidade e contatos entre outros setores (p. 308) - Reconhecimento da necessidade de um olhar integral acerca do ser social (p. 309) 	<ul style="list-style-type: none"> - Ofensivas reacionárias atuais para dificultar a consolidação da perspectiva crítico-dialética na prática profissional (p. 308) - Negligência dos direitos de cidadania do conservadorismo contemporâneo, que naturaliza as expressões das questões sociais (p. 308)
Souza (2022)	O trabalho profissional do Serviço Social no cuidado à saúde da Pessoa com Lesão Medular: um olhar sobre a Clínica de Lesão Medular Adulto do Centro Especializado em Reabilitação IV Anita Garibaldi	Suscitar a reflexão acerca das expressões da questão social que se manifestam no contexto do cuidado à saúde da pessoa com deficiência física causada por lesão medular	Centro Especializado em Reabilitação (CER IV) Anita Garibaldi de Natal/RN (Região Nordeste)	<ul style="list-style-type: none"> - Há a integração multidisciplinar da equipe (p. 3) - Articulação com a rede (p. 3) - Empoderamento dos usuários visando a busca pela autonomia (p. 4;12) - Compreensão do modelo social da deficiência, vendo a Pessoa com Deficiência em sua totalidade (p. 5) 	<ul style="list-style-type: none"> - Crescimento das modalidades de terceirização da esfera pública do Estado (p. 4) - Desigualdade enfrentada pelas Pessoas com Deficiência imposta pelo modo como o modelo de sociedade se organiza, formando barreiras que impedem o participar pleno e efetivo delas na sociedade com igualdade de condições, através das injustiças sociais (p. 6) - Omissão do Estado e negação de direitos (p. 6-7) - Dificuldade das Pessoas com Deficiência no processo de inserção no mercado de trabalho e desemprego estrutural no país (p. 8) - Violência, pobreza, ausência de políticas públicas que garantam qualidade de vida e desemprego são alguns dos

					principais fatores analisados na instituição como determinantes para a ocorrência de deficiência física por lesão medular (p. 10)
CERs II e III e/ou sem especificações					
Chesani, Darós, Silva e Bossardi (2022)	Avaliação de Aspectos Relacionados à Qualidade de Vida dos Usuários que frequentam o CER II da Região do Médio Vale do Itajaí	Avaliar aspectos relacionados com a qualidade de vida dos usuários que frequentam o CER II da região do Médio Vale do Itajaí	Centro Especializado em Reabilitação Física e Intelectual (CER II) da região do Vale de Itajaí/SC (Região Sul)	- Interesse dos profissionais em promover a saúde e o cuidado integral aos usuários do CER (p. 260)	- O estudo sugere que condições de acesso para os usuários devem ser revistas, apontando para problemas estruturais que geram limitações na acessibilidade dos sujeitos tendo em vista as condições físicas e sociais dos mesmos (p. 260)
Gomes (2020)	Centro Especializado em Reabilitação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência: dos documentos norteadores às práticas cotidianas	Compreender como as diversas formas de concepção da deficiência se relacionam com os processos de trabalho do CER e este para os processos de cuidado e reabilitação na RCPcD no que tange às orientações documentos norteadores e às práticas desenvolvidas no cotidiano do serviço	Centro Especializado em Reabilitação de nível II (CER II) da Cidade de São Paulo/SP (Região Sudeste)	- A implementação do serviço foi positiva para estabelecimento de fluxos, vagas de acesso por meio de acolhimento, avaliação multiprofissional e aperfeiçoamento de trocas entre os serviços públicos (p. 117)	- Assistentes sociais são opcionais no quadro de profissionais (p. 78) - Equipe incompleta (p. 78;121) - Falta de coesão nos documentos norteadores (p. 121)
Hirakawa e Rossit (2024)	Organização do Trabalho no Cuidado à Pessoa com Transtorno do Espectro Autista nos Centros Especializados em Reabilitação da Cidade de São Paulo	Compreender a organização do trabalho nos CERs da cidade São Paulo para atender às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), na perspectiva do trabalho em equipe e da prática colaborativa	14 Centros Especializados em Reabilitação da Cidade de São Paulo/SP (Região Sudeste)	- Alguns profissionais reconhecem a importância do trabalho multiprofissional na integralidade do cuidado (p. 8) - Potencialidade de ter liberdade para criar atendimentos personalizados (p. 11) - Em algumas equipes, existe a avaliação das práticas e a reflexão sobre o trabalho (p. 7)	- Profissionais do Serviço Social não foram entrevistados, apenas citados (p. 5); - Profissional aborda que não há clareza nos objetivos do trabalho (p. 6-7) - Pouco tempo para muita demanda e falta de espaços institucionais adequados para a avaliação do trabalho e a escassez de instrumentos de monitoramento dificultam a reflexão crítica sobre as práticas (p. 7) - Relações multiprofissionais fragmentadas (p. 8) - Insegurança (alguns profissionais se sentem despreparados para atuar com crianças com TEA) (p. 10)
Lima (2022)	As repercussões do cuidado na vida de mães de crianças com deficiência: reflexões sobre deficiência e gênero	Analizar as repercussões do cuidado na vida de mães de crianças com deficiência, a partir de uma	Centro Especializado em Reabilitação do tipo II (CER II) do Hospital de Apoio	- O Serviço Social integra a equipe (p. 63) - O atendimento é adaptado às necessidades das famílias, com frequências de acompanhamento	- Os usuários enfrentam dificuldades de acesso ao serviço especializado, muitas vezes devido a barreiras geográficas e falta de transporte, especialmente aquelas que

		perspectiva de gênero	Brasília/DF (Região Centro-Oeste)	<p>diferenciadas, que ajudam no processo de descoberta e adaptação à deficiência (p. 64)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Interesse da equipe em adequar a instituição às normas do Ministério da Saúde e aprimorar o trabalho multiprofissional (p. 64-65) - Reconhecimento das mães da importância do CER e do acompanhamento da saúde das crianças atendidas (p. 65) 	<p>residem em áreas periféricas do Distrito Federal (p. 68)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Há desafios relacionados aos recursos necessários e ao número de profissionais disponíveis para atender a demanda devido às consequências da lógica neoliberal e às privatizações de recursos públicos (p. 52) - Muitas mulheres entrevistadas são mães solo e enfrentam sobrecargas emocionais e financeiras, o que dificulta sua capacidade de cuidar dos filhos e de se manterem ativas no mercado de trabalho, e mesmo em casos que os pais são presentes, é muito comum que não necessariamente colaborem efetivamente no desempenho do cuidado dos filhos, mas sim com a parte financeira (p. 66-67) - A maioria das mães entrevistadas não possui ensino superior, o que limita suas oportunidades de emprego e educação, além de impactar sua renda familiar (p. 67)
Rocha, Silva e Franco (2023)	Particularidades do Trabalho do/a Assistente Social em um Centro Especializado em Reabilitação para Pessoas com Deficiência	Evidenciar as particularidades do trabalho do/a assistente social em um Centro de Reabilitação considerando a nova morfologia do trabalho e seus rebatimentos no fazer profissional e na atenção à saúde dos/as usuários/as	Centro Especializado em Reabilitação de Natal/RN (Região Nordeste)	<ul style="list-style-type: none"> - Olhar ampliado às expressões da questão social (p. 9) - Reconhecimento da importância do trabalho multiprofissional e de olhar com integralidade a Pessoa com Deficiência (p. 9-10;12) - Identificação da atuação do Serviço Social como potencializadora na viabilização dos direitos de um público historicamente esquecido (p. 14) 	<ul style="list-style-type: none"> - Na obra, não foi especificado se o CER é de nível IV, foi mais generalista (p. 2) - Dificuldades na compreensão do trabalho do assistente social na saúde por parte da equipe (p. 8) - Ausência de espaços adequados para a realização do trabalho, com cobrança de alcance de metas e produtividade, evidenciando o gerencialismo vindo da perspectiva neoliberal (p. 6) - Modelo saúde-fábrica e imediatismo: a quantidade de atendimentos destinados ao Serviço Social excede o limite para uma qualidade efetiva no atendimento, o que precariza as condições de trabalho e sobrecarrega os profissionais (p. 6;8) - Solicitação de demandas que não são atribuições ou competências do assistente social (p. 8;10)

					<ul style="list-style-type: none"> - Hierarquização entre saberes médicos e não médicos (p. 9) - Fragilização do vínculo empregatício: não há estabilidade (p. 10) - Atividades de cunho meramente burocrático (p. 11)
Silva e Cota (2022)	Serviço Social e Pessoa com Deficiência: uma análise do trabalho do assistente social no Centro Especializado em Reabilitação da Universidade do Estado do Pará	Analizar a atuação do/da assistente social no trabalho com a pessoa com deficiência	Centro Especializado em Reabilitação de nível III (CER III) da cidade de Belém/PA (Região Norte)	<ul style="list-style-type: none"> - Compromisso com a eliminação do preconceito e o respeito e valorização da diversidade (p. 11) - Engajamento na integralidade no cuidado e viabilização de direitos (p. 12) - Educação na saúde: sensibilização e orientação aos usuários e familiares sobre direitos e serviços disponíveis (p. 12) 	<ul style="list-style-type: none"> - A desigualdade oriunda do modo de produção capitalista (p. 3) - Agravo da questão social pelo capitalismo monopolista (p. 10)
Valentim, Dantas, Machado, Araújo, Silva, Castaneda e Dantas (2021)	Construção e validação de modelo lógico para Centros Especializados em Reabilitação (CER) a partir da análise do processo de trabalho e de questões organizativas de centros do Rio Grande do Norte	Construir e validar um modelo lógico para a atenção nos Centros Especializados em Reabilitação (CERs) a partir da análise do processo de trabalho e de questões organizativas de centros do Rio Grande do Norte	Centros Especializados em Reabilitação (CERs) do Rio Grande do Norte (Região Nordeste)	<ul style="list-style-type: none"> - Ações educativas: iniciativas para conscientizar sobre os direitos da Pessoa com Deficiência e a importância dos Centros Especializados em Reabilitação (p. 6) - Avaliação global com a presença de toda a equipe de profissionais (p. 6) - Criação de materiais que orientem e facilitem o trabalho na instituição (p. 6) 	<ul style="list-style-type: none"> - Baixa visibilidade das Pessoas com Deficiência por consequência de estigmas sociais e falta de informação (p. 6) - Dificuldades na aplicação do modelo biopsicossocial na avaliação global (p. 6) - Falhas na comunicação e baixa valorização dos CERs (p. 6) - Burocracia e rigidez das portarias do Ministério da Saúde que desconsideram as realidades locais e comprometem a gestão de recursos (p. 6) - Problemas nos sistemas de informações: fragmentação de dados que acaba dificultando a integralidade do cuidado e a avaliação da qualidade dos serviços (p. 6) - Alta rotatividade de profissionais: a instabilidade, baixa afinidade com o serviço, dupla jornada de trabalho e o pouco investimento na educação continuada da equipe são os principais fatores causais (p. 6)

Fonte: A autora (2025).

Ao analisar o quadro 2, observa-se que ele inclui informações não apenas de CERs IV, mas também de CERs II e CERs III. Essa escolha se deve à escassez de literatura específica sobre o trabalho dos assistentes sociais em CERs IV. No entanto, considerando que todos esses

centros (II, III e IV) fazem parte da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e que seus diferenciais entre si são a quantidade de deficiências atendidas em cada um, é válido utilizar esses dados complementares para ampliar a compreensão dos desafios enfrentados pelos profissionais do Serviço Social em diferentes contextos da área da reabilitação. Essa integração torna possível uma visão mais abrangente das dificuldades comuns que atravessam os diversos níveis dos Centros Especializados em Reabilitação. A figura 3 ilustra a localização dos CERs abordados no levantamento.

Figura 3 – Localização dos CERs II, III e IV abordados nos trabalhos.

● CER II ● CER III ● CER IV



Fonte: Brasil (2025).

Conforme apresentado no quadro 2, os estudos sobre os Centros Especializados em Reabilitação de nível IV evidenciam aspectos relevantes da atuação dos assistentes sociais que contribuem para o fortalecimento da política pública de saúde destinada às pessoas com deficiência. Lacerda (2021, p. 75-82), por exemplo, aponta que as profissionais demonstram compromisso em adquirir conhecimentos específicos para qualificar a prática, o que reforça a dimensão ético-política do Serviço Social e sua instrumentalidade no campo da reabilitação. Ademais, o estudo revela satisfação de parte significativa da equipe com o quantitativo de profissionais, além de registrar iniciativas voltadas ao incentivo da participação dos usuários

em espaços de controle social, promovendo autonomia e protagonismo da pessoa com deficiência.

De forma complementar, Oliveira, Silva e Farias (2019, p. 1) ressaltam a importância do estágio supervisionado em Serviço Social como espaço formativo e de inovação. Nesse contexto, destaca-se a produção de um guia de orientações elaborado por estagiárias, que supriu lacunas de informação no uso dos instrumentos profissionais. Esse dado revela não apenas a relevância da prática pedagógica, mas também a possibilidade de que ações criativas, mesmo em cenários de limitações estruturais, fortaleçam o exercício profissional e contribuam para a qualidade do atendimento.

Na região Norte, a pesquisa de Penha, Reyes, Junior e Barbosa (2022, p. 6-7) evidencia outros pontos positivos da prática profissional, como a realização de visitas domiciliares, estudos de caso, busca ativa e inclusão dos usuários em transporte social, o que reflete a preocupação com a integralidade do cuidado. Além disso, observa-se a boa integração da equipe multiprofissional, por meio de avaliações globais e planos terapêuticos compartilhados, bem como a capacidade de articulação do setor de Serviço Social para responder de forma eficaz às demandas que surgem no cotidiano. Esses elementos revelam um alinhamento com as diretrizes do SUS, que preconizam a atenção integral e humanizada.

Outro exemplo expressivo é trazido por Santos (2023, p. 137-139), ao destacar a experiência do CER IV de Vilhena/RO, que conta com transporte sanitário adaptado e um setor de Serviço Social reconhecido como indispensável na equipe multiprofissional. Nesse espaço, a instituição implementa procedimentos operacionais padrão atualizados anualmente, o que reforça a importância da sistematização e da padronização das práticas profissionais, sem renunciar à dimensão crítica e reflexiva que caracteriza a profissão.

Ainda em João Pessoa/PB, Santos, Carneiro e Cunha (2024, p. 8-10) ressaltam a forte presença de assistentes sociais em diferentes setores e modalidades de reabilitação, com preocupação em manter articulação contínua com a equipe de reabilitadores. Tal inserção transversal amplia a relevância do Serviço Social na dinâmica institucional, uma vez que fortalece tanto o processo de acolhimento quanto a construção conjunta de estratégias de cuidado.

Por sua vez, Silva, Souza e Souza (2023, p. 308-309) contribuem ao evidenciar a incorporação da perspectiva anticapacitista e do Projeto Ético-Político Profissional no cotidiano do CER IV de Macaíba/RN. A construção de estratégias praxiológicas, o mapeamento socioespacial e a articulação com diferentes setores demonstram uma prática comprometida

com os direitos humanos e com a visão integral do ser social. Essa dimensão crítica também aparece no estudo de Souza (2022, p. 3-12), realizado no CER IV Anita Garibaldi, em Natal/RN, que destaca a integração multiprofissional, o empoderamento dos usuários e a compreensão do modelo social da deficiência como marcos importantes para o avanço da atenção em saúde e reabilitação.

Já se tratando dos desafios enfrentados pelo Serviço Social nos Centros Especializados em Reabilitação, é possível identificar um conjunto de aspectos que atravessam o cotidiano profissional e impactam diretamente a qualidade da intervenção junto às pessoas com deficiência e suas famílias.

Nos CERs II e III, observam-se desafios como a equipe incompleta e a falta de coesão nos documentos norteadores, que podem comprometer a eficácia das ações. Além disso, a baixa visibilidade das pessoas com deficiência e a burocracia das portarias do Ministério da Saúde dificultam a gestão dos serviços e a comunicação, enquanto a alta rotatividade de profissionais contribui para a instabilidade e a falta de continuidade no atendimento. Essas condições são agravadas pela escassez de recursos e a fragmentação dos dados, que prejudicam a avaliação da qualidade dos serviços prestados.

Por sua vez, os CERs IV enfrentam desafios semelhantes, como a alta rotatividade e a precarização das condições de trabalho, que resultam na sobrecarga profissional e na fragilidade do vínculo empregatício. Também se destaca a falta de reconhecimento da atuação do assistente social por parte de outros profissionais da equipe multidisciplinar, o que limita a integração e a efetividade dos atendimentos. Além disso, a cultura individualista que permeia algumas instituições dificulta o trabalho colaborativo, e a negligência em relação aos direitos sociais das pessoas com deficiência se torna um obstáculo significativo na implementação das políticas públicas.

A precarização do trabalho e a dificuldade de acesso a direitos sociais em face do neoliberalismo, que afetam tanto usuários quanto profissionais, são problemas gerais em Centros Especializados em Reabilitação de todas as regiões do país.

Tais desafios não se restringem apenas à dimensão técnica, mas envolvem também condições institucionais, ético-políticas e estruturais que moldam a prática. A seguir, apresentam-se alguns desses principais obstáculos, organizados em subtópicos, a fim de sistematizar a análise: as limitações de recursos humanos, institucionais e materiais, as demandas burocráticas e administrativas, as barreiras intersetoriais e de articulação em rede,

bem como os dilemas ético-políticos que permeiam a atuação do assistente social nos serviços de saúde.

3.5.1 Sobrecarga e escassez de profissionais no quadro das instituições

Um dos problemas recorrentes identificados nos estudos sobre a atuação dos assistentes sociais nos Centros Especializados em Reabilitação é a sobrecarga de trabalho decorrente da escassez de profissionais. O quantitativo insuficiente de trabalhadores frente à elevada demanda de usuários tem gerado impactos significativos na qualidade do atendimento e no bem-estar dos profissionais.

Lacerda (2021, p. 77-78) evidencia que 50% das assistentes sociais entrevistadas no CER IV de João Pessoa/PB consideram o número de profissionais da área insuficiente para responder às necessidades institucionais, o que compromete a efetividade das ações e intensifica a pressão sobre a categoria. Essa situação reflete não apenas uma deficiência no dimensionamento de recursos humanos, mas também a lógica de intensificação laboral imposta pelo modelo neoliberal de gestão em saúde, que prioriza a produtividade em detrimento das condições adequadas de trabalho.

De modo semelhante, Santos (2023, p. 138) destaca que o quadro efetivo do CER IV de Vilhena/RO não atinge o número mínimo exigido para atender à demanda, sendo necessário complementar a equipe com residentes. Essa lacuna resulta em longas filas de espera e compromete a integralidade do cuidado. Assim, observa-se que a sobrecarga e a escassez de profissionais constituem aspectos interdependentes, que se retroalimentam e reforçam os desafios enfrentados pelos assistentes sociais no âmbito da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência.

3.5.2 Imediatismo

Outro desafio identificado é o imediatismo que permeia algumas práticas institucionais. Conforme assinala Lacerda (2021, p. 82), embora parte das profissionais incentive a participação dos usuários em espaços de controle social, essa atuação ainda é restrita. A autora atribui essa limitação à prevalência de ações imediatistas que priorizam a resolução de demandas emergenciais em detrimento da efetivação de práticas emancipadoras, como a participação social ativa, prevista nos parâmetros de atuação do Serviço Social na saúde. Da

mesma forma, Rocha, Silva e Franco (2023, p. 6-8) revelam que em Natal a quantidade de atendimentos destinados ao Serviço Social excedem o limite necessário para uma qualidade efetiva do exercício profissional, gerando sobrecarga.

3.5.3 Baixa valorização profissional

A desvalorização da profissão é outro fator crítico. Lacerda (2021, p. 88) destaca a baixa valorização profissional percebida pelas assistentes sociais, situação que se agrava quando os vínculos laborais se dão sob formas precárias, sem garantia de estabilidade ou autonomia. Essa realidade compromete a identidade profissional e favorece práticas subordinadas às determinações institucionais, em detrimento da perspectiva crítico-dialética da profissão. Gomes (2020, p. 78-121) também aborda que em sua realidade, num CER II de São Paulo, assistentes sociais são opcionais no quadro de profissionais e a equipe se encontra incompleta, evidenciando assim a fragilidade da inserção do Serviço Social nas equipes multiprofissionais e a falta de reconhecimento institucional acerca da relevância de suas atribuições. Também há um desconhecimento do que é papel do assistente social (Rocha, Silva e Franco, 2023, p. 8-10).

3.5.4 Precarização das condições de vida e trabalho

A precarização das condições de vida e trabalho é apontada como reflexo da conjuntura socioeconômica brasileira. Segundo Lacerda (2021, p. 87), os usuários e as famílias atendidas enfrentam condições de vulnerabilidade agravadas pelas desigualdades sociais, ao passo que os próprios profissionais também sofrem os impactos da precarização. Souza (2022, p. 4-7) reforça esse argumento ao denunciar o crescimento da terceirização nos serviços públicos e a omissão do Estado na garantia de direitos (com base em sua experiência em Natal/RN), fatores que fragilizam o trabalho dos assistentes sociais e o atendimento à população, fato também expresso por Lima (2022, p. 52) e Rocha, Silva e Franco (2023, p. 6-8).

3.5.5 Dificuldade de acesso a direitos sociais dos usuários

Um dos entraves mais recorrentes diz respeito à desigualdade (Silva e Cota, 2022, p. 3), às barreiras no acesso a direitos sociais, bens e serviços públicos. Lacerda (2021, p. 84) aponta essa dificuldade como um dos problemas centrais enfrentados pelos usuários nos CERs, que

muitas vezes esbarram em entraves burocráticos e na ausência de políticas intersetoriais. Em consonância, Santos, Carneiro e Cunha (2024, p. 11) acrescentam que os usuários também encontram obstáculos na permanência escolar e vivenciam situações familiares marcadas por violência, o que intensifica sua exclusão social. Como complemento, Lima (2022, p. 68) aborda que no Distrito Federal os usuários do CER II também enfrentam adversidades no acesso ao serviço especializado, por muitas vezes causados por barreiras geográficas e falta de transporte, principalmente em regiões de periferia. No mesmo sentido, Chesani *et al.* (2022, p. 260) sugerem que as condições de acesso para os atendidos devem ser revistas, pois, reconhecem que existem problemas estruturais que geram limitações à acessibilidade dos sujeitos no CER II do Vale do Itajaí/SC.

3.5.6 Alta rotatividade de profissionais

A alta rotatividade de profissionais também aparece como obstáculo. No estudo de Santos (2023, p. 138), a rotatividade constante é vista como prejudicial ao vínculo entre equipe, usuários e famílias, fragilizando a continuidade das ações.

Grande parte dessa instabilidade está relacionada ao regime de contratação temporário que predomina nesses serviços. Muitos profissionais são vinculados por meio de contratos de curta duração, sem garantia de estabilidade, o que contribui para a descontinuidade das ações e para a perda de profissionais qualificados. Essa forma de vínculo precário (como visto no tópico 3.5.4), reflete uma política de gestão pautada na flexibilização das relações de trabalho, típica das orientações neoliberais, que afeta diretamente a permanência e o comprometimento dos trabalhadores com o serviço.

Além disso, fatores como baixa remuneração, jornada dupla de trabalho (frequentemente associada ao exercício de atividades em outros pontos da rede) e escassez de recursos destinados à educação continuada dificultam a qualificação e o engajamento da equipe. Valentim *et al.* (2021, p. 6) reforçam que a falta de investimento na qualificação da equipe e a baixa afinidade de alguns profissionais com o modelo assistencial do CER ampliam os índices de evasão.

Esses elementos repercutem na fragilidade do vínculo profissional-usuário, na desarticulação da equipe multiprofissional e na reprodução de práticas centradas em um modelo biomédico e curativo, em detrimento de uma abordagem ampliada de reabilitação. Assim, a alta rotatividade não se configura apenas como um problema de gestão de pessoal, mas como um

fenômeno que expressa a precarização do trabalho e limita o alcance dos princípios que fundamentam a RCPcD.

3.5.7 Dificuldades com instrumentais

A insuficiência ou inadequação de instrumentos profissionais também se apresenta como limitação. No campo do Serviço Social, tais instrumentais compreendem entrevistas, estudos sociais, formulários, reuniões, socialização de informações, entre outros mecanismos que subsidiam a intervenção profissional.

Contudo, como apontam Oliveira, Silva e Farias (2019, p. 1), com base em sua experiência no CER IV de Maceió/AL, foi identificada a existência de diversos instrumentos sem manual explicativo ou orientações padronizadas, o que dificulta sua utilização adequada e compromete a efetividade do trabalho. Essa limitação não se refere à ausência dos instrumentais propriamente ditos, mas à falta de sistematização e clareza quanto aos seus conteúdos, siglas e codificações, especialmente aquelas relacionadas às políticas de Saúde e Assistência Social.

Além disso, observou-se que alguns profissionais, ao ingressarem no campo, possuíam compreensão limitada acerca das atribuições específicas do Serviço Social no contexto do CER, o que contribui para o uso fragmentado dos instrumentais e para a ausência de uma prática mais coesa.

Nesse sentido, as dificuldades relacionadas aos instrumentais também se articulam às condições institucionais e à forma como o trabalho é organizado nos CERs. Hirakawa e Rossit (2024, p. 7), ao analisarem a organização do trabalho nos CERs da cidade de São Paulo, evidenciam a escassez de instrumentos de monitoramento, o que limita a avaliação e a reflexão crítica sobre as ações desenvolvidas.

Corroborando essa perspectiva, Lacerda (2021, p. 100) identifica no CER IV de João Pessoa desafios semelhantes no que se refere à instrumentalidade do Serviço Social, destacando que a produção teórica acerca da temática ainda é restrita.

3.5.8 Produção teórica restrita

Outro desafio identificado é a restrita produção teórica acerca da atuação do Serviço Social nos Centros Especializados em Reabilitação. Lacerda (2021, p. 100) aponta que, embora a instrumentalidade constitua um eixo central do fazer profissional, as discussões ainda se

mostram limitadas quando se trata de articular esse conceito às mediações concretas dos diferentes espaços sociocupacionais. Em especial, observa-se uma escassez de estudos que abordem a instrumentalidade do Serviço Social no campo da saúde, e mais especificamente no contexto dos CER IV.

Essa lacuna teórica dificulta o aprofundamento crítico sobre as particularidades da intervenção profissional nesses serviços, bem como a sistematização das experiências e vivências práticas que poderiam subsidiar novas reflexões e aprimorar o exercício profissional. A ausência de produções que discutam as especificidades do trabalho social na reabilitação e suas mediações com as políticas públicas de saúde acaba por limitar a consolidação de referenciais teóricos sólidos e o fortalecimento da identidade profissional nesses espaços.

3.5.9 Capacitismo

O capacitismo, entendido como a discriminação contra pessoas com deficiência, é mencionado como barreira significativa. Penha *et al.* (2022, p. 8) registram que essa forma de opressão ainda se manifesta no cotidiano dos usuários do CER IV de Belém/PA, reforçando preconceitos e dificultando a inclusão plena. Esse cenário exige dos assistentes sociais uma postura crítica e anticapacitista, conforme também defendem Silva, Souza e Souza (2023, p. 308), ao articular o Projeto Ético-Político Profissional ao princípio do anticapacitismo.

No entanto, para além do dever profissional e do compromisso ético, é preciso compreender como o enfrentamento ao capacitismo se materializa na prática cotidiana. No âmbito do CER IV, observa-se que os assistentes sociais têm buscado enfrentar o capacitismo por meio de ações que combinam atendimento direto, articulação intersetorial e práticas educativas. Isso inclui a escuta qualificada das experiências dos usuários, o acolhimento de suas subjetividades, o fortalecimento de sua autonomia e o incentivo à participação ativa nas decisões que envolvem o seu processo de reabilitação.

Dessa forma, mesmo diante de um contexto permeado por contradições e limitações institucionais, o enfrentamento ao capacitismo não se restringe ao cumprimento de normas ou protocolos. Ele se expressa na capacidade crítica dos assistentes sociais de reconhecer as desigualdades estruturais que atravessam a deficiência e de elaborar estratégias de intervenção coerentes com o Projeto Ético-Político da profissão.

3.5.10 Cultura individualista

A cultura individualista presente em algumas equipes multiprofissionais dificulta a integração e o trabalho coletivo. Santos (2023, p. 140) aponta que muitos profissionais ainda não reconhecem a importância do trabalho multidisciplinar, priorizando práticas isoladas que fragilizam a integralidade do cuidado e reduzem a efetividade da política de saúde, fato também constatado por Rocha, Silva e Franco (2023, p. 8-10).

3.5.11 Falta de acessibilidade

A falta de acessibilidade é apontada como entrave estrutural. Penha *et al.* (2022, p. 8) destacam que, especialmente na região amazônica, a dificuldade de locomoção devido às longas distâncias, à ausência de transporte adaptado e à precariedade das vias públicas limita o acesso dos usuários aos serviços de saúde. Essa realidade demonstra a omissão do Estado em implementar políticas adequadas para assegurar o direito de ir e vir das pessoas com deficiência. O mesmo problema é relatado por Chesani *et al.* (2022, p. 260), conforme apresentado também no tópico 3.5.5.

3.5.12 Campo de atuação pouco explorado

Por fim, alguns estudos ressaltam que o campo de atuação do Serviço Social na reabilitação ainda é pouco explorado, tanto no âmbito acadêmico quanto na prática institucional. Santos, Carneiro e Cunha (2024, p. 11) observam a carência de referenciais documentais que orientem de forma sistemática a intervenção profissional, além da necessidade de dar maior visibilidade ao trabalho realizado nos CERs. Esse aspecto reforça a importância de ampliar a produção científica e investir na consolidação desse espaço como campo legítimo e estratégico da profissão.

O CER IV, enquanto resultado da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e do Plano Viver Sem Limite, tem o potencial de proporcionar um atendimento mais integrado e efetivo às pessoas com deficiência, mas a realidade revela que as dificuldades enfrentadas no exercício profissional dificultam esse processo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da análise realizada, fica evidente que os impactos do Plano Viver Sem Limite na política pública de saúde, especialmente no contexto dos CERs IV, são profundos, mas também permeados por desafios significativos. O Plano trouxe uma maior visibilidade e atenção à saúde das pessoas com deficiência, articulando a necessidade de atendimento integral e multidisciplinar exigida pela Lei Orgânica da Saúde. Entretanto, os relatos mostram que os desafios enfrentados no exercício profissional dos assistentes sociais e demais profissionais são entraves para a plena implementação das diretrizes do Plano, seu sucessor (Novo Viver Sem Limite) e para a efetividade das práticas do Serviço Social nessas instituições, que são essenciais para garantir o acesso a direitos e a proteção social das pessoas com deficiência.

Para que o Serviço Social contribua de forma mais eficaz para a efetividade das políticas públicas de saúde, é preciso enfrentar esses desafios estruturais e investir em uma cultura de trabalho colaborativo, como instruem os próprios Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde, com vistas a aprimorar a integração dos serviços e a qualidade do atendimento. Além disso, articular com os movimentos da classe em prol das melhorias das condições de trabalho se torna imprescindível, pois não há como fazer uma escuta realmente qualificada em um trabalho fragilizado e sem reconhecimento.

Além disso, após as pesquisas, notou-se a dificuldade de localizar produção de conhecimento sobre o trabalho do Serviço Social em Centros Especializados em Reabilitação no Brasil. Nesse sentido, é igualmente necessário evidenciar as lacunas que permanecem pouco exploradas e que se configuram como possíveis agendas para futuras pesquisas.

Apesar dos avanços, a própria Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência apresenta fragilidades normativas que a tornam vulnerável aos processos de sucateamento e desfinanciamento das políticas públicas, o que impacta diretamente a continuidade e a qualidade dos serviços ofertados nos CERs. Soma-se a isso a limitação dos benefícios socioassistenciais destinados às pessoas com deficiência, que muitas vezes não contemplam as especificidades do processo de reabilitação nem as múltiplas determinações sociais que atravessam esse grupo. Esses elementos revelam que a deficiência não pode ser compreendida dissociada de outros marcadores sociais, como classe e território, que condicionam o acesso a direitos e aprofundam as desigualdades. Diante desse cenário, torna-se fundamental o desenvolvimento de estudos que ampliem a compreensão dessas interfaces e fortaleçam a produção teórica do Serviço Social no campo da reabilitação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAMIDES, Maria Beatriz Costa. 80 anos de Serviço Social no Brasil: organização política e direção social da profissão no processo de ruptura com o conservadorismo. *In: Serviço Social & Sociedade*, n. 127, p. 456–475, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/sssoc/a/sdGtjJNHNJQrfKn5zZKf4Sd/abstract/?lang=pt#>>. Acesso em: 25 set. 2024.
- AGUIAR, Antonio Geraldo de. **SERVIÇO SOCIAL E FILOSOFIA: DAS ORIGENS A ARAXÁ**. 5. ed. São Paulo: Cortez; Piracicaba: Universidade Metodista de Piracicaba, 1995.
- ANATALINO, João. **A DEFICIÊNCIA, NA ANTIGUIDADE: O Antigo Egito**. Recanto das Letras, 2017. Disponível em: <<https://www.recantodasletras.com.br/artigos-de-cultura/6135627>>. Acesso em: 02 abr. 2025.
- ANDRADE, Regiane Freitas do Nascimento; SANTOS, Vânia Carvalho. **IMPACTOS DO NEOLIBERALISMO NA POLÍTICA DE SAÚDE: DEMANDAS PELA JUDICIALIZAÇÃO DO SUS NO MUNICÍPIO DE ARACAJU/SE**. *In: SANTOS, Vânia Carvalho; SANTOS, Rosângela Marques dos. (Org.). Temáticas sobre Saúde & Serviço Social*. 1 ed. São Cristóvão: Editora UFS, 2020. v. 1. p. 17-35.
- ASSUMPCÃO, Raiane Patrícia Severino; CARRAPEIRO, Juliana de Magalhães. Ditadura e serviço social no Brasil: contribuições para prosseguir rompendo com o conservadorismo na profissão. **Lutas Sociais**, [S. l.], v. 18, n. 32, p. 105–118, 2014. DOI: 10.23925/ls.v18i32.25695. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/ls/article/view/25695>>. Acesso em: 24 set. 2024.
- BARIFOUSE, Rafael. **Decreto de Bolsonaro para alunos com deficiência é retrocesso de 30 anos, diz pedagoga da Unicamp**: Decreto de Bolsonaro resgata incentivo a escolas especiais. BBC News Brasil, São Paulo, 28 ago. 2021. Disponível em: <<https://www.bbc.com/portuguese/brasil-58374313>>. Acesso em: 14 jun. 2025.
- BARRETO, Marina Carvalho Arruda; ANDRADE, Fernanda Guimarães de; CASTANEDA, Luciana; CASTRO, Shamyr Sulyvan de. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como dicionário unificador de termos. **Acta Fisiátrica**, v. 28, n. 3, p. 207-213, 2021. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/188487/176474>>. Acesso em: 05 set. 2024.
- BOBBIO, Norberto. **A era dos direitos**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.
- BRASIL. Presidência da República. **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. Brasília, DF: 1989. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7853.htm>. Acesso em: 16 dez. 2024.

_____. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.** Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, 1990. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 15 ago. 2024.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde (CNS). **Resolução n.º 218, de 06 de março de 1997.** Brasília, DF: 1997. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/1997/res0218_06_03_1997.html>. Acesso em: 29 set. 2024.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999.** Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília, DF, 1999. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3298.htm>. Acesso em: 09 jan. 2025.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.060, de 5 de junho de 2002.** Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2002/prt1060_05_06_2002.html>. Acesso em: 15 ago. 2024.

_____. **Decreto Legislativo nº 186, de 2008.** Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinado em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, ed. 131, p. 1, 10 jul. 2008. Disponível em: <<http://www2.senado.leg.br/bdsf/handle/id/99423>>. Acesso em: 09 ago. 2024.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo facultativo, assinado em Nova York, em 30 de março de 2007. Organização das Nações Unidas – ONU, 2009. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2009/Decreto/D6949.htm>. Acesso em: 16 ago. 2024.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011.** Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7612.htm>. Acesso em: 16 dez. 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 793, de 24 de abril de 2012.** Institui a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0793_24_04_2012.html>. Acesso em: 13 ago. 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 835, de 25 de abril de 2012.** Institui incentivos financeiros de investimento e de custeio para o Componente Atenção Especializada da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em:

<https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0835_25_04_2012.html>. Acesso em: 15 ago. 2024.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Conselho Nacional de Assistência Social. **Norma Operacional Básica da Assistência Social – NOB/SUAS.** Brasília, 2012.

_____. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Viver sem Limite – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência.** Brasília, DF: Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2013. 92p. Disponível em: <https://catalogo.ipea.gov.br/uploads/12_1.pdf>. Acesso em: 22 ago. 2024.

_____. **Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015.** Institui a Lei Brasileira de Inclusão das Pessoas com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). **Diário Oficial da União:** Brasília, DF, 2015. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm>. Acesso em: 15 ago. 2024.

_____. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, DF: Senado Federal, 2016. 496 p. Disponível em: <https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/518231/CF88_Livro_EC91_2016.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2024.

_____. Ministério da Justiça e Cidadania. Secretaria Especial dos Direitos da Pessoa com Deficiência. **Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência | Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).** Brasília, DF: Ministério da Justiça e Cidadania. 2016. Disponível em: <<https://www.mds.gov.br/webarquivos/Oficina%20PCF/JUSTI%C3%87A%20E%20CIDADANIA/convencao-e-lbi-pdf.pdf>>. Acesso em: 16 ago. 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as políticas nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html#ANEXOXII>. Acesso em: 15 ago. 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 3, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre as redes do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0003_03_10_2017.html#CAPITULOII>. Acesso em: 15 ago. 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria de consolidação nº 6, de 28 de setembro de 2017.** Consolidação das normas sobre o financiamento e a transferência dos recursos federais para

as ações e os serviços de saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0006_03_10_2017.html>. Acesso em: 15 ago. 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Instrutivo de reabilitação auditiva física, intelectual e visual**: Centro Especializado em Reabilitação – CER e oficinas ortopédicas. Brasília, DF: Ministério da Saúde. [S.I.]. 2020. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/instrutivo_reabilitacao_auditiva_fisica_intelectual_visual.pdf>. Acesso em: 16 ago. 2024.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.526, de 11 de outubro de 2023**. Altera as Portarias de Consolidação GM/MS nºs 2, 3 e 6, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa com Deficiência (PNAISPD) e Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (RCPD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2023/prt1526_16_10_2023.html>. Acesso em: 15 ago. 2024.

_____. Presidência da República. **Decreto nº 11.793, de 23 de novembro de 2023**. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Novo Viver sem Limite. Brasília, DF, 2023. Disponível em: <https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2023-2026/2023/Decreto/D11793.htm#art8>. Acesso em: 09 jan. 2025.

_____. Ministério da Saúde. **Centros Especializados em Reabilitação**. 2025. Disponível em: <<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/novo-pac-saude/centros-especializados-em-reabilitacao>>. Acesso em: 01 jul. 2025.

_____. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **Novo Viver sem Limite**: Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. 2025. Disponível em: <<https://novoviversemlimite.mdh.gov.br/>>. Acesso em: 16 jul. 2025.

BRAVO, Maria Inês de Souza. Capítulo 5: Política de Saúde no Brasil. In: MOTA, Ana Elizabeth; BRAVO, Maria Inês de Souza; UCHÔA, Roberta; NOGUEIRA, Vera; MARSIGLIA, Regina; GOMES, Luciano; TEIXEIRA, Marlene. (orgs.). **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. 4. ed. Rio de Janeiro: Cortez, 2009, p. 88- 110.

CFESS (Conselho Federal do Serviço Social). **Código de Ética Profissional do Assistente Social**. Brasília, 1993.

_____. **Resolução CFESS nº 383/99, de 29/03/1999**. Caracteriza o assistente social como profissional da saúde. Brasília, DF: 1999. Disponível em: <https://www.cfess.org.br/arquivos/resolucao_383_99.pdf>. Acesso em: 24 set. 2024.

_____. **Parâmetros para a Atuação de Assistentes Sociais na Política de Saúde**. CFESS. Brasília, 2010.

_____. **Parecer Jurídico 40/22.** CFESS. Brasília, 2022. Disponível em: <<https://www.cfess.org.br/arquivos/ParecerJuridico40-22.pdf>>. Acesso em: 24 set. 2024.

CHESANI, Fabíola Hermes; DARÓS, Eduarda Ferreira; SILVA, Maria Eduarda da; BOSSARDI, Carina Nunes. Avaliação de Aspectos Relacionados à Qualidade de Vida dos Usuários que Frequentam o CER II da Região do Médio Vale do Itajaí. **Ensaios e Ciência: Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, [S. l.], v. 26, n. 2, p. 256–261, 2022. DOI: 10.17921/1415-6938.2022v26n2p256-261. Disponível em: <<https://ensaioseciencia.pgsscogna.com.br/ensaiocieencia/article/view/9471>>. Acesso em: 20 set. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO CIENTÍFICO E TECNOLÓGICO (CNPq). Diretório dos Grupos de Pesquisa no Brasil (Lattes). **Áreas do Conhecimento - Ciências Sociais Aplicadas**. 2024. Disponível em: <<https://lattes.cnpq.br/web/dgp/ciencias-sociais-aplicadas>>. Acesso em: 05 out. 2024.

CORRENT, Nikolas. Da Antiguidade à Contemporaneidade: A Deficiência e as suas Concepções. **Revista Científica Semana Acadêmica**, Fortaleza, v. 1, n. 89, 2016. Disponível em: <https://semanaacademica.org.br/system/files/artigos/nikolas_corrent_educacao_especial.pdf>. Acesso em: 07 set. 2024.

FERNANDES, Ivan Filipe; FERNANDES, Guilherme Antonio de Almeida Lopes. Retomada, protagonismo e equilíbrio: a política externa no novo governo Lula. **CEBRI-Revista**, ano 3, n. 9, p. 123-143, 2024. Disponível em: <<https://cebri.org/revista/br/artigo/139/retomada-protagonismo-e-equilibrio-a-politica-externa-no-novo-governo-lula>>. Acesso em 14 jun. 2025.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, Mariana Leme. **Centro especializado em reabilitação da rede de cuidados à pessoa com deficiência**: dos documentos norteadores às práticas cotidianas. 2020. Dissertação (Mestrado em Formação Interdisciplinar em Saúde) - Faculdade de Odontologia, Escola de Enfermagem e Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2020. doi:10.11606/D.108.2020.tde-16022021-083956. Disponível em: <<https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/108/108131/tde-16022021-083956/pt-br.php>>. Acesso em: 05 set. 2024.

HIRAKAWA, Ana Paula Ribeiro; ROSSIT, Rosana Aparecida Salvador. ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO NO CUIDADO À PESSOA COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA NOS CENTROS ESPECIALIZADOS EM REABILITAÇÃO DA CIDADE DE SÃO PAULO. **Revista Brasileira de Educação Especial**, v. 30, e0154, p. 1-16, 2024. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1980-54702024V30E0154>>. Acesso em: 05 set. 2024.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; CARVALHO, Raul de. **Relações Sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. São Paulo: Cortez, 1983.

IAMAMOTO, Marilda Villela. **Serviço Social em Tempo de Capital Fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** São Paulo: Cortez, 2007.

_____. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e Formação Profissional.** São Paulo: Cortez, 2008, p. 27.

IAMAMOTO, Marilda Vilela; YAZBEK, Maria Carmelita. **Serviço Social na História: América Latina, África e Europa.** São Paulo: Cortez, 2019.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Diretoria de Pesquisas. Coordenação de Pesquisas por Amostra de Domicílios. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua): Pessoas com deficiência 2022.** Rio de Janeiro: IBGE, 2023. 15 p. ISBN 978-85-240-4573-8. Disponível em: <https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv102013_informativo.pdf>. Acesso em: 03 set. 2024.

JÚNIOR, Armando Boito. **Dilma, Temer, Bolsonaro: crise, ruptura e tendências na política brasileira.** Goiânia: Editora Phillos Academy, 2020.

LACERDA, Irisneide Antonino de. **A instrumentalidade do serviço social sob a perspectiva da dimensão técnico-operativa em um centro especializado de reabilitação em João Pessoa-PB.** 2021. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2021. Disponível em: <<https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/24787>>. Acesso em 03 set. 2024.

LIMA, Adelita Pereira de. **As repercussões do cuidado na vida de mães de crianças com deficiência: reflexões sobre deficiência e gênero.** 2022. 115 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) — Universidade de Brasília, Brasília, 2022. Disponível em: <<https://repositorio.unb.br/handle/10482/46280?locale=en>>. Acesso em: 20 set. 2024.

MACEDO, Stephanie. **Políticas Públicas:** o que são e para que existem. Assembleia Legislativa do Estado de Sergipe: Alese Notícias, 2018. Disponível em: <<https://al.se.leg.br/politicas-publicas-o-que-sao-e-para-que-existem/>>. Acesso em 22 out. 2024.

MELO, Sheila Cristina Silva de; VIEIRA, Fabiola Sulpino. Promoção, proteção e recuperação da saúde auditiva no Brasil: uma avaliação de resultados do plano viver sem limite. **Planejamento e Políticas Públicas**, Brasília, n. 63, p. 111-141, jul./set. 2022.

MONTAÑO, Carlos. **A natureza do serviço social:** um ensaio sobre sua gênese, a “especificidade” e sua reprodução. São Paulo: Cortez, 2007.

NETTO, José Paulo. Cinco notas a propósito da “Questão Social”. **Temporalis**, Brasília, DF, ano 2, n. 3, p. 41-49, jan./jul. 2001.

_____. **Ditadura e serviço social:** uma análise do serviço social no Brasil pós-64. São Paulo: Cortez Editora, 2017.

OLIVEIRA, Laura Shyrlene de Melo; SILVA, Nathalia Joyce dos Santos; FARIAS, Maria Helena Lins de. DESVELAMENTO DA INSTRUMENTALIDADE DO ASSISTENTE SOCIAL, NO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO – CER IV. In: XV Congresso Nacional das Associações Pestalozzi, 2019, Maceió. **Anais do XV Congresso Nacional das Associações Pestalozzi: "93 anos superando desafios na construção da autonomia".** 2019. Disponível em:

<<https://www.even3.com.br/anais/xvcongressonacionaldasassociacoespestalozzi/199455-DESVELAMENTO-DA-INSTRUMENTALIDADE-DO-ASSISTENTE-SOCIAL-NO-CENTRO-ESPECIALIZADO-EM-REABILITACAO--CER-IV>>. Acesso em: 04 set. 2024.

ONU (Organização das Nações Unidas). **Declaração de Direitos do Deficiente Mental – 1971.** Aprovada pela resolução n. A/8429 da Assembleia Geral da ONU de 22 de dezembro de 1971. Disponível em: <https://abres.org.br/wp-content/uploads/2019/11/declaracao_dos_direitos_de_pessoas_com_deficiencia_mental_de_2_2_12_1971.pdf>. Acesso em: 25 set. 2024.

_____. **DECLARAÇÃO DOS DIREITOS DAS PESSOAS DEFICIENTES.** Resolução aprovada pela Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas em 09/12/75. 1975. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/dec_def.pdf>. Acesso em: 25 set. 2024.

PACHECO, Kátia; ALVES, Vera. A história da deficiência, da marginalização à inclusão social: uma mudança de paradigma. **Acta Fisiátrica**, vol. 14, n. 4, p. 242-248, 2007. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-536601>>. Acesso em: 07 set. 2024.

PENHA, Lorena Sarmento; REYES, Paola Alejandra Valenzuela; JUNIOR, Ricardo Gomes; BARBOSA, Pedro Renan Nascimento. SERVIÇO SOCIAL E PESSOAS COM DEFICIÊNCIAS: Caracterizando a atuação profissional frente ao centro de reabilitação a nível IV em Belém do Pará. In: XVII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais, 2022, online. **Anais do XVII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais.** 2022. Disponível em: <<https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/finais/0000000703.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2024.

RIBEIRO, Viviane Cristina Silva Vaz; OLIVEIRA, Nayara Hakime Dutra. Serviço Social, pessoa com deficiência e Direitos Humanos. **SER Social**, Brasília, v. 24, n. 51, p. 510–525, 2022. DOI: 10.26512/sersocial.v24i51.33861. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/33861>. Acesso em: 08 jan. 2025.

ROCHA, Camila da Silva; SILVA, Eloyse Valéria da; FRANCO, Inaara Hérika Câmara. PARTICULARIDADES DO TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL EM UM CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. In: 25º Seminário de Pesquisa do CCSA, 2023, Natal. **Anais do 25º Seminário de Pesquisa do CCSA.** 2023. Disponível em: <<https://seminario2023.ccsa.ufrn.br/articles/PARTICULARIDADES%20DO%20TRABALHO%20DO%20ASSISTENTE%20SOCIAL%20EM%20UM%20CENTRO%20ESPECIALIZADO%20EM%20REABILITA%C3%A7%C3%A3O%20PARA%20PESSOAS%20COM%20DEFICI%C3%A7%C3%A3O.pdf>>. Acesso em: 04 set. 2024.

SANTOS, Elisabete de Medeiros; CARNEIRO, Camila de Paula Souza; CUNHA, Renata Maria Machado da. SERVIÇO SOCIAL NA POLÍTICA DE SAÚDE: ANÁLISE DA PRÁTICA DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO INTELECTUAL DA PARAÍBA. *In: XVIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*, 2024, Fortaleza. **Anais do XVIII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, 2024. Disponível em: <<https://www.abepss.org.br/enpess-anais/public/arquivos/2024/oral/03656.pdf>>. Acesso em: 03 fev. 2025.

SANTOS, Letícia da Silva. ABANDONO PATERNO E O PROTAGONISMO FEMININO NO CUIDADO DE NASCIDOS COM DEFICIÊNCIA. **Serviço Social em Debate**, [s. l.], v. 6, n. 1, 2023. DOI: 10.36704/ssd.v6i1.7279. Disponível em: <<https://revista.uemg.br/index.php/serv-soc-debate/article/view/7279>>. Acesso em: 07 set. 2024.

SILVA, Bismarck Oliveira da; SOUZA, Anna Beatriz Valentim de; SOUZA, Juciara Gomes de Matos. ANTICAPACITISMO, PROJETO ÉTICO-POLÍTICO PROFISSIONAL DO/A ASSISTENTE SOCIAL E OS DESAFIOS DA PRÁXIS NO CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA. **Revista Serviço Social em Perspectiva**, [s. l.], v. 7, n. 2, p. 299–313, 2023. DOI: 10.46551/rssp202330. Disponível em: <<https://www.periodicos.unimontes.br/index.php/sesoperspectiva/article/view/6738>>. Acesso em: 05 set. 2024.

SILVA, Elane do Socorro Oliveira da; COTA, Karen Regina Ferreira. SERVIÇO SOCIAL E PESSOA COM DEFICIÊNCIA: uma análise do trabalho do assistente social no Centro Especializado em Reabilitação da Universidade do Estado do Pará. *In: XVII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social*, 2022, Rio de Janeiro. **Anais do XVII Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, 2022. Disponível em: <<https://www.abepss.org.br/enpess-anais/public/arquivos/00808.pdf>>. Acesso em: 03 set. 2024.

SOUZA, Georgia Costa de Araújo; COSTA, Iris do Céu Clara. O SUS nos seus 20 anos: reflexões num contexto de mudanças. **Saúde Soc.** São Paulo, v. 19, n. 3, p. 509-517, 2010. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/sausoc/article/view/29666/31538>>. Acesso em: 15 set. 2024.

SOUZA, Juciara Gomes de Matos. O TRABALHO PROFISSIONAL DO SERVIÇO SOCIAL NO CUIDADO À SAÚDE DA PESSOA COM LESÃO MEDULAR: um olhar sobre a Clínica de Lesão Medular Adulto do Centro Especializado em Reabilitação IV Anita Garibaldi. *In: XVII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais*, 2022, online. **Anais do XVII Congresso Brasileiro de Assistentes Sociais**, 2022. Disponível em: <<https://www.cfess.org.br/cbas2022/uploads/finais/0000000802.pdf>>. Acesso em: 06 set. 2024.

UNIT (Centro Universitário Tiradentes). **O papel do assistente social na área da saúde**. 2022. Disponível em: <<https://pe.unit.br/blog/noticias/o-papel-do-assistente-social-na-area-da-saude/>>. Acesso em: 27 set. 2024.

VALENTIM, Regis de Souza; DANTAS, Thaissa Hamana de Macedo; MACHADO, Flavia Christiane de Azevedo; ARAÚJO, Camilla Medeiros; SILVA, Marilene Soares da;

CASTANEDA, Luciana; DANTAS, Diego. Construção e validação de modelo lógico para Centros Especializados em Reabilitação. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, Brasil, v. 55, p. 54, 2021. DOI: 10.11606/s1518-8787.2021055002976. Disponível em: <<https://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/191293>>. Acesso em: 08 set. 2024.