

A deficiência no interior da política de assistência social: um balanço sócio-histórico

Tatiana Maria Araújo da Fonseca¹

Resumo

No presente ensaio nos interessa demonstrar como a atenção à pessoa com deficiência foi incorporada pela Política de Assistência Social a partir do processo sócio-histórico, político e econômico brasileiro. Nessa direção pretende-se demonstrar através de avanços e limites da trajetória sócio-histórica da Política de Assistência Social com a acuidade e rigor teórico necessários a uma compreensão crítica adequada à realidade brasileira. Conhecer esse amadurecimento da política é importante para entender o lugar destinado às pessoas com deficiência nessa política em específico.

Palavras-chave

Pessoa com Deficiência; Política de Assistência Social; Política Social.

Disability within the policy social assistance: a socio-historical balance

Abstract

In this paper we are interested in demonstrating how attention to people with disabilities has been incorporated by the Social Assistance Policy from a socio-historical, political and economic environment in Brazil. In this direction we intend to demonstrate by leaps and bounds the socio-historical trajectory of Social Assistance Policy with the necessary theoretical accuracy to a critical understanding appropriate to the Brazilian reality. Knowing this maturing policy is important to understand the place for persons with disabilities in this policy in specific.

Keywords

Social Policy; Social Assistance Policy; Handicap people.

A Política de Assistência Social, conforme debates e estudos já amplamente difundidos, avança do patamar de benemerência, assistencialismo para uma nova institucionalidade. Tal institucionalidade é manifesta na Constituição Federal do Brasil de 1988 (CF/88), onde a Assistência Social compõe o Tripé da Seguridade Social; e, em seguida, pela Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, de 1993; e, por fim, pela Política Nacional de Assistência Social/PNAS de 2004 e pelas Normas Operacionais Básicas do Sistema Único da Assistência Social (NOB-SUAS, 2005; NOB-RHSUAS, 2006, e recentemente NOB-SUAS, 2012), bem como a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, de 2009. No atual Governo Dilma Rousseff, a sanção do Sistema Único da Assistência Social em forma de lei², foi marco representativo de mais um avanço em torno da Política de Assistência Social.

Portanto neste ensaio nos interessa retratar a atenção à pessoa com deficiência no interior da Política de Assistência Social, a partir do processo sócio-histórico, político e econômico brasileiro. Nessa direção faz-se necessário compreender que tipo de mudança institucional e de lógica de atendimento via benefícios, serviços, programas e projetos são trazidas pelo SUAS e quais são os seus impactos nas condições das pessoas com deficiência — a saber os cidadãos usuários, alvos da Política de Assistência Social.

Nossa análise, portanto, descreverá o caminho percorrido pela Assistência Social apontando as fragilidades, limites, potencialidades e entraves advindos do árduo trabalho de superação da forte herança benemerente requerida em torno do tema e da implementação e fortalecimento dessa política no Estado brasileiro. Dividiremos nossa análise em dois tópicos: um primeiro que aponta os primórdios das bases caritativas e confessionais empreendidas pela sociedade no trato aos assistidos com deficiência no contexto dos demais, passando pela filantropia até as primeiras iniciativas pontuais, fragmentadas promovidas pelo Estado Brasileiro e ascensão à política pública na CF/88, onde as pessoas com deficiência são novamente contempladas, seja de modo inovador no debate dos mínimos sociais (BPC), seja de modo obscuro na oferta de serviços (reabilitação).

No tópico seguinte, faremos uma análise a partir da LOAS como primeira regulação específica sobre a Assistência Social normatizando aspectos necessários para o âmbito Executivo, e também sobre a PNAS e NOBs, bem como a recente Tipificação Nacional de Serviços Assistenciais e a Lei 12.435/2011 — Lei do SUAS — os diferentes enfoques e os desdobramentos especializados ou não em torno da pessoa com deficiência.

Das bases caritativas ao direito constitucional: um caminho inicial junto às pessoas com deficiência

Os mencionados mais frágeis, incapazes para os atos da vida civil abarcaram a maioria dos cidadãos com deficiência na história. Tratada de modo mais isolado, a deficiência sempre foi vista pelo signo do estigma, da segregação e alvo da boa vontade alheia.

A história nos mostra que ao longo do tempo grupos filantrópicos e religiosos conformaram práticas de ajuda e apoio que se guiaram pela compreensão de que na humanidade haveria sempre os ditos inválidos, os mais frágeis, os doentes, etc. que não conseguiriam reverter sua condição, carecendo de ajuda. Muitos são os exemplos históricos de solidariedade e compromissos a partir desses valores. A vida terrena era considerada transitória e o consolo dos aflitos era a esperança de transcender essa transitoriedade (SPOSATI, 2008).

Os indivíduos com deficiência apresentavam dificuldades para si e para o grupo, dificuldades estas diretamente determinadas pela sua relação concreta com o meio e a busca de sobrevivência. Os indivíduos com deficiência eram considerados como “peso morto”, sendo abandonados à mercê das intempéries e dos animais ferozes (TURECK, 2003).

Enquanto algumas culturas aniquilavam as pessoas com deficiência, outras as segregavam em instituições de caridade, onde se internavam doentes e idosos. Estas instituições serviam de abrigo e forneciam alimentos, medicamentos e promoviam atividades para preencher o tempo ocioso de seus internos (OLIVEIRA *et. al.*, 2004). O direito à assistência foi historicamente sendo substituído pelo apelo à benevolência das almas pias e caridosas (SPOSATI, 2008). Dentre esses pobres³ contemplados estavam as pessoas com deficiência.

Pensar a pobreza como um dos vieses assistenciais e não apenas este, mas, sobretudo, associar pobreza e deficiência⁴ é um ponto necessário no debate, ainda que polêmico, devido à noção de atrelar às minorias brasileiras ao empobrecimento. No entanto, dados do Banco Mundial no relatório de abril de 2011 “*Disability and Poverty in Developing Countries: A Snapshot from the World Health Survey*” apontam que

Disability and poverty are dynamic and intricately linked phenomena. In developed countries, a large body of empirical research shows that persons with disabilities experience inter alia comparatively lower educational attainment, lower employment and higher unemployment rates, worse living conditions, and higher

poverty rates. In developing countries, the still limited body of empirical research points toward individuals with disability being often economically worse off in terms of employment and educational attainment, while at the household level, the evidence is mixed (WORLD BANK, 2011, p.2).

Segundo o mesmo relatório, em alguns países, 90% dessas crianças não passarão dos 20 anos de idade, e os deficientes intelectuais não sobreviverão além dos cinco. A Organização Internacional do Trabalho - OIT também relata que: três pessoas por dia adquirem alguma deficiência. São vítimas dos mais de 476 acidentes de trânsito ou trabalho que ocorrem por minuto no mundo, bem como assaltos com armas de fogo. São as deficiências adquiridas ao longo da vida. Segundo especialistas, existem vários dados que comprovam a relação entre deficiência e pobreza⁵.

Os modelos de atendimento assistencial decorrentes da percepção da pobreza como disfunção pessoal encaminhavam-se, em geral, para o asilamento ou a internação dos indivíduos portadores dessa condição (SPOSATI, 2008). A colocação de crianças, adolescentes, pessoas com deficiências e idosos em instituições para protegê-los ou afastá-los do convívio social e familiar foi, durante muito tempo, materializada em grandes instituições de longa permanência, ou seja, espaços que atendiam a um grande número de pessoas, que lá permaneciam por longo período — às vezes a vida toda. São os chamados, popularmente, de orfanatos, internatos, educandários, asilos, entre outros. São destinados, por exemplo, às crianças, aos adolescentes, aos jovens, aos idosos, às pessoas com deficiência e às pessoas em situação de rua que tiverem seus direitos violados e, ou, ameaçados e cuja convivência com a família de origem seja considerada prejudicial a sua proteção e ao seu desenvolvimento (BRASIL, 2004).

Aqui nos interessa localizar a deficiência como sendo alvo da política pública e especialmente da política de Assistência Social.

A questão da deficiência (...) foi historicamente estudada e concebida como um fenômeno pessoal, tornando-se a história do indivíduo a história da sua deficiência, “sem que se estabelecesse relação com o processo de exclusão participação das camadas subalternas inerente ao desenvolvimento capitalista (SILVEIRA BUENO, 1993, p. 138).

As demandas sociais advindas dos segmentos pauperizados e nestes as pessoas com deficiência, começaram a ganhar relevância no cenário estatal brasileiro.

Historicamente, em suas bases, a Política de Assistência Social — sequer reconhecida como política à época — tinha como representação atos de caridade e iniciativas voluntárias e isoladas de auxílio aos pauperizados, em geral a partir de uma perspectiva religiosa. No Brasil, o padrão assistencial que dominou todo o período colonial, até as vésperas do período republicano — o modelo *Santas Casas de Misericórdia* — operando em nome da caridade cristã e de compromissos espirituais, através de Irmandades (de origens europeias) que aqui se instalaram — As Irmandades da Misericórdia — representou, na verdade, um grande modelo de organização econômica, social, de poder político e patrimonial articulado e, exercendo funções fundamentais, à manutenção da dominação colonial no país (QUIROGA, 2008).

A deficiência nesse contexto fica relegada ao plano da doença, mediação, tratamento, noções com forte caráter patológico e passa a ser alvo do método científico acerca das tipologias e com elas a mentalidade classificatória na concepção das deficiências (NOGUEIRA, 2008).

Para Marshall (1967) em sua análise clássica sobre cidadania, “o estigma associado à Assistência aos pobres exprimia os sentimentos profundos de um povo que entendia que aqueles que aceitavam Assistência deviam cruzar a estrada que separava a comunidade de cidadãos da companhia dos indigentes”. Sendo pobre e com deficiência o apelo à penalização e segregação era muito mais forte.

A Primeira República marca uma fase de transição de um modelo de assistência fundado na caridade cristã para um modelo filantrópico baseado numa racionalidade “científica”, uma filantropia voltada à superação da profissionalização. Esse momento se constitui como um importante marco no que tange à história dessa política, e no que tange a algum esforço de mudança de foco via institucionalização. O Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS) — criado pelo Decreto-Lei nº 525, de 1º/7/1938 — foi, portanto, a primeira grande regulamentação da Assistência Social no país. Nesse momento são seladas as relações entre o Estado e segmentos da elite, que irão avaliar aí o mérito do Estado na concessão de auxílios e subvenções (auxílio financeiro) a organizações da sociedade civil destinadas ao amparo social. Dentre estas, muitas se destinavam a atenção à pessoa com deficiência.

Após o CNSS, segundo Spasati (2008) “A primeira grande instituição de Assistência Social será a Legião Brasileira de Assistência (LBA)”. Dessa forma, compreende-se que o intuito inicial da LBA era atuar como uma legião, como um corpo em ação numa luta em campo.

Acerca desse assunto, Sposati (2008) enfatiza que, em outubro de 1942, a LBA se tornou uma instituição da sociedade civil voltada para “congregar as organizações de boa vontade”. Aqui a Assistência Social como ação social é ato de vontade e não de direito à cidadania. Há uma tendência de se criar um suporte institucional “à parte” para dar conta dos excluídos, seja como um órgão específico no aparelho governamental, seja como programa especial dentro dos órgãos existentes. As pessoas com deficiência, consideradas “inválidas”, os dilapidados, os desgastados, isto é, idosos, abandonados, doentes mentais, acidentados, entre outros denominados carentes, eram tratados por um órgão público específico, no conjunto da ação governamental, que recebia no mais das vezes a titulação de bem-estar, promoção, assistência, desenvolvimento social, e ocupavam-se de um segmento da força de trabalho: os grupos da população que não participam diretamente do processo produtivo e sequer têm condições, por si só, de provar sua subsistência. Estes órgãos terminavam tendo que reproduzir quase que o conjunto das ações governamentais para um segmento específico. É como se a sociedade dividida “em castas” exigisse um “governo especial” para um determinado segmento tido como população de risco ou vulnerável. Com isto, é característica a estes órgãos de assistência uma complexidade de frentes de trabalho, um conjunto de soluções diversificadas para as diferentes “esferas de subsistência” da população. Assim estes se expandem através de um leque extenso de programas assistenciais que buscam responder às necessidades de saúde, educação, abrigo, trabalho, alimentação, subsistência dos excluídos.

O elenco desses programas, que identificam a LBA em todo o país, constitui um diversificado leque social que cobre toda a existência humana, pois vai da proteção à criança ainda no ventre materno à assistência ao idoso carente e marginalizado, passando pela implantação e manutenção de uma rede nacional de creches, pela execução de cuidados primários de saúde dirigidos à população materno-infantil, com ênfase em nutrição, educação para o trabalho, assistência judiciária, tratamento e reabilitação dos excepcionais (QUIROGA, 2008, p.10).

No período compreendido entre 1946 a 1964, as organizações de assistência não apresentaram mudanças significativas. O Estado se mantinha no controle das relações já estabelecidas e no campo das demandas sociais, direcionavam o trabalho nas disputas eleitorais. As instituições sociais e assistenciais eram então

Instrumento de controle social e político dos setores dominados e de manutenção do sistema de produção tanto por seus efeitos econômicos, quanto pela absorção dos conflitos sociais e das relações sociais vigentes (MACIEL *et al.*, 2001, p. 99).

Com essa complexificação institucional assistencial, posteriormente vemos a LBA, no ano de 1973, voltar a sua programação para a assistência aos excepcionais, cuja função era reabilitar portadores de doenças físicas, mentais, sensoriais, congênitas ou adquiridas e prevenção de deficiências do excepcional. A denominação do público-alvo para acessar a assistência era: “carente com defeitos físicos e mentais”, reforçando o cariz deficiência-pobreza, marca da trajetória assistencial. Até 1983, o atendimento assistencial tinha alcançado a marca de 487.000 excepcionais, através dos recursos do FPAS - Fundo da Previdência e Assistência Social, do FAS - Fundo da Assistência Social e fruto também de doações e convênios. Além dessas ações junto às pessoas com deficiência (ditos, à época, como excepcionais) também destacamos ações de assistência ao menor (creches-casulo, Projeto Elo, colônia de férias); assistência social complementar à criança (destinada a adquirir material escolar, uniformes, etc.); assistência social geral (atividades socioeducativas com famílias e grupos comunitários); educação para o trabalho (formação de mão de obra); legalização do homem brasileiro (fornecimento de documentos) e atenção primária à saúde (ações de saúde, complementação alimentar e distribuição de leite) (SPOSATI, 2008).

Tanto essa última ação mencionada, quanto às de reabilitação voltada aos excepcionais, desde essa época sinalizava o imbricamento entre ações que deveriam estar na política de Saúde, mas que por se dirigem às camadas pauperizadas vão se situar na Assistência Social. Essa ausência de concepção sobre o sentido da reabilitação no campo da Assistência Social perdura até os dias de hoje no atual modelo do Sistema Único de Assistência Social, cujos avanços se darão na aproximação com ações de fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e integração comunitária.

A LBA recorreu à execução indireta como alternativa para ampliar o alcance das suas ações assistenciais. Desde o seu primeiro estatuto identifica-se a prioridade com a proteção à maternidade, à infância, aos velhos e desvalidos. Identifica-se, também, a preocupação em auxiliar instituições de assistência social com objetivos afins. A LBA através do Programa de apoio à pessoa portadora de deficiência realizava doação de cadeiras de rodas, pernas mecânicas, muletas e aparelhos auditivos, etc. Ainda hoje se mantém uma cultura pautada nessa conduta na política de Assistência Social.

Através de subvenções ou convênios são repassados às entidades sociais privadas a execução de programas assistenciais e de serviços de infra-estrutura social (creches, asilos, centros de formação de mão-de-obra, centros de reabilitação). Com isto o Estado descaracteriza tais fundações como de sua responsabilidade (SPOSATI, 2008, p.22).

A retroalimentação das ações técnicas e o controle do padrão dos serviços prestados pelas entidades particulares à pessoa com deficiência sofrem um processo de descaracterização e anomia. Seja porque o Estado é “mau pagador” (e então precisa ser complacente), seja porque a interveniência de três orientações por vezes conflitivas (municipal, estadual e federal) garantem à entidade particular uma condição de manipulação e descompromisso com relação às exigências burocráticas. Com isto, não se garantem alterações qualitativas no atendimento. Em consequência, as ações assistenciais reduzem-se a um conjunto de providências e ajudas parciais que terminam por prestar um atendimento paliativo ou mesmo a destinar uma “esmola” justificada pela impotência da instituição em lidar de forma consequente com a pobreza (SPOSATI, 2008).

Em 1974 é originado o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, que reuniu em seu núcleo, várias outras instituições⁶. E após três anos, em 1977, o MPAS foi transformado em Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social – SIMPAS, que incorporou além das instituições reunidas na MPAS, outras três instituições⁷. É notória neste contexto a pouca atenção despendida pelo poder público em relação à assistência social. (BEHRING; BOSCHETTI, 2003).

A Portaria Interministerial MEC/MPAS/LBA n° 477, de agosto de 1977, estabeleceu competências do MEC (Ministério da Educação), MPAS (Ministério da Previdência e Assistência Social) / INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social) da LBA (Legião Brasileira de Assistência) com relação ao atendimento à então denominada Pessoa Portadora de Deficiência. A LBA ficou responsável por financiar serviços de reabilitação e, por meio de portarias e instruções normativas regulamentou o assunto instituindo os seguintes programas: Prevenção e Estimulação Precoce, Habilitação e Reabilitação, Distúrbio de Comportamento, Bolsa Manutenção.

A partir da segunda metade dos anos 1980, o Brasil vivencia um momento de transição política, marcado pela falência do Estado intervencionista, culminando em intensa crise estrutural expressa por uma intensa e prolongada crise

econômico-político-social. No ano de 1985, houve uma demanda do setor de assistência social para que se adaptasse a nova realidade democrática do país, em que as camadas populares exigiam respostas efetivas das políticas assistenciais. A partir daí, começou-se a discutir a necessidade de formulação de uma política pública de assistência social.

E é em meio a essa efervescência e poder de pressão dos movimentos sociais que as políticas sociais encontram campo fértil para se desenvolverem e auxiliarem na efetivação dos direitos sociais da Constituição de 1988. A Constituição denominada Cidadã fornece triunfal importância ao homem-cidadão, visto como detentor de Direitos Humanos. Já em seu Título I, art. 1º, II, define como um de seus fundamentos a dignidade da pessoa humana, expressando a valorização da ética social e a importância do ser humano, independente da sua condição de deficiência. Foi a Constituição de 1988, por sua vez, que representou um importante passo para o entendimento da relevância da assistência social no Brasil, uma que vez a posiciona como uma política de seguridade social.

Os artigos 203 e 204 da CF/88 versam exclusivamente sobre a Assistência Social, direcionando os novos caminhos a serem percorridos pela Política de Assistência Social no Brasil, apontando os destinatários pessoas com deficiência.

Foi a Constituição⁸ Federativa que mais abarcou as pessoas com deficiência. Ao tratar a pessoa com deficiência, estabelece não somente a regra geral relativa ao princípio da igualdade, mas também a proteção ao trabalho, proibindo qualquer discriminação no tocante ao salário e admissão do portador de deficiência (art. 7º, XXXI), a reserva de vagas para cargos públicos (art. 37, VIII), a assistência social – habilitação, reabilitação e benefício assistencial (art. 203, IV e V) e a educação.

É claro que apenas o reconhecimento legal da assistência social como direito no texto constitucional não provoca automaticamente uma inversão de práticas, fortemente enraizadas na cultura política brasileira, sobretudo para a pessoa com deficiência. Mas a legislação expressa um reconhecimento de que existem direitos e deveres, e estes fundam os pilares sobre os quais está fundada a possibilidade de superação da lógica da tutela ou favor ocasional para a lógica do direito no campo da política. Embora os avanços constitucionais apontem para o reconhecimento de direitos e permitem trazer para a esfera pública a questão da pobreza e da desigualdade social, ainda era necessário materializar os recém criados investimentos no campo do social como veremos a seguir.

Da LOAS ao SUAS: novas atenções à pessoa com deficiência

Um amplo debate societário e negociações envolvendo gestores municipais, estaduais, organizações não governamentais, técnicos e pesquisadores com o Governo Federal e representantes no Congresso favorecem a aprovação, em 1993, da Lei Orgânica da Assistência Social. O primeiro projeto da LOAS é vetado pelo então Presidente da República, Fernando Collor. É formada, em 1993, uma Comissão Especial no Ministério para pesquisar e analisar as prerrogativas da Assistência Social e finalmente na Conferência Zero da Assistência Social, nomeada assim, pois se deu antes mesmo da instituição das Conferências Nacionais, é definido o texto base da LOAS, após intensos debates e negociações entre os participantes da Conferência (SPOSATI, 2007).

Em dezembro de 1993, enfim, é promulgada a Lei nº 8742, Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). A LOAS é considerada um grande avanço da Assistência Social no país por se tratar de mecanismo regulador de gestão descentralizada e participativa.

A Constituição Federal no país desde 1988 (Capítulo II, artigos 194 a 204) e a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (1993), trouxeram a questão para um campo novo: o campo da Seguridade Social e da Proteção Social Pública, campo dos direitos, da universalização dos acessos e da responsabilidade estatal, iniciando um processo que tem como horizonte torná-la visível como política pública e direito dos que dela necessitarem. Sem dúvida um avanço, ao permitir que a Assistência Social, assim posta, transite do assistencialismo clientelista para o campo da Política Social. Como política de Estado, passa a ser um campo da Política Social. Como política de Estado, passa a ser um campo de defesa e atenção dos interesses dos segmentos mais empobrecidos da sociedade (YAZBEK, 2004, p.10).

A Assistência Social seria então, prestada a quem dela necessitasse, independentemente de contribuição à seguridade social e pela LOAS tinha como objetivos a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; o amparo às crianças e adolescentes carentes; a promoção da integração ao mercado de trabalho; a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. Conforme Silva (2001), inaugura assim um

passo a frente na direção do fortalecimento da política de assistência social e resposta a um clamor societário histórico. A assistência social busca elaborar as suas especificidades, os seus traços característicos, a natureza de suas ações voltadas às pessoas com deficiência, no contexto da LOAS. Os termos “habitação e reabilitação” na Assistência Social não se propõem a assumir traços característicos da política de saúde, que historicamente atenderam às questões motoras, cognitivas entre outros. Porém o traço da Assistência Social atende aos aspectos sociais, relacionais, ambientais pertinentes à habilitação e reabilitação social, ou seja, o modelo de atendimento social, que pressupõe verificar “as necessidades básicas para assegurar os mínimos sociais” integração à vida comunitária” e busca “assegurar a provisão quando da insuficiência de renda familiar”.

A avaliação da Assistência Social pós-LOAS é, portanto:

(...) plena de ambigüidades e de profundos paradoxos. Pois se, por um lado, os avanços constitucionais apontam para o reconhecimento de direitos e permitem trazer para a esfera pública a questão da pobreza e da exclusão, transformando constitucionalmente essa política social em campo de exercício de participação política, por outro, a inserção do Estado brasileiro na contraditória dinâmica e impacto das políticas econômicas neoliberais, coloca em andamento processos articuladores, de desmontagem e retração de direitos e investimentos públicos no campo social, sob a forte pressão dos interesses financeiros internacionais (YAZBEK, 2004, p.24).

Sendo assim, em 1998, cinco anos após a regulamentação da LOAS, foi aprovada a primeira Política Nacional de Assistência Social, apresentando-se ainda insuficiente e confrontada pelo paralelismo do Programa Comunidade solidária instituído pela Medida Provisória n. 813, em 1º/1/1995, no dia em que o Presidente Fernando Henrique Cardoso tomou posse, em seu primeiro mandato. Esta Medida Provisória, que propôs à “margem” da LOAS, o governo apresenta o Programa como a principal estratégia de enfrentamento da pobreza no país. Efetivamente, o Programa Comunidade Solidária caracterizou-se por grande apelo simbólico, com ênfase em ações pontuais, focalizadas em “bolsões de pobreza”, direcionadas apenas aos indigentes, aos mais pobres entre os pobres (COUTO, 2010). Não se tem registros nas produções acadêmicas e políticas de ações específicas para as pessoas com deficiência a não ser que a partir do recorte da renda e da dicotomia “pobre-deficiente”. Não podemos desconsiderar, no entanto, a

instituição da Política Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência- Decreto nº 914/93^o, que embora não tenha um enfoque especial quanto à política de assistência social, transversaliza várias responsabilidades das políticas sociais junto às pessoas com deficiência .

Em 2000, as Portarias Federais nº 2.854 e 2.874/2000 da Secretaria Nacional de Assistência Social instituíram novas modalidades de atendimento às pessoas com deficiência. O Estado, mais uma vez, se abre a ações implementadas a partir de instituições da sociedade civil, sendo estas modalidades disponibilizadas nos manuais convênias disponibilizados pela Secretaria Nacional de Assistência Social a saber: **Reabilitação em Comunidade:** (É uma estratégia de habilitação, reabilitação e inclusão social da pessoa com deficiência e de sua família, com participação da comunidade e das equipes multiprofissionais); **Atendimento Domiciliar:** (Essa modalidade refere-se ao atendimento individual da pessoa portadora de deficiência dependente, no próprio domicílio, no mínimo três vezes na semana, para auxílio nas atividades de vida diária, na orientação da adequação do ambiente, no apoio à família e no processo de socialização e integração comunitária. Esse atendimento é realizado pelo atendente domiciliar, pessoa capacitada para a atividade). **Atendimento em Centro-Dia:** (O atendimento em centro-dia é a assistência especializada prestada às pessoas portadoras de deficiência em espaços físicos sociais, que obedeçam às normas de acessibilidade e disponham de equipamentos necessários para as diversas terapias). **Residência com Família Acolhedora:** (Essa é uma modalidade de atendimento realizada por famílias cadastradas e capacitadas para acolher as pessoas portadoras de deficiência em situação de abandono, sem família ou impossibilitadas de conviver com a mesma).

Em um contexto internacional, destacamos como legislações específicas do campo da pessoa com deficiência: o Decreto no 3.956/2001, que promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência; Convenções e recomendações internacionais da Organização das Nações Unidas (ONU), Organização Internacional do Trabalho (OIT) e Organização dos Estados Americanos (OEA), ratificadas pelo Brasil; Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), de 2001, aprovada pela Resolução WHO 54.21, da Organização Mundial da Saúde (OMS).

Porém, nesse cenário, não podemos deixar de dar especial destaque para a garantia do primeiro mínimo social constitucional voltado a idosos e pessoas com deficiência — o Benefício da Prestação Continuada (BPC) — no valor de

um salário mínimo mensal a partir de critérios de renda, idade (para idosos) e condição de deficiência (incapacidade para a vida independente e para o trabalho) (FONSECA, 2007).

O BPC é uma das expressões mais concretas da política de assistência social no Brasil. É também a mais visível e de maior impacto¹⁰ nas condições de vida dos beneficiários idosos e pessoas com deficiência, seja pelo seu valor (um salário mínimo), seja pelo seu alcance, ou seja, pela ausência de condicionalidades obrigatórias a serem cumpridas pelo usuário da Assistência Social. O BPC é processador de inclusão dentro de um patamar civilizatório que dá ao Brasil um lugar significativo em relação aos demais países que possuem programas de renda básica, principalmente na América Latina. Trata-se de uma garantia de renda que dá materialidade ao princípio da certeza e do direito à assistência social (BRASIL, 2004).

O BPC substituiu a Renda Mensal Vitalícia (RMV) que no âmbito da Previdência Social, concedeu entre 1975 e 1996 uma renda a pessoas idosas e com deficiência que comprovassem sua incapacidade para o trabalho. É um benefício assistencial que é requerido e operacionalizado pelo INSS (por uma questão de infra-estrutura para tal) porém é financiado com recursos do Fundo Nacional de Assistência Social – FNAS. Conforme apontam Lobato *et al.* (2005) Previdência e Assistência Social operam com estruturas, lógicas organizacionais e culturas institucionais bastante distintas, o que confere grande complexidade à gestão do BPC. Embora seja um benefício de caráter assistencial, o BPC vem se operando no interior da estrutura previdenciária, marcada pela tradição do seguro social.

Quanto ao valor estabelecido constitucionalmente em um salário mínimo indica, pelo menos em tese, seu caráter de provisão de necessidades básicas, do campo de seguridade social, aproximando-o do direito, em contraponto com outras tantas modalidades de repasse de renda, como auxílio ou ajudas emergenciais, datadas e irregulares. Apresenta distorções no que tange à sua qualidade de direito, pois não é prestado a todos que dele necessitam, alcançando somente os que vivem abaixo da linha da indigência (SPOSATI, 2004).

No entanto, desde a ascensão de um mínimo social constitucional e em seguida na própria LOAS, somente em 1996 o BPC começa a ser de fato assegurado às pessoas com deficiência e idosos. É promulgado o Decreto Federal 1.744 que regulamentou o benefício de prestação continuada devido à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências. A materialização do início do seu processo de implantação ocorreu através da concessão do Benefício de Prestação Continuada a idosos

acima de 70 anos, à época, e às pessoas com deficiência incapacitadas para a vida independente e para o trabalho – cuja renda per capita fosse inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. Era implementado, na prática, o primeiro mínimo social brasileiro — inclusive aos cidadãos nas condições mencionadas ainda que estrangeiros mas naturalizados — de expressivo impacto nas condições de vida da população beneficiária, ainda que com severas restrições (um salário mínimo mensal) e um baixíssimo corte de renda per capita dos beneficiários.

A partir de uma nova concepção da Política Nacional de Assistência Social – PNAS, na perspectiva do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, em 2004, o BPC passou a constituir parte integrante da Proteção Social Básica. Conforme previsto na Política Nacional de Assistência Social de 2004, o BPC é efetiva provisão que traduziu o princípio da certeza na assistência social, como política não contributiva de responsabilidade do Estado.

O BPC impacta positivamente nas condições de vida dos beneficiários já que representa uma possibilidade concreta de aumento de aquisição e consumo de bens e serviços. Através do recebimento deste benefício é possível investir em compra de remédios, alimentos, vestuário, mobiliário etc., de modo a assegurar maior nível de bem-estar individual e familiar. No plano simbólico, aponta-se para o impacto do BPC sobre a auto-estima de muitos idosos e PPDs através da sua autonomização (LOBATO *et al*, 2005). “O BPC é o primeiro mínimo social não contributivo garantido constitucionalmente a todos os brasileiros, independente da sua condição de trabalho, atual ou anterior, mas dependente da condição atual de renda.” (SPOSATI, 2004, p. 125).

Os esforços no campo da deficiência no interior da Assistência Social são representativos, por exemplo, pela constituição do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), constituído por meio da Portaria nº 001, de 15 de junho de 2005, expedida pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e pelo Ministério da Previdência Social (MPS). O GTI foi composto por técnicos do MDS e do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), bem como por médicos, assistentes sociais e especialistas nas áreas de políticas públicas e de atenção às pessoas com deficiência e teve por finalidade:

... desenvolver estudos e pesquisas sobre classificação de deficiências e avaliação de incapacidades, com vistas à proposição de parâmetros, procedimentos e instrumentos de avaliação das pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC)” (BRASIL, 2005b).

A opção pela integração dos modelos médico e social, em contraponto ao ‘modelo médico’ até então vigente para a concessão desse benefício da assistência social, deve-se a uma visão mais ampla do estado de saúde do indivíduo, visando obter uma síntese, na qual diferentes dimensões de saúde são consideradas. Neste modelo, a incapacidade não é apenas um atributo da pessoa, mas uma conseqüência de um conjunto complexo de situações de natureza biológica, individual, econômica e social. As constantes citações da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde (OMS) e sua adoção por diversos organismos nacionais e internacionais levaram o GTI a conhecê-la melhor, trazendo a certeza da adequação de seu emprego para a consecução do objetivo, pois a CIF permite a estruturação de complexos sistemas de avaliação. Entre os itens constituintes da CIF foram selecionados aqueles mais específicos sobre a existência de deficiências da função ou da estrutura do corpo, da limitação da execução de atividades e das restrições da participação social. Ao realizar essa seleção, foi considerado o impacto dos aspectos ambientais e sociais na definição dos níveis de incapacidades para a vida independente e para o trabalho, na perspectiva de atender a legislação brasileira normatizadora do BPC. Com essas premissas foi elaborado um formulário de avaliação dos requerentes ao benefício. Efetuou-se, em nível nacional, um teste em uma amostra populacional para verificação da pertinência do instrumento proposto. As conclusões dessa aplicação foram de maiores níveis de inclusão/ acesso ao BPC. Prova é que tal modelo de acesso ao BPC baseado na CIF está em pleno vigor na maior parte das Agências do INSS (em algumas ainda falta a figura do Assistente Social por lacuna de Concurso Público).

Contudo, muitos desafios ainda estão colocados para que o BPC se consolide como mínimo social não contributivo tais como: consolidação da superação da analogia entre deficiência e incapacidade para o trabalho (utilizando a CIF); critério da renda atrelado à família para acesso ao benefício; interface com os programas e serviços da Política de Assistência Social e demais políticas sociais, valor da renda per capita, entre outros (FONSECA, 2007).

A Política Nacional de Assistência Social (portanto a 2ª política nacional), em 15 de outubro de 2004, foi efetivamente aprovada pela Resolução n. 145 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e publicada no DOU de 28/10/2004. Ou seja, passada uma década da aprovação da LOAS, superando conjunturas adversas, foi possível construir um projeto de resistência e de ruptura frente à implosão de direitos alimentados pelo ideário neoliberal, afirmando

por sua vez os direitos sociais dos usuários da Assistência Social. As pessoas com deficiência mais uma vez foram contempladas no texto legal da PNAS por ações com maior estruturação técnico-operacional e atenção especializada e mais individualizada, acompanhamento sistemático e monitorado, sobretudo no âmbito da Proteção Social Básica¹¹. Destacamos na oferta de Benefício, o BPC – Benefício da Prestação Continuada; na Proteção Social Especial tais como: na Média complexidade¹²: Cuidado no Domicílio e Serviço de Habilitação e Reabilitação na comunidade das pessoas com deficiência; na alta complexidade são: Atendimento Integral Institucional; Casa Lar; República; Casa de Passagem; Albergue; Família Substituta; Família Acolhedora; Trabalho Protegido (todos estes podem atender a pessoas com ou sem deficiência também, não necessariamente são apenas ou somente para as Pessoas com Deficiência).

Tendo em seguida sua operacionalização legislada a partir de 2005 pela NOB-SUAS (Resolução n.º 130, de 15 de julho de 2005) e cujo objetivo é a articulação em todo território nacional das responsabilidades, vínculos e hierarquia do sistema de serviços, benefícios e ações de Assistência Social, de caráter permanente ou eventual, executados e providos por pessoas jurídicas de direito público sob critério de universalidade e de ação em rede hierarquizada e em articulação com iniciativas da sociedade civil.

O SUAS como: “um sistema público não contributivo, descentralizado e participativo que tem por função a gestão do conteúdo específico da assistência social no campo da proteção social brasileira” (BRASIL, 2005, p.2) se apresenta como um elemento necessário e importante para a consolidação e ampliação da seguridade social. Nesse sentido, sua integração no âmbito da Seguridade Social é critério fundamental para sua efetivação. Como sistema que operacionaliza os princípios da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), o SUAS materializa princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social em suas orientações centrais e estabelece um sistema em seu sentido mais estrito, ou seja, como estrutura organizada com base em um conjunto de serviços socioassistenciais inter-relacionáveis e agrupados por características de proximidade, e em diferentes tipos de proteção social. O SUAS também resgata e enfrenta desafios importantes para a consolidação da política de assistência social: estabelece normas regulatórias nacionais que instituem a assistência social como política de Estado, o que pode torná-la menos permeável aos interesses clientelistas; estabelece critérios e objetivos de partilha de recursos entre os serviços socioassistenciais e entre Estados e municípios; cria mecanismos compulsórios para provocar uma relação (até então

inexistente) entre programas, projetos, serviços e o BPC e Bolsa Família; estabelece uma relação contínua e democrática entre planos, fundos, conselhos e órgão gestor; garante a aplicação autônoma dos recursos pelos municípios com repasse automático e regular de recursos fundo a fundo; estabelece e sistematiza indicadores sociais e institui um sistema informatizado de acompanhamento e monitoramento da política de assistência social, até então inexistente (BOSCHETTI, 2005).

Nesse sentido, cabe destacar o enfoque contemporâneo da Política Nacional de Assistência Social – PNAS (1998), que define a inserção, a prevenção, a promoção e a proteção como as quatro funções básicas do novo paradigma da Assistência Social, cujo eixo central é a cidadania¹.

Confunde-se, por vezes, o sentido de amparo com o de proteção, até porque a CF/88 usa as duas expressões. É fato que amparo (anteparare, do latim) também significa proteção como escora, arrimo, auxílio ou ajuda para impedir algo de cair ou de ter uma queda. Supõe abrigo, refúgio, resguardo. A noção de amparo indica um estancamento da condição de deterioração e a de proteção indica, por sua vez, o impedimento de que ocorra a destruição. Segundo Sposati (2007) a proteção é mais vigilante, por isso mais preservacionista, proativa, desenvolvendo ações para que alguma destruição não venha a ocorrer, enquanto o amparo já ocorre com base em um risco. Nesse contexto da Proteção Social Básica do Sistema Único da Assistência Social, está situado o BPC. A proteção social básica tem por objetivos “prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários (PNAS, 2004). Com o BPC¹³ são atendidos mais de um milhão e 300 mil pessoas com deficiência, mediante o pagamento de uma renda mensal no valor de um salário mínimo. Segundo nota técnica da Secretaria Nacional do MDS, registra-se, em média, o ingresso anual de 89 mil novos beneficiários, dos quais 29% estão na faixa etária de 0 a 14 anos. Essa atuação da Assistência Social mais uma vez demonstra que na contemporaneidade, ela é uma das políticas que mais se destaca no cenário das políticas públicas voltadas a atender as necessidades dos usuários com deficiência¹⁴.

Nessa acepção, o BPC encontra sua identidade na proteção básica, pois visa garantir aos seus beneficiários o direito à convivência familiar e comunitária, bem como o trabalho social com suas famílias, contribuindo para o atendimento de suas necessidades e para o desenvolvimento de suas capacidades e de sua autonomia”. (GOMES, 2005, p. 61).

Com a Lei do SUAS (Lei 12.435/2011), a Assistência Social passa a ampliar o seu rol de objetivos, alguns antes já abordados na LOAS e/ou na PNAS/2004 e outros acrescidos a partir das deliberações das Conferências de Assistência Social. Notem que as ações voltadas às pessoas com deficiência se aglutinam em torno do conjunto dos objetivos da proteção social:

I - a proteção social, que visa à garantia da vida, à redução de danos e à prevenção da incidência de riscos, especialmente:

- a) a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- b) o amparo às crianças e aos adolescentes carentes;
- c) a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- d) a habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária; e
- e) a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família;

II - a vigilância socioassistencial, que visa a analisar territorialmente a capacidade protetiva das famílias e nela a ocorrência de vulnerabilidades, de ameaças, de vitimizações e danos;

III - a defesa de direitos, que visa a garantir o pleno acesso aos direitos no conjunto das provisões socioassistenciais. (BRASIL, 2011, p. 1).

Um dos Programas nesse contexto de implantação do SUAS que agregam uma dimensão intersetorial no território é o Programa BPC na Escola (MDS/MEC/MPS/SEDH). O programa foi lançado em 2007 e teve adesão de vários municípios, servindo para identificar os beneficiários do BPC, de 0 a 18 anos, que estão e os que não estão frequentando a Escola, bem como identifica barreiras que impedem o acesso e a permanência na escola da criança/adolescente com deficiência beneficiária do BPC e realiza acompanhamento sistemático das ações implementadas por meio do Programa nos estados e municípios (BRASIL, 2007).

Um dos desafios também colocado ao SUAS, é que este deve proporcionar condições objetivas para que a população usuária da Assistência Social rompa com o estigma de desorganizada, despolarizada e disponível para manobras

eleitorais, como comumente é apresentada à população que tradicionalmente aciona os atendimentos da política. O trabalho com os usuários deve partir da compreensão de que esse sujeito é portador de direitos e que esses direitos para serem garantidos exigem um movimento coletivo, de classe social e de suas frações e segmentos. Para trabalhar nessa perspectiva, é preciso construir novos parâmetros, devolvendo a esses sujeitos as condições políticas e sociais de pensar a sociedade e seu lugar nela, disputando a reversão do modelo hegemônico construído (AMARAL, 2009).

A barreira à participação das PCD's está na própria dinâmica cotidiana perpassada pela superação de barreiras arquitetônicas e atitudinais para o exercício da cidadania. A presença em espaços democráticos e de controle social significa deixar de dar conta da sua própria subsistência.

Enfim, a Assistência Social para superar a ausência de critérios mais claros em torno de seus programas, projetos e serviços, seja de modo geral, ou para as pessoas com deficiência, em 11 de novembro de 2009 após amplo debate na CIT— Comissão Intergestores Tripartite (CIT) e Comissão Intergestores Bipartite (CIB) — aprova a Resolução N°109 Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais que visa implementar uma matriz padronizada para os serviços socioassistenciais e atualiza os programas contidos na PNAS e NOB-SUAS. Com essa Resolução, se avança do que estava previsto na PNAS e detalha-se o que deve ser assegurado pelos Serviços para Pessoas com Deficiência nos diferentes níveis de complexidade – Básica e Especial de média e alta complexidade, como vemos no quadro a seguir com destaque e detalhamento para aqueles serviços voltados exclusivamente à pessoas com deficiência:

Quadro 1: Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais

I - Serviços de Proteção Social Básica:

a) ...b)....c) Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas;

“O serviço tem por finalidade a prevenção de agravos que possam provocar o rompimento de vínculos familiares e sociais dos usuários. Visa a garantia de direitos, o desenvolvimento de mecanismos para a inclusão social, a equiparação de oportunidades e a participação e o desenvolvimento da autonomia das pessoas com deficiência e pessoas idosas, a partir de suas necessidades e potencialidades individuais e sociais, prevenindo situações de risco, a exclusão e o isolamento. O trabalho realizado será

sistemizado e planejado por meio da elaboração de um Plano de Desenvolvimento do Usuário - PDU: instrumento de observação, planejamento e acompanhamento das ações realizadas. No PDU serão identificados os objetivos a serem alcançados, as vulnerabilidades e as potencialidades do usuário.”

II - Serviços de Proteção Social Especial de Média Complexidade:

a) ...b) ...c)....d) Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias;

Serviço para a oferta de atendimento especializado a famílias com pessoas com deficiência

e idosos com algum grau de dependência, que tiveram suas limitações agravadas por violações de direitos, tais como: exploração da imagem, isolamento, confinamento, atitudes discriminatórias e preconceituosas no seio da família, falta de cuidados adequados por parte do cuidador, alto grau de estresse do cuidador, desvalorização da potencialidade/capacidade da pessoa, dentre outras que agravam a dependência e comprometem o desenvolvimento da autonomia. O serviço tem a finalidade de promover a autonomia, a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida das pessoas participantes. Deve contar com equipe específica e habilitada para a prestação de serviços especializados a pessoas em situação de dependência que requeiram cuidados permanentes ou temporários. A ação da equipe será sempre pautada no reconhecimento do potencial da família e do cuidador, na aceitação e valorização da diversidade e na redução da sobrecarga do cuidador, decorrente da prestação de cuidados diários prolongados. As ações devem possibilitar a ampliação da rede de pessoas com quem a família do dependente convive e compartilha cultura, troca vivências e experiências. A partir da identificação das necessidades, deverá ser viabilizado o acesso a benefícios, programas de transferência de renda, serviços de políticas públicas setoriais, atividades culturais e de lazer, sempre priorizando o incentivo à autonomia da dupla “cuidador e dependente”. A intervenção será sempre voltada a diminuir a exclusão social tanto do dependente quanto do cuidador, a sobrecarga decorrente da situação de dependência/prestação de cuidados prolongados, bem como a interrupção e superação das violações de direitos que fragilizam a autonomia e intensificam o grau de dependência da pessoa com deficiência ou pessoa idosa.

III - Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade:

a) Serviço de Acolhimento Institucional, nas seguintes modalidades:

- abrigo institucional;
- Casa-Lar;

- Casa de Passagem;
- Residência Inclusiva.

Acolhimento em diferentes tipos de equipamentos, destinado a famílias e/ou indivíduos com vínculos familiares rompidos ou fragilizados, a fim de garantir proteção integral. A organização do serviço deverá garantir privacidade, o respeito aos costumes, às tradições e à diversidade de: ciclos de vida, arranjos familiares, raça/etnia, religião, gênero e orientação sexual.

O atendimento prestado deve ser personalizado e em pequenos grupos e favorecer o convívio familiar e comunitário, bem como a utilização dos equipamentos e serviços disponíveis na comunidade local. As regras de gestão e de convivência deverão ser construídas de forma participativa e coletiva, a fim de assegurar a autonomia dos usuários, conforme perfis.

Fonte: Resolução nº109. Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. Elaboração própria da autora deste artigo.

Trata-se de um quadro em manutenção permanente e ainda em construção pelos municípios, já que o documento é rico em detalhes sobre o modus operandi da política e contém: o nome do serviço, descrição, usuários, objetivos, proviões, aquisições dos usuários, condições e formas de acesso, unidade, período de funcionamento, abrangência, articulação em rede, impacto social esperado e regulamentações previstas.

Nesse contexto de avanços foi possível encontrar conjuntura favorável no atual governo Dilma Roussef, com a promulgação da Lei 12.435/2011 — já conclamada de Lei do SUAS — e comemorada por todos os que reconhecem o significado social desse tipo de regulação que atualiza requisiões importantes para a assistência social. A lei no seu art. 6º aponta que “a gestão das ações na área de assistência social fica organizada sob a forma de sistema descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social (Suas)” (BRASIL: 2011, p.1).

Com essa legislação que é a mais recente, vemos novas mudanças que trazem novos conceitos sobre quem é a pessoa com deficiência e pessoas com impedimentos de longo prazo (uma espécie de deficiência temporária) para fins de acesso ao BPC.

Art.20 §2º Para efeito de concessão deste benefício, considera-se:I - pessoa com deficiência: aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua parti-

cipação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas;II - impedimentos de longo prazo: aqueles que incapacitam a pessoa com deficiência para a vida independente e para o trabalho pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos (BRASIL, 2011, p.2).

Nesse campo de mudanças, um outro aspecto de suma importância e que não pode ser desconsiderado é o espaço da proteção social promovida pela família das pessoas com deficiência. Novamente percebe-se um esforço de aproximação com um conceito de família mais próximo à realidade das pessoas com deficiência pela Lei do SUAS. A noção anterior trabalhava com o conceito de domicílio, “aqueles que residem sob o mesmo teto”, mas, era mais restrito no quesito idade “considerados menores de 21 anos”. Esse conceito de família é mais próximo dos atuais arranjos familiares brasileiros.

Art.20 §1º Para os efeitos do disposto no caput, a família é composta pelo requerente, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto (BRASIL, 2011, p.2).

Pela primeira vez na história da Assistência Social o conceito de deficiência não vem atrelado à uma noção de absoluta invalidez ou incapacidade para o trabalho. Agrega-se o reconhecimento das potencialidades das pessoas com deficiência e não apenas a limitação ou patologia. Reconhece o papel da Assistência Social como promotora da integração ao mercado de trabalho como dito desde a LOAS.

Art.21 §3º O desenvolvimento das capacidades cognitivas, motoras ou educacionais e a realização de atividades não remuneradas de habilitação e reabilitação, entre outras, não constituem motivo de suspensão ou cessação do benefício da pessoa com deficiência.§ 4º A cessação do benefício de prestação continuada concedido à pessoa com deficiência, inclusive em razão do seu ingresso no mercado de trabalho, não impede nova concessão do benefício, desde que atendidos os requisitos definidos em regulamento (BRASIL, 2011, p.3).

A Lei do SUAS, reconhecendo a importância da Assistência Social em articular programas, serviços e benefícios recomenda no art. 24 que “os programas voltados para o idoso e a integração da pessoa com deficiência serão devidamente articulados com o benefício de prestação continuada” (BRASIL, 2011, p.3).

Outra mudança bastante recente que data de 01 de Setembro de 2011 é o programa “BPC Trabalho” onde a Presidente Dilma Roussef promulga a Lei 12.470 e dá a possibilidade de pessoas com deficiência que desenvolverem algum tipo de potencialidade para o trabalho possam acessá-lo. Antes, a pessoa com deficiência perdia o benefício caso tivesse atividade remunerada, inclusive como microempresendedor individual. A partir de agora, o beneficiário poderá trabalhar e ter o benefício suspenso temporariamente. Se nesse período ele não conseguir se manter no trabalho ou não adquirir o direito a outro benefício previdenciário, ele retorna ao BPC sem precisar passar pelo processo de requerimento ou de avaliação da deficiência e do grau de impedimento pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). O período de suspensão não é determinado pela lei, mas o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), responsável pela gestão do BPC, proporá ao Legislativo que seja de dois anos, e no decorrer de dois anos receber o salário e o BPC de modo concomitante. Após esse período de dois anos, com a devida estabilidade temporal a Pcd deixa de receber o BPC.

Enfim, o SUAS é uma realidade, porém para as pessoas com deficiência não é um processo acabado. Assim como toda a política de Assistência Social está em constante construção, estão colocados desafios e possibilidades de especializar a política para as pessoas com deficiência, porém, sem perder a amplitude da própria Assistência Social.

Referências

BRASIL. *Lei N° 12.435*, de 6 de julho de 2011 (Lei do SUAS). Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasília, 2011.

_____. *Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS)*. Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Resolução N° 109, de 11/11/2009.

_____. *Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome*. Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Brasília, nov. 2004.

_____. *Decreto N° 6.214*, de 26 de setembro 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei no 10.741, de 1° de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências.

_____. *Norma Operativa Básica do SUAS (NOB-SUAS)*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasília, 2005.

_____. *Norma Operativa Básica do SUAS (NOB-SUAS)*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasília, 2012.

_____. *Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS*. NOB-RH/SUAS Conselho Nacional de Assistência Social. Brasília, 2006.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Avaliação das pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social: um novo instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Brasília, 2007.

COUTO, B.R et al.. *A Política Nacional de Assistência Social e o Suas*: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: Couto, B.R; Raichelis, R; Yasbek, M.C. O Sistema Único de Assistência Social em debate. São Paulo: Ed.Cortez, 2010.

_____. *Pessoas com Deficiência – Mídia, Visibilidade e Preconceito*. In: Mídia, Questão Social e Serviço Social. São Paulo: Ed. Cortez, 2009.

GOMES, A.L.; FREITAS, M.J.; SOUZA, M. F. *O atendimento às pessoas com deficiência no contexto do Benefício de Prestação Continuada*. In: Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. Nº.3 (2006). Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2006.

IAMAMOTO, M. V. e CARVALHO, R. *Relações Sociais e Serviço Social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica*. São Paulo: Cortez; [Lima, Peru]: CELATS, 2008.

PEREIRA, C. de B. *Assistência social em territórios estigmatizados: um estudo da atuação da Fundação Leão XIII em Vila Ipiranga, Niterói*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

SPOSATI, Aldaíza et.al. *Assistência na trajetória das Políticas Sociais Brasileiras: uma questão em análise*. São Paulo: Ed.Cortez, 2008.

_____. *Benefício de Prestação Continuada com Mínimo Social*. IN: Proteção Social e Cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal. São Paulo: Cortez, 2004. p.125-246.

MOTA, A. E. (org.) et al. *O Mito da assistência social: ensaios sobre Estado, política e sociedade*. São Paulo: Cortez, 2008 (2. ed. rev.).

Notas

- 1 Mestre e Doutoranda em Política Social – UFF. Trabalha na SMAS/RJ - Centro Universitário Augusto Motta - UNISUAM. Email: tatianam_fonseca@yahoo.com.br
- 2 Sancionada em 06/07/2011. Lei 12.435/2011 que altera dispositivos da Lei Orgânica da Assistência Social. Conclamada como Lei do SUAS.
- 3 No caso brasileiro é possível afirmar, salvo exceções, que até 1930 a consciência possível em nosso país não apreendia a pobreza enquanto expressão da questão social. Quando esta se insinuava como questão para o Estado, era de imediato enquadrada como “caso de polícia” e tratada no interior de seus aparelhos repressivos.
- 4 Segundo estimativas da ONU, existem 625 milhões de pessoas com alguma deficiência (adquirida ou não) física, auditiva, visual, intelectual, surdocegueira (deficiência única), e/ou múltipla (união de duas ou mais deficiências) no mundo. São 10% da população mundial. É um décimo da raça humana! E 80% (400 milhões) vivem em países subdesenvolvidos. Existem 79 milhões na América Latina e no Caribe. 98% dos direitos desses cidadãos que vivem países em desenvolvimento são totalmente negligenciados! Em muitos países, eles ainda não podem votar, casar, herdar propriedades, entre outros direitos constitucionais. Estudos recentes do Banco Mundial indicam que a proporção de pessoas com deficiência - dentre as mais pobres do mundo - é de um em cada cinco (43% da população mundial). Uma pessoa em cada cinco vivendo com menos de um dólar por dia possui uma deficiência.
- 5 Segundo o Censo Demográfico de 2000, 32,02% da população estava abaixo da linha de pobreza, ou seja, tinha rendimento familiar per capita inferior a 1/2 salário mínimo. Entre as Pessoas Portadoras de Deficiência PPD (termo anterior para Pessoas com Deficiência), 29,05% estavam abaixo da linha da pobreza. Entre as PPDs a taxa de pobreza é inferior à da população total. Este resultado pode estar associado à atuação do Estado, pela transferência de renda oriundas da assistência social e da previdência social (PNAS, 2004).
- 6 A LBA de 1942, a Fundação Nacional para o Bem-Estar do menor – FUNABEM de 1965, a Central de Medicamentos – CEME e a Empresa de Processamento de Dados da previdência Social – DATAPREV.
- 7 O Instituto Nacional da Previdência Social – INPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica – Inamps e o Instituto Nacional de Administração da Previdência Social – IAPAS.
- 8 Antes da Constituição de 1988, destacamos apenas duas Emendas: a Emenda nº 01 à Constituição de 1967 é que surge vaga referência à “educação dos excepcionais”, como primeira menção à pessoa com deficiência; e a Emenda nº 12 à Constituição de 1967, promulgada em 17 de outubro de 1978, que estabeleceu: “É assegurado aos deficientes a melhoria de sua condição social e econômica especialmente mediante: I – educação especial e gratuita; II – assistência,

reabilitação e reinserção na vida econômica e social do País; III – proibição de discriminação, inclusive quanto à admissão ao trabalho ou ao serviço público e a salários; IV – possibilidade de acesso a edifícios e logradouros públicos.”

- 9 Em 1999 a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência assume status de lei n.º 3.298/99, que regulamenta a lei n.º 7.853, de dezembro de 1989, dispõe sobre a política consolidada as normas de proteção e dá outras providências.
- 10 Dados da SAGI/MDS. Disponível em: www.mds.gov.br/sagi/AvaliaçãodosProgramasSociais-doGovernoFederal.
- 11 De modo geral e não especializado apenas às pessoas com deficiência Programa de Atenção Integral às Famílias; Programa de inclusão produtiva e projetos de enfrentamento da pobreza; Centros de Convivência para Idosos; Serviços para crianças de 0 a 6 anos, que visem o fortalecimento dos vínculos familiares, o direito de brincar, ações de socialização e de sensibilização para a defesa dos direitos das crianças; Serviços socioeducativos para crianças, adolescentes e jovens na faixa etária de 6 a 24 anos, visando sua proteção, socialização e o fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários; Programas de incentivo ao protagonismo juvenil e de fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários; Centros de informação e de educação para o trabalho, voltados para jovens e adultos.
- 12 Outras modalidades mais generalizadas para usuários com e sem deficiência são os: CREAS, Serviço de orientação e apoio sócio-familiar; Plantão Social; Abordagem de Rua; Medidas socioeducativas em meio aberto (PSC – Prestação de Serviços à Comunidade e LA – Liberdade Assistida);
- 13 Ao longo de uma década, no entanto, essa transferência de renda foi efetivamente a principal provisão que materializou e afirmou o direito à assistência social, como política não contributiva de responsabilidade do Estado, presente em todos os municípios brasileiros. Ela alcança atualmente cerca de 2,5 milhões de pessoas, das quais 1,3 milhão são pessoas com deficiência. Conforme dados oficiais, foram destinados ao BPC nos últimos três anos, cerca de 70% dos recursos do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS). Destaca-se também que “nos últimos 10 anos, o número de beneficiados aumentou em um ritmo de 10% ao ano, passando de 346 mil, em 1996, para mais de 2 milhões em 2005” (PNUD, 2004).
- 14 Outro termo que merece destaque, em paralelo ao debate da pessoa com deficiência, é o conceito de incapacidade. O Decreto no 3.298/1999, no art. 3º, considera a incapacidade como “uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos e adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa com deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida” (BRASIL, 1999).

Recebido em junho de 2013, aprovado para publicação em agosto de 2013.