



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIA SOCIAL APLICADA
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL
CURSO DE SERVIÇO SOCIAL**

SIMONE ARAÚJO DOS SANTOS

**REDE DE APOIO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA:
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DO BAIRRO DO MONTE SANTO- CAMPINA GRANDE/PB**

CAMPINA GRANDE-PB

2018

SIMONE ARAÚJO DOS SANTOS

**REDE DE APOIO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA:
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DO BAIRRO DO MONTE SANTO- CAMPINA GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de graduada em Serviço Social.

Área de concentração Serviço Social.

Orientador: Prof. Ms. William Almeida de Lacerda.

CAMPINA GRANDE-PB

2018

É expressamente proibido a comercialização deste documento, tanto na forma impressa como eletrônica. Sua reprodução total ou parcial é permitida exclusivamente para fins acadêmicos e científicos, desde que na reprodução figure a identificação do autor, título, instituição e ano do trabalho.

S237r Santos, Simone Araújo dos.
Rede de apoio às pessoas com deficiência [manuscrito] : um relato de experiência nas unidades de saúde da família do bairro do Monte Santo- Campina Grande/PB / Simone Araujo dos Santos. - 2018.
31 p. : il. colorido.

Digitado.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) - Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2018.
"Orientação : Prof. Me. William Almeida de Lacerda , Departamento de Serviço Social - CCSA."

1. Estratégia saúde da família. 2. Pessoa com deficiência. 3. Rede de atenção à saúde. 4. Deficiente. 5. Assistência social.

21. ed. CDD 362.4

SIMONE ARAÚJO DOS SANTOS

**REDE DE APOIO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA:
UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA
DO BAIRRO DO MONTE SANTO - CAMPINA GRANDE/PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, como requisito parcial para obtenção do título de graduada em Serviço Social.

Área de concentração: Serviço Social.

Aprovada, em: 04/03/2018.

BANCA EXAMINADORA

William Almeida de Lacerda

Prof. Ms. William Almeida de Lacerda (Orientador)
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB.

Maria Noalda Ramalho

Profª. Drª. Maria Noalda Ramalho (Examinadora)
Universidade Estadual da Paraíba - UEPB.

Rosiane de Souza Moreira

Profª. Rosiane de Souza Moreira (Examinadora)
Assistente Social e Supervisora de Estágio de Campo do Estágio

CAMPINA GRANDE-PB

2018

Dedico ao meu eterno amigo Thiago (*in memoriam*) que mesmo diante da enfermidade a sua fé era imensa.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus e a Maria que nunca me deixaram desanimar diante dos obstáculos, que sempre me abençoaram com proteção e bondade.

Aos meus pais M^a.de Lourdes e José Carlos, pelos ensinamentos da humildade e da fé, que sempre lutaram para me iluminar com os seus cuidados.

As minhas irmãs e irmãos, Lucimere, Cidinha, Branquinha, Carla, Lucineide, Cesar e Betinho. Obrigada por existirem em minha vida, vocês são mais que especiais, adoro cada um(a) de vocês.

Aos meus sobrinhos(as), Christopher, Gabriel, Yuri, Giovanna, Layla e Sophia, meus tesouros.

Ao meu namorado Túlio, por todo companheirismo e dedicação em todos os momentos que mais precisei.

Aos meus cunhados, Thiago e Edvan, obrigada pelo apoio.

A minha turma do curso de Serviço Social, em especial aos meus amigos(as), Fiama, Cecília, Angel, Igor, Marcela, Silvana, Zinaldo e Ricardo. Nunca esquecerei de vocês, meu povo querido.

A minha querida amiga e Professora Socorro Caju, por sua força e ensinamentos.

Ao meu Orientador e Supervisor de Campo, Professor William, pelos ensinamentos e apoio.

A minha Supervisora de Campo, Rosiane de Souza, pela paciência, dedicação e ensinamentos. Assim como, às equipes das Unidades de Saúde Bonald Filho e Monte Santo, pelo acolhimento.

À Professora Lúcia Patriota, pela sua determinação e paciência.

Enfim, agradeço à banca examinadora, por se fazer presente nesse momento tão importante em minha vida.

“A razão de nossa esperança é que há no Brasil inteiro pessoas com visão muito clara, com esse projeto transformador.” (Christian de Paul)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	09
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	10
2.1 Sistema Único de Saúde (SUS).....	10
2.2 A Estratégia Saúde da Família (ESF).....	12
2.3 Rede de Atenção à Saúde (RAS).....	15
2.4 Rede de Atendimento à Pessoa com Deficiência.....	17
2.5 Experiência no Estágio Supervisionado na Unidade Básica de Saúde da Família Bonald Filho e Monte Santo CG/PB.....	22
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	25
REFERÊNCIAS.....	27
ANEXO A-FLUXOGRAMA.....	29
ANEXO B-FOLDER.....	30
ANEXO C-FOLDER.....	31

REDE DE APOIO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA NAS UNIDADES DE SAÚDE DA FAMÍLIA DO BAIRRO DO MONTE SANTO - CAMPINA GRANDE/PB.

Simone Araújo dos Santos¹

RESUMO

O presente trabalho tem por objetivo apresentar a rede de atendimento à pessoa com deficiência no município de Campina Grande-PB, facilitando assim, o acesso dos usuários aos serviços destinados, proporcionando uma melhor organização dos encaminhamentos para a reabilitação da pessoa com deficiência. Assim, o presente estudo, de caráter bibliográfico e de campo, foi elaborado a partir de aplicação de um questionário nas redes de atendimento à pessoa com deficiência. Nesse sentido, por meio do projeto de intervenção realizado a partir do Estágio Supervisionado em Serviço Social, nas Unidades Básica de saúde Bonald Filho e Monte Santo, ambas localizadas no bairro do Monte Santo, que objetivou promover uma forma da comunidade, dos profissionais e dos gestores conhecerem o funcionamento da referida rede de serviços para a pessoa com deficiência. Por fim, considera-se que esse trabalho de intervenção resultou numa ação mais desenvolvida de acolhimentos e direcionamentos para o caminho ao acesso das pessoas com deficiências aos serviços e aos direitos destinados aos mesmos.

Palavras-chave: 1.Estratégia Saúde da Família. 2. Pessoa com Deficiência.3. Rede de atenção à saúde. 4. Deficiente. 5. Assistente Social.

¹ Aluna de graduação do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campus I.
Email: simonearaujosan3@gmail.com

1 INTRODUÇÃO

O presente trabalho nasceu da necessidade de mapear a rede de atendimento à pessoa com deficiência que foi idealizada a partir do Estágio Supervisionado em Serviço Social, entre o período de 23 de maio de 2016 a 10 de maio de 2017, nas Unidades Básicas de Saúde da Família Bonald Filho e Monte Santo, localizadas no bairro do Monte Santo, em Campina Grande-PB.

Dentre as demandas existentes nas unidades foi possível identificar a necessidade do mapeamento das instituições que se deu através da alternativa de tentar organizar os direcionamentos pela falta de conhecimento dos profissionais em relação aos lugares que podem referenciar as pessoas com deficiência que chegam as UBSFs do bairro do Monte Santo.

O objetivo deste estudo é apresentar a rede de atendimento da pessoa com deficiência à comunidade, aos profissionais e aos gestores no município de Campina Grande. Facilitando assim, o acesso dos usuários aos serviços destinados, que seja capaz de proporcionar uma melhor organização dos encaminhamentos para a reabilitação da pessoa com deficiência.

Ressalta-se a importante contribuição que esse trabalho de intervenção proporcionou uma ação de acesso das pessoas com deficiências aos serviços e aos direitos destinados aos mesmos.

Quanto aos aspectos metodológicos é importante destacar que este relato se trata de uma pesquisa bibliográfica e de campo, no qual, segundo Gil (2002) “[...] a pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos”.

Para melhor compreensão do conteúdo abordado, o trabalho encontra-se estruturado em sete itens: a introdução, no item 2.1, é abordado uma breve contextualização do Sistema Único de Saúde, no item subsequente é discorrido a Estratégia Saúde da Família, no 2.3, a Redes de Atenção à Saúde, em seguida, no 2.4, a Rede de Atendimento à Pessoa com Deficiência, no item 2.5, é abordado o relato de experiência sobre a Rede de atendimento a Pessoa com Deficiência e por fim as considerações finais e referências utilizadas na elaboração do trabalho.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Sistemas Único de Saúde (SUS)

Antes da existência do Sistema Único de Saúde (SUS), a saúde no Brasil não era prioridade, a intervenção na saúde só era designada em casos de epidemias e endemias que afetavam a economia da época, ou para aqueles cidadãos que estavam vinculados ao mercado formal de trabalho e com a carteira assinada. De acordo com BRASIL (1988, Art. 196), a partir da Constituição Federal de 1988, a Saúde passa a ser definida como um direito:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

Sabe-se que a criação do SUS se estabeleceu a partir da Constituição Federal de 1988, unificada pelas propostas do movimento da Reforma Sanitária que eram a universalidade do direito à saúde e tendo marco no debate da VIII Conferência de Saúde Nacional. A sua inserção na Carta Magna certificou as mudanças de papel do Estado com distintos princípios e diretrizes aceitos em todo território nacional.

Verifica-se que a regulamentação como garantia do direito à saúde se deu através das Leis nº8.080/90 e 8.142/90, notória como Lei Orgânica da Saúde. Essas leis são essenciais para as condições de participação da população nas decisões de prática e atenção das políticas públicas de saúde.

O Art.198 da Constituição de 1988 estabelece que:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II - atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III - participação da comunidade.

Um dos avanços estabelecidos pela Constituição foi a Seguridade Social, no que se menciona a proteção social e no atendimento à classe trabalhadora. No art.

194 da CF, se destaca que a Seguridade Social “compreende um conjunto integrado de ações de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL,1988). Estas leis irão assegurar os direitos sociais de muitos cidadãos com o objetivo de preservar a cidadania e a dignidade humana.

Segundo Aguiar (2011), o SUS é composto pelo conjunto organizado e articulado de serviços e ações de saúde integrantes das organizações públicas de saúde das esferas municipal, estadual e federal, além dos serviços privados, como complementação. Então, é de responsabilidade de todas essas três esferas a concretização da promoção das diretrizes e programas do SUS.

Observa-se que o Estado reconhece a importância da aquisição de políticas para os sujeitos sociais, pois é necessário que tenham uma vida social com alimentação, acesso a moradia, saneamento básico, meio ambiente, lazer e trabalho, entre outros bens e serviços, numa sociedade economicamente produtiva, estabelecendo uma nova concepção de saúde pública.

De acordo com Aguiar (2011), os princípios doutrinários expressam as ideias filosóficas que permeiam a criação e implementação do SUS e personificam o conceito ampliado de saúde e o princípio do direito à saúde. Os princípios organizativos orientam o funcionamento do sistema.

Percebe-se que a saúde é destacada como um direito social, implicando no conceito de que todos os sujeitos sociais têm a garantia universal à saúde, direito erguido num processo de embates, de pressões dos movimentos sociais por estabelecerem um rompimento da desigualdade também na saúde. Sendo garantido pela Lei Orgânica da Saúde (LOS). O SUS prever um sistema de princípios doutrinários e organizativos. Verifica-se de acordo com a Lei nº 8.088/90.

Tais princípios são caracterizados por Universalidade, que é um direito de toda a população e é assegurado ao Estado oferecer esse direito à saúde, pois o acesso à saúde deve ser garantido, sem nenhum privilégio ou preconceito (AGUIAR, 2011).

O princípio da Equidade questiona que os serviços de saúde aceitem as diferenças entre os grupos sociais e indivíduos, priorizando aqueles que relatam uma maior situação de risco e das condições de vida e da saúde (PAIM, 2009). E o da Integralidade, que estabelece que todas as pessoas sejam atendidas em suas

necessidades de vida, oferecendo a cada um a prevenção, a promoção e a recuperação a todos os usuários do SUS (AGUIAR, 2011).

Em relação aos princípios organizativos, é compreendido que: a Descentralização aparece como uma redistribuição da responsabilidade quanto às ações e serviços de saúde entre as três esferas federal, estadual e municipal (PAIM, 2009).

Enquanto que a Regionalização e a Hierarquização estabelecem a articulação entre os gestores estaduais e municipais na aplicação das políticas, das ações e dos serviços de saúde, será a organização dos serviços de saúde em cada região de forma integrada, garantindo esses serviços de modo completo e com qualidade (PAIM, 2011).

No que diz respeito à Participação e controle social, sabemos que esse princípio fornece a garantia da população diante das execuções das políticas públicas de saúde nos conselhos de saúde e em Conferência, estabelecendo a democratização do conhecimento do processo saúde-doença e dos serviços, efetivando a participação da comunidade diante da fiscalização, os controles econômicos e financeiros em cada esfera de governo (AGUIAR, 2011).

Observa-se que, nos últimos anos houve um progresso enfatizado principalmente pelas campanhas de vacinação de crianças, idosos e pelo acompanhamento de mulheres grávidas para realizarem o pré-natal, em como a distribuição de coquetéis para os indivíduos portadores de HIV (AIDS).

Diante de aspectos como esses, e com o intuito de aperfeiçoar o atendimento à população através dos diversos princípios e diretrizes do SUS, foi posicionada a Estratégia Saúde da Família, ampliando, portanto, a atenção primária à saúde, oferecendo respostas resolutivas para a maioria dos problemas de saúde das comunidades.

2.2 A Estratégia Saúde da Família (ESF)

A Estratégia Saúde da Família (ESF) foi implantada em 1994 através do Ministério de Saúde, antes pronunciada como Programa Saúde da Família (PSF), que teve início com a implantação do Programa de Agentes Comunitário de Saúde (PACS). Criada pela razão da indignação pelo fato de que, no Brasil, o acesso aos

serviços de saúde continuava precário, ainda em 1993 cerca de 1.000, municípios brasileiros não tinham nenhum profissional médico (BRASIL, 2010).

A proposta da Estratégia Saúde da Família(ESF) é ampliada como uma organização e fortalecimento da atenção primária à saúde, deixando de ser um programa e passando a ser uma estratégia permanente na atenção básica, que de acordo com Brasil (2007, p.19):

Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes da saúde das coletividades.

Diante desse panorama, entende-se a importância da atenção básica nos cuidados da principal ferramenta de expansão que é a Estratégia Saúde da Família(ESF), sendo uma estratégia de reorientação do modelo assistencial em saúde, a partir da atenção básica, com a intenção na mudança do modelo médico e hospital, para um modelo concentrado na integralidade de assistência, com ações de promoção e prevenção à saúde, tendo como foco a família no seu ambiente, no ambiente em que vive.

Observa-se que a Estratégia Saúde da Família é composta por uma equipe multiprofissional nas unidades básicas de saúde. Essas equipes são responsáveis pelo acompanhamento de um número definido de famílias, localizadas em uma determinada área geográfica. “O número de atendimento é de no máximo 4 mil habitantes, sendo a média recomendada de 3 mil habitantes de uma determinada área” (AGUIAR, 2011, p. 126).

Verifica-se que a responsabilidade pelo acompanhamento das famílias coloca para as equipes da saúde da família, a necessidade de superar os limites, se qualificar para a atenção básica no Brasil, principalmente no contexto do SUS. Ainda segundo Aguiar (2011, p. 126), em relação à responsabilidade da Estratégia Saúde da Família, se afirma que:

Visa intervir sobre os fatores de riscos aos quais as comunidades estão expostas, por meio da assistência integral, permanente e de qualidade e da realização de atividades de educação e promoção de saúde. Deve

estabelecer vínculo de compromisso e de corresponsabilidade com a população, estimulando a organização das comunidades para exercer o controle social das ações e serviços de saúde.

Sendo assim, inserção do trabalho em equipes nas Unidades Básicas de Saúde é a meta principal para a comunicação e troca de experiência nos espaços domiciliares e na mobilização da comunidade.

Já no município de Campina Grande, a ESF foi inserida no ano de 1994 com a orientação do Ministério da Saúde juntamente com outros 13 municípios, fundamentada na experiência Cubana de Saúde e da cidade de Niterói/RJ com o projeto “Médico da Família” baseado no modelo Cubano de Atenção à Saúde. Os bairros escolhidos para a implantação do ESF foram: Pedregal, Mutirão e no Tambor. A justificativa, maior motivo da instalação nesses bairros foram pelo fato do alto índice de desnutrição e mortalidade infantil e a carência nos serviços de saúde.

Sendo constituído de princípio por uma equipe com médicos, enfermeiro e auxiliar de enfermagem e os agentes comunitários de saúde (ACS's), foram implementados, no ano de 1995, para beneficiar com o trabalho pelas equipes. (LEITE; VELOSO, 2009). O trabalho ACS foi muito importante para o fortalecimento das equipes. Como enfatiza Guimarães (2006, p. 95):

Os ACS desempenham um papel fundamental no processo de acompanhamento das condições de saúde da comunidade, detectando, nas suas visitas domiciliares, alterações e fatores de riscos para a saúde destas famílias, informando às equipes sobre alterações das condições de vida a presença de doenças nas mesmas.

Essa implementação dos ACS no município de Campina Grande foi essencial para uma ação precoce e mais eficaz das equipes acrescentando a força dos trabalhos desenvolvidos, moldando diferentes atuações educativas, voltadas para os cuidados de higiene pessoal e grupal e para a direção em busca de hábitos de vida saudável.

De acordo com Leite e Veloso (2009), no ano de 2003, diversos profissionais foram selecionados para o trabalho no PSF, como assistentes sociais, o cirurgião-dentista e o auxiliar de consultório dentário (ACD), sendo todos eles na proporção de um profissional para cada duas equipes.

No município de Campina Grande, foi necessário elaborar cursos para o treinamento das equipes, relacionadas com o SUS, dando profunda à atenção sobre

os projetos do PSF e da saúde da família. Conforme Guimarães (2006, p. 98), ratifica sobre a atuação do Assistente Social no PSF:

Com a integração da assistencial social na sua equipe, a discussão que se fazia no momento, visando à criação de um conselho gestor de saúde na unidade, ganhou fôlego. Além desse trabalho, a assistente social catalisou e dinamizou a questão educativa, ajudando a diminuir as resistências da comunidade ao trabalho do PSF.

Segundo o Ministério da Saúde como o objetivo de se ampliar a atenção básica da saúde e o apoio nas estratégias de melhoria da saúde pública, diante da Portaria GM nº 154 de Janeiro de 2008, criou os Núcleos de Apoio a Saúde da Família (NASF). A estratégia da Saúde, em Campina Grande teve muitos avanços, com o amplo reconhecimento de profissionais e a sua extensão em outros diversos bairros para um melhor desenvolvimento e expansão da saúde da família.

O trabalho diante do preventivo, as internações diminuíram e o número de mortalidade infantil foi reduzido e a comunidade teve sua participação através de conselhos de saúde. Assim como, a coerência e a ligação entre a situação da saúde e a atenção básica, nas estratégias de saúde, envolvem o aperfeiçoamento das Redes de Atenção à Saúde (RAS), garantindo um o atendimento de forma contínua, integral e de qualidade atendendo a população de maneira mais eficaz e organizada.

2.3 Rede de Atenção à Saúde (RAS)

A organização da Rede de Atenção à Saúde(RAS) foi estabelecida através de um acordo tripartite envolvendo o Ministério da Saúde, CONNAS e CONASEMS, em uma Portaria de nº4.279, de dezembro de 2010, acrescentando assim, as diretrizes para a implantação das Redes de Atenção à Saúde no âmbito do SUS(BRASIL,2010).

Observa-se que, foi nessa pauta de acordo, que o RAS representou um caminho para a garantia à saúde constando que “são arranjos organizativos de ações e serviços de apoio técnico, logístico e de gestão, que buscam garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL,2010), sendo sistematizadas para objetar as condições específicas de saúde, por meio de uma série completa de atendimento.

Segundo Mendes (2007, p.154), a estrutura operacional de uma RAS se classifica da seguinte forma:

Por sistemas de apoio diagnósticos e terapêuticos; assistencial farmacêutico e de informação em saúde; sistema logístico de identificação dos usuários; de prontuário clínico; de acesso regulado a atenção e de transporte em saúde e sistemas de governança da rede.

Tais informações citadas acima pelo autor buscam formular estratégias para um controle da quantidade de pacientes, como uma fórmula de identificar quais os tipos de enfermidades os usuários possuem. Sendo assim, haverá um melhor desempenho por parte da administração.

Verifica-se que, a implantação do RAS é compreendida de forma regionalizada e hierarquizada, assegurando os princípios de universalidade do acesso à saúde, integralidade e equidade no atendimento aos usuários, superando a fragmentação na saúde numa atenção contínua de qualidade e humanização de seus atendimentos, visando o bem-estar de muitos pacientes.

Entende-se que, para que a prática do SUS se torne eficiente é importante a interligação e a integralidade do RAS, se argumentando entre vários temas da atenção, havendo uma comunicação entre os setores de serviços de saúde, sendo responsável no encaminhamento do usuário pelos outros pontos de atenção à saúde, caso não possam ser atendidas pela atenção primária e deve preservar o contato com os usuários, oferecendo um trabalho contínuo de atenção na promoção na saúde e na prevenção de agravos.

Diante disso, a Organização Mundial da Saúde exemplificou a importância da implantação das Redes de Atenção, que determinou um apoio às necessidades de saúde da população, criando redes temáticas em diversas regiões do país, a saber:

Rede Cegonha- Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, Rede de Atenção à Urgência e Emergência-Portaria nº 1.600, Rede de Atenção Psicossocial-Portaria nº 3.088, Rede de Cuidado a Pessoa com Deficiência-Portaria nº 793, e Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas (diabetes, câncer, obesidade etc.) - Portaria nº 483, de 1º de abril de 2014. (OLIVEIRA, 2015, p.32)

No entanto, a criação das redes temáticas expõe uma competência nos serviços da atenção básica, em diferentes níveis de atenção pelo indivíduo, na

redução da fragmentação da precaução e uma máxima organização nos serviço de bem-estar.

Nesse sentido, estas redes temáticas são de grande importância para a população que necessita de atendimento especial, como as pessoas com deficiência, uma vez que é precária a prestação de serviço para com eles, entretanto, o acolhimento para este grupo é primordial e seus direitos precisam ser garantidos pelo RAS, através de suas diretrizes para busca de uma melhoria no atendimento.

2.4 Rede de Atendimento à Pessoa com Deficiência

Durante muito tempo, as pessoas com deficiência eram tidas como invisíveis e consideradas inválidas, então, passaram a ser vistos como o motivo do problema pelas suas anormalidades. Em sua grande maioria eram rejeitadas pela própria família, pelo fato de não terem nascido dentro de um padrão tido como “perfeitas”, em relação às demais pessoas.

Verifica-se que muitos eram confinados em entidades para cuidado e educação. As instituições mais antigas foram o Instituto Nacional para Cegos, no Reino Unido e a Instituição de Educação de Surdos, no Brasil (DINIZ, 2007). Foram as primeiras instituições que ofereceram uma oportunidade para o atendimento a essas pessoas que eram excluídas da sociedade.

De certa forma, era uma maneira de conscientização por parte desses órgãos, que foram gerando conhecimento e discussão através do cuidado com a deficiência, mesmo tendo em vista que essas instituições, de certa forma, afastavam essas pessoas do convívio social.

Sabe-se que foram surgindo outras instituições importantes, como a Pestalozzi, em 1935, em Minas Gerais, que englobava um consultório Médico-pedagógico, passando a oferecer classes especiais para o tratamento e a educação das crianças excepcionais. No ano de 1943, através do Instituto Benjamim foi aprovada a primeira impressora Braille, na meta de orientar alunos com a deficiência visual.

Observa-se que existiu ainda a Casa de Misericórdia, onde era apropriado o ensino hospitalar, e o ambiente escolar São Francisco, que oferecia a reabilitação dos deficientes físicos. Mais adiante, surgiu a Associação de Assistência à Criança

Defeituosa (AACD). E, sabe-se que, na meta de se atender às pessoas com deficiência intelectual foi fundada, no ano de 1954, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, se analisa que cerca de 10% da população no planeta possui algum tipo de deficiência. E ainda segundo a Cartilha do Censo (2010), existem cerca de 23,9%, da população no Brasil que declaram ter algum tipo de deficiência, sendo elas: auditiva, visual, motora e mental ou intelectual (IBGE, 2010).

Em relação às pessoas com deficiência, foram estabelecidas diversas mobilizações internacionais e de entidades de intervenção e defesa a essas pessoas, a saber:

A Declaração dos Direitos das Pessoas com Deficiência (Resolução adotada pela ONU, em Dezembro de 1975), o Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência, as Normas sobre Equiparação de oportunidade para Pessoas com Deficientes e a Convenção sobre os direitos das Pessoas com Deficiência, adotada pela a Organização das Nações Unidas (ONU), em dezembro de 2006. (BRASIL, 2009, p. 125)

Nesse sentido, houve um avanço em termos da mudança na forma como passou a se definir quem tem deficiência. Algumas formas de expressões em relação à pessoa com deficiência deixaram de serem usadas, como pessoas com necessidades especiais.

Observa-se que a definição exata que foi aceita internacionalmente e compreendida na Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência foi a “Pessoa com Deficiência”, que expressa outra maneira de se comunicar com os tipos de limitações, como o indivíduo com cegueira, surdez, deficiência física e intelectual.

Entende-se que os direitos da pessoa com deficiência no Brasil foram garantidos através do Art. 23 da Constituição de 1988, declarando que é competência da União, Estados, Distritos Federais e Municípios zelar pela saúde, a proteção, assistência pública e as garantir às pessoas com deficiência. Diante disso, muitas outras leis foram criadas, como as Leis de nº 7.853/89, e nº 8. 080/90, o Decreto de nº 3.298/99.

Verifica-se que diversos movimentos e acordos internacionais foram estabelecidos na qual o Brasil foi pauta de vários desses encontros. Um desses eventos foi a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Foram

expostos mais cinquenta artigos que tratam sobre os direitos civis, políticos, econômicos, sociais e culturais das pessoas com deficiência, sobre as quais se expõe em seu art. 1º:

São aquelas que têm impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas.

De acordo com a Lei de nº 13.146, de 6 de Julho de 2015, se instituiu a Lei Brasileira de inclusão da Pessoa com Deficiência, Estatuto da Pessoa com Deficiência (Art. 1º), que expõe:

É instituída a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando a sua inclusão social e cidadania.

Com isso se efetiva a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, construída pela Portaria GM/MS, nº 1060/2002, instituiu a inclusão das pessoas com deficiência, em toda a rede de serviços do Sistema Único de Saúde, reconhecendo a necessidade de responder as complexas questões que norteiam a atenção da saúde da pessoa com deficiência no Brasil (BRASIL, 2010).

Observa-se que essa Política do Ministério da Saúde é focalizada para a inclusão das pessoas com deficiência em toda rede de serviços no SUS, é determinante por distinguir a necessidade de efetivar o processo de respostas às diversas demandas que abrangem a atenção à saúde das pessoas com deficiência no Brasil.

De acordo com o Decreto nº 3.298/99, a prevenção abrange ações e dimensões orientadas a proteger contra as causas da deficiência que possam provocar a incapacidade, e as destina a evitar o seu crescimento e a sequência a outros tipos de incapacidades. A prevenção engloba diversas e diferentes qualidades de ações, tais como:

Cuidado especial com a gestação, parto e o pós-parto e o primeiro ano de vida do bebê, ações para a melhoria de alimentação e nutrição, contra doenças sexualmente transmissíveis, programas de segurança no ambiente de trabalho, campanhas e medidas contra a violência nas cidades e no

trânsito, campanhas para o envelhecimento saudável, campanhas de vacinação contra doenças transmissíveis. (BRASIL, 2009, p.15)

Nesse sentido, em 17 de novembro de 2011, foi lançado o programa “Viver sem Limite”, pela Presidente Dilma Rousseff, impulsionando a criação da Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência (BRASIL, 2014). Tendo como base a produção de práticas em saúde capazes de desenvolver e qualificar a entrada da pessoa com deficiência no SUS, com a Portaria nº 793 de abril de 2012, ficou claro que:

Os cuidados à Pessoa com Deficiência devem ser estabelecidos a partir da lógica de Atenção em Redes de Cuidado, organizada a partir dos componentes: Atenção Básica; Atenção Especializada em Reabilitação; e Atenção Hospitalar e de Urgência e Emergência. (BRASIL, 2012, p. 54)

Nesse aspecto, foi lançada, como uma das primeiras expressões da mudança lógica, no organismo das políticas públicas da saúde para as pessoas com deficiência, formadores da integralidade do cuidado e o acesso regulado a cada ponto de atenção e os serviços de apoio.

Sabe-se que a partir disso é avaliado que toda pessoa com alguma redução funcional tem por direito o diagnóstico e à avaliação na Unidade Básica de Saúde da Família, e a partir disso, fazer o encaminhamento adequado para o tratamento de terapias e reabilitação. Toda a ação em reabilitação tem no desenvolvimento capacidades e habilidades para promover a independência e a participação social das pessoas com deficiência.

De acordo com o Estatuto da Pessoa com Deficiência, Lei de nº 13.146, de 06 de julho de 2015, no seu Art. 14, o processo de habitação e reabilitação é um direito da pessoa com deficiência, pois, sabe-se que:

O processo de habitação e reabilitação tem por objetivo o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossocial, atitudinais, profissionais e artísticos que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas.

Nessa mesma perspectiva, se tem a habitação e reabilitação com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento da pessoa com deficiência, buscando inseri-la dentro de condições de igualdade em relação às demais pessoas, através de

tratamentos com uma equipe multiprofissional, como: médico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, psicólogo, terapeuta-ocupacional, pedagogo, assistente social, nutricionista, ortopedista funcional, odontólogo e profissional de educação física.

Sabe-se que essas pessoas podem contribuir para a reabilitação, pois são capazes de realizar muitas funções, assim, como as pessoas que precisam dos serviços desses profissionais. Elas antes eram ditas como incapazes, mas, muita coisa mudou, nesse sentido.

Além da assistência à saúde, no Sistema Único de Saúde, na prevenção da deficiência e a reabilitação são estabelecidas também o recebimento das orteses, próteses e meios auxiliares de locomoção, como cadeiras de rodas, bolsas para ostomia, aparelhos auditivos, próteses visuais e ortopédicas. Assim, a pessoa com deficiência, no SUS, é beneficiada com direito aos cuidados de saúde, acessíveis nas redes de serviços públicos com a proporção na inclusão e no benefício da qualidade de vida das pessoas.

Acredita-se que as pessoas com deficiência não devem ser tratadas como doente ou fraca, mas sim, como seres de direito, enfrentando a vida de uma forma especial, onde a sociedade e o governo têm por obrigação darem a oportunidade a essas pessoas para usufruírem das mesmas proporções de lazer, da proteção à saúde, à escolaridade e ao desenvolvimento pessoal, como as demais, com a concepção da promoção em diversos campos sociais, na garantia da qualidade dos serviços, na humanização das pessoas, e no desenvolvimento das atividades para promover a participação familiar.

Deve-se pensar que os direitos à saúde da pessoa com deficiência é posta como uma busca de qualidade de vida, através da acessibilidade, isto é, está ligada desde reabilitação, à prótese, orteses e estratégias de resolução dos problemas, das barreiras que encontram nas cidades, nos locais de atendimento, depende também, da inclusão à educação e na vida profissional.

Entende-se que a sociedade percebeu que a pessoa com deficiência é realmente capaz de se desenvolver com igualdade e sem discriminação. Com direito à reabilitação através de tratamentos adequados se amplia na inclusão e se desenvolver em um trabalho pleno, e dessa forma, passa a ser vista como um ser que irá fazer a troca com a sociedade, pois, é possuidora de direitos iguais, como todas as demais pessoas.

2.5 Experiência no Estágio Supervisionado nas Unidades Básica de Saúde da Família Bonald Filho e Monte Santo-CG/PB

Esta etapa do trabalho apresenta uma abordagem sobre um relato de experiência fundamentado no estágio supervisionado em Serviço Social, nas Unidades de Saúde: Bonald Filho e Monte Santo, na cidade de Campina Grande-PB, nos períodos de 2016.1 e 2017.1

A Unidade Básica de Saúde da Família, Monte Santo encontra-se localizada no Bairro Monte Santo, em Campina Grande. A unidade funciona de segunda à sexta-feira, no horário das 07h00min. às 11h00min., e das 13h00min. às 16h00min. A equipe é composta por multiprofissionais: um médico, uma enfermeira, uma auxiliar técnica de enfermagem, 05 agentes comunitários de saúde, um auxiliar de consultório dentário e uma assistente social. E seguindo, o quadro de apoio é composto por atendente de farmácia, recepcionista, auxiliar de serviços gerais e vigilantes.

O Bairro do Monte Santo é localizado em Campina Grande-PB, e de acordo com o Censo (2010), é composto por 7.600 habitantes, sendo representado por 3.527 habitantes do gênero masculino e 4.073 de população feminina.

A Unidade Básica de Saúde da Família Bonald Filho está localizada no Bairro do Monte Santo, em Campina Grande, funciona de segunda à sexta-feira, nos horários das 07h00min. às 11h00min., e das 13h00min às 16h30min. A unidade atende em média 42 (quarenta e duas) pessoas por dia, as mesmas são acolhidas por clínicos gerais, dentista, enfermeiros e assistente social.

Durante a trajetória, no Estágio e na atuação do cotidiano do Serviço Social, em duas Unidades Básicas de Saúde, foi percebida a necessidade que a equipe expressava em conhecer as instituições, sendo assim, encaminhar para os lugares adequados de reabilitação das mais variadas formas de deficiência.

A partir disso, veio a proposta da criação do mapeamento voltado à Rede de Apoio à Pessoa com Deficiência, com a intenção de conhecer o fluxo como as instituições e hospitais capacitados que pudessem encaminhar as pessoas com algum tipo de deficiência. Esta rede viria a favorecer tanto a equipe, como usuários, tendo em vista que passaria a qualificar o atendimento e a organização nas Unidades Básicas.

Diante disso, a assistente social (Supervisora de campo), o supervisor acadêmico e as estagiárias, passaram a reunirem-se para definir como seria o trabalho de intervenção. A meta estabelecida para o trabalho de intervenção foi justamente, o mapeamento da Rede de Apoio à Pessoas com Deficiência (física, auditiva, mental, visual, múltipla e a microcefalia), buscou-se a viabilização dos múltiplos direitos desses usuários.

De início foi definida a realização de um mapeamento das instituições que acolhem as pessoas com deficiência em Campina Grande. O trabalho de intervenção buscou pesquisar quais eram as funções de cada instituição, que tipo de deficiência elas acolhiam/atendiam em seus trabalhos, como funcionavam, quais profissionais estavam inseridos e de que forma a pesquisa em discussão iria contribuir com as diversas famílias e as próprias equipes das unidades de saúde.

O trabalho de campo foi realizado através por meio de visitas de três estagiárias do curso de Serviço Social, munidas de questionários com perguntas abertas a vários profissionais como: médica, ortopedia, fisioterapia, serviço social, terapia ocupacional, enfermagem, psicologia, neurologista, pediatria, pedagogia, entre outras. Foram pesquisadas (aplicação de questionário) as Assistentes Sociais e as Coordenadoras dessas instituições.

As classificações para a construção da Rede de Apoio às Pessoas com Deficiências foram as seguintes:

Mapeamento das instituições que acolhem as pessoas com deficiência física, auditiva, mental, visual e a microcefalia, Contato prévio por telefone com as assistentes sociais e as coordenações das instituições para apresentar a proposta de pesquisa; Visita às Instituições para conhecer o trabalho da equipe multiprofissional e o reconhecimento dos acessos ao serviço de reabilitação.

Assim, as visitas às instituições eram complementadas com um questionário composto pelas seguintes perguntas:1) Quais os critérios para ser um usuário da instituição;2) Quais os atendimentos oferecidos pela unidade;3) Quais os dias desses atendimentos;4) A instituição é formada por quantos profissionais e quais suas funções;5) A instituição possui momentos de orientação e adequação dos usuários e seus familiares;6) Existem dificuldades em termo de acessibilidade na instituição;7) Qual o propósito da instituição;8) Qual a forma de encaminhamento;9) Quantos atendimentos, em média, são feitos por dia, ou mês?

Com relação às perguntas escolhidas, elas foram de acordo com os trabalhos desenvolvidos pelas instituições. Além do questionário exposto, se teve o acesso durante as visitas, a conhecer as diferentes salas de reabilitação e das terapias, a estrutura do local, com profissionais capacitados, mostrando o seu cotidiano no trabalho com as crianças, adolescentes, adultos e idosos.

O trabalho teve a duração de cinco meses, pois para ter o acesso a algumas instituições era necessária uma autorização, com comprovante da UEPB e devida explicação do motivo da pesquisa. Houve intervalos para reuniões com a Assistente Social (Orientadora de Campo), para se fazer alguns levantamentos de como estava sendo a metodologia das visitas e quais as dificuldades que enfrentaram para poderem adquirir as informações necessárias.

O primeiro lugar visitado foi a Secretaria de Saúde de Campina Grande, onde ocorreu orientação sobre as instituições que oferecem atendimentos às Pessoas com Deficiência no município de Campina Grande. E, a relação das instituições que atendem às pessoas com deficiência foram as seguintes:

Doutor Maia-Atende aos usuários com transtorno mental e com dependência química, da cidade de Campina Grande e regiões de todo o Estado.

O Instituto do Cego, que atende às pessoas cegas, beneficiando ambos os sexos, sendo o atendimento para cegas ou de baixa visão, não sendo necessário ser totalmente cego.

Outra instituição bem marcante é a APAE (Associação de Pais e Amigos Excepcionais), que atende às pessoas com deficiência intelectual ou múltipla, o CAPS Viva Gente, com atendimentos voltados para criança e adolescente a partir de seis anos de idade diagnosticados com transtorno mental.

O CAPS Reviver III, Este oferece atendimentos a adultos com idade entre vinte e sessenta anos de idade. Funciona como centro de referência para atendimentos a usuários diagnosticados com transtornos livres, severos ou persistentes.

O CAPS- Centro Campinense de Intervenção Precoce, que oferece atendimento a crianças de 0 a 15 (quinze) anos de idade, diagnosticadas com transtornos mentais.

O CER- Centro Especializado em Reabilitação, é um órgão especializado no atendimento a usuários com algum tipo de deficiência física, com paralisia cerebral,

com amputação, cadeirante, acidente vascular cerebral (AVC), com algum membro paralisado e as crianças com microcefalia.

A ONG Papel Marchê, oferece acolhimento a crianças que apresentem dificuldades de aprendizagem, transtorno escolares, crianças hiperativas e autistas.

A Fisioterapia da FACISA (Clínica Escola), que atendem aos usuários portadores de deficiência física

A UEPB- Universidades Estadual da Paraíba – Fisioterapia, funciona como centro de referência para o atendimento a usuários com deficiência física e as crianças com microcefalia.

O Centro Assistencial da Criança Excepcional LTDA – CACE, funciona como centro de referência para o atendimento a usuários com deficiência mental e auditiva.

O CERAST- Centro Regional de Reabilitação e Assistência na Saúde do Trabalhador.

Após o término das visitas, foi planejado um levantamento da Rede. Momento de conversa com às equipes das UBSFS para a apresentação do resultado desse trabalho de intervenção (mapeamento). Neste aspecto, foi retratada cada instituição, suas funções e serviços oferecidos com apresentações de fluxogramas e a seleção de todas as instituições, debatendo sobre os tipos de deficiência que cada uma atende, as formas de encaminhamentos e o que é necessário para ser um usuário das mesmas.

Foi oferecido um *folder* contendo o mapeamento das instituições com as funções que cada uma exerce, algumas com a idade necessária para ser recebidos, com o número do contato, a localização e a numeração dos transportes públicos para se chegar com facilidade.

O mapeamento da Rede de Apoio à Pessoa com Deficiência facilitou e favoreceu as UBSF o encaminhamento e o acesso das pessoas com deficiência aos serviços, a organização e instituições que oferecem especializada em reabilitação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da experiência no Estágio Obrigatório, em Serviço Social, na execução do mapeamento da Rede de Apoio à Pessoa com Deficiência, nas

Unidades Básicas de Saúde Bonald Filho e Monte Santo, no município de Campina Grande-PB, pode-se afirmar que esse artigo contribuiu para a qualidade nas informações aos profissionais para melhor direcionar as referências desse público alvo.

Conclui-se que esse trabalho trouxe um bom direcionamento uma grande experiência acadêmica. Promoveu vivência e aprendizagem quanto ao planejamento para se efetivar uma pesquisa de campo, que facilitou todo o trajeto e realização do trabalho.

Durante as visitas nos deparamos com dificuldades principalmente a falta de acesso a algumas instituições para conhecer os trabalhos das mesmas.

Nesse sentido, percebe-se que diante do mapeamento da Rede de Apoio à Pessoa com Deficiência se conseguiu alcançar o objetivo em oferecer para as UBSFs a contribuição, como uma ação para suprir uma demanda e também conhecermos os vários tipos de deficiência e o direito que cada um possui para uma reabilitação de qualidade e visto a importância que cada instituições e profissionais exercem na vida dessas pessoas, para lhes oferecer um caminho rumo à autonomia e a sua participação na sociedade com igualdade.

SUPPORT NETWORK FOR PEOPLE WITH DISABILITIES: AN EXPERIENCE REPORT IN THE FAMILY HEALTH UNITS OF THE MONTE SANTO NEIGHBORHOOD - CAMPINA GRANDE/PB.

Simone Araújo dos Santos²

ABSTRACT

The purpose of this study is to present a network of services to people with disabilities in the city of Campina Grande - PB, thus facilitating users' access to the services provided, providing a better organization of referrals for the rehabilitation of persons with disabilities. Thus, the present study, of a bibliographic and field nature, was elaborated from the application of a questionnaire in the care networks to the person with disability. In this sense, through the intervention project carried out from the Supervised Internship in Social Work Basic Health Units Bonald Filho and Monte

² Aluna de graduação do Curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) – Campus I.
Email: simonearaujosan3@gmail.com

Santo, both located in the neighborhood of Monte Santo, which aimed to promote a way for the community, professionals and managers to know the functioning of said network of services for the disabled person. Finally, it is considered that this work of intervention resulted in a more developed action of welcoming and directing the way to the access of people with disabilities to the services and the rights destined to them

Keywords: Family Health Strategy. Intervention. Disabled Person. Health Care Network. Deficient. Social Worker

REFERÊNCIAS

AGUIAR, Zenaide Netto. **SUS: Sistema Único de Saúde - antecedentes, percursos, perspectivas e desafio.** São Paulo: Martinari, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil:** promulgada em 5 de outubro de 1988. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde da pessoa com deficiência no Sistema Único de Saúde-SUS/Ministério da Saúde,** Secretária de Atenção à Saúde: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas-Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Dpto de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de saúde da pessoa com Deficiência.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Convenção sobre os direitos da Pessoa com Deficiência. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 17 de fev.de 2018.

_____. Departamento de Atenção Básica. **Memórias da saúde da família no Brasil.** Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

ESTATUTO DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. **Estatuto da Pessoa com Deficiência -Brasília:** Senado Federal. Coordenação de Edição Técnica, 2015. Disponível em: <www2.senado.leg.br>. Acesso em: 19 de dez. 2017.

_____. **Diálogo (bio)político sobre alguns desafios da construção da Rede de Cuidados à Saúde da Pessoa com Deficiência do SUS / Ministério da Saúde.** Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

DINIZ, Débora. **O que é deficiência.** São Paulo: Brasiliense, 2007.

GUIMARÃES, E. A.D.A. **Estratégia Saúde da Família em Campina Grande:** Origem da implantação e seu papel na atenção básica de saúde. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva, Área de Concentração Saúde e Sociedade) Universidade Estadual da Paraíba-UEPB.2006.

GIL, Antônio Carlos, 1946.**Como elaborar projetos de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Campina Grande. Cidades@.2010.Disponível** em:<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pb/campina-grande/panorama>>. Acesso em: 20 dez. 2017.

LEITE, R.F.B.; VELOSO, T. M.G, **Limites e avanços do Programa Saúde da Família de Campina Grande:** um estudo a partir de representações sociais. Saúde Soc. São Paulo, 2009.

_____. Lei de nº 13.146. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br>. Acesso em: 28 de fev. 2018

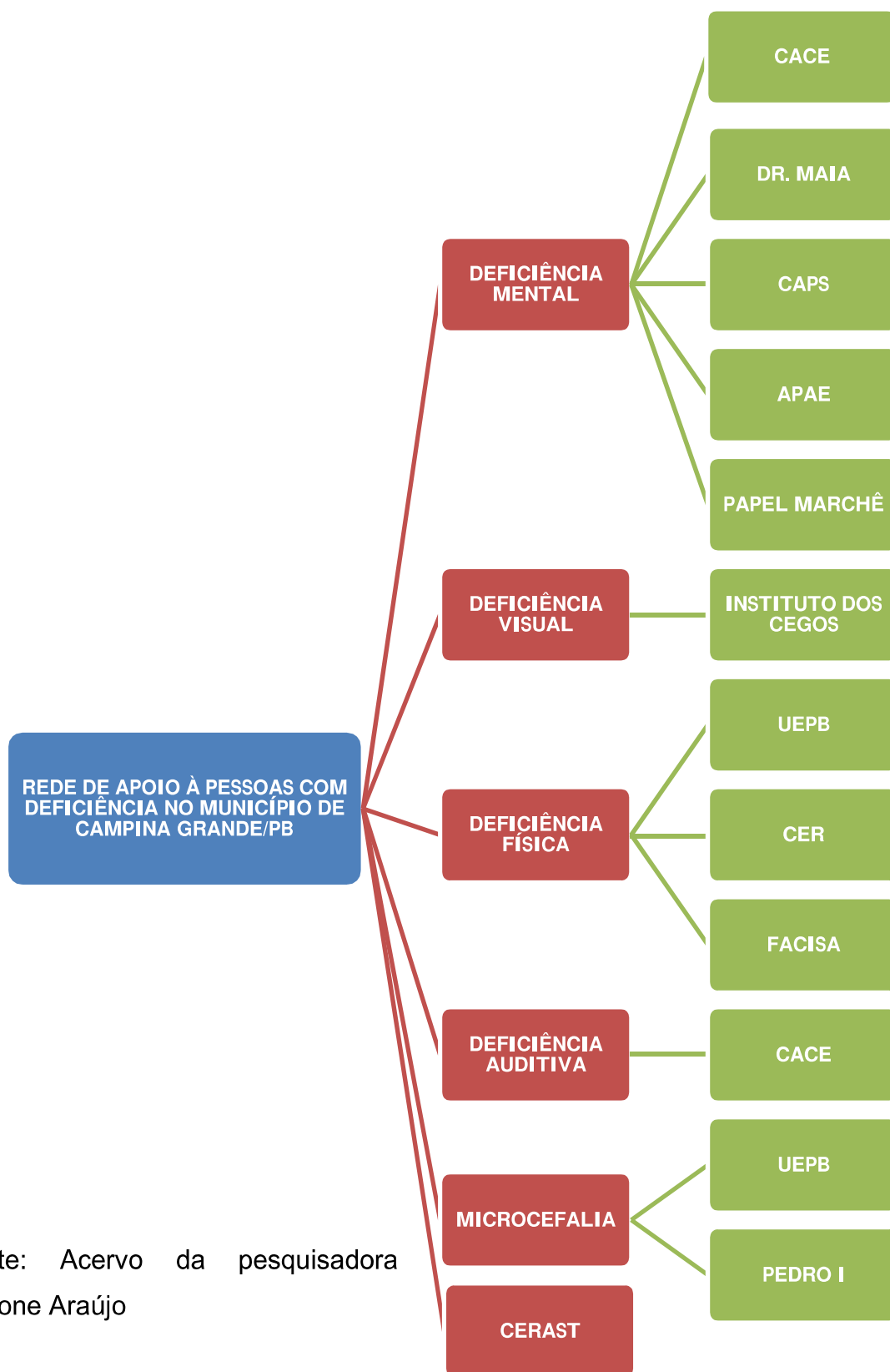
MENDES, Eugenio Vilaça. **As Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2007.

OLIVEIRA, Nerícia Regina de Carvalho. (Org) Redes de atenção à saúde. **Atenção à saúde organizada à saúde em redes.** São Luís, 2015.

PAIM, Janilson Silva. **O que é o SUS.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009.

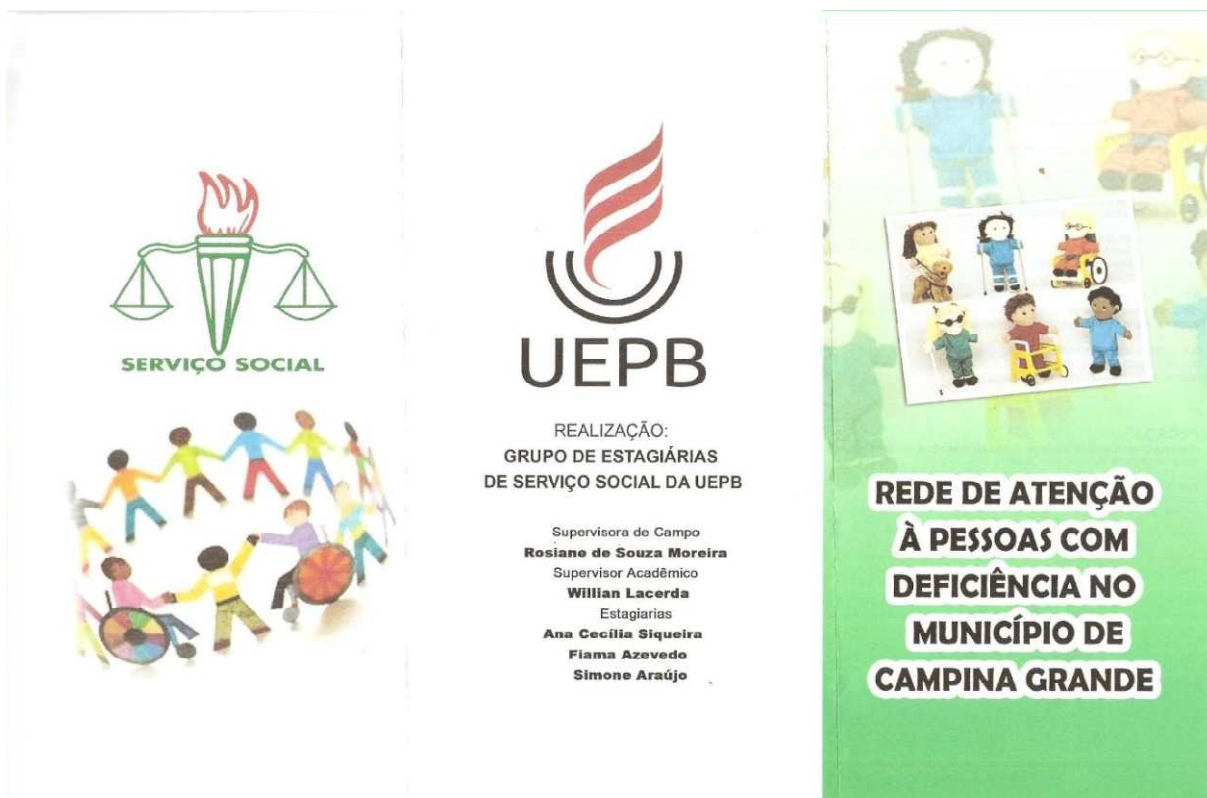
PORTARIA. Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010.Disponível em: <<bsms.saúde.gov.br>>. Acesso em: 17 jan. 2018.

Figura 1- Fluxograma separando o tipo de deficiência e os locais de atendimento de cada uma delas.



Fonte: Acervo da pesquisadora
Simone Araújo

Figura 2 – Folder explicativo visando à melhoria na facilitação dos acessos aos serviços destinados à pessoas com deficiência.



Fonte: Acervo da pesquisadora
Simone Araújo

Figura 3 – Folder explicativo visando à melhoria na facilitação dos acessos aos serviços destinados à pessoas com deficiência



HOSPITAL DOUTOR MAIA
FUNÇÃO COMO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS COM TRANSTORNOS MENTAIS, ALCOÓLICOS E USUÁRIOS DE DROGAS.
CONTATO: (83) 3341-3858
RUA: PRESIDENTE GETÚLIO VARGAS, 442-PRATA
ÔNIBUS: TODOS QUE PAREM NA INTERSECÇÃO, SERÁ A PARADA MAIS PRÓXIMA

INSTITUTO DOS CEGOS
FUNÇÃO COMO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA VISUAL, SEJA PARCIAL OU TOTAL, SENDO PELA MANHÃ O ATENDIMENTO PARA ADULTOS E À TARDE PARA CRIANÇAS E ADOLESCENTES.
CONTATO: (83) 3322-1214
RUA: JOÃO QUIRINO, 33-CATOLÉ
ÔNIBUS: 004 (PRÓXIMO AO LUZA MOTTA)

APAE
FUNÇÃO COMO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA INTELECTUAL OU MÚLTIPLA.
CONTATO: (83)3315-8700/(83)3337-2554
RUA: EUTÉCIO VITAL RIBEIRO, 525-CATOLÉ
ÔNIBUS: 555 E 992 (APÓS AO HEMOCENTRO)

PAPEL MARCHÊ
FUNÇÃO COMO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A CRIANÇAS QUE APRESENTAM DIFICULDADES DE APRENDIZAGEM, TRANSTORNOS ESCOLARES, CRIANÇAS HIPERTENSAS E AUTISTAS.
RUA: GIOVANI G. GOMES, 172-CRUZEIRO
CONTATO: (83) 3063-7897
ÔNIBUS: 990 A, 245 E 900

CER-CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO
FUNÇÃO COMO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS COM QUALQUER TIPO DE DEFICIÊNCIA FÍSICA.
RUA: LUZA MOTTA, S/N, BODOCONGO
CONTATO: (83) 3333-2830
ÔNIBUS: 333 E MUTIRÃO

PEDRO I
FUNÇÃO COMO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A CRIANÇAS PORTADORAS DA MICROCEFALIA.
RUA: DOM PEDRO I, S/N. SÃO JOSÉ
CONTATO: (83) 3315-7700
ÔNIBUS: 092

CAPS-VIVA GENTE
FUNÇÃO COMO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS DIAGNOSTICADOS COM TRANSTORNOS MENTAIS. ATENDE CRIANÇAS A PARTIR DE SEIS ANOS DE IDADE E ADOLESCENTES.
CONTATO: (83) 3310-8366
RUA: MARECHAL DEODORO DA FONSECA, 561-PRATA
ÔNIBUS: 333 (PRÓXIMO AO ESTADUAL DA PRATA)

UEPB-UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA (CAMPUS DE FISIOTERAPIA)
FUNÇÃO COMO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA FÍSICA E AS CRIANÇAS PORTADORAS DA MICROCEFALIA.
RUA: BARÃO DE SAUSSE, 351-BARRIO UNIVERSITÁRIO
CONTATO: (83) 3315-3346
ÔNIBUS: 303,333,003 E 245

FACISA-CLÍNICA ESCOLA (FISIOTERAPIA)
FUNÇÃO COMO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS PORTADORES DE DEFICIÊNCIA FÍSICA.
AV. SEM. ARCEBIMBO DE FIGUEIREDO, 1901-TARARÉ
CONTATO: (83)2101-8800
ÔNIBUS: 004 A

CACE- CENTRO DE ASSISTÊNCIA DA CRIANÇA EXCEPCIONAL
FUNÇÃO COMO CENTRO DE REFERÊNCIA PARA ATENDIMENTO A USUÁRIOS PORTADORES DE NECESSIDADES ESPECIAIS, COM DEFICIÊNCIA MENTAL E TAMBÉM AUDITIVA.
RUA: TAVARES CAVALCANTE, 167-CENTRO
CONTATO:(83) 3341-3257
ÔNIBUS: GALANTE OU ALGUM OUTRO QUE PARE NA RODOVÁRIA VELHA.

Fonte: Acervo da pesquisadora Simone Araújo