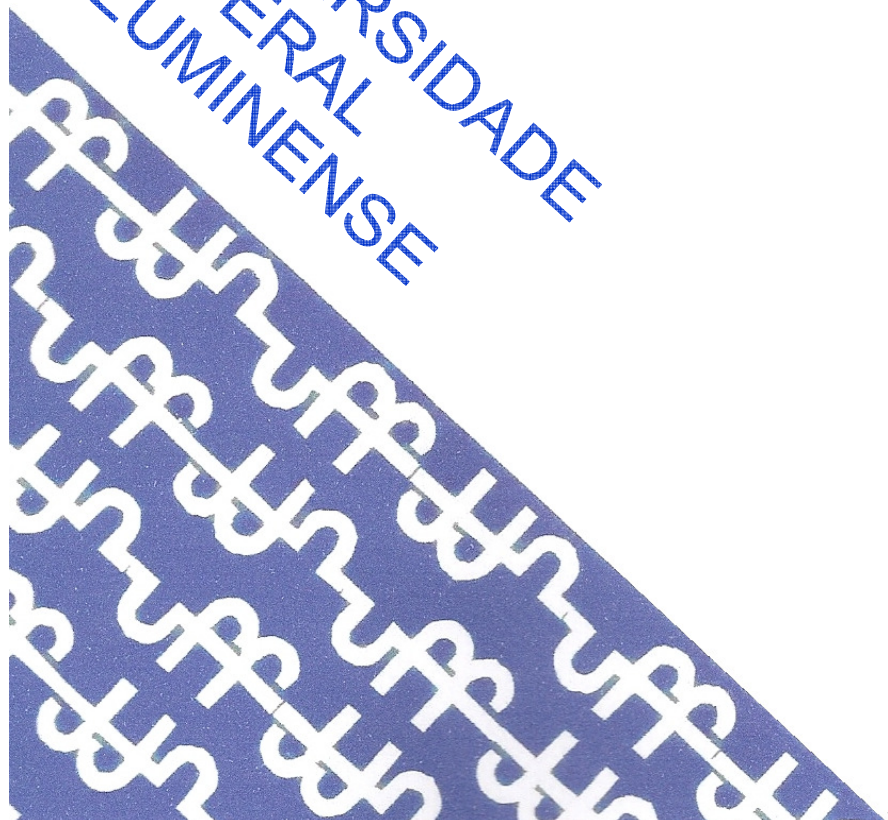


ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL

Tatiana Maria Araújo da Fonseca

A INCORPORAÇÃO DA ATENÇÃO À DEFICIÊNCIA
PELA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

UNIVERSIDADE
FEDERAL
FLUMINENSE



NITERÓI, RJ
2013



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA
SOCIAL
DOUTORADO EM POLÍTICA SOCIAL**

**A INCORPORAÇÃO DA ATENÇÃO À DEFICIÊNCIA PELA
POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE
JANEIRO**

Aluna: Tatiana Maria Araújo da Fonseca

Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em
Política Social da Universidade Federal Fluminense
(UFF) para obtenção do título de Doutor em
Política Social

Apresentada em Agosto de 2013.

**Orientadora: Prof^ª Dra. Lenaura de Vasconcelos
Costa Lobato**

**NITERÓI-RJ
2013**

TATIANA MARIA ARAÚJO DA FONSECA

**A INCORPORAÇÃO DA ATENÇÃO À DEFICIÊNCIA PELA
POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE
JANEIRO**

BANCA EXAMINADORA

Profª Dra. Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Orientadora
Universidade Federal Fluminense - UFF

Profª Drª Fátima Valéria Ferreira de Souza – 1ª Examinadora
Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ

Prof. Dr. Márcio Eduardo Brotto – 2º Examinador
PUC-RJ – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro

Profª Drª Mônica de Castro Maia Senna – 3ª Examinadora
Universidade Federal Fluminense – UFF

Profª Drª. Míriam Fátima Reis– 4ª Examinadora
Universidade Federal Fluminense – UFF

Niterói – RJ

2013

RESUMO

A INCORPORAÇÃO DA ATENÇÃO À DEFICIÊNCIA PELA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

A presente tese foi baseada em estudo qualitativo e se propôs a analisar a incorporação da atenção à deficiência pela política de Assistência Social a partir do caso do Município do Rio de Janeiro. A deficiência é reconhecida como alvo da proteção social pelo Estado. A política de Assistência Social historicamente tem um significado importante na provisão do bem estar e atenção às necessidades sociais das pessoas com deficiência. O estudo foi realizado através de pesquisa bibliográfica e documental bem como com roteiro de entrevista aberta, junto a gestores e conselheiros da Política de Assistência Social e da Pessoa com Deficiência no município do Rio de Janeiro no período pós PNAS/SUAS: de 2004 a 2012. Utilizamos como categorias centrais: Incorporação da Agenda Pública, Proteção Social pela Assistência Social e Gestão da Política. Foi possível verificar que embora tenhamos a Convenção Internacional das Pessoas com Deficiência e avanços significativos nas principais legislações de Assistência Social como a PNAS, LOAS, Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais e Lei 12.435/11, a gestão da política de Assistência Social no município do Rio de Janeiro ainda está despreparada para atender as pessoas com deficiência. Verifica-se, portanto que a incorporação da atenção à deficiência pela Política de Assistência Social do Município do Rio de Janeiro após a implantação do modelo do Sistema Único da Assistência Social ainda tem um caminho complexo e longo a percorrer.

Palavras- chave: Assistência Social, Deficiência, Política Social.

ABSTRACT

This thesis was based on qualitative study aimed at examining the disability and its incorporation into Social Assistance Policy from the case of the municipality of Rio de Janeiro. The disability is recognized as a target of social protection by the state. Social policy historically has important significance in the provision of welfare and social care needs of people with disabilities. The study was conducted through a literature review and documentary and scripted by open interviews with managers and directors of the Social Assistance Policy and Persons with Disabilities in the city of Rio de Janeiro in the post PNAS /SUAS: 2004-2012 . Used as central categories: Incorporation of Public Agenda, Social Protection for Social Policy and Management. We found that although we have the International Convention of Persons with Disabilities and significant advances in key legislation such as the Social Assistance PNAS, Invalidity, Grading National Law 12.435/11 and social assistance services, policy management Social Assistance in Rio January is still unprepared to meet people with disabilities. It appears therefore that the incorporation of attention to disability by Social Assistance Policy of the Municipality of Rio de Janeiro after the implementation of the Unified Model of Social still has a way to go long and complex.

Keywords: Social Assistance, Disability, Social Policy.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ABBR- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE BENEFICENTE DE REABILITAÇÃO DO RIO DE JANEIRO
APAE - ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS
BPC- BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA
CAS - CENTROS DE AÇÃO SOCIAL
CAS – COORDENADORIA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CBCISS- CENTRO BRASILEIRO DE COOPERAÇÃO E INTERCÂMBIO DE SERVIÇOS SOCIAIS
CEMAC- CENTRO DE MEMÓRIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL
CENTRO POP- CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO PARA POPULAÇÃO EM SITUAÇÃO DE RUA
CF/88 - CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988
CIB - COMISSÃO INTERGESTORA BIPARTITE
CIF - CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE INCAPACIDADE E FUNCIONALIDADE
CIT - COMISSÃO INTERGESTORA TRIPARTITE
CMAS- CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CNAS - CONSELHO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CNSS - CONSELHO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL
COMDEF- CONSELHO MUNICIPAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
CORDE- COORDENADORIA DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
CPB - COMITÊ PARALÍMPICO BRASILEIRO
CRAS - CENTRO DE REFERÊNCIA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL
CREAS - CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL
FENEIS - FUNDAÇÃO NACIONAL DOS SURDOS
FLXIII - FUNDAÇÃO LEÃO XIII
FNAS - FUNDO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
FUNLAR - FUNDAÇÃO MUNICIPAL LAR ESCOLA FRANCISCO DE PAULA
GDI- GERÊNCIA DE DESENVOLVIMENTO GLOBAL INCLUSIVO
GIT - GERÊNCIA DE INCLUSÃO NO MUNDO DO TRABALHO
GPI- GERÊNCIA DE PROMOÇÃO SOCIOEDUCATIVA INTEGRAL
IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA
IGD- ÍNDICE DE GESTÃO DO SUAS
INSS – INSTITUTO NACIONAL DE SEGURIDADE SOCIAL
LBA - LEGIÃO BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
LOAS - LEI ORGÂNICA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL
MDS- MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME
MEC - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
MPAS- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL
MUNIC - PESQUISA DE INFORMAÇÕES BÁSICAS MUNICIPAIS
NIAF- NÚCLEO INTEGRADO DE ATENÇÃO À FAMÍLIA
NOB-SUAS- NORMA OPERACIONAL BÁSICA DO SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
NOB-RH - NORMA OPERACIONAL BÁSICA DE RECURSOS HUMANOS
OEА – ORGANIZAÇÃO DOS ESTADOS AMERICANOS
OIT – ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO
ONU- ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS
ONG - ORGANIZAÇÃO NÃO-GOVERNAMENTAL
PAIF - PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL À FAMÍLIA
PAEFI - SERVIÇO DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA À FAMÍLIA
PCD - PESSOA COM DEFICIÊNCIA
PPD - PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA
PNDH-3 - PLANO NACIONAL DE DIREITOS HUMANOS 3
PNAS – POLÍTICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
PSC - PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS À COMUNIDADE
PSB - PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA
PSE - PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL
RBC- GERÊNCIA DE REABILITAÇÃO SOCIAL BASEADA NA COMUNIDADE
RHC- REDE HISTÓRICA CONVENIADA
RMV- RENDA MENSAL VITALÍCIA
SAGI- SECRETARIA DE AVALIAÇÃO E GESTÃO DA INFORMAÇÃO
SDH/PR – SECRETARIA DE DIREITOS HUMANOS DA PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA
SMAS - SECRETARIA MUNICIPAL DA ASSISTÊNCIA SOCIAL
SMS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SMEL - SECRETARIA MUNICIPAL DE ESPORTES E LAZER
SME- SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
SMPD - SECRETARIA MUNICIPAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
SNPD - SECRETARIA NACIONAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA
SUAS - SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
UERJ – UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
UFF – UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
UFRJ - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
UPIAS - LIGA DOS LESADOS FÍSICOS CONTRA A SEGREGAÇÃO

Agradecimentos

Sonho que se sonha junto torna-se realidade, parafraseio o poeta. Sou muito grata e dedico essa vitória a uma lista extensa de pessoas que me amam e me apoiaram de variadas formas para que esse doutorado pudesse ser realizado. Amo vocês!

Agradeço em 1º lugar ao meu Deus, amado da minha alma. Tudo que sou e onde cheguei é para tua honra. Como diz a canção *“Eu não preciso ser reconhecido por ninguém, a minha glória é fazer com que conheçam a ti e que diminua eu, pra que tu cresças Senhor mais e mais”*.

Ao meu marido de ouro, Emílio, que me amou e me apoiou incondicionalmente (sem reclamar pasmem!) e que me brindou com o presente mais lindo de nossa vida a dois, em 10 anos de casados e 15 juntos: nossa filha. Te amo, meu lindo!

À minha princesinha, Valentine filha amada e tão almejada, que chegou numa hora tão intensa de estudos e que teve sua mãezinha tão dividida entre o computador e as mamadas. Fica a certeza de que seu sorriso e seu perfume me deram muita força para prosseguir e ser um exemplo para você.

Aos meus pais pelo amor, educação e carinho que me propiciaram estar onde estou hoje, e em especial a minha mãe pelo apoio nos cuidados com minha filha e afazeres domésticos, sem este apoio seria impossível fazer metade do que fiz. Aos meus irmãos Tiago e Thomás e cunhadas Herlane e Juliana que sempre estiveram prontos a me ajudar e muito!! À prima e estagiária Lorryne pelo auxílio na digitação, conferência final e transcrição das entrevistas. E à minha família extensa de sogros, tios(as) e primos(as) que muitas vezes sentiram minha ausência, mas que sempre torceram por mim. Amo demais minha família!!

À professora Lenaura Lobato, minha amada orientadora, excelente em ensinar e amável em encorajar e compartilhar saber. Gostaria de agradecer por aprimorar em mim a essência do ser pesquisador, pela dedicação e paciência, pelas críticas e incentivos, enfim, por cada detalhe impresso em minha formação como Mestre e agora também Doutora.

Aos professores da minha banca examinadora, que gentilmente aceitaram o convite para participarem e que deixaram grandes contribuições com a excelência que é notória aos grandes mestres. Também agradeço à Profª Dra. Débora Diniz cuja participação em banca de qualificação foi imprescindível, bem como o envio de textos no campo da pessoa com deficiência.

Aos colegas da minha turma de doutorado – a 1ª turma de Doutorado em Política Social da UFF. Sentirei saudades dos nossos momentos e jamais esquecerei cada sorriso e cada troca de ideias e saberes, bem como o imenso apoio na época da gravidez.

À UFF, em especial aos professores do curso de Doutorado em Política Social e a equipe da secretaria Luzia e Raquel - por um trabalho sério e voltado a uma formação de excelência.

A minha igreja IPMEI e em especial ao Pr. Valdeci e Evangelista Gilberto e família, que me sustentaram em orações e incentivos. Amo vocês e que Deus lhe retribua com benção sem medida.

Às minhas amigas e companheiras Assistentes Sociais, estagiárias, professoras e pesquisadoras de tantos espaços acadêmicos e profissionais que percorri: UERJ, HEAS, SMAS, UNISUAM, UFF e CLAVES/FIOCRUZ. Cada vez mais tenho a certeza da profissão que escolhi e do caminho que tracei.

À minha equipe linda e do coração do INTO, em especial às amigas Luciana Latini e Amanda Curvelo pelos incentivos e apoios imensuráveis. Muito obrigada!!

À família do NEZO – Núcleo de Estudos da Zona Oeste e do Núcleo de Pós-Graduação da FAGOC, que cresceu junto comigo através da produção e disseminação do conhecimento no âmbito do Serviço Social/ no Rio de Janeiro, com tanta seriedade e disposição, além de muita alegria. Vocês seguraram as “pontas” com louvor e por isso são especiais: Hellen Carneiro, Eliana Silva, Janaina Araújo, Tiago Fonseca, Thiago do Vale, Vera do Vale e todo corpo docente – um beijo no coração.

À SMAS e UNISUAM - Profª Ana Maria Branco pelo apoio através de concessão de licença sem vencimentos para fins de estudos de doutorado.

Aos gestores e conselheiros da SMAS e SMPD-RJ a quem requeri gentilmente participação e que foram fundamentais para a conclusão desta tese.

Às professoras Tatiana e Simone pela revisão de Português e ABNT.

Agradeço a todos que amo e que torceram por esta conquista. Todos que trilharam minha estrada e que foram tantos que seria nesse espaço impossível enumerar. Muito obrigada de coração! E por fim e com especial destaque: a todas as pessoas com deficiência, cidadãos da cidade do Rio de Janeiro, como contribuição a um debate que propicie um olhar mais atento às necessidades sociais via Política de Assistência Social.

Como se diz no movimento das Pessoas com Deficiência: Nada sobre nós, sem nós!

Ao Senhor Jesus!
À minha família que tanto amo!

*Ainda que eu falasse as línguas dos homens e dos anjos, e não tivesse amor,
seria como o metal que soa ou como o sino que tine.*

I Coríntios 13:1

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Central do Gragoatá

F676 Fonseca, Tatiana Maria Araújo da.

A incorporação da atenção à deficiência pela política de assistência social no município do Rio de Janeiro / Tatiana Maria Araújo da Fonseca. – 2013.

189 f.

Orientador: Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato.
Tese (Doutorado em Política Social) – Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2013.

Bibliografia: f. 171-179.

1. Assistência social. 2. Pessoa com deficiência. 3. Política social.

Índice de Quadros e Figuras

Quadros

Quadro 1	Do Paradigma da segregação ao paradigma da inclusão social	f.24
Quadro 2	Tipos de deficiência abordados pela legislação brasileira- Lei nº 7853/89	f.37
Quadro 3	Tipos de deficiência e deficiência severa no Brasil – Censo 2010	f.39
Quadro 4	Cronologia da Legislação Brasileira voltada à Pessoa com Deficiência (2007-2012)	f.40
Quadro 5	Cronologia da Legislação Brasileira voltada à Pessoa com Deficiência (2007-2012)	f.41
Quadro 6	Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais	f. 85
Quadro 7	Quadro de Categorias, Variáveis e Indicadores	f. 112
Quadro 8	Entrevistas com os Gestores e Conselheiros	f. 114
Quadro 9	Quadro Comparativo dos Serviços da Proteção Social Básica e Especial (Média e Alta Complexidade)	f.180

Figuras

Figura 1	Cidade do Rio de Janeiro em números	f. 91
-----------------	--	--------------

SUMÁRIO

Introdução	13
CAPÍTULO 1 - PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: ANÁLISE TEÓRICA E PERCURSO SÓCIO-HISTÓRICO	19
1.1)O processo sócio histórico internacional do conceito de deficiência.....	23
1.2) Pessoas com deficiência: percurso histórico da realidade brasileira.....	31
CAPÍTULO 2- A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E A PROBLEMATIZAÇÃO DA DEFICIÊNCIA: UMA ANÁLISE NECESSÁRIA	45
2.1) Das bases caritativas ao direito constitucional: um caminho inicial junto às pessoas com deficiência.....	47
2.2) Passos adiante: da regulação da Lei Orgânica da Assistência Social à regulação do Sistema Único da Assistência Social	63
2.2.1) O Benefício da Prestação Continuada como destaque da proteção social promovida pela Política de Assistência Social às pessoas com deficiência.....	70
2.2.2) O Sistema Único de Assistência Social e novas conquistas para as pessoas com deficiência.....	73
CAPÍTULO 3- DEFICIÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL: UM ESTUDO DE CASO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO A PARTIR DO OLHAR DOS GESTORES E CONSELHEIROS DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DE POLÍTICAS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA	90
3.1) A Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência- SMPD no RJ e a oferta de políticas para as pessoas com deficiência: o lugar da Assistência Social.....	93
a)Gerência de Desenvolvimento Global Inclusivo – GDI;.....	95
b)Gerência de Inclusão no Mundo do Trabalho– GIT;.....	95
c)Gerência de Promoção Socioeducativa Integral – GPI;.....	96
d) Gerência de Reabilitação Social Baseada na Comunidade – RBC;.....	96
3.2) A Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro e a oferta de políticas para as pessoas com deficiência.....	98
3.3)O COMDEF- Rio – Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência.....	106
3.4) O CMAS- Rio Conselho Municipal de Assistência Social	108
3.5) Categorias de análise sobre Deficiência e Assistência Social.....	110

3.5.1) Incorporação na agenda pública.....	116
a)Reconhecimento do tema.....	117
b) Programas e ações implantados e desenvolvidos.....	125
3.5.2) Proteção Social pela Assistência Social.....	129
a)Abrangência e efetividade da política.....	132
b)Conhecimento sobre a convenção.....	139
3.5.3) Gestão da Política.....	142
a) Intersetorialidade.....	146
b)Avanços e entraves na gestão.....	157
c) Capacidade da Política de Assistência Social.....	162
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	167
REFERÊNCIAS.....	171
ANEXOS.....	179

Introdução

A presente tese teve como objetivo a análise da incorporação da atenção à deficiência pela política de Assistência Social, a partir do caso do Município do Rio de Janeiro. A deficiência no interior das sociedades sempre foi reconhecida como alvo da proteção social seja de modo primário ou pelo Estado posteriormente. A política de Assistência Social historicamente tem um significado importante na provisão do bem estar e atenção às necessidades sociais das pessoas com deficiência. No contexto brasileiro e na consolidação do Sistema Único da Assistência Social, doravante SUAS, a atenção à deficiência vem sendo pensada em legislações e parâmetros que intentam assegurar Proteção Social Básica e Especial.

Nossa metodologia de pesquisa baseou-se em estudo qualitativo cujos objetivos interligados foram alcançados, tais como: a possibilidade de realizar uma análise sócio-histórica sobre o conceito de deficiência a partir de teóricos no campo das ciências sociais e da política social; analisar a trajetória histórica da Política de Assistência Social no Brasil no tratamento da deficiência assim como perceber o lugar da deficiência na Política Nacional de Assistência Social e no SUAS; analisar o processo de incorporação da deficiência pela Assistência Social no município do Rio de Janeiro a partir dos gestores da Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência e da Secretaria Municipal de Assistência Social, gestores nacionais da Pessoa com Deficiência e da Assistência Social, Conselheiros do Conselho Municipal de Assistência Social, doravante CMAS, e do Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência, doravante COMDEF, no período de 2004 a 2012; e, por fim, analisar através de categorias teóricas a incorporação da deficiência no atual Sistema Único da Assistência Social.

Para o cumprimento desses objetivos, foi realizada pesquisa documental e bibliográfica para coleta de informações e dados, bem como pesquisa qualitativa de campo com entrevistas abertas. A análise foi tratada, portanto, a partir dos registros bibliográficos no campo da Assistência Social e das políticas públicas e sociais para as pessoas com deficiência e temas correlatos das principais bibliotecas das universidades públicas do Rio de Janeiro, representativas do campo das ciências sociais do Rio de Janeiro (UFRJ, UFF, UERJ e PUC-RJ)¹, documentos internos da Secretaria Municipal da Assistência Social, Instituto Pereira Passos, Fundação Leão XIII e Centro

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Universidade Federal Fluminense, Universidade do Estado do Rio de Janeiro e Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

Brasileiro de Cooperação e Intercâmbio de Serviços Sociais, doravante CBCISS; pesquisa no banco de teses da CAPES/CNPQ; bem como do recém-fechado acervo do Centro de Memória da Assistência Social (CEMAC)² e arquivo pessoal de documentos do gestor da Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência, Acervo do Conselho Municipal de Assistência Social, pesquisa na internet em *sites* de artigos científicos como *Scielo* e de revistas de pós-graduação em política social, *sites* governamentais (Munic, IBGE, SAGI-MDS)³, pesquisa na antiga Coordenadoria da Pessoa com Deficiência (CORDE) – atual SNPD (Secretaria Nacional da Pessoa com Deficiência); publicações de diário oficial municipal e nacional e três diferentes Planos Municipais da Assistência Social do Município do Rio de Janeiro de 2003 a 2012.

Além disso, no que tange o trabalho de campo, entrevistas abertas foram aplicadas junto aos gestores e conselheiros da política de assistência social e da pessoa com deficiência, seguindo um roteiro próprio de entrevista pautada em estudo de caso do município do Rio de Janeiro. Dezoito informantes entre representantes da gestão e dos conselhos participaram deste estudo. Os depoimentos destes foram coletados após os entrevistados conhecerem o roteiro de questões abertas e assinarem o Termo de Aceite da Pesquisa. Para a condução das entrevistas, foi elaborado um roteiro de questões-temas abertas que resgatou as principais questões teóricas a serem investigadas e que orientou as categorias centrais dos diálogos construídos com os gestores e conselheiros, partindo de diferentes momentos da política de assistência social e da pessoa com deficiência abrangendo o período de 2004 a 2012.

Partindo da pesquisa documental bibliográfica e coleta de dados, buscamos analisar estes como um esforço de estabelecer as conexões, mediações e contradições dos fatos que constituem da problemática pesquisada, procurando superar a percepção mais superficial (MINAYO, 1994, p.10).

O objetivo foi efetuar um levantamento de dados sobre a incorporação da deficiência na fase pós SUAS em 2004 com o lançamento da Política Nacional de Assistência Social. Realizamos um retorno necessário às bases constitucionais desde a redemocratização brasileira de 88 através um resgate crítico e análise aprofundada da produção teórica ou do conhecimento das particularidades do Pós-Constituição, da

² O referido Centro de Memória funcionava na Biblioteca Suely Gomes da Costa na gestão do secretário Marcelo Garcia.

³Munic (Pesquisa de Informações Básicas Municipais), IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística), MDS (Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome) e SAGI (Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação do MDS).

LOAS- Lei Orgânica de Assistência Social em 1993 e sobretudo, e enfim com ênfase e delimitação histórica a partir de 2004 com a implementação da Política Nacional de Assistência Social (doravante PNAS) que traz a cena pública a concepção de um Sistema Único de Assistência Social - SUAS. Acrescenta-se, ainda, a entrevista aberta com amostragem aleatória de gestores da pasta da Pessoa com Deficiência e Assistência Social e conselheiros municipais de Assistência Social (CMAS) e conselheiros municipais da pessoa com deficiência (COMDEF) de caráter eminentemente qualitativo e exploratório, visando dar visibilidade às experiências objetivas e subjetivas dos sujeitos pela singularidade dos seus depoimentos. Os gestores e conselheiros foram escolhidos por terem assumido a pasta da Pessoa com Deficiência e/ou Assistência Social desde 2004 a partir da implementação do SUAS (e que tem proximidade também com a Aprovação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência em 2008). O processo de observação não aspira uma neutralidade em relação ao objeto observado, ao contrário, o observador é parte integrante do cenário, está em relação e participa do contexto.

Portanto nossa pesquisa de caráter qualitativo “intenciona explorar uma realidade marcada pela especificidade e diferenciação a fim de abordar o conjunto de expressões humanas constantes nas estruturas, nos processos, nos sujeitos, nos significados, e nas representações” (MINAYO, 1994, p.15). A técnica de pesquisa qualitativa responde:

(...) a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis. (idem p.21)

Esta técnica, de acordo com esta autora, contempla três etapas relevantes: a) fase exploratória de pesquisa, com a finalidade de construir o projeto de investigação; b) trabalho de campo, garantindo um recorte empírico na construção teórica incluindo entrevistas, observações, pesquisa documental, bibliográfica, e outros necessários para sua realização; e c) tratamento do material recolhido no campo que se subdivide em: ordenação, classificação e análise propriamente dita.

Sendo assim, propõe-se nesta tese a ampliação e revisão do conhecimento exposto, a partir de pesquisa bibliográfica sobre as temáticas da deficiência e da Política de Assistência Social o que permitirá fazer uma análise crítica do meu objeto de estudo

objetivando um resgate crítico da produção teórica ou do conhecimento das particularidades de tais políticas. A ideia é compreender o atual estágio de implementação da política de assistência social para as pessoas com deficiência, segundo o modelo do SUAS, compreendendo as estratégias, os avanços e os limites.

Todos os conteúdos apreciados foram travestidos em categorias a fim de nortearem as reflexões desenvolvidas no capítulo 3. Para que um texto produzisse e constituísse sentidos, entendemos que seria bastante apropriada a utilização de entrevistas abertas que possibilitassem a apreensão de discursos livres, ideológicos, partidários, políticos, cheios de conhecimentos e desconhecimentos, enfim, repletos de dados para nossa análise de conteúdo.

Conforme aponta Minayo (2004, p.16), a utilização do roteiro é a forma como se materializa a técnica de entrevista, que orienta o entrevistador ou pesquisador durante o processo de captação ou de coleta das informações. As observações do campo de pesquisa foram registradas em diário de campo, no qual constam todas as informações que não sejam o registro das entrevistas formais.

As informações coletadas foram analisadas a partir do que a literatura classifica como análise de conteúdo, que, segundo Minayo (2004, p.17), visa a ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação de um determinado objeto e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observações.

Os capítulos são apresentados e organizados da seguinte forma: O primeiro capítulo intitulado de “*Pessoas com deficiência: análise teórica e percurso sócio-histórico*”; o segundo capítulo denominado “*A Política de Assistência Social e a problematização da deficiência: uma análise necessária*” e o terceiro capítulo “*Deficiência e Assistência Social: um estudo de caso da cidade do Rio de Janeiro a partir do olhar dos Gestores e Conselheiros da Política de Assistência Social e Gestores e Conselheiros de Políticas para Pessoas com Deficiência*”.

No primeiro capítulo, partimos do debate sobre o percurso sócio-histórico internacional e nacional do conceito de deficiência e a proteção social ofertada às pessoas com deficiência. É importante observar a cronologia dos processos sócio-históricos relacionados à pessoa com deficiência entendendo a migração de um lugar de

segregação para um lugar de cidadania. Tal mudança advém do fortalecimento da luta das pessoas com deficiência e do potencial aprimoramento de um arcabouço legal internacional com destaque para a Convenção Internacional das Pessoas com Deficiência

Em seguida, no segundo capítulo, aprofundamos questões no campo da Política de Assistência Social. Apresentamos um quadro sócio-histórico que consegue traçar a incorporação da deficiência pela Política de Assistência Social desde o primeiro mínimo social constitucional assegurado às pessoas com deficiência: o Benefício da Prestação Continuada, doravante BPC, até as atuais ações de um Sistema Único de Assistência Social, que prevê serviços especializados para esse grupo.

A conclusão da tese é feita no terceiro capítulo, este apresenta uma análise sobre o caso da Assistência Social no município do Rio de Janeiro para as pessoas com deficiência tendo como base as análises das entrevistas realizadas com os gestores, da Secretaria Municipal da Assistência Social, Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência, Conselheiros Municipais da Assistência Social e Conselheiros Municipais da Pessoa com Deficiência a partir de categorias centrais tais como: **Incorporação na agenda pública; Proteção Social pela Assistência Social e Gestão da Política.**

Na categoria **Incorporação na Agenda Pública** utilizamos os seguintes teóricos: Dye (1984), Peter (1986), Lynn (1980), Dworkin (2005), Sen (2009), Fraser (2008), Lindblom (1981), Simon (1957), Fleury (2005), Sposati (2004, 2007, 2009), Mauriel (2008), Reis (2012), Cobo (2012), Barr (2004), Yazbeck (2009), Nascimento (2010), Medeiros (2006). Sobre a categoria **Proteção Social pela Assistência Social** utilizamos: Draibe (1989), Lobato (2004, 2005), Fleury (2005), Sposati (2009), Mauriel (2008), Reis (2012), Cobo (2012), Barr (2004), Yazbeck (2009) e sobre a categoria **Gestão da Política:** Kauchakje (2008), Drake (1999), Santos (2008) Pereira (2000).

Entendemos que existe uma tendência de modo geral em diferentes regimes de governo, que também é acompanhado pelo atual governo Brasileiro em especializar sua ação junto às pessoas com deficiência (através da Secretaria Especial de Direitos humanos, doravante SEDH), porém essa ação não suprime o lugar da Assistência Social em seus aspectos socioassistenciais e a centralidade da atenção às pessoas com deficiência e suas famílias; nem retira o lugar das demais políticas setoriais nas suas particularidades que devem ser voltadas aos sujeitos em suas singularidades. Igualmente, não desobriga a política de Assistência Social de expandir seus programas, projetos, benefícios e serviços em torno da pessoa com deficiência, realizando, dessa

maneira, a interlocução e diálogo entre as políticas públicas, o que não pode ser desconsiderado.

Assim, nesta tese apresentaremos o atual cenário da Assistência Social no município do Rio de Janeiro, buscando compreender quais são os avanços e limites no campo da pessoa com deficiência e a incorporação pelo Sistema Único da Assistência Social.

CAPÍTULO 1
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: ANÁLISE TEÓRICA E
PERCURSO SÓCIO-HISTÓRICO

toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.(Declaração dos Direitos Humanos, 1948)

O presente capítulo pretende abordar o debate teórico sobre as pessoas com deficiência a partir da historicidade do reconhecimento da sua condição e dos seus direitos elencados em âmbito internacional e no contexto brasileiro. Pretendemos lançar um olhar sobre o movimento do percurso de atenção do Estado às pessoas com deficiência, as diversas legislações brasileiras dirigidas à este público, sua cidadania no acesso às políticas públicas e a proteção social destinadas a estes ao longo dos tempos.

Nossa pesquisa foi baseada na literatura no campo das ciências sociais e da política social já que hoje o debate sobre a atenção às Pessoas com Deficiências (doravante PCD's) gradativamente se expande a partir do enfoque de diferentes saberes e disciplinas. Entendemos que o tema também vem sendo tratado a partir de um enfoque legal importante cuja base traduz apontamentos na direção de uma sociedade mais inclusiva.

O viés de análise em consonância com o paradigma da inclusão social pressupõe a intencionalidade da transformação da sociedade para dar conta da diversidade de pessoas, seres humanos, cidadãos que tenham diferentes necessidades que possam ser atendidas a partir do acesso a direitos assegurados pelo conjunto do Estado e da sociedade civil.

Precisamos antes de abordar o processo sócio-histórico do atual paradigma de inclusão das pessoas com deficiência recorrer ao debate sobre o conceito de deficiência. Tal conceito acompanha o movimento histórico presente na sociedade em realizar leituras ora conservadoras, ora mais progressistas em torno da noção de Deficiência.

Segundo Goffman (1998, p.10) a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias', rotulando e estigmatizando tudo aquilo que lhe foge do normal pré-estabelecido, como o transtornado mental, o preso, o viciado, o obeso, o

alcoólatra, o homossexual, o desempregado, o negro, o nordestino, a pessoa com deficiência etc.

Num passado mais próximo (isto é, em relação aos começos de nossa civilização), na Idade Média, o deficiente era só uma pessoa sagrada. A marca que ele portava era o sinal de diferença e, nesse sentido, o diferente era assinalado e só podia ser assinalado por Deus⁴. Havia algo de sagrado em torno da pessoa deficiente, do cego, por exemplo, que em geral era tomado como um adivinho exatamente por não ver as coisas presentes e poder ser sensível às coisas futuras. A pessoa com deficiência intelectual, que já se chamou de “excepcional”, de “retardado”, e mais recentemente deficiente mental, era chamado “o simples”. Ele era a pessoa simples da aldeia – não se tratava do bobo da corte – e a pessoa simples era a que estava mais próxima de Deus, das crianças. A pessoa com deficiência no passado era tratada de modo positivo, sem traços de negatividade. A deficiência era o sinal, a marca, uma espécie de predestinação. (D’AMARAL, 2008, p.20).

A deficiência na atualidade torna-se um tema de direitos humanos e como tal obedece ao princípio de que toda pessoa, todo ser humano tem o direito a usufruir de todas as condições necessárias para o desenvolvimento de suas habilidades e aspirações, sem ser submetido a qualquer tipo de discriminação (BRASIL, 2012).

Enfatiza-se a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência que é um instrumento legal de destaque neste contexto, pois não ignora as especificidades corporais, por isso menciona no artigo 1º “impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial” (ONU, 2006a, p.1). É da interação entre o corpo com impedimentos e as barreiras sociais que se restringe a participação plena e efetiva das pessoas. O conceito de deficiência, segundo a Convenção, não deve ignorar os impedimentos e suas expressões, mas não se resume a sua catalogação. Essa redefinição da deficiência como uma combinação entre uma matriz biomédica, que cataloga os impedimentos corporais, e uma matriz de direitos humanos, que denuncia a opressão, não foi uma criação solitária da Organização das Nações Unidas. Durante mais de quatro décadas, o chamado modelo social da deficiência provocou o debate político e acadêmico

⁴ Nos escritos religiosos como a Bíblia, relatos e experiências sobre os “ditos” milagres de cura de deficientes, já apontavam a existência de deficiência no ser humano onde estes eram tratados como dignos de pena e caridade.

internacional sobre a insuficiência do conceito biomédico de deficiência para a promoção da igualdade entre deficientes e não deficientes. O modelo biomédico da deficiência sustenta que há uma relação de causalidade e dependência entre os impedimentos corporais e as desvantagens sociais vivenciadas pelas pessoas com deficiência. Essa foi a tese contestada pelo modelo social (DINIZ, 2008, p.6).

Nesse sentido, para a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas, a desvantagem não é inerente aos contornos do corpo, mas resultado de valores, atitudes e práticas que discriminam o corpo com impedimentos (MEDEIROS *et. al*, 2004, p.10).

A esse respeito Diniz (2008, p.10) nos aponta a existência de diferentes contextos sociais pouco sensíveis à compreensão da diversidade corporal como diferentes estilos de vida. A autora indica que há um desafio ético que desafia a sociedade em torno dos padrões de normal e patológico. Pessoas com e sem deficiência buscam cuidados médicos em diferentes momentos de sua vida. Algumas necessitam permanentemente da medicina para manter vivas. Os avanços biomédicos proporcionaram melhoria no bem-estar das pessoas com e sem deficiência; por outro lado, a afirmação da deficiência como um estilo de vida não é resultado exclusivo do progresso médico.

Então a ideia seria que a sociedade pudesse entender as diferentes pessoas em seus diferentes corpos e estilos de vida e propiciar um contexto societário capaz de conjugar esforços na atenção a todas as diferentes demandas. Mas na verdade o que observamos é que a leitura da sociedade é para atender ainda um grupo homogêneo e de modo secundário o que há de diferente e “não adequado” à aquela ou esta realidade. Não há um esforço em se cumprir as determinações legais a não ser quando pela via da criminalização/tarifação que ainda é muito frágil, o que torna o desafio da inclusão das minorias com suas requisições diversas ser muito mais complexo.

Várias definições de deficiência vêm sendo colocadas no debate conforme aponta Drake (1999, p.55) ‘Disability’ has been defined in different ways. The explanation that has prevailed in Britain (and much of the developed world) for most of the twentieth century has become known as the medical or ‘personal tragedy’ model. It is supported by the world’s major religions and pervades society. More recently, however, a competing account has emerged: the social model of disability. This second, more radical view of disablement has been used by disabled sociologists in their critique of the personal tragedy narrative and, as we will see, also informs the activism of the

disability movement.⁵ Essa definição se aplica a realidade internacional e nacional no que tange à um modelo social de deficiência.

Sabe-se que num contexto de um Estado democrático e de direito a busca pela efetivação da cidadania dos sujeitos é um dos pilares da justiça social e da equidade. A cidadania numa concepção marshalliana é representada pela tríade de direitos, a saber: direitos civis- direito à vida, ao ir e vir, à identidade etc.-, direitos políticos – direito ao voto, à representatividade e legitimidade política; e direitos sociais – direito à educação, lazer, cultura, saúde, assistência social etc. (MARSHALL,1967). Nesse sentido a cidadania é considerada um atributo central da democracia. Enquanto a classe social está fundamentada na desigualdade econômica, a cidadania garante os mesmos direitos e deveres sociais a todos. Ou seja, um conjunto de direitos racionais e legais, atribuídos e garantidos à totalidade dos indivíduos integrantes de uma sociedade nacional, mediante o qual a participação no “bem comum da sociedade” lhes é assegurada. (MACIEL, 2000, p.25)

Para se pensar a cidadania das pessoas com deficiência é necessário se pensar em uma igualdade complexa que tenha em conta as singularidades e as profundas diferenças existentes entre os sujeitos de uma dada sociedade. De acordo com a teoria de justiça de Walzer (2003, p.2) na igualdade complexa não se trata de eliminar diferenças, trata-se de abolir a dominação. Uma sociedade igualitária não poderia dispor de bens sociais que servissem de meios de dominação. O problema da dominação só pode ser resolvido se os bens sociais forem distribuídos por razões distintas e internas, isto é, por razões particulares e locais, e não universais. Afinal, a justiça é uma construção humana, e como qualquer obra humana, ela é sempre singular. Os princípios de justiça são em si mesmos plurais em sua forma; bens sociais distintos deveriam ser distribuídos por razões distintas, por procedimentos diferentes e agentes distintos; e todas estas diferenças derivam da compreensão dos bens sociais, os quais são produtos inevitáveis do particularismo histórico e cultural.

Portanto faz-se necessário após essa teorização inicial um recurso ao processo histórico internacional de construção da atenção à deficiência bem como em seguida as especificidades do caso brasileiro.

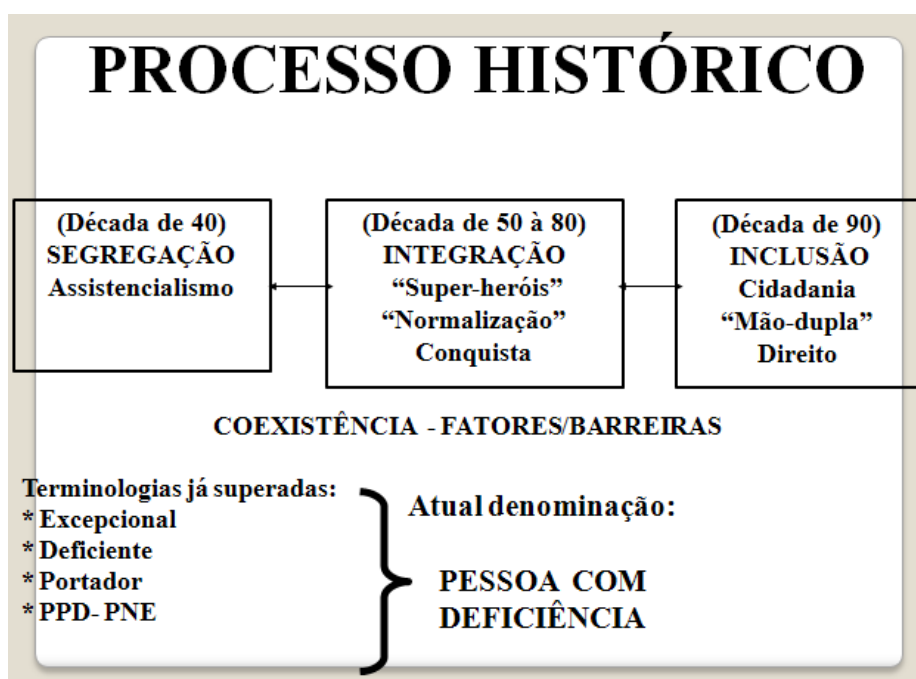
⁵ Texto traduzido: A incapacidade foi definida de diferentes formas. A explicação que prevaleceu na Grã-Bretanha (e grande parte do mundo desenvolvido), para a maior parte do século XX, tornou-se conhecido como o modelo médico ou "tragédia pessoal". Foi apoiado pelas principais religiões do mundo e permeia a sociedade. Mais recentemente, no entanto, surgiu: o modelo social da deficiência. Esta segunda visão, mais radical da deficiência tem sido usado por sociólogos com deficiência em sua crítica da narrativa da tragédia pessoal e, como veremos, e também informa o ativismo do movimento da deficiência

1.1) O processo sócio histórico internacional do conceito de deficiência

Deficiência é um conceito abrangente relacionado às restrições sociais impostas às pessoas que possuem variedade nas habilidades corporais (CIF, 2003). Chegar a esse conceito não foi tão simples e tal conclusão se comprova através da própria história da deficiência. Na era pré-cristã, as tribos se formaram e com ela a preocupação em manter a segurança e a saúde dos integrantes do grupo para a sobrevivência. Os estudiosos concluem que a sobrevivência de uma pessoa com deficiência nos grupos primitivos de humanos era impossível porque o ambiente era muito desfavorável e porque essas pessoas representavam um fardo para o grupo. Só os mais fortes sobreviviam e era inclusive muito comum que certas tribos se desfizessem das crianças com deficiência.

Historicamente as pessoas com deficiência foram postas à margem da sociedade e as políticas públicas eram voltadas para a segregação institucional dessas pessoas, que eram mandadas para asilos ou outros lugares de reclusão. Em seguida foi adotado o modelo de integração, que procurava criar estímulos pedagógicos para adaptar as pessoas com deficiência à sociedade. O paradigma de inclusão é o mais recente e atual que representa uma tentativa de avanço quanto à questão no que tange à construção de uma sociedade acessível para todos, pessoas com ou sem deficiência (FONSECA, 2009, p.145). Conforme ilustra quadro 1 a seguir:

Quadro 1 - Do paradigma da Segregação ao paradigma da Inclusão Social



Fonte: Elaboração própria da autora (2010).

Por causa de deficiências mentais, físicas ou sensoriais, há, em todo o mundo, mais de 500 milhões de pessoas com deficiências às quais se devem reconhecer os mesmos direitos e serem dadas iguais oportunidades de que desfrutam os demais seres humanos. Com muita frequência, essas pessoas são obrigadas a viver em condições desvantajosas devido à barreiras físicas e sociais existentes na sociedade, que se opõem à sua plena participação. O resultado é que milhões de crianças e adultos do mundo inteiro levam, muitas vezes, uma existência marcada pela segregação e pela degradação. (ONU, 2010, p.15)

Pode-se verificar o conceito de deficiência numa cronologia sócio-histórica o que possibilita um aprofundamento teórico do termo. Várias nomenclaturas foram utilizadas para definir as pessoas com deficiência na dinâmica social e no plano legal brasileiro. Chegar a esse conceito de pessoa com deficiência na verdade se deu através de um intenso processo de mobilização e amadurecimento da sociedade brasileira, através de lutas e conquistas de leis que deram sustentabilidade para que esses cidadãos fossem reconhecidos como sujeitos de direitos. Em abordagens profissionais no terreno jurídico e social usam-se as expressões, “pessoas portadoras de deficiências”, “pessoas com deficiência” ou “portadores de deficiência”. Comumente, nos deparamos em literaturas, estudos e diálogos profissionais no campo da educação as expressões “pessoas portadoras de necessidades especiais” ou “pessoas com necessidades especiais”. A esse respeito é necessário entender a partir de que lugar está sendo denominado, tratado o sujeito-cidadão com deficiência. Consideramos frágil a noção em torno da concepção de “necessidades especiais” seja pelo que ela não caracteriza, pelo fato de todos terem demandas passíves de algum “rigor especial” seja pelo que o conjunto dos movimentos sociais das pessoas com deficiência propõe com auto-designação.

Todavia, ‘necessidades especiais’ não deve ser tomado como sinônimo de ‘deficiências’ (mentais, auditivas, visuais, físicas ou múltiplas). Em todos os lugares do mundo as pessoas que têm deficiência desejam ser chamadas pelo nome equivalente, em cada idioma, ao termo “pessoas com deficiência”. (SASSAKI, 1997, p.5)

É importante destacar que independente de classificação histórica, social, médica ou legal a terminologia deficiente é antiga.

No entanto, o sentido negativo e excludente da palavra “deficiente”, em relação às pessoas a quem se aplica essa designação, tem a ver com uma civilização cujo

fundamento é a eficácia, a capacidade de produzir efeitos, e tudo é medido por essa capacidade. De modo que a natureza humana e a singularidade individual não têm, a rigor, nenhum valor; o que vale é uma medida externa que mostra a quantidade de efeitos que uma pessoa, ou uma instituição, é capaz de produzir, e se ela não consegue produzir esses efeitos que estão na média, é então chamada de deficiente, porque vivemos numa civilização da eficiência, que é a civilização industrial (D'AMARAL, 2008, p.27).

Há sutilezas no debate sobre cada uma dessas expressões. Os primeiros teóricos optaram por “pessoa deficiente” e “deficiência” para demonstrar que a deficiência era uma característica individual na interação social. “Pessoa com deficiência” foi uma escolha que seguiu uma linha argumentativa semelhante e é a expressão mais comum no debate (...) E é como resultado da compreensão da deficiência como um mecanismo de identidade contrativa que surgiu o conceito de “pessoa não deficiente” ou “não deficiente” (DINIZ, 2008, p.5).

Paul Hunt, um sociólogo deficiente físico, foi um dos precursores do modelo social da deficiência no Reino Unido nos anos 1960. Os primeiros escritos de Hunt procuravam compreender o fenômeno sociológico da deficiência partindo do conceito de estigma proposto por Erving Goffman. Para Goffman, os corpos são espaços desmarcados por sinais que antecipam papéis a serem exercidos pelos indivíduos. Um conjunto de valores simbólicos estaria associado aos sinais corporais, sendo a deficiência um dos atributos que mais fascinaram os teóricos do estigma (DINIZ, 2007, p.6).

Hunt não imaginou que sua carta provocaria tantas reações. Várias pessoas responderam à sua proposta de formação de um grupo de deficientes, e quatro anos depois estava constituída a primeira organização política desse tipo: a Liga dos Lesados Físicos Contra a Segregação (Upias). Michael Oliver, também um sociólogo deficiente físico, foi um dos que imediatamente respondeu à carta de Hunt. Ainda hoje, ele é considerado um dos precursores e principais idealizadores do que ficou conhecido como modelo social da deficiência. Reconhecer que a Upias foi a primeira organização de deficientes é algo que pode parecer estranho, pois há instituições para cegos, surdos e pessoas com restrições cognitivas há pelo menos dois séculos, mas na verdade destacamos seu potencial emancipador. Instituições antigas, como o Instituto Nacional para Cegos, talvez a mais antiga do mundo, no Reino Unido, ou o Instituto Nacional de Educação de Surdos, no Brasil, eram entidades para os deficientes, isto é, locais onde se confinavam pessoas com diferentes lesões físicas ou mentais, cuidando delas e lhes

oferecendo educação. Em geral, o objetivo dessas instituições e centros era o de afastar as pessoas com lesões do convívio social ou de normalizá-las para devolvê-las à família ou sociedade (DINIZ, 2007, p.10).

A originalidade da Upias⁶ foi não somente ser uma entidade de e para deficientes, mas também ter articulado uma resistência política e intelectual ao modelo médico de compreensão da deficiência. Para o modelo médico, deficiência é consequência natural da lesão em um corpo, e a pessoa deficiente deve ser objeto de cuidados biomédicos. Em um primeiro momento, portanto, a Upias constituiu-se como uma rede política cujo principal objetivo era questionar essa compreensão tradicional da deficiência: diferentemente das abordagens biomédicas, deficiência não deveria ser entendida como um problema individual, uma “tragédia pessoal”, mas, sim, uma questão eminentemente social. A estratégia da Upias era provocativa, pois tirava do indivíduo a responsabilidade pela opressão experimental pelos deficientes e a transferia para a incapacidade social em prever a incorporar a diversidade (DINIZ, 2007, p.11).

Na década de 70, a pessoa com deficiência ainda vivia situações de isolamento em diferentes espaços sociais. Nesta época as pessoas com deficiência deveriam criar um espaço somente seu, à parte, um novo mundo nos espaços de moradia, escola, trabalho, lazer etc., separados da sociedade, das pessoas supostamente ditas ‘normais’, pessoas sem ‘deficiência’, nessa época as pessoas ainda achavam que a deficiência era transmitida com um contágio de doença ou síndrome (MENDES, 1994, p.15).

É importante destacarmos um grande aprofundamento dos estudos sobre deficiência surgidos no Reino Unido e nos Estados Unidos nos anos 1970. De um campo estritamente biomédico confinado aos saberes médicos, psicológicos e de reabilitação, a deficiência passou a ser também um campo das humanidades. Nessa guinada acadêmica, deficiência passa a não ser mais uma simples expressão de uma lesão que impõe restrições à participação social de uma pessoa. Deficiência passa a ser

⁶As novas definições da DPI, divulgadas em 1982, propunham que: Deficiência significava as limitações funções nos indivíduos causadas por lesões físicas, sensoriais ou mentais; handicap é a perda ou limitação de oportunidade em participar na vida normal da comunidade em igualdade de condições com outros indivíduos devido a barreiras físicas e sociais. Alguns países nórdicos ainda adotam a expressão “handicap” para representar o resultado da relação do corpo lesado com a sociedade. Entretanto, esse foi um termo que rendeu muitas discussões e controvérsias, em especial por causa de sua etimologia, que significava pedintes. Durante alguns anos, “handicap” foi a expressão utilizada no lugar de “deficiência” pelos organismos internacionais. No entanto, essa foi uma categoria que não resistiu às críticas e foi posta fora do debate no fim dos anos 1990.(DINIZ:2007, p.12)

um conceito complexo que reconhece o corpo com lesão, mas que também denuncia a estrutura social que oprime a pessoa com deficiência. Assim como outras formas de opressão pelo corpo, como o sexismo ou racismo, os estudos sobre deficiência descortinaram uma das ideologias mais opressoras de nossa vida social: a que humilha e segrega o corpo deficiente (DINIZ, 2008, p.12). De modo semelhante nos países da Europa em que a Inglaterra é emblemática

During the 1970s, the World Health Organization adopted a typology that distinguished between the terms ‘impairment’, ‘disability’ and ‘handicap’. *Impairment* was taken to refer to some psychological or anatomical disorder, or might result from the loss of physiological, cognitive or anatomical structures or functions. The word *disability* was used to refer to the impact of impairment upon everyday living. For example, a leg injury might reduce a person’s ability to walk or climb stairs. The term *handicap* was used to designate the social disadvantage that accrued from disability.⁷ (DRAKE, 1999, p.25)

Neste contexto é emblemático no campo jurídico, a promulgação da Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência estabelecida pela ONU em 1975 e caracterizou a pessoa com deficiência como sendo:

Aquele indivíduo que devido a seus “déficits” físicos ou mentais, não está em pleno gozo da capacidade de satisfazer, por si mesmo, de forma total ou parcial, suas necessidades vitais e sociais, como faria um ser humano normal.(ONU, 1975, p.41)

A aproximação dos estudos sobre deficiência de outros saberes já consolidados, como os estudos culturais e feministas, desafiou a hegemonia biomédica do campo. O primeiro resultado desse encontro teórico foi um extenso debate sobre como descrever a deficiência em termos políticos, e não mais estritamente diagnósticos. Para os precursores dos estudos sobre deficiência a linguagem referente ao tema estava carregada de violência e de eufemismos discriminatórios: “aleijado”, “manco”, “retardado”, “pessoa portadora de necessidades especiais” e “pessoa especial”, entre tantas outras expressões ainda vigentes em nosso léxico ativo. Um dos poucos

⁷ Texto traduzido: Durante os anos 1970, a Organização Mundial da Saúde aprovou uma tipologia que distingue entre os termos "deficiência", "incapacidade" e "desvantagem". Impairment foi pensado para se referir a algum distúrbio psicológico ou anatômica, ou pode resultar da perda de estruturas ou funções fisiológicas, cognitivas ou anatômica. A palavra deficiência foi usada para se referir ao impacto da insuficiência sobre a vida diária. Por exemplo, uma lesão na perna pode reduzir a capacidade de uma pessoa de caminhar ou subir escadas. O handicap termo foi usado para designar a desvantagem social que acumulados de deficiência.

consensos no campo foi o abandono das velhas categorias e a emergência das categorias “pessoa deficiente”, “pessoa com deficiência” e “deficiente” (DINIZ, 2008, p.28).

No plano internacional segundo Diniz (2007, p.30) nas décadas de 1990 a 2000, uma das principais bandeiras feministas era em superar a concepção de deficiência do campo da tragédia pessoal para uma questão de justiça social, ou seja, afirmar a deficiência como um estilo de vida, e também em reconhecer a legitimidade de ações distributivas e de reparação da desigualdade, bem como a necessidade de cuidados biomédicos.

No contexto internacional é elaborada a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência (*Resolução A/61/611*) que se trata de uma espécie de pacto acerca do que seja bom e útil além de digno e respeitoso em escala internacional ao se tratar de pessoas com deficiência, é acompanhada de um protocolo facultativo desde 2007, do qual fazem parte os estados-partes da Organização das Nações Unidas⁸, e dentre eles o Brasil como signatário nos auxilia na designação social da pessoa com deficiência. “Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas.” (ONU, 2007, p. 1). Essa definição vem sendo incorporada em diferentes legislações a partir de definições adaptadas a realidade de cada país signatário da Convenção.

No campo político a deficiência tem um sido tema que tem ocupado um lugar emergente e alvo das políticas públicas, particularmente as de caráter distributivo e de proteção social. O ponto de partida das negociações políticas deve ser o novo conceito de deficiência como instrumento de justiça social, e não somente como questão familiar ou individual (DINIZ, 2007, p.22).

Várias instituições públicas e privadas ao redor do mundo na intencionalidade de atender as diretrizes de inclusão social com um olhar sobre as potencialidades das pessoas com deficiência, tem adotado um novo instrumento social capaz de traduzir

⁸ Doze(12) peritos eleitos pelos Estados Partes(representação de diferentes formas de civilização e dos principais sistemas jurídicos, representação equilibrada de gênero e participação de peritos com deficiência) elegem Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. *Extraído de Regras Gerais sobre a Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência. Adotadas pela Assembleia Geral das Nações Unidas na sua 48ª Sessão em 20 de Dezembro de 1993 (Resolução 48/96). Nova Iorque, NY, Departamento da Informação Pública das Nações Unidas, 1994.*

suas fragilidades mas sobretudo suas capacidades. Esse novo instrumento foi denominado Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, doravante CIF. Ele se propôs a ser uma alternativa ao modelo implantado na década de 80.

A CIF resulta de um esforço de 7 anos de um trabalho no qual participaram ativamente 65 países da Organização das Nações Unidas, doravante ONU/Organização Mundial de Saúde, doravante OMS. Foram empreendidos rigorosos estudos científicos de forma a que a CIF se possa aplicar independentemente da cultura, grupo etário ou sexo, de modo a tornar possível a coleta de dados confiáveis e susceptíveis de comparação, relativamente aos critérios de saúde dos indivíduos e das populações. Atualmente a OMS está realizando pesquisas em todo o mundo para recolher dados baseados na CIF. A CIF Pertence à Família das Classificações Internacionais desenvolvidas pela OMS, para aplicação em vários aspectos da saúde. A CIF foi aceita por 191 países como a nova norma internacional para descrever e avaliar a saúde e a deficiência.

Enquanto os indicadores tradicionais se baseiam em taxas de mortalidade da população, a CIF focaliza o seu interesse no conceito "vida", considerando a forma como as pessoas vivem os seus problemas de saúde e como estas podem melhorar as suas condições de vida para que consigam ter uma existência produtiva e enriquecedora. Isto tem implicações sobre a prática da medicina, sobre a legislação e políticas sociais destinadas a melhorar o acesso aos cuidados de saúde, bem como à proteção dos direitos individuais e coletivos.

é um instrumento para identificar as lesões nas pessoas, mas para descrever situações particulares em que as pessoas podem experimentar desvantagens, as quais, por sua vez, são passíveis de serem classificadas como deficiência em domínios relacionados à saúde. Essa passagem das “consequências das doenças” para os “domínios de saúde” foi resultado de um esforço explícito da OMS em reconhecer algumas das premissas de modelo social. (DINIZ, 2007, p.15).

A CIF toma em consideração os aspectos sociais da deficiência e propõe um mecanismo para estabelecer o impacto do ambiente social e físico sobre o funcionamento da pessoa. Por exemplo, quando uma pessoa com uma deficiência grave tem dificuldade em trabalhar num determinado edifício porque não existem rampas ou

elevadores, a CIF identifica as prioridades de intervenção, o que supõe neste caso que esse edifício possua essas acessibilidades, em vez dessa pessoa se sentir obrigada a desistir do seu emprego.

A CIF baseia-se na integração desses dois modelos opostos (social e médico). No intuito de recuperar a integração das varias perspectivas de funcionamento, a abordagem “biopsicossocial” é utilizada. Nesses sentido, a CIF almeja atingir uma síntese, a fim de propiciar uma visão coerente de diferentes perspectivas da saúde, a partir das perspectivas biológica, individual e social. O desafio da CIF era, vencer a expectativa de que seria um documento apenas sobre lesões ou deficiências. Sua ambição era se posicionar como um catálogo sobre funcionamentos, atividades e participações. Bem como o de convencer diferentes comunidades a utilizarem a CIF como sistema de classificação internacional para o reconhecimento da deficiência. A tarefa não é simples, pois o fato de a deficiência ser um fenômeno de várias dimensões exige que outros profissionais, além dos próprios deficientes, se agreguem às equipes de especialistas. O segundo desafio é que o fundamento político do documento – de que a deficiência é resultado tanto das barreiras ambientais quanto das condições de saúde ou das lesões – deve ser transformado em agendas internacionais de pesquisa, a fim de se ter uma avaliação dos avanços da CIF (DINIZ, 2007, p.24).

Transitando da esfera da saúde à esfera política, no rol de movimentos e grupos sociais que demandam políticas de inclusão social encontram-se crianças, adolescentes, mulheres, pessoas idosas, lésbicas, gays, bissexuais, travestis, transexuais, pessoas com deficiência, povos indígenas, populações negras e quilombolas, ciganos, ribeirinhos, entre outros.

São medidas e políticas que devem ser efetivadas para reconhecer e proteger os indivíduos como iguais na diferença, ou seja, valorizar a diversidade presente na população brasileira para estabelecer acesso igualitário aos direitos fundamentais. Trata-se de reforçar os programas de governo e as resoluções pactuadas nas diversas conferências nacionais temáticas, sempre sob o foco dos Direitos Humanos, com a preocupação de assegurar o respeito às diferenças e o combate às desigualdades, para o efetivo acesso aos direitos.

A cidadania nesse contexto, se apresenta como elemento importante do processo constituída de dois ângulos inseparáveis. Por um lado tem uma força que lhe tem o

caráter de conquistas variadas e por outro, uma energia que realimenta o poder de manipular a perfeição e o comportamento das pessoas, principalmente, diante das injustiças sociais (SASSAKI, 1997, p.10).

Esse exercício de aprimoramento de exercer a cidadania como um conjunto de direitos e deveres dentro de uma sociedade sendo ele pessoa com deficiência ou não, dependerá do nível de conhecimento do mesmo, dos mecanismos políticos para efetivá-los e do nível de organização que a sociedade possa ter para valer esses direitos, e para isto é necessário, ampliar os níveis de consciência política e de apropriação de sua própria vida. Sendo assim, é bem interessante observar no próximo tópico o percurso no caso brasileiro e suas especificidades em relação ao caso internacional.

1.2) Pessoas com deficiência: percurso histórico da realidade brasileira

Considera-se fundamental observar o processo histórico de atenção às pessoas com deficiência em diferentes sociedades e, sobretudo, no caso brasileiro, o que nos auxilia a compreensão sobre o significado social da inclusão dessas pessoas em diferentes espaços sociais e os avanços e entraves advindos desse processo. Nessa direção recuperamos a historicidade brasileira e observamos que durante o período colonial usavam-se práticas isoladas de exclusão – apesar de o Brasil não possuir grandes instituições de internação para pessoas com deficiência. As pessoas com deficiência eram confinadas pela família e, em caso de desordem pública recolhidas às Santas Casas de Misericórdia ou às prisões. As pessoas com hanseníase eram isoladas em espaços de reclusão, como o Hospital dos Lázaros, fundado em 1741. A pessoa atingida por hanseníase era denominada “leprosa”, “insuportável” ou morfética. A doença provocava horror pela aparência física do doente não tratado – eles possuíam lesões ulcerantes na pele e deformidades nas extremidades do corpo -, que era lançado no isolamento dos leprosários e na exclusão do convívio social. A chegada da Corte portuguesa ao Brasil e o início do período Imperial mudaram essa realidade. No século XIX tiveram início às primeiras ações para atender as pessoas com deficiência quando o país dava seus primeiros passos após a independência, forjava a sua condição de Nação e esboçava as linhas de sua identidade cultural. O contexto do Império (1822-1889), marcado pela sociedade aristocrática, elitista, rural, escravocrata e com limitada participação política, era pouco propício à assimilação das diferenças, principalmente as

das pessoas com deficiência. O Decreto nº82, de 18 de julho de 1841, determinou a fundação do primeiro hospital “destinado privativamente para o tratamento de alienados”, o Hospício Dom Pedro II, vinculado à Santa Casa de Misericórdia, instalado no Rio de Janeiro. O estabelecimento começou a funcionar efetivamente em 9 de dezembro de 1852. Em 1854, foi fundado o Imperial Instituto dos Surdos-Mudos. Durante o século XIX, apenas os cegos e os surdos eram contemplados com ações para a educação. É importante destacar que a oferta de atendimento concentrava-se na capital do Império. Com o advento da República, o Hospício Dom Pedro II foi desanexado da Santa Casa de Misericórdia e passou a ser chamado de Hospício Nacional de Alienado. Somente em 1904, foi instalado o primeiro espaço destinado apenas a criança com deficiência – o Pavilhão Escola Bourneville (BRASIL, 2010, p.4).

É necessário acompanhar o percurso sobre a deficiência no século passado, nas primeiras décadas entre 20 e 30 da história no Brasil o marco da ausência e atuação do Estado frente à política de assistência e integração das pessoas com deficiência. A pessoa com deficiência era vista e tratada como doente e ficava isolada da sociedade dentro de suas casas. Não havia ainda o reconhecimento sobre acesso aos espaços públicos ou às políticas sociais públicas, as pessoas com deficiência tinham uma experiência e visão de mundo restrita apenas ao universo familiar. Foi no final da década de 30 e início da década de 40 que no âmbito da sociedade brasileira por exemplo, por iniciativa dos profissionais de pedagogia surge um modelo de Educação Especial para crianças com deficiência, ou seja, foi a partir dessa década que as crianças com deficiência começaram a ter certo convívio com a sociedade, mais ainda não se dava de maneira inclusiva. Estas crianças poderiam participar de alguns poucos espaços da sociedade. Na década de 50 aumentavam as propostas dos movimentos sociais, em torno da causa da pessoa com deficiência; em 1954 foi criado o Conselho Brasileiro para o Bem Estar do Cego foi o primeiro Órgão Nacional que visava à inclusão das pessoas com deficiência visual dentro da educação. No mesmo ano foi criada a Associação Brasileira de Beneficente de Reabilitação do Rio de Janeiro (ABBR).

Na primeira metade do século XX, o Estado não promoveu novas ações para as pessoas com deficiência e apenas expandiu, de forma modesta e lenta, os institutos de cegos e surdos para outras cidades. As poucas iniciativas, além de não terem a necessária distribuição espacial pelo território nacional e atenderem uma minoria,

restringiam-se apenas aos cegos e surdos para outras cidades. As poucas iniciativas, além de não terem a necessária distribuição espacial pelo território nacional e atenderem uma minoria, restringiam-se apenas aos cegos e surdos. Diante desse déficit de ações concretas do Estado, a sociedade civil criou organizações voltadas para a assistência nas áreas de educação e saúde, como as Sociedades Pestalozzi (1932) e as Associações de Pais e Amigos dos Excepcionais – APAE (1954). Ainda na década de 50, o surto de poliomielite levou à criação dos centros de reabilitação física. (BRASIL, 2010, p.22)

Em relação à capacidade associativa das pessoas com deficiência partir de meados do século XX, é possível observar o surgimento de organizações criadas e geridas pelas próprias pessoas com deficiência. A motivação inicial é a solidariedade entre pares nos seguintes grupos de deficiência: cegos, surdos e deficientes físicos que, mesmo antes da década de 1970, já estavam reunidos em organizações locais – com abrangência que raramente ultrapassava o bairro ou o município–, em geral, sem sede própria, estatuto ou qualquer outro elemento formal. Eram iniciativas que visavam ao auxílio mútuo e à sobrevivência, sem objetivo político prioritariamente definido. Essas organizações, no entanto, constituíram o embrião das iniciativas de cunho político que surgiram no Brasil, sobretudo durante a década de 1970 (BRASIL, 2010, p.20).

A preocupação maior com a inclusão de pessoas com deficiência se fortaleceu na década de 60, com programas para a inclusão dos mesmos, na educação, trabalho, família e lazer, mas, tal luta não aconteceu apenas na contemporaneidade, essa conquista foi histórica (SASSAKI, 1997, p.20).

Ao mesmo tempo em que aumenta o discurso da cidadania, em moda no Brasil, servindo a todos os pretextos, aumenta também a distância entre cidadania formal, como um conjunto de direitos inscritos na Constituição e a falta de cidadania real, ou seja, a negação dos direitos previstos em lei nas condições de vida concretas do povo brasileiro (DURIGUETTO, 2007, p.52).

No caso das pessoas com deficiência pauperizadas, na sua condição de cidadania podemos percebê-las sob dois ângulos: um ângulo que é comum se estabelecer o que Fleury (1999, p.30) cunhou como “cidadania invertida” onde os segmentos sociais atingidos por ações do Estado Brasileiro são reconhecidos pela carência, pela ausência. Para ter acesso, ainda que insatisfatório, a algum serviço ou programa público, é preciso provar a condição de não cidadão. É quando o indivíduo entra em relação com o Estado

no momento em que se reconhece como não cidadão. Tem como atributos jurídicos e institucionais, respectivamente, a ausência de relação formalizada de direito ao benefício, o que se reflete na instabilidade das políticas assistenciais, além de uma base que reproduz um modelo de voluntariado das organizações de caridade, mesmo quando exercidas em instituições estatais. E outro ângulo é o da constituição da cidadania corporativa (aos que trabalhavam - entre os quais as Pcd's sempre se situavam timidamente), sob a qual o Estado atrelava e subalternizava as demandas dos trabalhadores, criando uma ideologia de concepção dos direitos como doação de um Estado protetor. Como nos aponta Telles (1999, p.45), ao invés de garantir e universalizar direitos, a arquitetura da cidadania corporativa destituiu indivíduos de suas prerrogativas de cidadania e produziu a fratura entre a figura do trabalhador e a do pobre incivil. Nessa direção, segundo Santos (2008, p.10) a cidadania, que denomina de “regulada”, se dava pelo fato do sujeito ser parte de uma das profissões reconhecidas pelo Estado à época. À medida que as pessoas com deficiência não eram consideradas para o trabalho e ainda hoje ainda são subestimadas quanto ao seu potencial laborativo e ainda por força de lei não se consegue incluir via trabalho, também pouco se estabelece esse tipo de cidadania, a regulada.

Desta forma, é importante salientar que, além dos direitos relativos a todos, as pessoas com deficiência precisariam ter direitos específicos, que compensassem, na medida do possível, as limitações e/ou impossibilidades a que estão sujeitas.

Sobre esses direitos específicos e quando se fala em cidadania, nos sistemas republicanos, a fonte primária é a Constituição de uma dada sociedade. Assim, uma breve análise das Constituições Brasileiras é de extrema importância para um posicionamento frente à questão a cidadania da pessoa com deficiência.

Como aponta Ferreira (2008, p.32) somente com a Emenda nº 01 à Constituição de 1967 é que surge vaga referência à “educação dos excepcionais”, como primeira menção à pessoa com deficiência. Posteriormente, com a Emenda nº 12 à Constituição de 1967, promulgada em 17 de outubro de 1978, novo avanço ocorreu para as pessoas com deficiência estabelecendo que: 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.

Na década de 80, no cenário brasileiro há forte efervescência a partir dos movimentos pela luta dos direitos das pessoas com deficiências – com destaque para o Movimento Associativista dos Cegos, Fundação Nacional dos Surdos, doravante FENEIS e da Associação dos Paralisados Cerebrais. Com isso surgem também outras conquistas como o reconhecimento do direito em torno da igualdade social e oportunidades de reconhecimento como ser humano a fim de eliminar as atitudes discriminatórias da sociedade.

O princípio de direitos iguais implica que as necessidades de cada um e de todos são de igual importância e que essas necessidades devem ser utilizadas como base para o planejamento das comunidades empregadas de tal modo que garantam que cada pessoa tenha oportunidade igual de participação. As pessoas portadoras de deficiências, assiste o direito, inerente a todo e qualquer ser humano, de ser respeitado, sejam quais forem seus antecedentes, natureza e severidade de sua deficiência. Elas têm o mesmo direitos que os outros indivíduos da mesma idade, fato que implica desfrutar de vida decente, tão normal quando possível (ONU, 1975, p.41).

Por isso a Constituição de 1988, Constituição cidadã reafirma preceitos anteriores e avanças em outros pontos. Ao tratar a pessoa com de deficiência, a Constituição 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), a educação.

Sabe-se que leis posteriores contemplaram e especificaram tais direitos, podendo ser citadas, na área específica da educação a regra do artigo 54, inciso III do Estatuto da Criança e do Adolescente que estabeleceu como dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente atendimento especializado as pessoas com deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino, bem como o capítulo V (arts. 58 a 60) da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (nº 9.394/96).

No entanto, o mais significativo da atual Constituição, no que diz respeito à pessoa com deficiência, não é somente a citação expressa de seus direitos, mas principalmente o estabelecimento entre os fundamentos do Estado Democrático de Direito da: cidadania e a dignidade da pessoa humana (art. I, II e III) (FERREIRA, 2008, p.2).

Um passo importante para a inclusão social de pessoa com deficiência é a instituição de mecanismos fortalecedores desses direitos, tais como destinação de maiores verbas públicas para os projetos que atendam esse segmento e participação de entidades de defesa de deficientes e para deficientes nos processos decisórios de todas as áreas diretamente envolvidas no atendimento dessa população.

Analisando a noção de cidadania que surge no Brasil, relacionada às experiências dos movimentos sociais, no final dos anos 80, Dagnino (2011, p.22) distingue-a da visão liberal, ressaltando alguns elementos que configuram o seu caráter inovador e estratégico. Em primeiro lugar, mostra a noção de direitos que a própria cidadania supõe, cujo ponto de partida é a concepção de “um direito a ter direitos” e não diz respeito apenas às conquistas legais, mas inclui a “invenção criativa de novos direitos”. É também uma noção de cidadania que surge ‘de baixo para cima’, como estratégia dos não cidadãos. Isto possibilita a difusão de uma “cultura de direitos”, em que a cidadania se constitui como “uma proposta de sociabilidade”.

Nesta perspectiva, a relação com o Estado que esta cidadania supõe, não é baseada numa relação entre este e o indivíduo, como na lógica liberal. Ao contrário, inclui, cada vez mais, a sociedade civil. Isto implica um elemento que a autora considera central, nesta nova cidadania: a “exigência do direito a participar efetivamente da própria definição do sistema político”, através de fóruns e conselhos de gestão participativa. Um último elemento, destacado por Dagnino (2011, p.7), é que, esta nova noção de cidadania pode constituir um quadro de referência complexo e aberto para dar conta da diversidade de questões emergentes nas sociedades latino-americanas” à medida que, incorpora “tanto a noção de igualdade, como a de diferença (de raça, gênero, etnia).

Ainda no cenário da década de 80, pós-Constituição e em seguida a década de 90 foram palcos de grandes avanços no cenário legal. A partir da Constituição de 1988, graças à pressão social, criaram-se dispositivos legais em áreas como saúde, educação, trabalho, assistência social e acessibilidade, de forma a garantir a inclusão social das pessoas com deficiência. Também destacamos a promulgação da Lei nº. 7853/89 e sua posterior regulamentação do Decreto nº. 3298/99 que dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência e que traz o que atualmente é a denominação oficial para fins de políticas públicas, cujo conceito de deficiência é:

I- deficiência - toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade





para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;

II -deficiência permanente – aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos

III- incapacidade – uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida. (BRASIL,1999, p. 1)

Achamos oportuno aqui apresentar os tipos de deficiência segundo a referida legislação brasileira, a Lei nº 7853/89, em formato de quadro explicativo.

Quadro 2: Tipos de Deficiência abordados pela legislação brasileira- Lei nº 7853/89

<p style="text-align: center;">Deficiência Física  (símbolo internacional de acesso)</p> <p>classificada como a alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano. Levando ao agravamento da função física, pode ocasionar a paraplegia, paraparesia, monoplegia, monoparesia, tetraplegia, tetraparesia, triplegia, triparesia, hemiplegia, hemiparesia, ostomia, amputação ou ausência de membro, paralisia cerebral, nanismo, membros com deformidade congênita ou adquirida. (BRASIL, 1999).</p>	<p style="text-align: center;">Deficiência Auditiva </p> <p>Classificada como a perda bilateral, parcial ou total, de 41db (quarenta e um decibéis) ou mais, aferida por audiograma nas frequências de 500hz, 1.000Hz, 2.000Hz e 3.000Hz. Ou seja, de 25 a 40 decibéis - surdez leve, de 41 a 55 decibéis - surdez moderada, de 56 a 70 decibéis - surdez acentuada, de 71 a 90 decibéis - surdez severa acima de 91 decibéis - surdez profunda). Este tipo de deficiência é severa no que tange à aquisição da fala através da audição. Segundo dados da OMS (1948) constata que 42 milhões de pessoas acima de três anos de idade são portadoras de algum tipo de deficiência auditiva, de moderada a profunda.</p>
<p style="text-align: center;">Deficiência Visual </p> <p>esta é classificada como <i>cegueira</i>, na qual a acuidade visual seja igual ou menor do que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; a <i>baixa visão</i>, que significa acuidade visual entre 0,3 e 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica; os casos nos quais a somatória da medida do campo visual em ambos os olhos for igual ou menor do que 60°; ou a</p>	<p style="text-align: center;">Deficiência Mental </p> <p>que é o funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 (dezoito) anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação, cuidado pessoal; habilidades sociais; utilização da comunidade; utilização dos recursos da comunidade; saúde e segurança;</p>

<p>ocorrência simultânea de quaisquer das condições anteriores. Hoje segundo a OMS cerca de 1% da população mundial apresenta esse tipo de deficiência, no Brasil é mais de 90% os que possuem deficiência visual, mesmo entendendo que nesse número também os que tem reduzida capacidade de visão o que mascara o dado.</p>	<p>habilidades acadêmicas; lazer; trabalho. Essa denominação vem substituída mais recentemente a partir de debates junto a profissionais e diferentes movimentos sociais, pelo termo pessoa com deficiência intelectual, relacionada ao déficit cognitivo desse grupo. Para fins legais, no entanto ainda tem validade o termo já constituído. Essa é a deficiência que sofre maiores graus de segregação ainda para fins de oferta educacional, trabalho entre outras políticas públicas.</p>
---	--

Fonte: Elaboração própria (2013).

Em tempo, apontamos também a *Deficiência Múltipla* que é a associação de duas ou mais deficiências acima citadas. Esse grupo majoritariamente, se constitui em alvo da proteção social do Estado pela reconhecida incapacidade dessas pessoas para a vida independente e para o trabalho.

Os dados do censo de 2000 dão destaque a realidade brasileira. O IBGE constata que acerca de 14,5% da população brasileira com algum tipo de deficiência. O Censo 2000 identificou não só a presença de deficiência mais também a presença de incapacidade na população. Já no Censo 2010 esse número subiu para 45%, 606 048 de pessoas ou 23,9% da população total. As mudanças realizadas pelo IBGE no método de investigação das deficiências podem ter causado parte do aumento de 12,4 pontos percentuais sobre o número de pessoas e influenciado outras características da população com deficiência, mas mesmo assim é possível identificar determinadas tendências do Censo 2000 que se mantiveram no Censo 2010. A prevalência continuou maior na faixa etária de 65 ou mais anos de idade. Na faixa de 15 a 64 anos, a frequência em 2010 foi relativamente alta e continuou sendo maior do que a do grupo de 0 a 14 anos.

Considerando a população residente no país, 23,9% possuíam pelo menos uma das deficiências investigadas: visual, auditiva, motora e mental ou intelectual. A prevalência da deficiência variou de acordo com a natureza delas. A deficiência visual apresentou a maior ocorrência, afetando 18,6% da população brasileira. Em segundo

lugar está a deficiência motora, ocorrendo em 7% da população, seguida da deficiência auditiva, em 5,10% e da deficiência mental ou intelectual, em 1,40%.

O contingente de pessoas identificadas por possuir deficiência severa foi calculado pela soma das respostas positivas às perguntas “tem grande dificuldade” e “não consegue de modo algum”. A proporção de pessoas que apresentou deficiências severas é bem menor do que a daquelas com pelo menos uma das deficiências, que inclui as pessoas que responderam que enfrentam “alguma dificuldade” em ouvir, enxergar e em se locomover. Conforme ilustra o quadro 3 a seguir:

Quadro 3: Tipos de Deficiência e Deficiência Severa no Brasil – Censo 2010

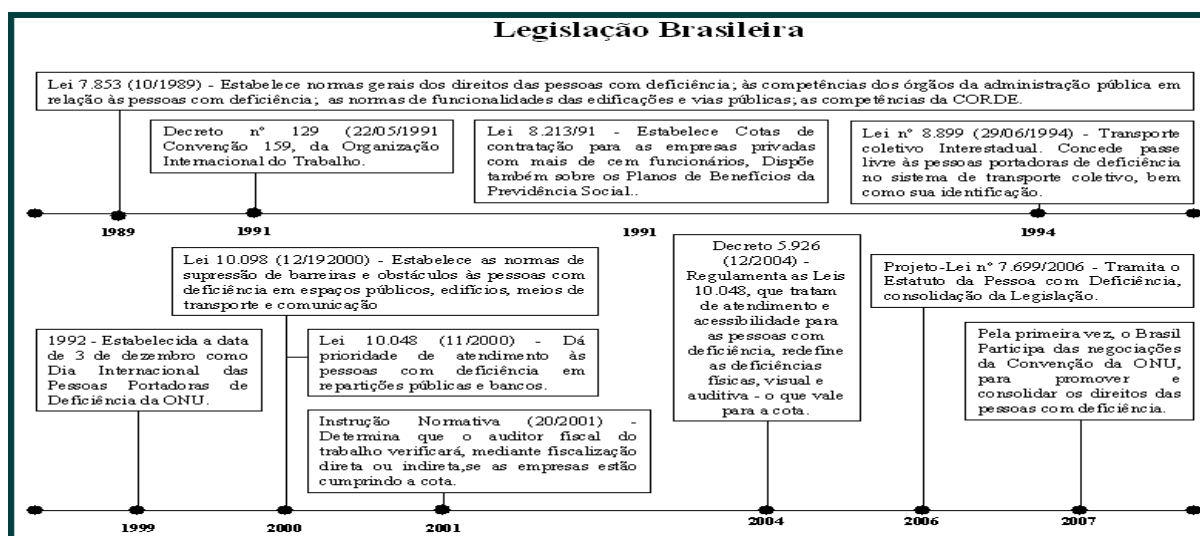


Fonte: Censo 2010, IBGE. /Composição: Elaboração própria, 2013.

Pensar a acessibilidades das PCD's em relação à capacidade de acesso destes aos bens e serviços ofertados na cidade é pensar no fortalecimento do paradigma de inclusão social. Em relação à acessibilidade das pessoas com deficiência importante legislação, o Decreto nº5296/ de 2 de dezembro de 2004, foi estabelecido para regulamentar as *Leis n^{os} 10.048, de 8 de novembro de 2000*, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e *10.098, de 19 de dezembro de 2000*, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida. Para esta legislação um diferente conceito de pessoa portadora de deficiência *“aquela que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade. Trabalha com a noção de pessoa portadora de deficiência ou pessoa com mobilidade reduzida;”* (BRASIL, 2004, p.1).

O quadro seguinte apresenta de modo sintetizado uma espécie de linha do tempo em torno do tratamento legal de atenção às PCD's. Neste capítulo demos especial ênfase as legislações de conotação mais abrangente.

Quadro 4- Cronologia da Legislação Brasileira voltada à Pessoa com Deficiência (1989-2007)



Fonte: Brasil, 2010.

Quadro 5: Cronologia da Legislação Brasileira voltada à Pessoa com Deficiência (2007-2012)

2007	2009	2011	2012
Decreto 6214/07	Promulgação da	Lei do SUAS	Lançamento Plano Nacional
BPC/CIF	Convenção	12.435/2011	Viver sem Limites(Decreto 7.612/11)

Fonte: Elaboração própria com base nas legislações brasileiras, 2013.

Concordamos que a despeito de todos esses arcabouços legais⁹ ainda há muito o que fazer no plano executivo e sobretudo a partir da construção de uma visão de mundo mais igualitária em torno das pessoas com deficiência.

As categorias deficiência e pessoa com deficiência atualmente são vistas como as mais legítimas para referir-se a esse tema, tanto pelo movimento social, como por instâncias do Estado. A Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2006) ratificou o uso dessas categorias, assim como recentemente houve uma renomeação de instâncias governamentais do Estado, retirando termos como portador de deficiência e portador de necessidades especiais, para adequação a essa nova terminologia (SILVA, 2012, p.10).

Cabe, portanto, a sociedade eliminar todas as barreiras físicas, programáticas e atitudinais para que as pessoas com deficiência possam ter acesso aos serviços, lugares, informações, e bens necessários seu desenvolvimento pessoal, social, educacional e profissional. (SASSAKI, 1997, p.5).

Quando se observa o caso brasileiro nota-se que milhares de pessoas com algum tipo de deficiência estão sendo discriminadas nas comunidades em que vivem e negadas da sua condição de cidadania. O processo de marginalização social de pessoas com deficiência é tão antigo quanto à socialização do homem. A estrutura das sociedades, desde os seus primórdios, sempre inabilitou os portadores de deficiência, marginalizando-os e privando-os de liberdade. Essas pessoas, sem respeito, sem atendimento, sem direitos, sempre foram alvo de atitudes preconceituosas e ações impiedosas (MACIEL, 2000, p.13).

⁹ Outras legislações que apontamos como extremamente relevantes e merecem destaque trata-se da Lei de Diretrizes e Bases-LDB Lei nº 9.394, de 20 de Dezembro de 1996 que trata da Educação Especial; Estatuto da Criança e do Adolescente; Estatuto do Idoso; Política de Saúde da Pessoa com Deficiência; e DECRETO 6.215, de 26.09.2007, entre outros.

No âmbito do debate acerca das medidas políticas em prol das pessoas com deficiência destacamos o Plano Nacional de Direitos Humanos-3 (PNDH-3) do Brasil incorpora resoluções da 11ª Conferência Nacional de Direitos Humanos e propostas aprovadas nas mais de 50 conferências nacionais temáticas, promovidas desde 2003 – segurança alimentar, educação, saúde, habitação, igualdade racial, direitos da mulher, juventude, crianças e adolescentes, pessoas com deficiência, idosos, meio ambiente, dentre outras –, refletindo um amplo debate democrático sobre as políticas públicas dessa área.

No que se refere às pessoas com deficiência, segundo dados da III Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Com Deficiência em 2012, o Brasil é um dos países mais inclusivos das Américas, tanto pela legislação avançada como pelo conjunto das políticas públicas dirigidas a essa população. O combate à discriminação mostra-se necessário, mas insuficiente enquanto medida isolada. Os pactos e convenções que integram o sistema internacional de proteção dos Direitos Humanos apontam para a necessidade de combinar estas medidas com políticas compensatórias que aceleram a construção da igualdade, como forma capaz de estimular a inclusão de grupos socialmente vulneráveis. Além disso, as ações afirmativas constituem medidas especiais e temporárias que buscam remediar um passado discriminatório. O plano PNDH-3 prevê uma ação absolutamente intersetorial em torno dos objetivos estratégicos, ou seja, a cada objetivo aponta-se quem são as instâncias responsáveis para que eles de fato se concretizem. Como exemplo de instâncias destacamos: Ministério da Saúde; Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres da Presidência da República; Secretaria Especial de Políticas de Promoção da Igualdade Racial da Presidência da República; Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Ministério do Esporte; Ministério da Cultura, Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República e Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência (CONADE).

Os objetivos estratégicos previstos no PNDH-3 que contemplam a pessoa com deficiência são diversos e estabelecem ações prioritárias em torno do tema e detalham estas com uma discricionariedade importante já que a sociedade ainda precisa conhecer mais sobre as necessidades sociais das pessoas com deficiência. Isso demonstra um compromisso da política em tecer mecanismos equânimes para assegurar que os direitos humanos das pessoas com deficiência não sejam violados, bem como endossar o que já é previsto no arcabouço de leis existentes.

Um valor fundamental das sociedades justas é o da equidade. O reconhecimento de que as pessoas são diferentes e que, para que se tornem iguais naquilo que importa para uma vida digna, devem ser tratadas de maneira diferenciada é um dos pilares do princípio da justiça. Para ser posta em prática nas políticas e ações do Estado, essa noção simples precisa encontrar respostas para uma série de perguntas nada triviais. Como identificar as para proteger as desigualdades não desejadas são algumas das perguntas continuamente feitas pelas políticas de promoção da equidade.(MEDEIROS et al, 2007, p.1)

Em âmbito federal a instância máxima para se pensar políticas para as PCD's é a Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência (SNPD) e tem como atribuição coordenar e supervisionar o Programa Nacional de Acessibilidade e o Programa de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Esses programas pretendem estimular todos os setores, públicos e privados, para que as políticas e programas contemplem a promoção, a proteção e a defesa dos direitos da pessoa com deficiência.

No âmbito internacional, cabe à Secretaria colaborar com as iniciativas de projetos de cooperação sul-sul e de acordos de cooperação com organismos internacionais no que tange à área da deficiência (BRASIL, 2010, p. 3).

Valores igualitaristas, no entanto, não são as únicas forças atuando no momento do desenho e da implementação de medidas de proteção social. Na prática, conflitos e interesse, disputas orçamentárias, manobras políticas e preconceitos afetam o desenho final das políticas voltadas às pessoas com deficiência. Esse jogo de forças influenciam elementos que, em última instância, estabelecem como deve ser um determinado programa social para os deficientes. Esse fato não é exclusivo das políticas na área da deficiência, mas encontra espaço amplo em uma área em que a própria definição de deficiência é objeto de controvérsia, para não dizer de incerteza quanto às suas fronteiras. (MEDEIROS et al., 2006, p. 6)

O debate no campo da política pública sobre a questão da diversidade e direitos humanos, e vem sendo implementado em âmbito federal pela SDH/PR – Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (Decreto 7.256/10). Trata-se de focar em grupos que historicamente ainda são minoria em suas demandas e segregados em suas requisições tais como pessoas com deficiência, idosos, indígenas, vítimas de violência, tortura, etc. No âmbito da SDH/PR é criado em 2010 a Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência que é o órgão responsável pela

articulação e coordenação das políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência.

Nossa pesquisa além de lançar um olhar sobre o âmbito desta secretaria também pretende observar no mesmo âmbito federal, o órgão gestor federal no campo da Política de Assistência Social, o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome, bem como a capacidade intersetorial de dialogar com as demais políticas públicas no campo da garantia de direitos às pessoas com deficiência.

É certo que o objeto de preocupação das medidas igualitaristas não deve ser o que as pessoas têm, mas o que elas de fato são capazes de fazer. Se as pessoas são diferentes é inevitável aceitar que, com os mesmos recursos, elas terão capacidades diferenciadas. No caso das pessoas com deficiência, esse enfoque nas capacidades tem um imediato sobre a forma como a proteção social deve ser desenhada em uma sociedade justa. Por serem um grupo com característica particulares, as pessoas com deficiência merecem, por uma questão de justiça, políticas de proteção social também diferenciadas. (MEDEIROS et al, 2006, p.1)

Nessa direção a sociedade brasileira continua aprimorando o seu olhar sobre a situação de pessoas com deficiências através de iniciativas ora mais pontuais, ora mais significativas no campo da política pública. É no campo de uma cidadania que exige “direito a ter direitos” que se coloca a importância da assistência social como política pública no Brasil para atender às questões da deficiência, é o que veremos no capítulo a seguir.

CAPÍTULO 2

A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E A PROBLEMATIZAÇÃO DA DEFICIÊNCIA: UMA ANÁLISE NECESSÁRIA

Neste capítulo nos interessa problematizar como a cidadania da pessoa com deficiência foi considerada no interior da Política de Assistência Social a partir do processo sócio- histórico brasileiro. Entender a atenção à pessoa com deficiência para além da ótica do atendimento às suas necessidades sociais, mas, sobretudo para afirmar e assegurar direitos a esse grupo. Nessa direção pretende-se demonstrar os avanços e limites da trajetória sócio-histórica da Política de Assistência Social da realidade brasileira e também às especificidades do município do Rio de Janeiro. Sobre o Rio de Janeiro é importante destacar a ausência de um acervo consistente que retrate a trajetória da política de assistência social neste município, com a profundidade merecida; portanto trataremos o Rio de Janeiro a partir da sua importância no cenário da Assistência Social Brasileira. O foco será o Brasil, porém haverá destaque para o lugar do Rio de Janeiro nesse cenário nacional. Conhecer esse amadurecimento da política é importante já que a tese tratará do lugar destinado às pessoas com deficiência nessa política. A análise foi tratada, portanto, a partir dos registros bibliográficos no campo da Assistência Social e das políticas públicas e sociais das principais bibliotecas das Universidades – UFRJ, UFF, UERJ e PUC-RJ, documentos internos da Secretaria Municipal da Assistência Social, Instituto Pereira Passos, Fundação Leão XIII e CBCISS, bem como do recém-fechado acervo do Centro de Memória da Assistência Social (CEMAC)¹⁰.

A Política de Assistência Social conforme debates e estudos já amplamente difundidos¹¹ avança do patamar de benemerência, assistencialismo para uma nova institucionalidade. Tal institucionalidade é manifesta na Constituição Federal do Brasil

¹⁰ O referido Centro de Memória funcionava na Biblioteca Suely Gomes da Costa na gestão do secretário Marcelo Garcia.

¹¹ Apenas alguns trabalhos¹¹ dentro do Serviço Social mesmo voltados para outros objetos, contemplaram algumas características histórico-estruturais do período pré 30 e da dinâmica da intervenção assistencial no mesmo. Assim, a ação assistencial tanto nos finais do Império como durante a 1ª República foi fundamentalmente estudada pelas áreas e pesquisadores ligados aos estudos acerca da infância e meninidade (Rizzini, 2004; 1997), da história da medicina e saúde mental (Costa, 1989; Fernandes, 1999; Machado et al., 1978) e mesmo da gênese dos sistemas jurídicos no país. (QUIROGA, 2008)

em 1988(CF/88) – onde a Assistência Social compõe o Tripé da Seguridade Social e em seguida pela Lei Orgânica da Assistência Social- LOAS em 1993 e mais recentemente pela PNAS/2004 e Normas Operacionais Básicas do Sistema Único da Assistência Social (doravante respectivamente NOB-SUAS 2005 e NOB-RHSUAS 2006), bem como a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais em 2009. Mais recente, porém, é no atual Governo Dilma Rouseff, a sanção do Sistema Único da Assistência Social¹² em lei, marco representativo de mais um avanço em torno da Política de Assistência Social.

Nesse sentido 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 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. O Rio de Janeiro nesse contexto como metrópole tem expressividade no cenário sócio-político, já que as grandes instituições assistenciais brasileiras são fixadas no referido estado e devido a ter sido sede do Distrito Federal, bem como outros eventos históricos que forjaram na periferia da cidade, um público demandatário da referida assistência. 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 incipiente na oferta de serviços (reabilitação). No tópico seguinte 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

¹² Sancionada em 06/07/2011. Lei 12.435/2011 que altera dispositivos da Lei Orgânica da Assistência Social. Conclamada como Lei do SUAS.

enfoques e os desdobramentos especializados ou não em torno da pessoa com deficiência.

2.1) DAS BASES CARITATIVAS AO DIREITO CONSTITUCIONAL: UM CAMINHO INICIAL JUNTO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

A assistência ao outro é prática antiga na humanidade. Não se limita nem a civilização judaico-cristã nem às sociedades capitalistas. A solidariedade social diante dos pobres, dos viajantes, dos doentes, dos incapazes, dos mais frágeis, se inscreve sob diversas formas nas normas morais de diferentes sociedades. Ao longo do tempo grupos filantrópicos e religiosos foram conformando práticas de ajuda e apoio. (SPOSATI, 2008)

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 e sobre estes aspectos trataremos com mais profundidade no capítulo 2 quando faremos um debate sobre diversidade que abarca os direitos humanos das pessoas com deficiência ao longo da história da sociedade brasileira.

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 inválidos¹³, os mais frágeis, os doentes, etc. que não conseguirão reverter sua condição, carecendo de ajuda. O homem é naturalmente um ser dependente, pleno de necessidades e carecimentos. Superá-los é sempre desafio e busca. Com a civilização judaico-cristã a ajuda toma a expressão de caridade e benemerência ao próximo, como força moral de conduta. Muitos são os exemplos históricos de solidariedade e compromissos a partir desses valores. A vida terrena era considerada transitória e o consolo dos aflitos a forma de transcender essa transitoriedade (SPOSATI, 2008, p.34).

¹³ Em 1913, Basílio de Magalhães escrevia que no século XIX, “por nenhum dos meios usuais de comunicação de pensamento não se cuidou em nossa pátria, (...) da infância com “anomalias” lesionais do cérebro, quer da combalia por anomalias ou traumas menos graves (MAGALHAES, 1913, p.11)”. “[...] No entanto, a sociedade de então já se protegia juridicamente do adulto deficiente na constituição de 1824 (Título II, artigo 8º, item 1º). Privando do direito político o incapacitado físico ou moral.” (BARCELLOS, 1933). E o atendimento ao deficiente, provavelmente, iniciou-se através das “Câmaras Municipais” ou das “Confrarias Particulares”. (NOGUEIRA, 2008)

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). A história aponta que desde a Idade Média¹⁴ abrem-se as instituições de caridade, tanto pelas companhias religiosas como pela caridade leiga. Contudo, a benemerência, como um ato de solidariedade, foi se constituindo em práticas de dominação (tais como a Poor Law e os asilamentos franceses). O direito à assistência foi historicamente sendo substituído pelo apelo à benevolência das almas pias e caridosas (SPOSATI, 2008, p 35). Dentre esses pobres¹⁵ contemplados estavam as pessoas com deficiência.

Pensar a pobreza como um dos vieses assistenciais e não apenas este, mas sobretudo estudar a pobreza e deficiência¹⁶ é um ponto necessário no debate, ainda que polêmico essa 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

¹⁴ Na idade média, a sociedade passa a se estruturar em “Feudos”, mantendo ainda como atividade econômica a agricultura, a pecuária e o artesanato. Com o advento do Cristianismo, a organização sócio-política da sociedade muda de configuração para Nobreza, Clero (guardiões do conhecimento e dominadores das relações sociais) e Servos, responsáveis pela produção. Pois o diferente não produtivo (deficiente) adquire, nessa época, “status” humano e possuidor de uma alma. Assim a custódia e o cuidado destas crianças ou até mesmo adultos deficientes passam a ser assumidas pela família e pela igreja, apesar de não terem nenhuma organização na provisão do acolhimento, proteção, treinamento e ou tratamento destas pessoas. Neste contexto histórico destaca-se a (...) “Inquisição Católica” e a “Reforma Protestante”. Onde, as estruturas sociais eram definidas por leis divinas, sob domínio da Igreja Católica, em que qualquer ideia ou pessoa que pudesse atentar a esta estrutura teria de ser exterminada. A inquisição religiosa bem cumpriu seu papel, quando sacrificou como hereges ou endemoniados milhares de pessoas, entre elas loucos, adivinhos, alucinados e deficientes mentais. (NOGUEIRA, 2008, p.5)

¹⁵ 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.

¹⁶ 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 1 em cada 5 (43% da população mundial). Uma pessoa em cada cinco vivendo com menos de um dólar por dia possui uma deficiência.

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.¹⁷(MITRA, 2011, p.2)

Segundo o mesmo relatório em alguns países pesquisados pelo referido banco, 90% de crianças não passarão dos 20 anos de idade, e os deficientes intelectuais não sobreviverão além dos 5. A Organização Internacional do Trabalho, doravante 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, embora possamos afirmar que seja unanimidade, existem vários dados que comprovam a relação entre deficiência e pobreza¹⁸.

A pobreza sempre foi tratada como disfunção pessoal dos indivíduos pelos segmentos conservadores. Os problemas sociais eram mascarados e ocultados sob forma de fatos esporádicos e excepcionais. A competência cotidiana para cuidar de tal “fenômeno” era colocada para a rede de organismos de solidariedade social da sociedade civil, em especial àqueles organismos atrelados às igrejas de diferentes credos. O Estado se insinuava nesta rede agente de apoio, um tanto obscuro, ou de fiscalização. Os modelos de atendimento assistencial decorrentes da percepção da pobreza como disfunção pessoal encaminhavam-se em geral, para o asilamento ou internação dos indivíduos portadores dessa condição (SPOSATI, 2008, p.10). A colocação de crianças, adolescentes, pessoas com deficiências e idosos em instituições

¹⁷ Texto traduzido:Deficiência e pobreza são fenômenos dinâmicos e intrinsecamente ligados. Nos países desenvolvidos, um grande corpo de pesquisa empírica mostra que as pessoas com deficiência tem comparativamente menor escolaridade, menor emprego e as taxas de desemprego mais elevadas, piores condições de vida, e as taxas de pobreza mais elevadas. Nos países em desenvolvimento, o corpo ainda limitado de pontos de pesquisa empírica em relação a pessoas com deficiência, muitas vezes sendo economicamente pior situação em termos de emprego e níveis de escolaridade, enquanto que a nível familiar, a evidência é mista.

¹⁸ Segundo o Censo Demográfico de 2010 A Região Nordeste teve a maior taxa de prevalência de pessoas com pelo menos uma das deficiências, de 26,3%, tendência que foi mantida desde o Censo de 2000, quando a taxa foi de 16,8% e a maior entre as regiões brasileiras. As menores incidências ocorreram nas regiões Sul e Centro Oeste, 22,5% e 22,51%, respectivamente. Esses dados corroboram a tese de que a deficiência tem forte ligação com a pobreza e que os programas de combate à pobreza também melhoram a vida das pessoas com deficiência.

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, como 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, p.30).

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 européias) 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, p.10).

Sendo assim na história brasileira, a solidariedade pública não foi uma iniciativa política e nem um elemento formador da cidadania, mas “sim um processo inicializado pelas igrejas ou a grupos dotados de motivações religiosas, tais como eram as Santas Casas e as irmandades leigas, como as dos Vicentinos” (PESTANO, 2008, p.15).

O missionarismo doutrinário que começa atuar através e tendo por base o equipamento assistencial desenvolvido pela Igreja e pela filantropia, não se caracterizará apenas como uma forma nova de benemerência. Mas, como uma forma de intervenção ideológica, que se baseia no assistencialismo, como suporte de uma atuação, cujos efeitos são essencialmente políticos: o enquadramento das populações pobres e carentes, o que engloba o conjunto das classes exploradas [...] Ao pretender atuar sobre a “questão social”, negarão as transformações econômicas e sociais, isto é, a ação sobre as causas materiais da “questão social”, para atuar sobre os efeitos. No entanto, esta lógica será particular também no sentido inverso. Os efeitos não conduzem a agir sobre as causas, mas sobre as percepções. (MESTRINER, 2001, p. 110)

A Assistência Social brasileira é representada pela transposição do modelo português das Misericórdias e do sistema Santa Casa implantada em diferentes cidades¹⁹ brasileiras, com fundamental importância no caso do Rio de Janeiro como capital. Muitas crianças assistidas nessa instituição “traziam defeitos físicos ou mentais (NOGUEIRA, 2008) e de modo geral essa instituição torna-se espaço para receber órfãos, desvalidos, excepcionais, doentes mentais, entre outros cidadãos marginalizados socialmente. Tal sistema que percorreu todo o período da Colônia inicia sua dissolução na segunda metade do século XIX, quando novas demandas e novas filosofias de intervenção pública passam a questioná-lo. (QUIROGA, 2008, p.20) Nota-se a influência da colonização portuguesa no modelo brasileiro marcando um traço recorrente não só na política de Assistência, mas de diferentes políticas públicas tais como habitação, saúde etc. – o traço higienista e de segregação dos mais pobres.

Iamamoto (2005, p.52) considera que, assim, a assistência é reduzida mais a uma prática de ajustamento social, a uma política integrativa: harmonizar as classes em conflito, substituir a “vadiagem” por hábitos sadios de trabalho. A solidariedade da Igreja e seu alinhamento estreito à política da burguesia cafeeira, também se negará a reconhecer a questão social.

A deficiência nesse contexto fica relegada ao plano da doença, medicação, 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). Sendo o cidadão pobre e com deficiência o apelo à penalização e segregação era muito mais forte.

A caridade e humildade constituíam atitudes básicas através das quais ricos e pobres trilhavam seu “caminho de salvação”. “A caridade representava a via por excelência da redenção e as esmolas e doações

¹⁹ Surgiram no Brasil desde o século XVI, em Santos (1543), Salvador (1549), Rio de Janeiro (1552), Espírito Santo (provavelmente em 1554), São Paulo (provavelmente em 1599), Olinda e Ilhéus (1560), Porto Seguro (também fins do séc.XVI), Sergipe e Paraíba (1604), Itamaracá (1611), Belém (1610), Iguaçú (1629) e Maranhão (data incerta, primeiras referências do Padre Vieira em 1655), (MESGRAVIS, 1976, p.38)

os valores de troca através dos quais se desculpabilizava o dinheiro e o enriquecimento. A humildade caberia aos pobres que aceitando, sem revolta, sua condição permitiria o exercício da virtude suprema da caridade. Forma-se um comércio entre ricos e pobres em benefício de ambas as partes que resulta na organização e justificação simbólica de uma ordem desigual de sociedade. (QUIROGA, 2001, p.10)

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 confessionalização. O movimento confessional não envolveu apenas o catolicismo, mas também englobou o protestantismo (luteranismo e calvinismo), na medida em que tanto príncipes católicos como protestantes concebiam a religião como instrumento de dominação para reforçar seu poder absolutista. Desse modo, a confessionalização refere-se ao uso ideológico da religião por parte do poder político. (QUIROGA, 2008, p.12)

A herança sócio-histórica brasileira de políticas e mecanismos de controle social dos mais pobres insiste em prevalecer. Numa dimensão histórica, Sposati (2008, p.30) mostra que a política desenvolve ao longo dos governos características predominantemente populistas, e a sociedade se estabelece dividida em classes.

O Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS) foi um importante marco no que tange à história da política de Assistência Social no que tange a algum esforço de mudança de foco via institucionalização. O CNSS criado pelo Decreto-Lei nº 525, de 1º/7/1938 – foi, portanto, a primeira grande regulamentação da Assistência Social no país. Antecedente a ele Ataulpho Nápoles de Paiva, juiz do corte de apelação do Rio de Janeiro, representante do Brasil no Congresso Internacional de Assistência Pública e Privada, em Paris, em 1889, tentara, ao retornar ao Brasil, criar a lei da Assistência Social como ato inaugural da Primeira República. Ataulfo de Paiva valendo-se de uma concepção “científica” defende uma organização racional da assistência social que primava pela normatização/legalização da Assistência Social para assim atendê-la via

instituições. O que se verifica no prefácio de Paiva, no qual ele discorre sobre a assistência pública no Brasil, é um modelo assistencial estruturado a partir da segmentação da população atendida: crianças, mulheres, estrangeiros, mendigos, *alienados*, tuberculosos, leprosos, sífilíticos, alcoólatras, etc. Ataulfo de Paiva só conseguiu pôr em prática suas ideias anos depois, no primeiro governo de Getúlio Vargas de 1930 a 1945, quando foi designado para a presidência do Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS), pelo então Ministro da Educação e Saúde Gustavo Capanema, posto no qual permaneceu por 18 anos. (QUIROGA, 2008) 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 Sposati (2008, p.24) “A primeira grande instituição de Assistência Social será a Legião Brasileira de Assistência (doravante 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, p.25) enfatiza que em outubro de 1942 a LBA se torna 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 a 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. Os deficientes considerados inválidos, 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)

Também a LBA assegura estatutariamente sua presidência às primeiras damas da República, imprimindo dessa forma a marca do primeiro-damismo²⁰ junto à Assistência Social e estende sua ação às famílias da grande massa não previdenciária, atendendo na ocorrência de calamidades com ações pontuais, urgentes e fragmentadas. Segundo Sposati (2008, p.30) “essa ação da LBA traz para a Assistência Social o vínculo

²⁰ Na verdade, Getúlio cria uma instituição de bem-estar social para atuação da primeira-dama. Ele institui a sua esposa na presidência da LBA com o objetivo de buscar a legitimidade do seu governo mediante a tática do assistencialismo como mecanismo de dominação política. Nesse sentido, torna-se necessário criar um aparato institucional em que a prática assistencialista possa estabelecer-se. A LBA, sob a presidência de Dona Darcy Vargas por Decreto-lei em 15 de outubro de 1942(TORRES, 2002). É assim que a assistência social vai ser associada à figura da primeira-dama no Brasil.

emergencial e assistencial, marco que predomina na trajetória da Assistência Social”.

A LBA tinha como objetivo central “prover as necessidades das famílias cujos chefes hajam sido mobilizados, e, ainda, prestar decidido concurso ao governo em tudo que se relaciona ao esforço de guerra”. (IAMAMOTO E CARVALHO, 1993, p. 257)

Porém, se inicialmente a LBA atuava apenas junto às famílias dos convocados para a guerra, progressivamente ela passa a prestar serviços em diversas áreas, como saúde, educação e assistência jurídica dando cobertura praticamente a todas as áreas da assistência social. De forma rápida, a LBA, ampliou sua atuação aos 26 Estados da Federação e do Distrito Federal, com poder de ação independente dos governos estaduais e municipais. (SPOSATI, 2008, p.30)

A forma de organização e de atuação da LBA marcou profundamente a assistência social no país, inclusive por servir como parâmetro para as ações de iniciativa dos poderes públicos de nível estadual e municipal, quando elas existiam. Durante sua existência, a LBA passou por diferentes reformas e chegou a ser a agência estatal responsável pela maioria das ações assistenciais, voltadas especialmente à maternidade e à infância, realizando ainda o estabelecimento de parcerias com instituições filantrópicas. Na década de 1960, com a união dos institutos previdenciários, foi transformada numa fundação. (SPOSATI e FALCÃO, 1990, p.30)

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. (MACIEL et al., 2001, p.98)

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)

Outra instituição de destaque no contexto do Rio de Janeiro e criada pelo Decreto nº 8797 de 08 de fevereiro de 1947 foi a Fundação Leão XIII; onde sua função principal era prestar assistência aos habitantes dos morros do antigo Distrito Federal. A partir de 1962, a Instituição é integrada à administração do Estado da Guanabara, possuindo desde então novas responsabilidades isto envolvia a erradicação, urbanização e melhoria física das favelas. No ano seguinte a este se tornou órgão executor, vinculado à

Secretaria de Serviços Sociais do Estado da Guanabara, assumindo novamente novas atribuições como Assistência ao “menor”, pessoas desamparadas, administração de albergues, creches, asilos, além da assistência habitacional.

O âmbito de atuação dessa instituição – resultado de convênio entre a Prefeitura do Distrito Federal, Ação Social Arquidiocesana e Fundação Cristo Redentor – serão as favelas da cidade do Rio de Janeiro (capital federal à época) (...) Deverá trabalhar pela recuperação das populações das favelas do Distrito Federal, tendo em vista a extrema precariedade material e moral que estas atravessam. (IAMAMOTO e CARVALHO, 2005, p.283).

Com a Fundação Leão XIII foi refletida a preocupação com os problemas sociais que se agravavam no período pós-guerra, estabelecendo-se uma aliança entre a ação caritativa da Igreja e o poder público. Não se tinha no entanto uma ação especializada com foco nas pessoas com deficiência. Em uma visão sócio-histórica pode se afirmar que a Fundação Leão XIII criada tendo como finalidade “prestar assistência moral, material e religiosa aos habitantes dos morros do antigo Distrito Federal”, sofreu alterações na sua proposta original de atuação, em virtude da própria dinâmica social em que fatores econômicos, políticos e ideológicos que interagem, afetando cada momento da vida social. (IAMAMOTO e CARVALHO, 2005, p.130)

Com essa complexificação institucional assistencial, posteriormente temos ainda a LBA no ano de 1973 voltar a sua programação para a assistência as 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 (destinada a adquirir material escolar, uniformes, etc., à criança); assistência social geral (atividades sócio-educativas 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, sinalizava esse 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.

Com o avanço de uma institucionalidade que como dita anteriormente se complexifica, a LBA, de acordo com a Portaria Federal n.º2.230, de 21-8-80, do MPAS²¹, é estruturada através de três grandes secretarias: a de Assistência e Bem-Estar Social, a de Administração e Finanças e a de Planejamento e Projetos Especiais.

Outra característica traço da assistência prestada nesses anos 80, de acordo como Sposati (2008 p. 44) é o casuísmo político como determinante da “racionalidade” da distribuição de recursos e funções entre os diversos órgãos públicos. Inexiste uma proposta ou uma política mais ampla de prestação de serviços que explicita competências e recursos dos três níveis de governo: federal, estadual e municipal. Outra questão fundamental aqui, a ser repetida, é a de que a indefinição de competências é uma estratégia que perpetua a tutela, porque ela própria impede aos excluídos o conhecimento dos serviços produzidos e o conseqüente direito de acesso aos mesmos. As entidades sociais assistenciais não raro mantêm convênios ou recebem subvenções das três esferas de governo para realizar um mesmo serviço. Há certa conivência e complacência das três esferas de governo para realizar um mesmo serviço.

²¹ Em 1969, a LBA foi transformada em fundação e vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social, tendo sua estrutura ampliada e passando a contar com novos projetos e programas. Movimentos como as Associações Nacionais dos Servidores da LBA – ASSELBAS e ANASELBAS se articulam gerando debates, documentos, posicionamentos e proposições para a efetiva inserção da Assistência Social na Constituição Federal como política social, direito do cidadão e dever do Estado (SPOSATI, 2008). Destacamos de modo curioso e fundamental que conforme PACHECO (2008) as primeiras discussões acerca da proposição de um sistema único, unificando e nacional, de assistência social remontam à própria história da ANASELBA (Associação Nacional de Trabalhadores da LBA – Legião Brasileira de Assistência).

Por outro lado há certa convivência e complacência das três esferas diante desta irracionalidade, seja pela indefinição de competências, seja pelo fato de que estão cientes de que os recursos financeiros que destinam estão aquém do custo real dos serviços conveniados, e, via de regra, é repassada com atraso. Em consequência, a relação que desenvolve entre ambos, instituição pública e entidade privada, é quase sempre permeada por processos de manipulação, favoritismo e ausência de cobranças de qualidade.

A LBA recorreu à execução indireta como alternativa para ampliar o alcance das suas ações assistenciais. Era uma forma de prestação de serviços da LBA por delegação às entidades de assistência social da sociedade civil mediante convênio/contrato. 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.

A Portaria Interministerial MEC/MPAS/LBA n ° 477 de Agosto de 1977 estabeleceu competências do Ministério da Educação (MEC), Ministério da Previdência e Assistência Social(doravante MPAS) / Instituto Nacional de Seguridade Social, doravante INSS, da LBA (Legião Brasileira de Assistência) com relação ao atendimento á 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;

apesar das diretrizes previstas nas cartas constitucionais e da criação de instituições destinadas à Assistência às pessoas em situação de miséria, esse fenômeno era tratado como consequência de disfunções individuais e de grupos e, por esse motivo, os programas incentivavam ações educativas, objetivando corrigir os desvios.(IAMAMOTO e CARVALHO, 2005,p.59)

No caso dos serviços voltados às pessoas com deficiências, o repasse às entidades de assistência social da sociedade civil

mediante convênio/contrato essa prática ainda é recorrente²² hoje (como por exemplo, a Rede Histórica Conveniada do município do RJ que congrega 47 instituições especializadas de assistência social voltadas às pessoas com deficiência).

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***) *grifos nossos*. 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 conseqüência, 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 conseqüente com a pobreza. (SPOSATI, 2008, p.5)

Em 1974 é originado o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, que reuniu em seu núcleo, várias outras instituições²³. E após três anos, em 77, o MPAS foi transformado em Sistema Nacional de Assistência e Previdência Social – SIMPAS, que incorporou além das instituições reunidas na MPAS, outras três instituições²⁴. É notória neste contexto a pouca atenção desprendida pelo poder público em relação à assistência social. (BEHRING e BOSCHETTI, 2003, p.5)

²² Destacamos no contexto do Rio de Janeiro a Apae - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais nasceu em 1954, no Rio de Janeiro. Caracteriza-se por ser uma organização social, cujo objetivo principal é promover a atenção integral à pessoa com deficiência, prioritariamente aquela com deficiência intelectual e múltipla. Atualmente o Movimento Apaeano- rede, constituída por pais, amigos, pessoas com deficiência, voluntários, profissionais e instituições parceiras - públicas e privadas congrega a Fenapaes - Federação Nacional das Apaes, 23 Federações das Apaes nos Estados e mais de duas mil Apaes distribuídas em todo o País, que propiciam atenção integral a cerca de 250.000 pessoas com deficiência. É o maior movimento social do Brasil e do mundo, na sua área de atuação. <http://www.apaebrasil.org.br/>

²³ 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.

²⁴ O Instituto Nacional da Previdência Social – INPS, o Instituto Nacional de Assistência Médica – Inamps e o Instituto Nacional de Administração da Previdência Social – IAPAS.

De acordo com SILVA (2010) a assistência social no Brasil foi constituída sob a atividade assistencial privada, de cunho beneficente, realizada por diferentes instituições de caráter religioso, ou, de modo recente, desenvolvida por organizações comunitárias ou sociais, que, na grande maioria das vezes, receberam subsídios governamentais para o custeio e manutenção das suas ações.

A estigmatização seguida da segregação dos indivíduos com deficiência instaurou-se a partir daí, tornando-os objeto das ações assistencialistas, visão esta que ainda fundamenta as instituições filantrópicas. (TURECK, 2003)

Não podemos deixar de destacar nesse cenário de caminho histórico a atividade assistencial paraestatal, particularmente desenvolvida pelo chamado “Sistema S” (instituições que integram o SSR, SESI, SESC e SEST); “Portanto, desde seu início, a assistência social brasileira é marcada pela articulação de interesses e ações entre Estado e sociedade, o que tem repercussões na sua trajetória futura”. (SILVA, 2010, p.24)

A partir de então, já na década de 60, período marcado por uma estagnação econômica, fato resultante da dívida externa, o que provoca a redução nos investimentos para as instituições assistenciais. Neste período vale ressaltar a criação do 13º salário, salário família para os trabalhadores urbanos e a criação da Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS), atendendo apenas aos trabalhadores em regime de CLT, definindo o período de aposentadoria de cinco anos para as mulheres (60 anos) e para os homens (65 anos). (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1985, p.5) Apesar disto a classe trabalhadora sofre uma grande decadência, de profundo empobrecimento. Em 1964, quando ocorre a mudança do sistema político, o regime ditatorial entra em vigor, mais conhecido como golpe militar de 1964, que depõe Goulart e onde instituiu a ditadura militar que duraria 21 anos. Com isso diante da repressão da população, fato que nada adiantou para impedir o crescimento econômico e grande concentração de riqueza, onde o Estado utilizava as políticas sociais como aparelho legítimo do sistema, contribuindo ainda mais para concentração da renda. Podemos concluir que neste período a Assistência não apresentou avanços significativos, quando com opressão militar colaborava com o crescimento da desigualdade social. Vale respaldar as palavras de Yasbek (1993), “a matriz conservadora e oligárquica, e sua forma de relações sociais atravessadas pelo favor, pelo compadrio, pelo clientelismo, emoldura politicamente a história econômica do país, penetrando na política social brasileira.”(p.95)

Nesse contexto de ditadura ainda, na experiência brasileira Quiroga (2001) aponta também as denominadas sociedades de socorro mútuo ligadas aos grupos de imigrantes.

Essas operaram mudanças importantes seja no sentido de introduzir transformações na então hegemônica filantropia higienista seja para introduzir questões ligadas à proteção do trabalho. Na verdade, essas sociedades fundadas sobre identidades nacionais, comunitárias e étnicas tinham como perspectiva muito mais a dimensão assistencial dos imigrantes e suas famílias, onde a questão da saúde jogava importante papel. Entretanto, elas assumiram também iniciativas protetivas de seguridade social (benefícios por acidente e invalidez, pensão a viúvas e órfãos dos associados), sendo organizações de passagem entre os modelos de intervenção social, baseados na ajuda mútua e filantropia e o modelo de proteção garantida pela sociedade através do Estado. (QUIROGA, 2001, p.23)

Ainda que pouco expressivo diante de um estado autoritário é possível destacar a luta empreendida pelas organizações sindicais que só ganharão fôlego mais à frente após a redemocratização brasileira. (QUIROGA, 2001, p.24)

Havia, portanto gradativa transição no campo do reconhecimento da necessidade de iniciativas políticas de assistência. “É nos anos 80 que o eixo das concepções assistenciais, deslocando-se da tradição assistencialista, se vai transladar para a esfera dos direitos e vai se relacionar com as políticas sociais”. (MOTA et al., 2008, p.10)

A partir da segunda metade dos anos 80, 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 desenvolverem-se e auxiliarem a efetivação dos direitos sociais na 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. Independentemente 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.

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos: I - a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice; II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;

III - a promoção da integração ao mercado de trabalho; IV - **a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência** e a promoção de sua integração à vida comunitária; V - **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 dispuser a lei.(BRASIL,1988, p.23)

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

Foi a Constituição²⁵ Federativa que mais abarcou as pessoas com deficiência a de 1988. Ao tratar a pessoa com de 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 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 investimentos recentes no campo do social, como veremos a seguir.

²⁵ 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.”

2.2) Passos adiante: da Regulação da Lei Orgânica da Assistência Social à Regulação do Sistema Único da Assistência Social

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), que regulamenta os artigos 203 e 204 da Constituição Federal assegurando os objetivos fundamentais da Assistência Social e ao que se refere à proteção e provimento dos mínimos. 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. Inaugura assim um passo a frente na direção do fortalecimento da política de assistência social e resposta a um clamor societário histórico.

A LOAS, ao regulamentar a área da assistência social, foi o germe de importantes inovações institucionais (...): reafirmou a primazia da responsabilidade do Estado na garantia do direito; atribuiu competências aos três níveis de governo (ainda que algumas fossem concorrentes entre si); admitiu que as organizações sociais que historicamente prestavam serviços nessa área comporiam a rede socioassistencial; garantiu que todas as ações devem ser organizadas sob um único comando – público e governamental – em cada esfera de governo; instituiu a tipologia básica das ações sócio-assistenciais – programas, projetos, serviços e benefícios; determinou que os recursos para a política devam ser geridos por meio de fundos especiais; instituiu o planejamento articulado das ações; e reforçou a participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis, por meio da criação do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e de conselhos nos demais níveis de governo. (SILVA, 2010, p. 31)

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. O termo “habitação e reabilitação” na Assistência Social não se propõe 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 “assegurar a provisão quando da insuficiência de renda familiar”.

De acordo com Mestriner (2001, p.30) a LOAS insere um novo sentido a Assistência Social enquanto “política pública de seguridade, direito do cidadão e dever do Estado, prevendo-lhe um sistema de gestão descentralizado e participativo, cujo eixo é posto na criação do Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS”. Propondo dessa forma o rompimento com uma longa tradição cultural e política.

É certo que esta Lei inovou a situação institucional até então existente, através da proposição de uma série de transformações estruturais e conceituais, um cenário com novos atores revestidos com novas estratégias e práticas, além de novas relações interinstitucionais e intergovernamentais, confirmando-se enquanto “possibilidade de reconhecimento público da legitimidade das demandas de seus usuários e serviços de ampliação de seu protagonismo”. (YAZBEK, 2004, p.35)

A LOAS extinguiu o Conselho Nacional de Serviço Social criado em 1938, considerado clientelista e cartorial e criou o Conselho Nacional de Assistência Social órgão de composição paritária, deliberativo e controlador da política de assistência social. No processo de sua implantação, a LOAS é debatida país afora e suas teses fundantes como o sistema descentralizado e participativo, a municipalização, a renda mínima, a relação público-privado, o financiamento e o controle social são debatidos reiteradamente através da I, II e III Conferências Nacionais de Assistência Social. (SPOSATI, 2004, p.27)

O princípio da universalização garantido legalmente indica que a assistência social deve ser entendida e implementada tendo como horizonte a redução das desigualdades sociais. Isto não significa que os direitos assistenciais devam ser garantidos a todos, pobres e ricos indiscriminadamente, mas que eles devem agir no sentido de buscar a inclusão de cidadãos no universo de bens, serviços e direitos que são patrimônio de todos, viabilizando-se mediante a vinculação orgânica da assistência social com as demais políticas econômicas e sociais. A universalidade assume, assim, dois sentidos. O primeiro, de garantir o acesso aos direitos assistenciais a todo o universo demarcado pela LOAS, ou seja, a todos aqueles que estão dentro das categorias, critérios e condições estabelecidos por ela; e o segundo de articular a assistência às demais políticas sociais e econômicas, tendo como perspectiva a inclusão dos cidadãos nos bens e serviços prestados pelas demais políticas sociais. (BEHRING E BOSCHETTI, 2007, p.22)

O seu caráter não contributivo apontou a necessária integração entre o econômico e o social, acessos a serviços sociais e com a participação da população. Nesse contexto Couto, Yazbek e Raichelis (2010, p.55) dizem que a LOAS também inovou ao propor o controle da sociedade na formulação, gestão e execução das políticas assistenciais e indicar caminhos alternativos para a instituição de outros parâmetros de negociação de interesses e direitos de seus usuários. Parâmetros esses que trazem, a marca do debate ampliador da deliberação pública, ou seja, da cidadania e da democracia. As autoras também explicam que o processo de implantação vai ocorrer em uma conjuntura adversa e paradoxal, na qual se evidencia a profunda incompatibilidade entre ajustes estruturais da economia e investimentos sociais do Estado. Incompatibilidade esta legitimada pelo discurso e pela sociabilidade engendrada no âmbito do ideário neoliberal, que reconhecendo o dever moral do socorro aos pobres não reconhece seus direitos.

Um olhar ainda cuidadoso sobre a LOAS materializa também uma dicotomia expressa por AMARAL (2009) onde por um lado, fundamenta-se no princípio da “*universalização dos direitos sociais*” (art. 4º, inc. 11) e, por outro, “*seleciona*” os miseráveis dentre os pobres, ao incorporar um conceito de pobreza que restringe ainda mais o acesso aos programas de assistência social. Assim, só é considerado usuário da assistência, para ter direito ao BPC e aos Benefícios Eventuais, o núcleo familiar que possuir uma renda *per capita* inferior a 1/4 do salário mínimo.

Nesse momento da história da Assistência Social, o avanço da Assistência num contexto de seguridade passa por momentos instáveis, pois apesar de avanços constitucionais há ainda políticas neoliberais que provocam processos desarticuladores, de desmontagem e retratação de direitos e investimentos no campo social. A pressão do Congresso de Washington, com sua proposição de que é preciso limitar a intervenção do Estado e realizar as reformas neoliberais, a presença dos organismos de Washington (FMI, Banco Mundial) responsáveis por estabelecer as estratégias para o enfrentamento da crise por parte dos países periféricos, e a redução da autonomia nacional, ao lado da adoção de medidas econômicas e do ajuste fiscal são características desse contexto que, no campo da Proteção Social, vai se enfrentar com o crescimento dos índices de

desemprego, pobreza e indigência. Ou seja, é na “contra mão” das transformações que ocorrem na ordem econômica internacional, tensionado pela consolidação do modelo neoliberal, pelas estratégias de mundialização e financeirização do capital, com a sua direção privatizadora e focalizadora das políticas sociais. (COUTO et al., 2010: 34)

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 foi proposta à “margem”, em paralelo à 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 nº914/93²⁶, que embora não tenha um enfoque especial quanto à política de assistência social, transversaliza várias responsabilidades das políticas sociais junto às pessoas com deficiência .

²⁶ 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 das normas de proteção e dá outras providências.

Sua perspectiva é a de uma ação eficiente e estratégica no campo das questões sociais. Isto significa que sua atuação, ainda que dirigida ao campo social, não se propõe a atendimentos universalizantes seja, em termos óbvios, em relação à amplitude de pessoas atendidas seja em relação à dimensão pública das possibilidades de acesso. A intervenção das filantropias empresariais se dirige, portanto a setores e grupos sociais por ela previamente selecionados. (QUIROGA, 2001, p.30)

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 abre-se a ações implementadas a partir de instituições da sociedade civil, sendo estas modalidades disponibilizadas nos manuais convenientes 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).

Num 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 ONU, OIT e Organização dos Estados Americanos (doravante OEA), ratificadas pelo Brasil; CIF, de 2001, aprovada pela Resolução WHO 54.21, da OMS.

Nesse cenário adverso e diante da inoperância da primeira Política Nacional, da superposição de ações da Assistência Social pela Comunidade Solidária e toda uma série de fragilidades na execução da política discutiu-se em todo território nacional a

implementação de uma nova Política Nacional de Assistência Social cuja direção apontava para a construção de um Sistema Único da Assistência Social- SUAS, que apresentaremos adiante.

Porém nesse cenário não podemos deixar de dar especial destaque para a garantia do primeiro mínimo social constitucional voltado à idosos e pessoas com deficiência – o 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). Faz-se necessária dada essa importância no campo da Proteção Social problematizar o BPC no interior da Política de Assistência Social com a acuidade necessária.

2.2.1) O Benefício da Prestação Continuada como destaque da proteção social promovida pela Política de Assistência Social às Pessoas com deficiência

O BPC é o mecanismo político mais visível, expressivo e de maior impacto²⁷ nas condições de vida dos beneficiários idosos e pessoas com deficiência seja pelo seu valor(1 salário mínimo), seja pelo seu alcance ou seja pela sua ausência de condicionalidades obrigatórias a serem cumpridas pelo usuário da Assistência Social.

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)

O BPC é assumido de fato pela assistência social, sendo conhecido e tratado pela sua significativa cobertura- 2,5 milhões de pessoas- pela magnitude do investimento social, cerca de R\$ 8 bilhões, pelo seu impacto econômico e social e por retirar as pessoas do patamar da indigência. 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, p.1)

²⁷ Dados da SAGI/MDS. Disponível em:
www.mds.gov.br/sagi/AvaliaçãodosProgramasSociaisdoGovernoFederal.

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, p.32) Previdência e Assistência 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, o que é considerado limitado. (SPOSATI, 2004, p.101)

The income threshold has been considered extremely low. Several judicial decisions have given the right of benefit to families with per capita incomes of half a minimum wage. At the same time, there are bills passing through Congress proposing the increase of this minimum level. Hence, the expectation is that in a short period of time it will be raised²⁸(MEDEIROS, 2006, p.25).

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 per

²⁸ Texto traduzido: O limite de renda tem sido considerado extremamente baixo. Diversas decisões judiciais têm dado o direito do benefício a famílias com renda per capita de meio salário mínimo. Ao mesmo tempo, há notas que passam através do Congresso propondo o aumento desse nível mínimo. Assim, a expectativa é que num curto período de tempo, isso irá ser gerado.

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.

Hoje existe uma demanda espontânea de idosos e pessoas com deficiência aos serviços públicos que têm buscado requerer o direito ao Benefício de Prestação Continuada. Muitos desconhecem que não basta somente ter uma deficiência ou estar acima dos 65 anos, existem critérios de renda e condições de vida e trabalho elencados pela LOAS citados anteriormente.

A partir de uma nova concepção da 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 para a sua família. 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, p.70)

Outro aspecto importante são os mecanismos de revisão do benefício. A revisão do BPC é uma exigência legal prevista no artigo 21 da LOAS que “determina a revisão da concessão do benefício de prestação continuada a cada dois anos da data da concessão”, para verificar as condições que lhe deram origem (renda, idade e deficiência). As revisões começaram em 2000 e até hoje foram realizadas 5 etapas. Cada etapa cobre uma quantidade determinada de beneficiários. Desde 2007, no entanto a revisão não acontece em todo o território nacional e pode-se inferir que após a PNAS de 2004 serão estudadas outras formas de acompanhamento para fins de revisão dos benefícios. Destacamos que o processo de revisão do BPC tem se constituído em importante indicador para conhecimento das condições de vida dos beneficiários do

BPC, além de poder contribuir para a avaliação e o monitoramento das ações continuadas para este segmento.

Os esforços no campo da deficiência no interior da Assistência Social é representativo 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 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 consequência 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 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). Sobre a CIF e sua importância no cenário das políticas públicas abordamos no debate do capítulo 1 que tratamos a deficiência com maior profundidade anteriormente.

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 percapita, entre outros. (FONSECA, 2007)

2.2.2) O Sistema Único de Assistência Social e novas conquistas para as Pessoas com Deficiência

A Política Nacional de Assistência Social (digo, a 2ª política nacional) foi aprovada pela Resolução n. 145 do Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) e publicada no DOU de 28/10/2004. 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, puderam ser contempladas no texto legal da PNAS por ações com maior estruturação técnico-operacional e atenção especializada e mais individualizada, e acompanhamento sistemático e monitorado, sobretudo no âmbito da *Proteção Social Básica*²⁹ destacamos a oferta de Benefícios, como o BPC – Benefício da Prestação Continuada; na *Proteção Social Especial* tais como: na Média

²⁹ 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 sócio-educativos 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.

complexidade³⁰ :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 - NOB n. 130, de 15 de julho de 2005 e cujo objetivo era 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.

A Norma Operacional Básica de 2005 definiu 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 [...]”.

O SUAS tem com função a gestão da assistência social no campo da proteção social brasileira, de forma a consolidar o modo de gestão compartilhada, o cofinanciamento e a cooperação técnica entre os três entes federativos (federal, estadual, municipal); estabelecer a divisão de responsabilidades entre os entes para instalar, regular, manter e expandir as ações de assistência social; ao mesmo tempo, regula a hierarquia, os vínculos e as responsabilidades do sistema de serviços, benefícios, programas, projetos e ações de assistência social, em rede de âmbito municipal, estadual e federal; reconhece que as diferenças e desigualdades regionais e municipais condicionam os padrões de cobertura do sistema e os seus diferentes níveis de gestão e

³⁰ 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 sócio-educativas em meio-aberto (PSC – Prestação de Serviços à Comunidade e LA – Liberdade Assistida);

articula em sua dinâmica às organizações/ entidades de assistência social reconhecidas pelo SUAS. (BRASIL, 2005)

O SUAS 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 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 sócio-assistenciais inter-relacionáveis e agrupados por características de proximidade, e em diferentes tipos de proteção social. (BOSCHETTI, 2005).

Nesse sentido cabe destacar o enfoque contemporâneo da Política Nacional de Assistência Social – PNAS define que a inserção, a prevenção, a promoção e a proteção como as quatro funções básicas do novo paradigma da Assistência Social, que tem como eixo central a cidadania. Assim, para enfrentar tal situação a Assistência Social além de atividades próprias para dar conta de suas atribuições, desenvolve ações articuladas com as demais políticas públicas e tem quatro funções distintas e complementares:

1. **Inserção:** inclusão dos destinatários nas políticas básicas e no acesso a bens, serviços mantidos pela sociedade;
2. **Prevenção:** com o objetivo de manter incluídos no sistema social os segmentos vulneráveis, mesmo os situados acima da linha da pobreza, evitando a redução da renda alcançada ou o acesso conseguido aos bens e serviços;
3. **Promoção:** essencialmente da cidadania, superando relações paternalistas e clientelistas que não se estruturam a partir de direitos sociais;
4. **Proteção:** realizada através de ações de redistribuições de renda e oferta de serviços sociais a saber **benefícios:** garantidos de maneira continuada ao idoso e à pessoa portadora de deficiência, e eventualmente para pagamento de auxílio natalidade ou morte à famílias com renda mensal inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo; **serviços assistenciais:** atividades continuadas que objetivam a elevação do nível de vida da população, priorizando a infância e adolescentes em situação de risco; **programas:** integram ações complementares com objetivos, tempo e área de abrangência definidos com vistas a qualificar e melhorar os benefícios e serviços assistenciais; e projetos de

enfrentamento à pobreza – significando o investimento econômicos e sociais em grupos em situação de pobreza, garantindo formas de sobrevivência, elevação da qualidade de vida, preservação do meio ambiente e a sua própria organização social, de forma mais duradoura e efetiva (NOB SUAS, 1998, p.5).

O sentido de *proteção* (*protectione*, do latim) supõe, antes de mais nada, tomar a defesa de algo, impedir sua destruição, sua alteração. Nesse sentido, a ideia de proteção contém um caráter preservacionista – não da precariedade, mas da vida –, supõe apoio, guarda, socorro e amparo. Esse sentido preservacionista é que exige tanto as noções de segurança social como as de direitos sociais. (SPOSATI, 2007)

A Política Nacional de Assistência Social de 2004 (PNAS-2004) afirma que a proteção social a que ela deve responder deve afiançar: segurança de sobrevivência, de rendimento, de autonomia; segurança de acolhida; segurança de convívio, de vivência familiar.

A segurança é uma exigência antropológica de todo indivíduo, mas sua satisfação não pode ser resolvida exclusivamente no âmbito individual. É também uma necessidade da sociedade que se assegure em determinada medida a ordem social e se garanta uma ordem segura a todos seus membros. As políticas sociais representam um dos instrumentos especializados para cumprir essa função. (SPOSATI, 2007, p. 58)

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, p.60) 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” (BRASIL, 2004a, p.1). Com o BPC³¹ são atendidos mais de 1 milhão e 300 mil pessoas com deficiência, mediante o

³¹ 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,

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, que é ela uma das políticas que mais se destaca no cenário das políticas públicas voltadas a atender as necessidades dos usuários com deficiência.³²

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, 2006, p.61)

A ideia de proteção social exige forte mudança na organização das atenções, pois implica superar a concepção de que se atua nas situações somente após instaladas, isto é, depois que ocorre uma “desproteção”. A aplicação ao termo “desproteção” destaca o usual sentido de ações emergenciais historicamente atribuídas e operada no campo da assistência social. A proteção exige que se desenvolvam ações preventivas. Por decorrência desse entendimento é que a assistência social, no modelo brasileiro de proteção social não contributiva, passa a ter três funções, de acordo com a PNAS-2004. Para além da proteção, ela deve manter a vigilância social e a defesa de direitos socioassistenciais.

Uma política de proteção social compõe o conjunto de direitos de civilização de uma sociedade e/ou o elenco das manifestações e das decisões de solidariedade de uma sociedade para com todos os seus membros. Ela é uma política estabelecida para a preservação, à segurança e o respeito à dignidade de todos os cidadãos. O sentido de não contributivo é aplicado na proteção social como forma de distinção da previdência social ou do seguro social. Os benefícios previdenciários ou do seguro social somente

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).

³² 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).

são acessíveis quando alguém se filia à previdência e recolhe ou paga uma quantia mensal. Portanto, essa proteção é contributiva, porque é pré-paga e só se destina aos filiados e não a toda a população (SPOSATI, 2007).

O caráter não contributivo quer dizer que não há um pagamento específico para se obter a atenção daquele serviço. É o mesmo que ocorre no atendimento em uma unidade básica de saúde ou numa escola. O acesso é custeado pelo financiamento público cuja receita vem de taxas e impostos. Assim, é um rateio de custos e custeio entre todos os cidadãos.

O campo da proteção social não contributiva significa que os acessos a serviços e benefícios devem independender de pagamento antecipado ou no ato da atenção. O senso comum apresenta polêmicas sobre o caráter não contributivo da política. Para alguns, o acesso a esses serviços só poderia ocorrer quando a pessoa demonstrar que ganha pouco e não tem como “comprar” atenções na oferta privada. Mas o entendimento é de que a Constituição brasileira, ao estabelecer o direito à seguridade, determina que não deve ser necessário a um brasileiro primeiro mostrar que não tem renda, para depois ter acesso a um serviço público. Esse modo de gestão do serviço público trata com mecanismos vexatórios, por exigir que a pessoa se mostre como necessitada. O enquadramento como pobre, carente, necessitado é a antítese do direito à cidadania ou do direito de todo brasileiro ser incluído no serviço com base em sua necessidade. Há ainda, no Brasil, serviços e benefícios dos dois tipos – a saber - alguns serviços ainda exigem teste de meios, isto é, a demonstração de quanto ganha aquele que pretende ser atendido por um benefício ou um serviço de proteção social. Esses testes transformam os cidadãos em necessitados sociais, ou em não-cidadãos. Outros serviços já se voltam para a necessidade expressa pelo cidadão, sem exigir comprovação de renda. Ou seja, há uma tensão nesse aspecto ainda não resolvida no modelo brasileiro, com “gente puxando a corda dos dois lados”. (SPOSATI, 2007)

Alguns defendem que a proteção deve ser vinculada com a miséria e propõem ações focalistas direcionadas a necessitados. Outros, que o vínculo da proteção deva ter atenções baseadas em direitos, com perspectiva universal em face da presença de necessidade. Ter um modelo brasileiro de proteção social não significa que ele já exista ou esteja pronto, mas que ele é uma construção que exige muitos esforços de mudança.

Percebemos que a constituição da proteção social não contributiva no Brasil embora esteja constitucionalmente assentada não está ainda plenamente aplicada. Conseguir aplicar os ditames constitucionais supõe fortes e sensíveis mudanças político-

institucionais e econômico-sociais nas relações e regras da sociedade brasileira, dos entes federativos que compõem o Estado brasileiro e dos agentes institucionais que operam a proteção social.(SPOSATI, 2007)

Desconstruir/reconstruir o modelo social público brasileiro de proteção social não contributiva, em bases crítico-conceituais, supõe múltiplos recortes em seus elementos constitutivos, mas também um alerta quanto à perspectiva histórica que a concepção de modelo contém. Refiro-me ao fato de que um modelo indica sempre uma relação do presente com o futuro. Como conceito, ele é um vir a ser. É sua aplicação real que lhe vai dar a forma para além do conceito. Assim, aplicar um modelo na realidade tem relação direta com a capacidade estratégica em enfrentar condicionantes, determinantes e impactos nos elementos do presente e do passado que não condizem com o modelo que se deseja concretizar como futuro. Portanto, a aplicação do modelo supõe a alteração do que já vinha ocorrendo e ainda a mudança do modo de realizar a leitura dos fatos e elementos em mutação. (SPOSATI, 2007, p.2)

Portanto, um modelo por si só não altera o real, pelo contrário, ele pode até ser condicionado e deformado pelo real, caso não se tenha domínio dos elementos constitutivos do modelo e das dificuldades a enfrentar. É preciso ter claro também que a realidade e a concretude dos fatos que o conforma não são males ou empecilhos, e, sim, as efetivas configurações ou condições com que se deve lidar. Nesse sentido, se o modelo não dá conta (em seus elementos de base) das configurações do real, ele se transforma em ideologia ou em discurso como mero arranjo de palavras impactantes, mas isso não significa o efetivo alcance de mudanças e resultados esperados. Ter um modelo brasileiro de proteção social não significa que ele já exista ou esteja pronto, mas que ele é uma construção que exige muitos esforços de mudanças.(SPOSATI,2007)

Pode se afirmar assim que a implantação da PNAS e do SUAS tem liberado, em todo território nacional, forças políticas que, não sem resistências, disputam a direção social da Assistência Social na perspectiva da justiça e dos direitos que ela deve consagrar, a partir das profundas alterações que propõe nas referências conceituais, na estrutura organizativa e na lógica de gestão e controle das ações na área.

A assistência social como política pública se ocupa do provimento de atenções para enfrentar as fragilidades de determinados segmentos sociais, superar exclusões sociais e defender e vigiar os direitos dos mínimos de cidadania e dignidade. É política de atenção e de defesa de direitos. (SPOSATI, 2007, p.19)

A PNAS introduz uma lógica de estruturação da Proteção Social a ser ofertada pela Assistência Social a partir de dois níveis de complexidade: a Proteção Social Básica e a Proteção Social Especial, sendo a primeira de caráter mais preventivo com o objetivo de “prevenir situações de risco através do desenvolvimento de vínculos familiares e comunitários, e os serviços de Proteção Social Especial (PSE) estão voltados para indivíduos e grupos que se encontram em situação de alta vulnerabilidade pessoal e social, decorrentes do abandono, privação, perda de vínculos, exploração, violência, entre outras”. (BRASIL,2004) A organização da proteção social entre básica e especial desfaz a noção de que os usuários da PNAS representam um grupo homogêneo de pessoas necessitadas. Ao operar com vulnerabilidades, riscos sociais e potencialidades diversas e desiguais, o atendimento socioassistencial requisita atenções específicas. Segundo a PNAS (2004) a vulnerabilidade se constitui em situações ou ainda em identidades que podem levar a exclusão social dos sujeitos. Estas situações se originam no processo de produção e reprodução de desigualdades sociais, nos processos discriminatórios, segregacionais engendrados nas construções sociohistóricas que privilegiam alguns pertencimentos em relação a outros. De acordo com Sposati (2008, p.32) são as vulnerabilidades que fragilizam os cidadãos e/ou suas famílias e os levam a exclusão social.

Embora a utilização do termo vulnerabilidade e risco social/pessoal tem ganho uma certa expressividade como categoria conceitual entre os gestores e profissionais, um questionamento é indicado por Mota et al. (2008) pois entendem que essas categorias apresentam uma relativa fragilidade na delimitação dos usuários e dos serviços assistenciais que devem ser prestados a partir dos níveis de proteção social básica e especial de média e alta complexidade. Isso porque a amplitude do público alvo do SUAS “...envolve um leque de situações tão diversas que pode, inclusive,

comprometer o processo de normatização e padronização dos serviços sociais prestados...”.

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. Note-se 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. *grifos nossos para apontar o que foi acrescido*(BRASIL,2011,p.1)

É importante conhecer no contexto desse novo paradigma os atores sociais que integram o SUAS de acordo com a PNAS (2004) que são: os órgãos gestores, entidades e trabalhadores dos três entes federados; os Conselhos, Fundos e Conferências de assistência social; as Instâncias de pactuação(CIB- Comissão Interna Bipartite e CIT – Comissão Interna Tripartite); as representações de gestores municipais e estaduais, como o Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (CONGEMAS) e o Fórum Nacional de Secretários Estaduais de Assistência Social (FONSEAS); os Fóruns de discussão política e os usuários da Assistência Social.

Tais marcos históricos que alavancaram a questão social no Brasil passaram a exigir cada vez mais profissionais qualificados e comprometidos com o objetivo de prestar Assistência Social para os brasileiros, não se deixando levar por pressão política e corrupção. Em dezembro de 2006 é aprovada a Norma Operacional de Recursos

Humanos do SUAS pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), com o objetivo de regular a gestão do trabalho no âmbito do SUAS.

A questão dos recursos humanos é um desafio para toda administração pública, mas assume características específicas na Assistência Social, pela sua tradição de não-política, sustentada em estruturas institucionais improvisadas e reduzido investimento na formação de equipes profissionais permanentes e qualificadas para efetivar ações que rompem com a subalternidade que historicamente marcou o trabalho dessa área. (COUTO et. al, 2010, p.38).

Para além dos recursos humanos é necessário pensar a incorporação da abordagem territorial na PNAS que propõe que as ações públicas da área da Assistência Social deva ser planejadas territorialmente, tendo em vista a superação da fragmentação, o alcance da universalidade de cobertura, a possibilidade de planejar e monitorar a rede de serviços, realizar a vigilância social das exclusões e estigmatizações presentes nos territórios de maior incidência de vulnerabilidade e riscos sociais. 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 e serve 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, p.1)

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, despolitizada 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, p.98)

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.

Também na esteira dos desafios para a Assistência Social está a questão da intersectorialidade *no campo da pessoa com deficiência* para a construção da rede socioassistencial se coloca tanto na busca de articulação das iniciativas públicas estatais como destas com as organizações da sociedade, na perspectiva da construção de uma rede protetiva no âmbito dessa política. Na área da Assistência Social a parceria histórica com entidades beneficentes resultou em programas e serviços fragmentados, na maior parte das vezes, desvinculados na realidade onde se instalavam, nem sempre sem compromisso com o interesse público, com programas seletivos e com gestões, quase sempre centralizadoras e pouco participativas. Essa forma de organização criou um *caldo de cultura* a ser superado pela efetivação da proteção social como direito, contribuindo para superar a cultura da subalteridade tão presente no campo assistencial. (COUTO, 2010)

Nossa pesquisa observa um grande dilema na atualidade: uma dualidade disputada de um lado por uma Política de Assistência Social que foca na extrema pobreza, e na pobreza através de políticas compensatórias dentre as quais são emblemáticos os programas de renda mínima, pois “políticas compensatórias não são capazes de mexer na estrutura das desigualdades, mas acabam por aprofundá-la” (PEREIRA, 2007); e por outro um Sistema Único da Assistência Social que de fato congregue serviços de proteção social que atenda as reais necessidades sociais básicas ofertadas ao público demandatário política de assistência social em suas particularidades.

Torna-se necessário espriar o debate sobre os conceitos de seletividade e focalização, distinguindo-os em seus significados políticos e sociais para se compreender como vêm sendo utilizados de forma indiscriminada e distorcida (Couto et al., 2010, p.35).

De acordo com Boschetti (2003, p.55) a focalização deve ser entendida sempre como medida temporária, cujo objetivo seja a universalização. Neste sentido, a focalização distingue-se da seletividade, uma vez que a primeira tem o significado de priorização dos segmentos em maior situação de vulnerabilidade, geralmente aqueles considerados “inaptos ao trabalho”, como crianças, idosos e portadores de necessidades especiais; enquanto a seletividade tem o propósito de “recortar”, com critérios de menor elegibilidade, o público que poderá “ter direito” aos serviços sociais públicos, o que se manifesta sempre no fato de os programas assistenciais operarem “no limite de

patamares elementares de sobrevivência e de reprodução física dos indivíduos e das famílias”, sendo os critérios de justiça abandonados em favor de “critérios contábeis de redução de gastos sociais”.

No caso seletivo, incapaz de alcançar a totalidade de segmentos populacionais pobre, servindo “muito mais para fragmentar do que para focalizar a pobreza, na medida em que apenas alguns extremamente pobres, são temporária e descontinuamente, atendidos” (SILVA, 2001, p.14), sob uma perspectiva que “alia assistência à pobreza absoluta, limitando-a a ações minimalistas, em geral pontuais, assistemáticas, descontinuas e inócuas do ponto de vista da redução das desigualdades sociais” (BEHRING e BOSCHETTI, 2003, p.83). Ao contrario, a assistência social deveria prezar pela inclusão de “todos aqueles que se encontram na situação de pobreza e necessidade demarcada pela legislação e, ainda, atuar no sentido de ampliar sua abrangência de modo a superar e/ou eliminados critérios restritivos incorporados pela legislação” (BOSCHETTI, 2003, p. 85), deixando de significar medidas meramente compensatórias às “conseqüências inevitáveis” do ajuste estrutural sobre as condições de vida da população, para representar uma efetiva política social organicamente vinculada à política econômica e fundamentalmente atrelada a um processo de universalização dos direitos sociais.

Os programas e projetos atualmente operantes no setor de assistência social ainda reproduzem a lógica da “*discriminação positiva*”, ou seja, para o atendimento exclusivo dos mais pobres entre os pobres, os miseráveis, o que é determinado, sobretudo, pelas prescrições das políticas de ajuste neoliberal. É claro que os processos de “exclusão social” estruturam-se nos âmbitos macrossocietários, nacionais e internacionais. Porém, a moralização dos fatores determinantes da pobreza e a individualização destas expressões impedem uma análise universalizante, sem desconsiderar as particularidades, por parte daqueles que estão á frente do poder. A fome, o desemprego, a falta de recursos, a desqualificação profissional, são vistos como problemas que têm sua origem no próprio indivíduo *desajustado*”, “*acomodado*”, “*preguiçoso*” (COUTO, 2010, p.55)

A tendência hoje observada no processo de implantação do Sistema Único de Assistência Social – SUAS –, e em especial dos Centros de Referência Especializados em Assistência Social (doravante CREAS), definidos como entidades da política de assistência social que visam promover ações de proteção especial voltadas a segmentos “vulnerabilizados” (que os autores preferem chamar em situação de violação de direitos). Trata-se historicamente, da população pobre, que, com a falência da modernização redistributiva e o advento do neoliberalismo,

creceu e aprofundou a vivência da mazelas sociais no ultimo período. (TONIOLO e OLIVEIRA, 2011, p.136)

Enfim, a política de Assistência Social com a finalidade de 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, avança-se do que estava previsto na PNAS e detalha-se com propriedade (TRABALHO SOCIAL ESSENCIAL AO SERVIÇO – ANEXO 1) 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 6: Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais

I - Serviços de Proteção Social Básica:

- a) Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF);
- b) Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;

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 sistematizado 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) Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI);
- b) Serviço Especializado em Abordagem Social;
- c) Serviço de Proteção Social a Adolescentes em Cumprimento de Medida Socioeducativa de Liberdade Assistida (LA), e de Prestação de Serviços à Comunidade (PSC);

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.

e) Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua.

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.

b) Serviço de Acolhimento em República;

c) Serviço de Acolhimento em Família Acolhedora;

d) Serviço de Proteção em Situações de Calamidades Públicas e de Emergências.

Fonte: BRASIL, Resolução nº109. Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais. Elaboração própria.

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, provisões, aquisições dos usuários, condições e formas de acesso, unidade, período de funcionamento, abrangência, articulação em rede, impacto social esperado e regulamentações previstas.*

Detalhamos portanto, no anexo 1, esse detalhamento da Tipificação sobre esses Serviços voltados às pessoas com Deficiência que ilustram a tendência de especialização da Política de Assistência Social em atender a esse público.

Atualmente verificamos todo um esforço do poder público, da sociedade civil, das representações profissionais entre outros em torno da elevação do SUAS ao status de lei. Então encontrando conjuntura favorável no atual governo Dilma Rousseff, foi promulgada no último dia 06 de julho de 2011 a Lei 12.435/2011 – já conclamada de Lei do SUAS e comemorada por todos que reconhecem o significado social desse tipo de regulação que atualiza requisições 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 participação 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).

Esse é um avanço que coaduna com a própria Convenção como instrumento internacional e materializa sua introdução na legislação brasileira com destaque para seu valor constitucional.

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.

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 citado abaixo é mais próximo dos atuais arranjos familiares brasileiros, de família ampliada e da própria PNAS.

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, 2011a, p.2).

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”.

Outra mudança bastante recente que data de 31 de agosto de 2011 é o programa “BPC Trabalho” que se baseia na Lei 12.470 (Diário Oficial da União [página 1](#) e [página 2](#)) promulgada pela Presidente Dilma Roussef 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 microempreendedor individual. A partir da lei, 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 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. Ao longo desses referidos dois anos a PCD poderá receber o salário e o BPC de modo concomitante. Após esse período de 2 anos, com a devida estabilidade temporal no emprego a PCD deixa de receber o BPC. Assim cumpre-se o papel da Assistência Social como promotora da integração ao mercado de trabalho como observado desde a LOAS. Observemos

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, 2011b, p.3).

Mais recentemente a NOB-SUAS 2012 aponta como princípios éticos para a oferta da proteção socioassistencial no SUAS, “combate às discriminações etárias, étnicas, de classe social, de gênero, por orientação sexual ou por deficiência, dentre outras.” (BRASIL, 2012, p.3)

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

Capítulo 3

Deficiência e Assistência Social: um estudo de caso da cidade do Rio de Janeiro a partir do olhar dos Gestores e Conselheiros da Política de Assistência Social e de Políticas para Pessoas com Deficiência

Apresentaremos neste capítulo um estudo de caso sobre os dois campos da gestão municipal do Rio de Janeiro: a Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS) e a Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência (SMPD). Metodologicamente, trata-se de um estudo de caso da cidade do Rio de Janeiro. Em seguida, será possível apresentar o estudo a partir de categoriais selecionadas para abranger o objeto de estudo proposto, permitindo, dessa forma, perceber as categorias centrais presentes na concepção política dos gestores e conselheiros da Política de Assistência Social do Rio de Janeiro, demarcando, assim, o recorte no período histórico já apontado como “Pós-Concepção-SUAS” a partir de 2004 e até 2012.

As categorias foram: Incorporação na agenda pública; Proteção Social pela Assistência Social e Gestão da Política. Destas, elencamos variáveis centrais para fins de análise associando-as às perguntas dos roteiros de entrevistas que denominamos como indicadores. Aprofundamos, portanto, aspectos centrais no debate desta tese, a partir das falas de gestores e conselheiros da Política de Assistência Social do Rio de Janeiro.

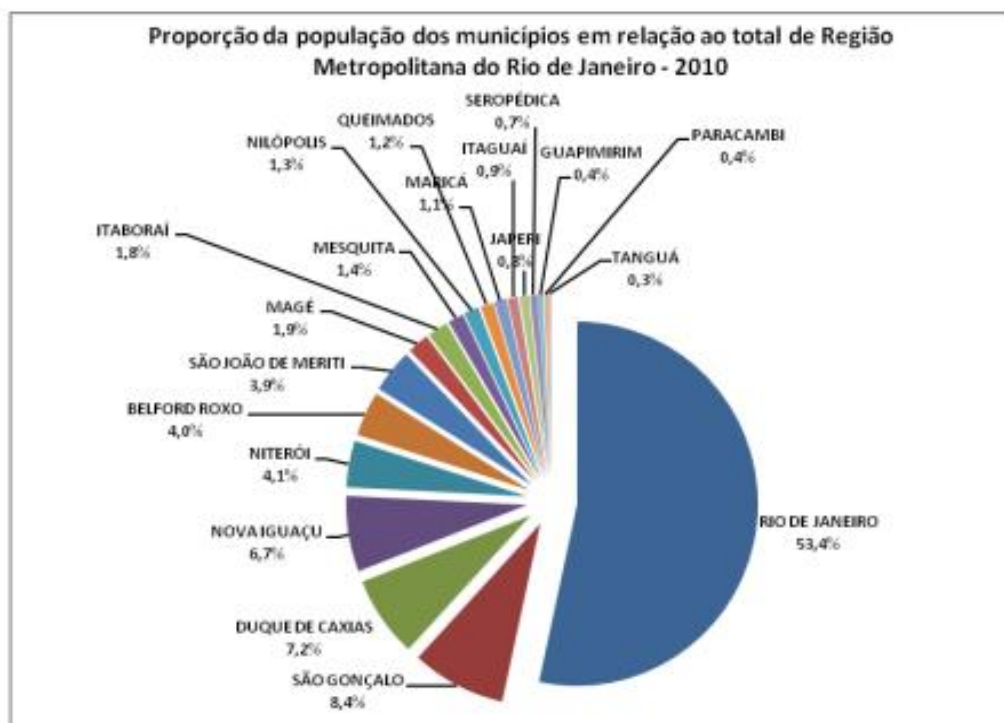
Demarcando o recorte no período histórico já apontado como “Pós-PNAS/SUAS” a começar de 2004 a 2012, foi possível entender as visões de mundo presentes nas reflexões dos gestores e dos conselheiros. De tal modo, que na condição de gestores, estes precisam prever aspectos decisórios e de condução da política de Assistência Social, que são fundamentais ao debate da deficiência, enquanto, na condição de conselheiros, o objeto do controle social abrange a elaboração e execução orçamentária dos recursos arrecadados e a fiscalização e a prestação de contas de sua utilização. Gestão e Controle Social visam o propósito de assegurar o alcance do bem estar comum e do interesse público.

Com o objetivo de contextualizar o estudo de caso sobre a cidade do Rio de Janeiro partindo da pesquisa qualitativa, destacamos a natureza do estudo de caso, seu delineamento como metodologia de investigação, além de suas possibilidades e limites enquanto estratégia de pesquisa. Com isso, constatamos que o estudo de caso estabelece

metodologia de pesquisa consolidada que pode identificar aspectos gerais e, articulado com outras estratégias de pesquisa, enriquece a construção de novos conhecimentos.

Sobre a cidade do Rio de Janeiro, vale apontar que o município, hoje Cidade Olímpica, escolhido para sediar os Jogos Olímpicos de 2016, enfrenta dilemas históricos que são evidenciados pelos profundos contrastes socioeconômicos revelados por diferentes análises de índices e indicadores sociais, que apontam, dessa maneira, para um cenário marcado pela desigualdade social. Agregando cerca de 6.161.047 habitantes, segundo estimativas do IBGE em 2008, a cidade está organizada política e administrativamente em cinco Áreas de Planejamento que compreendem 33 Regiões Administrativas, 160 Bairros e 8.048 Setores Censitários (Censo IBGE 2000), registrando-se, ainda, a existência de 965 aglomerados subnormais (favelas e assentamentos irregulares) segundo dados do Instituto Pereira Passos-IPP, órgão vinculado à Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, em todo território carioca (RIO DE JANEIRO, 2009).

Figura 1 - Cidade do Rio de Janeiro em números



Fonte: IPP, 2012.

A cidade do Rio de Janeiro é o núcleo da Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro. Em 2010, os cariocas respondiam por pouco mais da metade da população metropolitana. O segundo município mais habitado é São Gonçalo, com 999 mil habitantes, seguido respectivamente de Duque de Caxias (855 mil) e Nova Iguaçu (796 mil). O Rio de Janeiro além de ser a mais populosa cidade também é aquela com maior extensão territorial na Região Metropolitana do RJ. Dos 5.3 mil Km² metropolitanos, o Rio de Janeiro ocupa 1,2 mil Km².

Portanto, convém apresentar o desenho da institucionalidade e a trajetória histórica de prestação de serviços da Assistência Social no cenário que tangencia a pesquisa deste trabalho no município do Rio de Janeiro, a saber: a Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência e a Secretaria Municipal de Assistência Social e, com o mesmo grau de importância para fins desta análise, os já mencionados Conselhos Municipais de Assistência Social (CMAS) e o Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência (COMDEF).

Na seção seguinte, far-se-á a descrição e análise dos nexos causais, nós institucionais e das relações de causa-efeito que apontam para avanços e retrocessos na atenção à pessoa com deficiência.

3.1) A Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência no RJ e a oferta de políticas assistenciais para as pessoas com deficiência

A Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência (SMPD) no Rio de Janeiro, de acordo com os dados oficiais publicizados em *site* governamental, tem por finalidade *“promover socialmente as pessoas com deficiência, através do fortalecimento da transversalidade nas ações dos órgãos municipais, interagindo, impulsionando e executando programas específicos, mediante a implementação de políticas públicas próprias”*(SMPD, 2012, p.1).

Sendo assim, entende-se que esse órgão tem caráter transversal e dialoga com todas as políticas setoriais articulando a temática da pessoa com deficiência a partir de programas e ações especializados que atendem ao segmento em suas necessidades e demandas. Contudo, nem sempre foi desta forma, uma vez que a trajetória institucional do tratamento da deficiência no município deixou marcas da segregação em torno dessas políticas.

Até 2007 a instituição pública responsável pela elaboração, implementação, execução e avaliação de políticas assistenciais para pessoas com deficiências no município do Rio de Janeiro era a Fundação Municipal Lar Escola Francisco de Paula (FUNLAR RIO), que atualmente é denominada de Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência (SMPD). Era a FUNLAR que acompanhava e monitorava a implementação da Política de Assistência Social para as pessoas com deficiência. Ou seja, no município do Rio de Janeiro a atenção à pessoa com deficiência, no campo da política e da institucionalidade pública, se dava exclusivamente pela via da política da assistência social, acompanhando, desse jeito, o movimento histórico brasileiro de incumbir apenas à política de assistência social a proteção social e o trato com as pessoas com deficiência. A FUNLAR, atual SMPD, pertencia à Secretaria de Desenvolvimento Social (SMDS), teve a sua origem na década de 1920, inicialmente, como instituição religiosa espírita que atuava junto a crianças empobrecidas em geral e também com o público com deficiência, recebendo oriundos de donativos de sócios. Ganhou importância na cidade pelo trabalho de qualidade junto às famílias de pessoas com deficiência.

No entanto, ameaçada de fechamento após grave crise, houve uma intensa mobilização dos funcionários, usuários e da comunidade em geral, o que fez com que o governo do município do Rio de Janeiro encaminhasse a transformação do Lar Escola em *Fundação Municipal Lar Escola Francisco de Paula* (FUNLAR), vindo a ser municipalizada em 1983, em conjunto com a Associação Espírita Francisco de Paula, a partir da Lei 453/1983. Vinculada à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, a FUNLAR passa a ter como finalidade primordial promover assistência a crianças de baixa renda, portadoras e não portadoras de deficiência do Município do Rio de Janeiro. Com isso, expande-se e reforma-se o prédio-sede em Vila Isabel (Zona Norte do Rio de Janeiro), ganhando uma unidade em Campo Grande (Zona Oeste do RJ) e no Centro do Rio de Janeiro, o qual recebe o nome de Centro Integrado de Atenção à Pessoa com Deficiência (CIAD), prédio moderno e construído segundo as concepções de acessibilidade universal (FONSECA, 2007, p.55).

A partir do ano de 1994, acompanhando as concepções inovadoras na área da inclusão e ressignificação da pessoa portadora de deficiência, as ações da FUNLAR passaram a buscar não mais a “normalização” da pessoa com deficiência, mas sua habilitação para a vida social, vendo respeitadas suas particularidades e diferenças. Sob esta concepção as ações da FUNLAR priorizam a prevenção e a

capacitação de crianças e jovens, preparando-os e as suas famílias para exercer direitos fundamentais de cidadania. Em fins de 1994, ultrapassa os limites dos muros institucionais e introduz ações sistemáticas e permanentes também nos espaços de comunidades de baixa renda da cidade, modificando substantivamente a vida e as perspectivas das pessoas com deficiência aí residentes.(SMPD, 2012, p.4)

Em seguida, por volta do ano 2000, a FUNLAR, através de vários programas e duas unidades, encontra-se espalhada em vários pontos da Cidade do Rio de Janeiro atuando vinculada à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS), atual Secretaria Municipal de Assistência Social (SMAS)³³. As duas unidades originais ampliaram suas atividades em direção às comunidades adjacentes e as equipes técnicas de reabilitação em comunidade, por seu lado, já percorreram mais de 600 comunidades, atingindo centenas de moradores, cadastrando e atendendo 25.000 pessoas com deficiência.

No ano de 2002, a FUNLAR RIO estava vinculada à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social. Em seguida, em 2003, essa secretaria muda de nome na gestão do então Secretário Marcelo Garcia e torna-se Secretaria Municipal de Assistência Social. Com isso, em 2004, no momento da aprovação da Política Nacional de Assistência Social, mediante a nova lógica de um Sistema Único de Assistência Social no município do Rio de Janeiro, havia uma proximidade institucional de vinculação entre ações para pessoa com deficiência e ações da assistência social, ou seja, existia vinculação, porém não subordinação. De tal maneira, que cada esfera hierárquica preservava autonomia e legitimidade na gestão do então Prefeito César Maia, assim, por exemplo, à Secretaria destinava-se um próprio Secretário gestor da Pasta e um corpo específico de Subsecretários, cada qual exercendo competências inerentes ao cargo.

No início de 2007 a FUNLAR torna-se vinculada concomitantemente à SMAS e a uma nova secretaria, a Secretaria Extraordinária do Deficiente Cidadão (SEDECI). Posteriormente esta é incorporada somente pela SEDECI e não mais a SMAS. Em setembro de 2007, por decisão do prefeito em reconhecer a importância do tema da deficiência, a FUNLAR RIO é elevada à condição de Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência (SMPD), nasce, desse modo, na estrutura básica do Poder Executivo, através da Lei nº 4.595, de 20 de setembro de 2007 e sendo efetivamente consolidada a

³³ De 2003 a 2012 a denominação foi SMAS (Secretaria Municipal de Assistência Social), demonstrando sintonia aos avanços da PNAS. Em 2013, no entanto, a gestão recém-empossada “decidiu” mudar a denominação para SMDS (Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social) mesmo em meio às críticas de profissionais e conselheiros a denominação está sendo mantida.

partir de janeiro de 2008, o que se mantém até o presente ano de 2013 (FONSECA, 2007, p.35).

A SMPD está representada em várias regiões do município do Rio de Janeiro. No CIAD fica a base/sede administrativa, com todas as Gerências daquela. Dentro do CIAD existem também atendimentos de diversas políticas setoriais, tais como: Secretaria Municipal de Saúde (SMS), Secretaria Municipal de Esportes e Lazer (SMEL), Secretaria Municipal de Educação (SME) e do INSS. A SMPD desde 2009 organizou suas ações em quatro gerências que vão estabelecer ações voltadas para as pessoas com deficiência:

a) Gerência de Desenvolvimento Global Inclusivo (GDI);

O Desenvolvimento Global Inclusivo é desenvolvido para crianças e adultos com deficiência. Tem como objetivo melhorar a qualidade de vida. Atua realizando ações terapêuticas de habilitação e reabilitação, esportivas, socioeducativas, pedagógicas e lúdicas, visando o desenvolvimento nas áreas motora, cognitiva, afetiva e perceptiva, favorecendo, assim, o relacionamento interpessoal, familiar, escolar e comunitário. A Creche Inclusiva é voltada a crianças com e sem deficiência de 3 meses a 3 anos e 11 meses, oferece, ainda, cuidados especiais e estimulação que começam nos primeiros estágios de vida do bebê, feitos por fonoaudiólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e musicólogos. A creche funciona nas unidades de Vila Isabel e Campo Grande.

b) Gerência de Inclusão no Mundo do Trabalho (GIT);

Responsável por ofertar ações de Inclusão no Mundo do Trabalho destinadas às pessoas com deficiência a partir de 16 anos. Estimula a autonomia e o desenvolvimento de habilidades funcionais, preparando-as para inclusão no mundo do trabalho. Para as empresas, oferece serviços e consultorias especializadas para contratação de pessoas com deficiência. É responsável pela intermediação entre a pessoa com deficiência e a empresa, pela compatibilização do cargo, mapeamento da vaga e o perfil do candidato, encaminhamento para o processo seletivo, além de capacitar pessoas com deficiência e suas famílias. Ainda nessa gerência, existem o Núcleo de Tecnologia Assistiva e o laboratório de tecnologia assistiva, que têm como objetivo oferecer recursos de baixa e alta tecnologia para a comunicação e acesso à informática da pessoa com deficiência com comprometimento na fala e\ou escrita funcional, garantindo a independência e integração social.

c) Gerência de Promoção Socioeducativa Integral (GPI);

Outra ação é a Promoção Socioeducativa Integral, que é o conjunto de estratégias que promove a convivência familiar, comunitária e a inclusão produtiva da pessoa com deficiência. Divide-se em: Casas Dia e Casas Lar, que são espaços para usuários em situação de risco social. Nessas casas são oferecidas atividades culturais, sociopedagógicas, ocupacionais, esportivas e de cuidados pessoais. Os espaços de convivência/moradia para pessoas com deficiência acontecem em três Casas Dias: Mário Lago (Bairro: Jacarepaguá), Alcide de Gasperi (Bairro: Penha) e Pereirinha (Bairro: Campo Grande); Casa Lar I, II, III e IV (Bairro: Campo Grande) e República I (Bairro: Campo Grande).

d) Gerência de Reabilitação Social Baseada na Comunidade (RBC);

Atualmente possui seis equipes interdisciplinares do Programa de Reabilitação Social Baseada na Comunidade (RBC), formadas por profissionais das áreas de fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, fonoaudiologia, assistência social, esporte e lazer, que chegam às comunidades do Rio prestando atendimento itinerante e auxiliando os usuários e seus familiares em quaisquer dúvidas que possam surgir.

Enfim, essas gerências possuem programas, projetos e serviços que serão ofertados nas unidades de atendimento. Atualmente, a SMPD conta com seis unidades de atendimento, são elas:

- **Centro Municipal De Referência da Pessoa Com Deficiência – Irajá;**
- **Centro Municipal De Referência da Pessoa Com Deficiência – Santa Cruz;**
- **Centro Municipal De Referência da Pessoa Com Deficiência – São Conrado**
- **Centro Municipal De Referência da Pessoa Com Deficiência - Vila Isabel;**
- **Centro Municipal De Referência da Pessoa Com Deficiência - Campo Grande;**
- **Centro Integrado De Atenção À Pessoa Com Deficiência - CIAD Mestre Candeia.**

Esses Centros de Referência, no entanto, não focam apenas na Assistência Social, mas, sobretudo, em atividades de esporte e lazer. Nessas Unidades, o primeiro atendimento considerado como porta de entrada são os Núcleos Integrado de Atenção à Família (NIAF's) - responsável por acolher, identificar e encaminhar as demandas das pessoas com deficiência e seus familiares, além de planejar e monitorar o conjunto de ações que possibilitará a efetiva promoção social e defesa de direitos, com base em uma política integrada e inclusiva.

A SMPD administra também a Central Carioca de Intérprete de LIBRAS (CCIL), ainda pouco conhecida, mas que torna acessíveis os serviços públicos às pessoas com deficiência auditiva. Oferece, ainda, atendimentos presenciais, online e externo de ordem jurídica, trabalhista ou médica. A Central de Libras está localizada no CIAD – Mestre Candeia, sede da SMPD.

A SMPD também possui um Núcleo de Esportes e Cultura que visa descobrir novos talentos, estimular e integrar socialmente as pessoas com deficiência, possibilitando assim maior autonomia e qualidade de vida. E por fim, o Time Rio Paralímpico, que é um projeto da prefeitura através da Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência (SMPD), em parceria com o Comitê Paralímpico Brasileiro (CPB). A iniciativa objetiva o bom desempenho dos atletas de alto nível e o desenvolvimento das modalidades paralímpicas na cidade do Rio de Janeiro, sede dos Jogos Paralímpicos 2016. Ou seja, é uma estrutura bastante consolidada na cidade do Rio de Janeiro, composta administrativamente pela: Administração setorial, Gerência de Recursos Humanos, Gerência de Infraestrutura e Logística, Gerência de Contratos e Convênios; bem como, instituições vinculadas à SMPD: Centro Municipal de Atenção à Pessoa com Autismo (CEMA) e o Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência (COMDEF) Rio. Todo recurso financeiro é proveniente do Tesouro Municipal da cidade do Rio de Janeiro, não havendo recurso da Política de Assistência Social para subsidiar nenhuma das ações da SMPD, apenas alguns recursos humanos como assistentes sociais cedidas/lotadas na SMPD, mas que pertencem ao quadro da antiga SMAS (atual SMDS). Ou seja, a SMPD não opera com recursos da Política de Assistência Social o que ocasiona escassez e superficialidade das ações de assistência social na SMPD na atualidade.

3.2) A Secretaria Municipal de Assistência Social do Rio de Janeiro e a oferta de políticas para as pessoas com deficiência

A Assistência Social como política de Seguridade Social e o seu enfrentamento às questões específicas de grupos e famílias com deficiência também é um tema complexo e que ainda não se constituiu como uma das principais tarefas a serem contempladas pelo Poder Público. Aprofundando nossa análise, pretendemos identificar no município

do Rio de Janeiro quais as possibilidades de iniciativas de implementação da política de Assistência Social para as pessoas com deficiência.

Em 2004, seguindo diretrizes da Política Nacional de Assistência Social, a SMDS passou a denominar-se Secretaria Municipal de Assistência Social (doravante SMAS) e o Centro Municipal de Assistência Social Integrados, os (CEMASIS), termo denominado na época, tornaram-se Centros de Referência de Assistência Social (doravante CRAS).

Dessa forma, todos os serviços, projetos e programas, organizados por grupos etários e de risco, foram reagrupados e reorganizados nos dois eixos de proteção social: básica e especial, através do Decreto nº 24.275, de 18 de outubro de 2004.

De acordo com Alchorne (2012, p.100), a SMAS é estruturada em três subsecretarias em 2005: Subsecretaria de Proteção Social Básica; Subsecretaria de Proteção Social Especial e Subsecretaria de Gestão. Nesse período, a SMAS contava com quarenta e um CRAS e sete CREAS.

Em seguida em 2011, nova reorganização institucional em três subsecretarias: Subsecretaria de Proteção Social Básica; Subsecretaria de Proteção Social Especial e Subsecretaria de Inclusão Produtiva. Como competência da Subsecretaria de Proteção Social Básica, prioritariamente, estão os serviços de inclusão social, previstos para pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade, mas cujos vínculos familiares e comunitários estão preservados. São serviços que atuam como prevenção às situações de risco, promovendo a socialização e convivência sócio-comunitária. A Subsecretaria vai garantir que os quarenta e nove Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) acompanhem em cada território da cidade as vulnerabilidades que possam fragilizar a família, garantindo acessos e serviços setoriais. Também estará à frente de todos os programas de transferências de renda, inclusive o Benefício de Prestação Continuada (BPC).

A Subsecretaria de Proteção Social Especial é a responsável pelos acessos aos indivíduos que se encontram em situação de alta vulnerabilidade pessoal e social. Seu público-alvo são crianças, adolescentes, jovens, famílias e idosos que se encontram em vulnerabilidades decorrentes do abandono, privação, perda de vínculos, exploração ou da violência. Nela estão vinculados os serviços de abrigamento para a população em situação de rua e serviços de acolhimento e atenção psicossociais especializados, destinados a criar laços de pertencimento e possibilidades de reinserção social. Por isso, cabe a essa Subsecretaria o zelo por todos os Centros de Acolhimento da rede de

proteção social do município do Rio de Janeiro e a orientação de seus usuários em questões relacionadas a direitos, justiça e direitos humanos. De acordo com a nova classificação para programa e serviços da Política Nacional de Assistência Social, a Proteção Social Especial fica dividida em Média³⁴ ou Alta³⁵ Complexidade (PCRJ, 2013, p.4).

E por fim, são funções da Subsecretaria de Inclusão Produtiva: assessorar o Titular da Pasta na direção, coordenação e gestão estratégica do órgão; participar da formulação das políticas e diretrizes da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS), em articulação com os demais órgãos; promover e buscar parcerias com a sociedade civil e iniciativa privada alinhadas com a promoção e defesa de direitos da população em situação de vulnerabilidade social e econômica; planejar, coordenar e monitorar a implementação das políticas de Inclusão Produtiva e Segurança Alimentar e Nutricional, observando as diretrizes do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS); analisar e consolidar informações oriundas de seus órgãos subordinados e/ou de órgãos que promovam atividades correlatas emitindo parecer conclusivo sobre o assunto; elaborar normas técnicas para regulamentação de projetos, programas e ações que promovam o acesso da população e a inclusão produtiva em todo Município do Rio de Janeiro, indicando, dessa forma, as diretrizes interventivas; articular-se com as demais Subsecretarias da SMDS para oferta dos produtos de sua área de atuação; articular-se com a rede de serviços socioassistenciais e demais Políticas Públicas Setoriais; viabilizar, através da interlocução macrofuncional, subsídios que possam compor as estratégias de ação para a execução dos serviços ofertados pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social (SMDS); promover a captação de recursos junto aos entes públicos federais, estaduais e organismos públicos internacionais e multilaterais, a fim de efetivar as ações e serviços da Política Nacional de Inclusão Produtiva no Município do Rio de Janeiro; estabelecer critérios para celebração de convênios com instituições possibilitando a expansão das atividades da Secretaria; ampliar as metas de serviços de Inclusão Produtiva prestados pela Secretaria à população em situação de vulnerabilidade social; buscar, junto ao MDS, linhas de

³⁴ São ações destinadas a situações onde os direitos do indivíduo e da família já foram violados, mas ainda há vínculo familiar e comunitário.

³⁵ Atende a casos onde os direitos do indivíduo ou da família já foram violados/rompidos.

financiamento para expansão de Programas em Inclusão Produtiva no âmbito do Município do Rio de Janeiro (PCRJ, 2013, p.5).

Atualmente em 2013, segundo dados oficiais da SMDS (Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social), nova nomenclatura oficializada pela gestão do atual Secretário Adilson Pires, conta com quarente e sete CRAS, quatorze CREAS e dois Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (POP), (PCRJ, 2013).

O município do Rio de Janeiro, no que tange à possibilidade de implementação da política de Assistência Social para as pessoas com deficiência, apresenta uma estrutura municipal de gestão dividida em dez Coordenadorias de Assistência Sociais respectivamente localizadas em dez territórios circunscritos geograficamente no Rio de Janeiro, situa-se pela classificação da NOB-SUAS no nível de gestão plena da política de assistência social. No entanto, esse nível de gestão deveria considerar também a oferta de serviços para as pessoas com deficiência, mas que ainda não ocupa seu lugar efetivo na atenção às necessidades sociais das PcD's.

Nossa constatação, advinda de observação institucional, pesquisa documental e análise de entrevistas é que os serviços ofertados pelos CRAS e CREAS, da antiga SMAS-RJ e atual SMDS, tratam as necessidades das pessoas com deficiência como um capítulo à parte, de modo marginal, uma vez que não existem metodologias inclusivas para as pessoas com deficiência, o que há é apenas, quando muito, um espaço físico adaptado para fins de acessibilidade – uns adequadamente e outros precariamente. Igualmente, não há capacitação da equipe profissional para lidar com a diversidade das deficiências e, nas unidades da Assistência Social, inexistem ou são de imensa fragilidade. Não possuem ainda: intérpretes de libras, leitores, piso tátil, escrita em *braille* ou sequer outra forma de tecnologia e recurso para criar acesso. Os serviços³⁶ especializados para pessoa com deficiência previstos na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais – Resolução 109/2009, não são implementados no município do Rio de Janeiro, apenas aqueles que atendem às famílias de modo geral nos CRAS e CREAS.

Não existem superposições de ações assistenciais entre SMAS e SMPD, já que as ações que se assemelham são escassas e se dão mais no campo dos benefícios de modo

³⁶ Serviço de Proteção Social Básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosas; Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosas e suas Famílias; Serviços de Proteção Social Especial de Alta Complexidade: Residência Inclusiva.

pontual e fragmentado como orientações sobre o cadastro do Programa Bolsa Família ou BPC. As ausências e lacunas são muito maiores e não há nenhum serviço daqueles presentes na Tipificação em funcionamento. A implementação da política de assistência social até o modelo atual do SUAS ainda tem muitos limites. A oferta de política de Assistência Social se dá pela Rede Histórica Conveniada- doravante RHC (Rede Socioassistencial Privada - antiga REDE SUAS), onde a sociedade civil junto ao poder público participa da Rede de Proteção Social da Cidade voltada as PCD's, atualmente com trinta instituições conveniadas com a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (ANEXO 4- Deliberação nº585/2012). Existe o controle social do CMAS-RJ a partir do repasse financeiro a essas instituições que estão distribuídas pelo município, todavia, não há diálogo destas com os CRAS e CREAS municipais. Os relatores de gestores e conselheiros são unânimes sobre isso como veremos no tópico adiante na análise das entrevistas. Ou seja, o município do Rio de Janeiro, como uma metrópole, que possui representativo número de instituições públicas e privadas, governamentais e não governamentais que atuam de forma direta e indireta na prestação de serviços sociais voltadas ao público de pessoas com deficiência, ainda padece de uma precária implementação da Política de Assistência Social para essa parcela da população moradora da cidade do Rio de Janeiro.

Especificamente, ao que se refere ao BPC, principal programa para pessoas com deficiência no Brasil e aplicado ao caso município do Rio de Janeiro no contexto do SUAS, vimos que para se habilitar à Gestão Plena foi necessário que o município atendesse a vários requisitos previstos na NOB/SUAS de 2005³⁷, com grifos nossos, seguem comentados em seguida:

1) *manter estrutura para recepção, identificação, encaminhamento, orientação e acompanhamento dos beneficiários do BPC e dos Benefícios Eventuais, com equipe profissional composta por, no mínimo, um (01) profissional de serviço social.* Essa estrutura no município do Rio de Janeiro é suprida hoje através de quarenta e sete CRAS distribuídos por dez Coordenadorias de Assistência Social (CAS) num modelo de gestão descentralizada. As coordenadorias são uma experiência inovadora da cidade do Rio de Janeiro, já que não é uma proposta da PNAS, mas sim um mecanismo de gestão concebido pela Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social a fim de garantir a interlocução entre os gestores e os profissionais executores da ponta dos

³⁷ Ainda com a vigência da NOB-SUAS 2012 tal habilitação – gestão plena – se mantém; porém utilizamos a NOB SUAS 2005 a fim de retratar o cenário à época pós PNAS 2004.

serviços. O fluxo da informação é SMDS →CAS →CRAS e vice-versa. Essa divisão se deu a partir de estudos realizados pelo Centro de Vigilância da Exclusão, responsável por estudos de georreferenciamento acerca dos níveis de vulnerabilidades encontrados nos territórios, em consonância com a lógica de vigilância territorial do SUAS. Contudo, o acompanhamento dos beneficiários do Programa Bolsa Família é muito maior ou predominante do que os acompanhamentos do beneficiário do BPC. Ainda não há um movimento de interlocução entre os níveis federal, estaduais e municipais que crie uma agenda de monitoramento do BPC. Ainda hoje, o acompanhamento dos beneficiários do BPC é frágil nos CRAS e CREAS do município, ficando restrito a listagens emitidas pelo nível central da gestão da Subsecretaria de Proteção Social Básica, através do Cadastro Único dos Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico). Tais listagens no cotidiano dos CRAS deveriam se materializar em visitas domiciliares, prestação de serviços de assistência social, provisão social e/ou material; dentre outros, mas ainda não se constituem prioridade de execução nessa política:

2) *apresentar Plano de Inserção e Acompanhamento de beneficiários do BPC, selecionados conforme indicadores de vulnerabilidades, contendo ações, prazos e metas a serem executadas, articulando-as às ofertas da Assistência Social e às demais políticas pertinentes, dando cumprimento ainda ao art. 24 da LOAS.* No caso da atenção às pessoas com deficiência existem dois tipos de atenção no município do RJ: a SMAS, que desenvolve ações ainda tímidas restritas à concessão de passe-livre municipal através dos CRAS/CREAS e já adequados à nova Lei do SUAS; e a SMPD ainda não adaptada à Lei do SUAS mas que tem trabalhado e reunido esforços para elaborar planos de ações e acompanhamento sistemáticos, bem como com indicadores de vulnerabilidade.

3) *Estruturar Centros de Referência de Assistência Social (CRAS³⁸), de acordo com o porte do município, em áreas de maior vulnerabilidade social, para gerenciar e executar ações de proteção básica no território referenciado;* Sendo o BPC situado como benefício da proteção social básica, faz-se necessário que as ações situadas nesse mesmo nível de proteção se articulem no interior dos CRAS/CREAS (se associada a

³⁸ Tamanho dos municípios: Pequeno Porte I – mínimo de um CRAS para até 2.500 famílias referenciadas; Pequeno Porte II – mínimo de um CRAS para até 3.500 famílias referenciadas; Médio Porte – mínimo de dois CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas; Grande Porte – mínimo de quatro CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas; Metrópoles – mínimo de oito CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas;

situações de violações de direitos e/ou vínculos familiares rompidos) a fim de potencializar as possibilidades de emancipação das pessoas com deficiência atendidas.

Os dados da 4ª Conferência Nacional da Assistência Social mostram que quase 90% do FNAS se destina ao financiamento do BPC. Os recursos sobranes são destinados para os serviços, inclusive aqueles que devem atender às demandas singulares de modo especializado.

Enfim, a Prefeitura do Rio de Janeiro/SMDS vem conseguindo unificar ações, profissionalizar as formas de gestão dos programas nacionais, buscar metodologias para qualificação dos profissionais da área, rever nomenclaturas, criar novos critérios de partilha de recursos da verba a ser dividida e repassada aos municípios, ampliar o atendimento à população em situação de vulnerabilidade social. Porém, o que se observa é que o plano do executivo não acompanha o plano legal e muitas das medidas assistenciais em prol da pessoa com deficiência não saem do papel, como o caso das Residências em Famílias Acolhedoras citadas no capítulo 2, e outras que sequer foram postas em prática pela política de Assistência Social.

Referente ao texto legal da PNAS, as pessoas com deficiência foram contempladas com ações de maior estruturação técnico-operacionais e atenção especializada e mais individualizada e, igualmente, com acompanhamento sistemático e monitorado, sobretudo, no âmbito da Proteção Social Básica³⁹, destacamos na oferta de Benefício, o Benefício da Prestação Continuada (BPC); na Proteção Social Especial tais como: na Média complexidade⁴⁰: 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).

³⁹ 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.

⁴⁰ 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);

O tema da reabilitação, de acordo com o Plano Mundial da Organização das Nações Unidas (ONU, 2010) para as pessoas com deficiência, envolve aspectos mais gerais para além da Saúde. O conceito de Reabilitação envolve a Assistência Social às pessoas com deficiência. Ou seja, a Reabilitação na Assistência Social não se ocupa dos temas de Saúde e de tratamentos clínicos, e sim, referem-se a aspectos de sociabilidade e inclusão social, porém o termo habilitação e reabilitação na Assistência tem sido usado de modo indiscriminado seja na legislação ou nos demais documentos. Os termos “habilitação e reabilitação” na Assistência Social não devem assumir traços característicos da política de saúde, que historicamente se voltou a atender às questões motoras, cognitivas entre outros, uma vez que o traço da Assistência Social atende aos aspectos sociais relacionais, ambientais pertinentes à habilitação e reabilitação social, ou seja, o modelo de atendimento social pressupõe verificar “as necessidades básicas para assegurar os mínimos sociais”, “integração à vida comunitária” e “assegurar a provisão quando da insuficiência de renda familiar”.

Não há na SMDS-RJ- em nenhuma de suas unidades de Proteção Social Básica e Proteção Social Especial - nos termos da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, nenhum tipo de iniciativa de serviços, programas e projetos da Assistência Social que propicie o acesso pela via da “Comunicação” entendida como linguagem, assim:

Que abrange as línguas, a visualização de textos, o *braille*, a comunicação tátil, os caracteres ampliados, os dispositivos de multimídia acessível, assim como a linguagem simples, escrita e oral, os sistemas auditivos e os meios de voz digitalizada e os modos, meios e formatos aumentativos e alternativos de comunicação, inclusive a tecnologia da informação e comunicação acessíveis.ou ainda a “Língua” abrange as línguas faladas e de sinais e outras formas de comunicação não-falada; (BRASIL:2009,p.1)

A convenção é clara. Sua existência antecede a legislação do SUAS de 2011. Porém, à medida que o poder público municipal do Rio de Janeiro se exime de adaptar, de possibilitar o acesso, de pensar as políticas de pessoa com deficiência exerce o que a Convenção aponta como:

“Discriminação por motivo de deficiência” significa qualquer diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, com o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o reconhecimento, o desfrute ou o exercício, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nos âmbitos político,

econômico, social, cultural, civil ou qualquer outro. Abrange todas as formas de discriminação, inclusive a recusa de adaptação razoável; (BRASIL, 2009, p.1)

Tendo como parâmetro a citação supracitada, existem violações de direitos que ocorrem com as pessoas com deficiência no Brasil, nas comunidades e povos tradicionais, como indígenas, que muitos CREAS não conseguem acompanhar, é o caso, por exemplo, de muitos deficientes auditivos que não conseguem ser atendidos nas unidades porque não há interprete. Unidades com escadarias enormes que dificultam a circulação de cadeirantes, que os quais para terem acesso ao local somente o conseguirão se carregados – o que é a pior afronta ao corpo e integridade física do cidadão cadeirante tendo em vista ser a cadeira compreendida subjetivamente como parte do seu corpo. Enfim, esses exemplos são alguns dentre outras situações que cotidianamente acontecem nos CRAS, CREAS, Unidades de Alta complexidade no município do RJ.

Ao se pensar na qualificação dos recursos humanos do SUAS, uma das deliberações da última Conferência da Assistência Social em 2009, que enfocou justamente a valorização dos trabalhadores do SUAS, percebemos uma preocupação em atender os usuários em suas diferentes especificidades – como é o caso das pessoas com deficiência:

Elaborar e implementar o Plano municipal, estadual, do Distrito Federal e nacional de formação permanente para os trabalhadores do SUAS, em consonância com a NOB-RH/SUAS e na perspectiva da qualificação dos serviços socioassistenciais, em articulação com as demais políticas setoriais, os poderes Judiciário e o Legislativo, contemplando temas relacionados à gestão, trabalho socioassistencial com famílias, ao uso abusivo de álcool e outras drogas, à divulgação dos direitos sociais, às estratégias de mobilização popular, inclusive para as comunidades e povos tradicionais (indígenas, quilombolas, ribeirinhos, pescadores artesanais, ciganos, pesqueira, portuária, assentados, etc.) e ao atendimento especializado à pessoa com deficiência, sobretudo o curso profissionalizante da língua brasileira de sinais.(BRASIL/CNAS, 2009) (grifos nossos).

Destarte, com a prática da Política Nacional de Assistência Social desde 2004, há uma orientação para que todos os municípios do Brasil implementem os serviços através das SMAS ou similares, para as pessoas com deficiência, através dos CRAS, CREAS e unidades da Alta Complexidade. O município do Rio de Janeiro está em gestão plena - o maior nível de gestão em torno dos recursos e ofertas de ações da Proteção Básica e

Especial - desde 2005, o que significa, segundo a Norma Operacional Básica do SUAS, que o município tem gestão total sobre as ações de assistência social e portanto deveria atender aos requisitos necessários à atenção à pessoa com deficiência.

Percebemos, com isso, que pode haver várias alternativas e também fragilidades no acesso das políticas de assistência social ofertadas às pessoas com deficiência. Conhecer a realidade do município do Rio de Janeiro nos auxilia na análise de possibilidades mais concretas de produção de ações de Política de Assistência Social para as pessoas com deficiência. Destacamos ainda a grande lacuna de produção científica e de sistematização da gestão municipal acerca da realidade das políticas sociais voltadas às pessoas com deficiência no município do Rio de Janeiro.

Na seção seguinte discorreremos a respeito do Conselho Municipal da Pessoa com deficiência.

3.3) O COMDEF- Rio – Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência

Os conselhos são espaços de interação que se caracterizam por um tipo de distribuição do poder justificados pela realização de uma tarefa comum, de interesse comum, para o cumprimento de uma responsabilidade comum. Os Conselhos de Direitos surgiram a partir da Constituição Federal de 1988, fundamentados no âmbito da formulação, da deliberação, do monitoramento do controle social e avaliação das políticas públicas (BRAVO E PEREIRA, 2001, p.30).

O conceito de controle social é bastante amplo, todavia, com base em Cruz Silva (2013, p.2), pode-se dizer que possui como função garantir os princípios explícitos e implícitos da Constituição Federal de 1988, tais como: a legalidade, a moralidade, finalidade pública, a motivação, a impessoalidade e a publicidade, bem como, a eficiência. Por isso, realizar o controle social é fundamental para garantir que tais ações serão feitas de acordo com tais princípios, vindo de fato a alcançar êxito. Citando Di Pietro (1998, p. 478): “o poder de fiscalização e correção que sobre ela exercem os órgãos dos poderes Judiciário, Legislativo e o Executivo, com o objetivo de garantir a conformidade de sua atuação com os princípios que lhes são impostos pelo ordenamento jurídico”.

Sobre a instância máxima de deliberação de controle social no campo da pessoa com deficiência temos o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE), que foi criado pelo Decreto nº 3.076, de 1º de junho de 1999 como órgão deliberativo. De acordo com as diretrizes do CONADE, as principais competências dos Conselhos são: propor e deliberar sobre ações para planos e programas dos Estados/municípios referentes à promoção e à defesa dos direitos das pessoas com deficiência; zelar pela efetiva implementação da política para inclusão da pessoa com deficiência; acompanhar o planejamento e avaliar a execução das políticas públicas relativas à pessoa com deficiência; acompanhar a elaboração e execução da proposta orçamentária pertinente à consecução da política para inclusão da pessoa com deficiência.

A criação dos conselhos de direitos, como o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (CONADE), os conselhos estaduais e municipais e as conferências nacionais, têm mobilizado os segmentos organizados das pessoas com deficiência. Ressalta-se que o CONADE foi criado para acompanhar e avaliar o desenvolvimento de uma política nacional para inclusão da pessoa com deficiência e das políticas setoriais de educação, saúde, trabalho, assistência social, transporte, cultura, turismo, desporto, lazer e política urbana, dirigidos a esse grupo social. Este órgão faz parte da estrutura básica da Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República. A criação deste órgão se deu no intuito de que se pudesse tomar parte do processo de definição, planejamento e avaliação das políticas destinadas à pessoa com deficiência, por meio da articulação e diálogo com as demais instâncias de controle social e os gestores de administração pública direta e indireta. (BRASIL, 2012c).

Quanto ao período de mandato, cada Estado ou Município tem independência para defini-lo. Contudo, a exemplo do CONADE, a sugestão é que se preconize por períodos de dois anos. O COMDEF tem a mesma periodicidade. Observamos para que o Conselho tenha uma atuação satisfatória, é necessário garantir sua participação durante a elaboração das políticas do governo local, atuando no planejamento da dotação orçamentária do ano subsequente de todas as Secretarias de Governo para que desenvolvam as políticas públicas relacionadas à promoção e garantia de direitos da pessoa com deficiência. Além da atuação política, os conselheiros deverão dar conhecimento aos seus representados, relatando matérias e atuando diretamente na rede de articulação entre seus pares. Cabe, ainda, atuar na sensibilização da sociedade em

geral acerca da defesa dos direitos das pessoas com deficiência. Não há muita sistematização de registros sobre o COMDEF, mas uma de suas principais lutas e contribuições é no campo legislativo onde existem inúmeras contribuições na luta do Movimento das Pessoas com Deficiência.

Hoje, mencionar ou considerar o Estatuto da Pessoa com Deficiência segundo o movimento das pessoas com deficiência seria uma volta ao passado, ainda quando os instrumentos legais e recomendações internacionais eram direcionados ao assistencialismo às pessoas com deficiência. Portanto, o Estatuto torna-se desnecessário, pois a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, maior conquista da história mundial dos direitos humanos, já faz parte do nosso arcabouço legal, ratificada através do Decreto Legislativo 186/2008, com *status* de emenda constitucional, e reafirmada pelo Decreto 6946/2009.

Estamos caminhando para que a sociedade perceba que a pessoa com deficiência faz parte da população e é titular de todos os direitos, obrigações e liberdades fundamentais. Deverá ficar claro que, nas leis comuns, a pessoa com deficiência está incluída com o mesmo direito aos serviços oferecidos à população e que serão previstas especificidades de usufruto somente quando as condições de uma determinada deficiência assim exigir. Em tal contexto, não haverá lugar para um Estatuto separado, isto é, segmentado sobre as pessoas com deficiência. Todas as eventuais vantagens de um instrumento como este não compensam a anulação do processo de amadurecimento, evolução e conquistas do movimento das pessoas com deficiência nos últimos 30 anos, no Brasil (COMDEF, 2009).

No subitem seguinte falaremos sobre o Conselho Municipal de Assistência Social, o CMAS-Rio.

3.4) O CMAS- Rio Conselho Municipal de Assistência Social

É necessário pensar o controle social através dos Conselhos para que o atual modelo do SUAS seja implementado. Sabe-se que os conselhos foram incorporados à estrutura dos governos, nacional e subnacionais, para garantir a descentralização político-administrativa e a participação da população na formulação e controle das políticas sociais. O objetivo institucional é desenvolver a cooperação entre Estado e sociedade na solução de problemas de interesse comum nessas áreas. São compostos

por representantes de entidades da sociedade civil e representantes do governo que devem, em conjunto, participar do planejamento, das decisões e do controle de políticas sociais setoriais. São espaços públicos de discussão e decisão, assim como de acompanhamento e fiscalização de ações, programas e alocação de recursos. Em geral, os conselhos de política social atraem profissionais, ativistas, usuários e prestadores de serviços sociais e pessoas envolvidas na defesa dos direitos de portadores de deficiências, dos idosos, de crianças e adolescentes e dos grupos mais expostos aos riscos e inseguranças sociais (BRAVO E PEREIRA, 2001).

A PNAS/2004 avança ao atribuir aos conselhos um caráter fundamental no processo de decisões e acompanhamento da política de assistência social, afirmando que conselho, plano e fundo são elementos essenciais para a gestão da assistência social, entendidos como espaços de participação da população.

No Rio de Janeiro, o Conselho Municipal de Assistência Social foi instituído pela Lei N.º 2469, de 30 de agosto de 1996. As questões relativas à deficiência estão pautadas com centralidade, já que, no caso do Rio de Janeiro, há uma presença muito forte da sociedade civil na execução da Política de Assistência Social através da RHC e que segundo deliberação N.º 595/2012 em seu artigo 1º são as entidades que prestam serviços de ação continuada de Assistência Social na Cidade do Rio de Janeiro conveniada com a SMAS, anteriormente conhecida como REDE SUAS.

O CMAS é o responsável por acompanhar através do exercício do controle social essas instituições da RHC. O CMAS já implementou nove Conferências municipais e no caso da cidade do Rio de Janeiro damos destaque para as Comissões Locais da Assistência Social.

As Comissões Locais são instâncias consultivas, articuladoras e integradoras ligadas ao CMAS-RJ, estes são espaços de controle social nas dez áreas da assistência social (divisão municipal) com representação paritária de governo e sociedade civil, três titulares e três suplentes. Através dessas comissões, foi possível democratizar a participação da população e incorporar as demandas por controle social nas respectivas áreas com maior qualidade.

Os Conselhos Municipais de Assistência Social estão vinculados ao órgão gestor de assistência social, que deve prover a infraestrutura necessária ao seu funcionamento, garantindo, dessa maneira, recursos materiais, humanos e financeiros, inclusive com

despesas referentes a passagens e diárias de conselheiros representantes do governo ou da sociedade civil, quando estiverem no exercício de suas atribuições.

Destaca-se, na citação seguinte, as mudanças trazidas na nova Lei do SUAS a partir do artigo 16º, no § 4º que trata dos conselhos de Assistência Social:

Os Conselhos de que tratam os incisos II, III e IV do art. 16, com competência para acompanhar a execução da política de assistência social, apreciar e aprovar a proposta orçamentária, em consonância com as diretrizes das conferências nacionais, estaduais, distrital e municipais, de acordo com seu âmbito de atuação, deverão ser instituídos, respectivamente, pelos Estados, pelo Distrito Federal e pelos Municípios, mediante lei específica.” (BRASIL, 2011,p.5)

O poder público, como gestor da política nas três esferas de governo, é de coordenador da rede socioassistencial do País, regulando, assim, as normas que orientaram as Políticas Nacional, Estaduais e Municipais de Assistência Social e os padrões mínimos de qualidade para o seu funcionamento enquanto um sistema integrado de Assistência Social. Entretanto, este controle das ações não se opera de forma encastelada nos gabinetes dos Gestores das três esferas de governo, esta regulação é fruto de um amplo processo de discussão e pactuação entre governo e sociedade civil por meio de suas deliberações nos Conselhos de Assistência Social. A sociedade civil é um importante ator na construção da política de Assistência Social tanto na prestação de serviços socioassistenciais quanto na elaboração das diretrizes das Políticas Municipais, Estaduais e Nacional de Assistência Social. A inscrição nos conselhos é condição “*sine qua non*” para o aprimoramento da rede de serviços de caráter assistencial sob a coordenação do Poder Público.

No subitem 3.5 descreveremos os passos metodológicos e analíticos de construção e constituição deste estudo.

3.5) Categorias de análise sobre Deficiência e Assistência Social

Este trabalho é de cunho qualitativo e exploratório, sendo assim, nossa pesquisa foi pensada a partir de categorias elencados mediante percurso bibliográfico e documental que permitiu enumerar os destaques no campo da Política de Assistência Social e da Pessoa com Deficiência. Optamos por destacar eixos conceituais que nortearam nossa investigação durante todo decurso adotado no processo de entrevistas abertas aplicada a gestores e conselheiros.

Ao tratar o material recolhido do campo de pesquisa, os ordenamos no quadro a seguir em subdivisões por períodos de gestão e exercício de controle social no recorte temporal a começar de 2004 a 2012, cronologicamente, apresentados do menor ano para o maior ano. Em seguida, classificamos a partir da concentração na Política de Assistência Social e Política para Pessoa com Deficiência nos âmbitos nacional e municipal e avançamos para a análise acerca da organização da política de assistência social para as pessoas com deficiência, segundo o modelo do SUAS, compreendendo estratégias, avanços e limites.

Foi elaborado um roteiro de questões-temas abertas para a condução das entrevistas, que objetivou resgatar as principais questões teóricas a serem investigadas, com isso, estas foram agrupadas por eixos centrais de análise iniciando-se da percepção de gestores e conselheiros.

A ideia foi realizar uma análise de conteúdo dos relatos dos gestores e conselheiros tendo em vista diferentes momentos da política de assistência social e da pessoa com deficiência abrangendo o período de 2004 a 2012. Para realizar a análise de conteúdo temático, estruturamos este estudo em torno dos três polos cronológicos que Bardin (2007) propõe: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento e interpretação dos resultados.

Entendemos que um texto que produzisse sentidos nos seria bastante apropriado à utilização de entrevistas abertas que possibilitassem a apreensão de discursos livres, ideológicos, partidários, políticos, cheios de conhecimentos e desconhecimentos, enfim, repletos de dados para nossa análise. Destacamos em negrito algumas palavras nos trechos analisados que auxiliaram no processo de tratamento e interpretação dos resultados. Serão terminologias e conceitos que se assemelham em sentidos para fins de divisão das perguntas e de análise. Agrupamos as questões a partir das categorias a fim de organizar a apresentação dos achados da pesquisa. Adiante, elaboramos um quadro de categorias, variáveis e indicadores(baseados nas perguntas do roteiro de entrevista).

QUADRO 7: QUADRO DE CATEGORIAS, VARIÁVEIS E INDICADORES

CATEGORIAS	VARIÁVEIS	INDICADORES (PERGUNTAS NO ROTEIRO DE ENTREVISTAS)
INCORPORAÇÃO NA AGENDA PÚBLICA (conforme item 3.5.1)	a) Reconhecimento do Tema	1- Como o gestor municipal/conselheiro incorporou na agenda pública a atenção à deficiência?
	b) Programas e Ações implantados e desenvolvidos	2- Quais foram os programas e ações municipais da Assistência Social voltadas às pessoas com deficiência na sua gestão/exercício?
PROTEÇÃO SOCIAL PELA ASSISTÊNCIA SOCIAL (conforme item 3.5.2)	a) Abrangência e Efetividade da Política	3-Quais são as atuais ações para as pessoas com deficiência no campo da assistência social? 4-Considera que a política de assistência social tem feito diferença na vida das pessoas com deficiência? Consegue identificar ausências do poder público na política de assistência social junto às pessoas com deficiência.
	b) Conhecimento sobre a Convenção	5- Conhece a Convenção Internacional das Pessoas com Deficiência? Considera tal Convenção apropriada ao Brasil? Considera que o SUAS(SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL) está de acordo com os pressupostos da Convenção Internacional das Pessoas com Deficiência?
GESTÃO DA POLÍTICA (conforme item 3.5.3)	a) Intersetorialidade	6- Como se dava a articulação intersetorial entre SMPD e SMAS em prol das pessoas com deficiência? 7-Concorda com a atuação de uma secretaria especializada para tratar apenas de assuntos da deficiência?
	b)Avanços e entraves na gestão	8-Poderia citar avanços na implementação da política de assistência social para as pessoas com deficiência no decorrer da sua gestão? 9- Poderia citar entraves de implementação da política de assistência social para as pessoas com deficiência no decorrer da sua gestão?
	c)Capacidade da Política de Assistência Social	10- Considera que a política de Assistência Social está preparada para atender as pessoas com deficiência?

As entrevistas foram utilizadas como forma de entendimento daquela realidade, sem pretensão de generalização, mas de compreensão (MINAYO, 2002, p.17). Para fins de análise, optamos pela confidencialidade dos nomes dos gestores, conforme termo de aceite da pesquisa (ANEXO 2). Ressalta-se que os gestores e conselheiros foram nomeados para fins desta tese como Gestor Municipal ou Nacional e/ou Conselheiro Municipal ou Nacional, seguido do campo da Política para identificá-los: Política de Assistência Social ou Política para Pessoa com Deficiência, de acordo com o quadro oito de entrevistados adiante apresentado. Ao longo da análise, portanto, veremos a palavra Gestor ou Conselheiro e o nome da respectiva pasta de atuação, para identificá-los como atores políticos entrevistados para fins desta tese de: Gestor Municipal Assistência Social e Gestor Municipal Pessoa com Deficiência; Em seguida os Gestores Nacionais, os Conselheiros Municipais da Assistência Social, os Conselheiro Municipais da Pessoa com Deficiência e o Conselheiro Nacional da Pessoa com Deficiência. Abaixo o quadro dos entrevistados e análise das categorias.

QUADRO 8: ENTREVISTAS COM OS GESTORES E CONSELHEIROS	
Análise a partir de 10 questões abertas para os gestores e conselheiros das duas pastas- Da PNAS 2004 até a Lei do Suas 2011/2012	
GESTORES MUNICIPAIS	<i>SITUAÇÃO</i>
PESSOA COM DEFICIÊNCIA	
GESTÃO 1 - Gestor Municipal Pessoa com Deficiência	<i>Realizada</i>
GESTÃO 2- Gestor Municipal Pessoa com Deficiência	<i>Realizada</i>
GESTÃO 3- Gestor Municipal Pessoa com Deficiência	<i>Não realizada</i>
GESTÃO 4 – Gestor Municipal Pessoa com Deficiência	<i>Realizada</i>
ASSISTÊNCIA SOCIAL	
GESTÃO 1- Gestor Municipal Assistência Social	<i>Realizada</i>
GESTÃO 2- Gestor Municipal Assistência Social	<i>não realizada</i>
GESTÃO 3- Gestor Municipal Assistência Social	<i>não realizada</i>
TOTAL DE GESTORES MUNICIPAIS	<i>4</i>
PRESIDENTES E VICE-PRESIDENTES DOS CONSELHOS MUNICIPAIS	
CMAS- CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL	
PRESIDENTE DO CMAS 1- Conselheiro Municipal Assistência Social	<i>Realizada</i>
VICE PRESIDENTE DO CMAS 2 -Conselheiro Municipal Assistência Social	<i>Realizada</i>
PRESIDENTE DO CMAS 3 - Conselheiro Municipal Assistência Social	<i>não realizada</i>
PRESIDENTE DO CMAS 4 -Conselheiro Municipal Assistência Social	<i>Realizada</i>
VICE PRESIDENTE DO CMAS 5 - Conselheiro Municipal Assistência Social	<i>Realizada</i>
PRESIDENTE DO CMAS 6 - Conselheiro Municipal Assistência Social	<i>Realizada</i>
VICE PRESIDENTE DO CMAS 7 Conselheiro Municipal Assistência Social	<i>Realizada</i>
COMDEF - CONSELHO MUNICIPAL DE DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA	
PRESIDENTE DO COMDEF 1- Conselheiro Municipal da Pessoa com Deficiência	<i>Realizada</i>
SECRETARIA EXECUTIVA COMDEF 2- Conselheiro Municipal da Pessoa com Deficiência	<i>Realizada</i>

CONADE- VICE-PRESIDENTE DO CONADE 1 - Conselheiro Nacional da Pessoa com Deficiência	<i>Realizada</i>
TOTAL	9
TOTAL DE GESTORES NACIONAIS	
Coordenação Geral dos Serviços de Convivência e Fortalecimento dos Vínculos- Proteção Social Básica – Gestão 1 – Gestor Nacional	<i>Realizada</i>
Direção Geral de Acompanhamento de Beneficiários (BPC ESCOLA e BPC Trabalho) - Gestão 2– Gestor Nacional	<i>Realizada</i>
Direção Geral do Departamento de Benefício de Prestação Continuada – Gestão 3 - Gestor Nacional	<i>Realizada</i>
Direção Geral do Sistema Único de Assistência Social e Comissão Intergestores Tripartite- Gestão 4 – Gestor Nacional	<i>Realizada</i>
Secretário Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Gestão 5 – Gestor Nacional	<i>Realizada</i>
TO TAL DE ENTREVISTAS OBTIDAS	18

3.5.1) Incorporação na Agenda Pública

Quando analisamos criticamente o que os gestores e conselheiros entendem sobre a temática da deficiência enquanto demanda da agenda pública, percebemos diferentes compreensões em torno da relevância e prioridade no campo da política pública.

Os entrevistados abordaram a incorporação da deficiência como tema da agenda pública da política de Assistência Social e a Política da Pessoa com Deficiência em suas falas.

De tal modo, como pano de fundo, temos o cenário brasileiro de descentralização do poder, dito constitucional pós 1988, ratificado pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), que dispõe em seu artigo 5º, inciso I, sobre a descentralização política e administrativa entre os entes do Governo, Municípios e Estados, havendo um comando único em cada esfera do governo. Assim, Municípios e Estados possuem autonomia para elencar em sua agenda as ações de assistência social, tendo as secretarias papel fundamental para a concretização dos resultados. Essa descentralização do poder facilita a tomadas de decisões bem como o financiamento e o controle social como linhas que tecem uma rede (BRASIL, 2006, p.3).

Compreendemos que toda proposta de gestão política precisa assumir a cena da agenda pública para se consolidar. Tornar-se um problema de alcance e visibilidade para os operadores das políticas, para a sociedade, para estudiosos, enfim, tornar-se uma questão de agenda. Por isso, iniciamos o estudo investigativo verificando junto aos gestores da Assistência Social e da Pessoa com Deficiência como se dava a atenção à deficiência na agenda pública municipal.

É oportuno nos remeter ao que Dye (1984, p.2) define como política pública, sinteticamente e de modo direto, afirmando que é “o que o governo escolhe fazer ou não fazer”. Igualmente, Peters (1986, p.5) segue o mesmo veio: política pública é a soma das atividades dos governos, que agem diretamente ou através de delegação, e que influenciam a vida dos cidadãos.

Para pensar a incorporação na agenda pública, no caso do município do Rio de Janeiro, elencamos duas variáveis:

Reconhecimento do tema e

Programas e ações implantados e desenvolvidos;

A partir destas, pretendemos analisar o significado das posturas da gestão e dos conselheiros em torno da temática da deficiência no qual seja possível perceber o grau de conhecimento e reconhecimento das necessidades demandadas à política de Assistência Social, porém resguardando diferenças marcadamente divididas pelo grau de conhecimento da pasta.

Entendendo a necessidade de políticas de assistência social para as pessoas com deficiência, concordamos com a definição de Lynn (1980) assinalando que a política pública é caracterizada como um conjunto de ações do governo que produzirão efeitos específicos para segmentos específicos. Efeitos específicos para segmentos específicos, ou seja, são necessárias ações caracterizadas e pensadas a partir dessa diversidade de especificidades, como também, verificar os programas e ações empreendidos ao longo da gestão e do acompanhamento pelo exercício do controle social. Quer dizer, à medida que os atores entrevistados apresentam, descrevem, problematizam lacunas e avanços vão indicando as realizações da sua gestão e/ou exercício, certamente, isso irá demonstrar o envolvimento com as questões da deficiência e apontar a importância e o grau de investimento em serviços que vão impactar no bem-estar desse público. A seguir, aprofundaremos as variáveis propostas:

a) Reconhecimento do tema

É importante perceber como os gestores e conselheiros reconhecem os direitos da pessoa com deficiência e de como tecem alternativas combinadas com redistribuição de renda para impacto em desigualdades sociais. Essa discussão tem função fundamental no debate correlato à política de Assistência Social. Historicamente, a luta pela redução das desigualdades se fundamentou na partilha justa da riqueza - mesmo que não seja esse o dever isolado da Assistência Social. Há alguns anos, um novo tipo de demanda articula a igualdade ao respeito às diferenças e minorias e ao combate às discriminações. Nos últimos tempos, a questão do reconhecimento aparece como uma nova categoria da teoria crítica que possibilita interpretações e novas formulações para os problemas que atingem a sociedade contemporânea. Desta forma, em tempos de globalização – caracterizado, entre outros aspectos, pela transnacionalização dos mercados e pela politização de identidades culturais e étnicas – esse tema passa a fazer parte da agenda política não apenas dos países centrais, mas dos periféricos principalmente.

Para entendermos as questões contemporâneas em torno das políticas de redistribuição e reconhecimento, utilizaremos o campo de ideia proposto por Fraser (2007) no qual assinala, que de algum tempo para cá as forças da política progressista dividiram-se em dois campos. De um lado, encontram-se os proponentes da “redistribuição”, apoiando-se em antigas tradições de organizações igualitárias, trabalhistas e socialistas, atores políticos alinhados a essa orientação buscam uma alocação mais justa de recursos e bens. Do outro, estão os proponentes do “reconhecimento”, apoiando-se em novas visões de uma sociedade “amigável às diferenças”, procuram um mundo em que a assimilação às normas da maioria ou da cultura dominante não é mais o preço do respeito igualitário. Membros do primeiro campo esperam redistribuir a riqueza dos abastados para os pobres, do Norte para o Sul, e dos proprietários para os trabalhadores. Membros do segundo, ao contrário, buscam o reconhecimento das distintas perspectivas das minorias étnicas, “raciais” e sexuais, bem como a diferença de gênero. A orientação redistributiva tem uma linhagem filosófica distinta, já que as reivindicações redistributivas igualitárias forneceram o caso paradigmático para a maior parte da teorização sobre justiça social nos últimos 150 anos. A orientação do reconhecimento atraiu recentemente o interesse dos filósofos políticos e, alguns entre eles, têm buscado desenvolver um novo paradigma normativo que coloca o reconhecimento em seu centro.

Outro intelectual importante neste debate é Dworkin (2005, p.3) e sua teoria sobre a **igualdade de recursos**. Para o autor, os recursos com os quais as pessoas tomam suas decisões e realizam suas escolhas são a melhor referência para a igualdade. Em franca oposição às teorias da igualdade, que optam pelo bem-estar como paradigma, Dworkin sustenta que o poder de convencimento dessas teorias advém do fato de que o nível de bem-estar que cada pessoa alcança com a mesma quantidade de recursos pode realmente variar conforme as capacidades individuais. Assim, como Amartya Sen(2009, p.200), Dworkin (2005, p.3) aponta todos os problemas envolvidos na teoria da igualdade de bem-estar, mencionando questões como a indeterminabilidade do próprio conceito de bem-estar (felicidade, sucesso, etc.), as diferenças de perspectiva (o que proporciona bem-estar é diferente para cada pessoa), a dificuldade de comparação dos níveis de bem-estar entre as pessoas, etc. Entretanto, o foco da crítica é a maneira como a teoria enfrenta os casos das deficiências e dos gostos dispendiosos. Em relação às deficiências, a teoria da igualdade de bem-estar não determina um nível máximo de compensação. Há deficiências que, por mais recursos que a sociedade queira transferir a seus portadores,

ainda não permitirão uma igualdade de bem-estar. Desta maneira, se levássemos o ideal da igualdade de bem-estar às últimas consequências, teríamos que transferir para os portadores dessas deficiências todos os recursos “além daqueles necessários a manter os demais [cidadãos] vivos”, apenas com a finalidade de tornar o bem-estar de todos tão igual quanto pode ser (DWORKIN, 2005, p. 72).

Outra consequência da igualdade de bem-estar seriam as formas de compensação dirigidas às pessoas cujo menor bem-estar decorre dos gastos dispendiosos. Se o bem-estar de uma pessoa depende, por exemplo, da satisfação de sua preferência por champanhe, enquanto o de outra depende da satisfação de seu gosto por cerveja, a teoria da igualdade de bem-estar requererá que mais recursos sejam destinados à primeira (DWORKIN, 2005, p.73). A igualdade de recursos demanda uma distribuição sensível às escolhas que as pessoas realizam, porém insensível às circunstâncias. Dworkin (2005, p.74) afirma a importância do mercado como instrumento de alocação justa de custos de oportunidade, mas enfatiza a necessidade de corrigi-lo com medidas redistributivas para que a divisão de riquezas seja efetivamente sensível ao critério da escolha-circunstância.

Segundo Sen (2009, p.296), as capacidades são apenas um aspecto da liberdade relacionada às oportunidades substantivas, valem como um bom parâmetro de avaliação das oportunidades substantivas das pessoas.

Todavia, o objetivo não é realizar um exercício teórico-comparativo entre as teorias de justiça, mas recuperar abordagens que possam contribuir para a reflexão sobre os direitos sociais, tendo como parâmetro a crítica à fixação de padrões substantivos mínimos que definam prévia e totalmente o conteúdo da dignidade, sobretudo quanto à questão singular sobre assistência social. Isso não significa negar que possam coexistir diferentes concepções de dignidade, tampouco negar que a dignidade tenha conteúdo. O ponto aqui, como já mencionado, é que padrões tornam-se insuficientes nos discursos de aplicação, principalmente, quando se tem o compromisso de tratar as pessoas – que são diferentes – com igual consideração e respeito (FRASER, 2008, p.30).

Partindo da ideia de reconhecimento, pode desdobrar-se um conceito de intersubjetividade, em que formas diferentes de sociabilidade vão surgindo no decorrer dos próprios conflitos em torno do reconhecimento, nas quais as pessoas, ao mesmo tempo, afirmam sua subjetividade autônoma e reconhecem-se na sua pertença comunitária. Ou seja, a relação constitutiva entre identidade pessoal e a práxis cultural e as instituições é entendida não como relação instrumental ou relação de dependência orgânica, substantiva, do indivíduo com a comunidade, mas como relação reflexiva de

reconhecimento recíproco. O reconhecimento permite uma reconciliação, sempre passível de revisão, quando for o caso, entre diferença e identidade (FRASER, 2008).

Segundo Fraser (2009, p.1), “proponentes de políticas culturais trabalham em cooperação com proponentes de políticas sociais, ligando demandas pelo reconhecimento da diferença com reivindicações por redistribuição da riqueza” (FRASER, 2009,p.1). Esta torna-se uma saída possível no caso das pessoas com deficiência pelo fato de serem diversas, diferentes e muitas vezes segregadas pelo não acesso à riqueza. É uma forma de se criar mecanismos no interior da política de assistência social que possam valorizar pessoas independentemente de suas limitações ou diferenças, agregando, dessa maneira, um componente de superação à acessibilidade, à pobreza, , e que suscite a igualdade.

Sendo assim, iniciamos o desenho da análise a partir das entrevistas realizadas, com a primeira variável “**Reconhecimento do tema**”. Esta se associa ao primeiro indicador verificado pela primeira pergunta realizada aos gestores e conselheiros que participaram desta pesquisa: “**Como o gestor/conselheiro municipal incorporou na agenda pública a atenção à deficiência?**”. Os grifos são nossos para dar destaque.

...Bem, essa foi a primeira secretaria voltada para essa política pública (*de pessoas com deficiência*) e, portanto, no Brasil como gestor eu a incorporei integralmente na agenda pública, porque é uma secretaria municipal; incorporei todos os princípios, bem como as leis que na época diziam respeito à questão da pessoa com deficiência, tanto as leis federais quanto as estaduais e municipais.(Gestor Municipal Pessoa com Deficiência)

...Durante um bom tempo, a questão da deficiência foi tratada na Secretaria de Assistência Social via fundação denominada FUNLAR, exceto os recursos financeiros, que tinham na sua maior parte origem do governo Federal (fundo a fundo). A incorporação da agenda pública do tema se dava de forma quase que integral pela presidência da FUNLAR. Esta contava com uma equipe de gestão atualizada, que buscava de forma intensa a intersectorialidade junto às demais políticas públicas como: saúde, educação e inclusão profissional, através de cursos de qualificação profissional e encaminhamento ao mercado de trabalho, sendo ainda esta instituição integrante da Macrofunção social existente na prefeitura do Rio. (Gestor Municipal Assistência Social)

...A partir de um modelo de gestão que agrupava as políticas setoriais por área de atuação, a FUNLAR (*atual SMPD*), fundação municipal responsável pela política de atenção às pessoas com deficiência, fazia parte da macrofunção social. Dessa forma, o tema “pessoa com deficiência” passou a ser visto como um tema transversal que perpassava várias políticas setoriais. Este modelo de gestão foi implementado a partir de 1992 até 2008. (Gestor Municipal Pessoa com Deficiência)

...Como secretário eu imaginava... Eu acho até que a agenda pública, a atenção pela pessoa com deficiência não era uma prioridade do governo, e não sendo prioridade do governo a... não que a agenda não fosse importante, mas porque havia na minha opinião uma espécie de subaproveitamento ou sub atenção em relação a essa matéria. Havia pouco conhecimento da própria gestão pública, e da própria máquina pública e que nós não estávamos tratando de um pequeno grupo de pessoas, de um segmento, então, um grande obstáculo naquela época era que, como gestor, a gente tinha que fazer incorporar na agenda pública esse tema como uma prioridade do governo, esse era o grande desafio, não sei se conseguimos fazer isso, mas o fato de uma gestão ter um equipamento específico para cuidar da atenção à pessoa com deficiência, mas não dar poderes de articulações com outras secretarias, mostra que esse segmento estava em segundo plano. Porque o grande poder de executar programa de atenção pública à pessoa com deficiência é quando ela tem o poder de articular com todas as secretarias, não somente com equipamento específico. (Gestor Municipal Pessoa com Deficiência)

...Nós incorporamos essa temática como uma temática transversal que dialoga com diversos setores do governo, nós fazemos essa interlocução para que as diversas pastas governamentais e os diversos ministérios atendam em suas políticas às pessoas com deficiência e, dentre essas pastas, a da assistência social é bastante estratégica, porque temos inclusive diversos programas ligados para o atendimento à pessoa com deficiência. (Gestor Nacional Pessoa com Deficiência)

Percebe-se que o discurso dos entrevistados refere-se à atenção à pessoa com deficiência na agenda pública através de políticas setoriais variadas e diferentes níveis governamentais. É valorizada a capacidade de interlocução que as secretarias da pessoa com deficiência e assistência social devem estabelecer a fim de formular as políticas públicas. Igualmente, é dado destaque à política de assistência social como uma dessas políticas necessárias, imprescindíveis na pauta pública. Por outro lado, um dos gestores menciona a incorporação da atenção à deficiência como estando em segundo plano para a gestão municipal representada pelo prefeito, mesmo que ele, como gestor da pasta, compreendesse a centralidade do lugar da pauta da deficiência. Essa análise, no entanto, é pontual e diverge dos demais. O gestor da Assistência Social aponta muito desconhecimento e uma subvalorização da temática frente a outras demandas da agenda pública no município e sinaliza as dificuldades em torno de um convencimento sobre a prioridade do tema. Todavia, um dos gestores nacionais da Assistência Social aponta que a pauta externa de outros atores em torno do reconhecimento do tema é recorrente:

...Nós somos muito pautados por essa *pergunta*, principalmente agora pela Câmara dos Deputados. Então, *a gente tenta né, inserir nos*

ossos programas, nos nossos serviços às pessoas com deficiência. Então a orientação, sempre que sai um caderno de orientação, tanto do Serviço de Convivência quanto do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família, a gente tenta colocar que as pessoas com deficiência devem ter prioridade nesses serviços. A gente não, não pode, não coloca, é um percentual específico que vai depender do município, vai depender da demanda de cada município. (...) a nossa orientação é pra que essas pessoas não segregadas como antigamente e que elas sejam inseridas nos programas, nos serviços pras famílias, nos serviços pra idoso, no serviço de crianças até seis anos(...) Agora a gente entende que é muito difícil, porque tem que ser uma coisa mais específica, e aí é que a gente entende as dificuldades dos municípios. Primeiro eles reclamam que não tem pessoa capacitada pra trabalhar com pessoa com deficiência, e que não tem objetos e estrutura física pra trabalhar com pessoas com deficiência. E aí, nesse sentido, a gente tem pautado algumas discussões dentro do MDS pra soltar uma lista de atividades materiais que, ah os CRAS ou as entidades que ofertam serviços tem que ter pra ofertar serviços pra esses serviços. Agora é difícil, porque pra você trabalhar com pessoa que tenha deficiência visual é uma coisa, pra você trabalhar com pessoa que tenha é, dificuldade de, de, que seja cadeirante, as atividades e os instrumentos pra oferta de serviço tem que ser diferenciada. Então tem que ser pautada destaque na realidade local.(Gestor Nacional Assistência Social)

Por outro lado, verificamos discursos convergentes em relação às iniciativas no que tange à valorização do segmento pessoa com deficiência na idealização das políticas públicas municipais, seja pela extensão da periodicidade de anos do gestor à frente da pasta ou pela proximidade do diálogo entre SMAS e FUNLAR, destacada nas falas do primeiro gestor municipal da Assistência Social, e da segunda fala do gestor municipal da pessoa com deficiência, ambos acima citados. Observa-se uma melhor oferta da Política de Assistência Social quando a SMAS tinha em sua vinculação institucional a FUNLAR, do que quando a FUNLAR torna-se SMPD e sai da estrutura da SMAS. Assim, a SMPD abre-se à oferta de políticas setoriais diversas para pessoas com deficiência, o que é muito significativo, mas esvazia suas ações no campo da Assistência Social, conseqüentemente, perde-se força nas ações assistenciais. Ainda que o público, pessoa com deficiência, não seja composto apenas por pessoas desassistidas em vulnerabilidade/risco social – público alvo da assistência social – estas não poderiam ser relegadas a um segundo plano, sem que a SMAS criasse ações nos CRAS e CREAS para incorporá-las em seus serviços, programas e projetos.

Tais análises podem nos remeter ao processo decisório de entrada de determinados temas ou problemas na agenda pública. As políticas públicas, nesse sentido, de acordo com Lindblom (1981, p.36), são resultado de um processo político

que busca alinhar as preferências dos agentes com os interesses das organizações e instituições. A correspondência do processo político aos diferentes “*inputs*” depende do grau de abertura do sistema político, do grau de convergência dos interesses, do grau de compromisso dos gestores com certas estratégias, das oportunidades proporcionadas pelas instituições e das capacidades dos grupos de premiar ou punir os gestores. Essa perspectiva é bastante associada à questão das escolhas coletivas no quadro paradigmático da escolha racional. Ainda nesta perspectiva neoinstitucionalista da escolha racional, a importância dos custos associados aos mercados políticos depende em grande parte dos arranjos institucionais, formais e informais, que estruturam os padrões de interação entre os diferentes participantes do jogo político. Nesse contexto, as instituições políticas têm um custo para a formulação de determinadas políticas públicas. Esses custos derivam: 1) do fato de que as instituições determinam quais são os atores relevantes, seus ganhos esperados, a arena onde interagem e a frequência das interações e; 2) dos custos de transações políticos (LINDBLÖM, 1981, p.37).

Também o modelo de arenas sociais vê a política pública como uma iniciativa dos chamados empreendedores políticos ou de políticas públicas. Isto porque, para que uma determinada circunstância ou evento se transforme em um problema, é preciso que as pessoas se convençam de que algo precisa ser feito. É quando os *policy makers* do governo passam a prestar atenção em algumas questões e a ignorar outras. Existiriam três principais mecanismos para chamar a atenção dos decisores e formuladores de políticas públicas: (a) divulgação de indicadores que desnudam a dimensão do problema; (b) eventos tais como desastres ou repetição continuada do mesmo problema; e (c) *feedback*, ou informações que mostram as falhas da política atual ou seus resultados medíocres. Esses empreendedores constituem a *policy community*, comunidade de especialistas, pessoas que estão dispostas a investir recursos variados esperando um retorno futuro, dado por uma política pública que favoreça suas demandas. Eles são cruciais para a sobrevivência e o sucesso de uma ideia e para colocar o problema na agenda pública.

No que se aplica à gestão no município do Rio de Janeiro, nota-se relevância no cenário nacional no âmbito da Política de Assistência Social, pela vanguarda em torno da aquisição da Gestão Plena do SUAS o que caracteriza o nível de adesão e pactuação junto à esfera Federal. Há um esforço para que o exercício da gestão esteja balizado por instrumentos de controle social e decisões coletivas em espaços de deliberação.

Naturalmente, a correlação de forças entre projetos antagônicos e de interesses está presente na cena pública e na arena política.

Os apontamentos feitos pelos gestores, em meio à disputa de interesses no jogo e/ou arena política, não podem mais desconsiderar a voluptuosidade e importância do tema pessoa com deficiência na cena pública. A pauta da agenda pública precisa considerar e incluir as necessidades dos cidadãos com deficiência. Na verdade o Poder Público Municipal precisa considerar e efetivar ações com base nos instrumentos legais contemporâneos que reúnem normas que vão balizar tanto os temas da política da Assistência Social quanto os da deficiência. O próprio momento de consolidação do SUAS cria indicativos e a concretização deste novo modelo de gestão, em que os municípios assumem um papel fundamental.

Ainda a esse respeito se aplica o que Simon (1957) forjou como conceito de racionalidade limitada dos decisores públicos (*policy makers*), argumentando que a limitação da racionalidade poderia ser minimizada pelo conhecimento racional. Para Simon, a racionalidade dos decisores públicos é sempre limitada por problemas tais como informação incompleta ou imperfeita, autointeresse dos decisores, tempo para a tomada de decisão, etc., mas a racionalidade, segundo Simon, pode ser maximizada até um ponto satisfatório pela criação de estruturas (conjunto de regras e incentivos) que enquadre o comportamento dos atores e modele esse comportamento na direção de resultados desejados, impedindo, inclusive, a busca de maximização de interesses próprios.

Esperava-se que conselheiros de segmento da pessoa com deficiência possuíssem muito domínio das legislações das ações políticas, programáticas de serviços e projetos de variadas políticas públicas voltadas à pessoa com deficiência. De fato, no caso do município do Rio de Janeiro, observamos conselheiros muito bem preparados para o exercício, com amplas trajetórias de experiência institucionais e políticas no segmento da pessoa com deficiência. Porém, ainda há muita superficialidade sobre o conhecimento específico da Política de Assistência Social. A situação em contraponto também se assemelha, isto é, entre os conselheiros da Assistência Social também há uma fragilidade no conhecimento dos temas relacionados à pessoa com deficiência, sejam suas legislações, como a Convenção, seja a especialização do trato no atendimento, bem como serviços, programas e projetos. Por ser um tratado internacional, a Convenção deveria ter absoluta prioridade na agenda pública dos

gestores e conselheiros. Deveria, igualmente, ser observada tanto quanto as legislações nacionais e municipais, que ganham maior relevância no cenário cotidiano de implementação da política. As razões para tal justificam-se pelo grau de operacionalização em torno de programas, projetos e serviços públicos que são monitorados e avaliados em âmbito nacional e municipal. Porém, a convenção que deveria nortear os parâmetros legais e municipais, muitas vezes torna-se arcabouço ideológico e filosófico, sem aplicabilidade cotidiana concreta ou sequer como eixo direcionador. No entanto, há de se destacar, merecidamente, os decretos e portarias promulgados após a Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência no âmbito da Assistência Social no caso brasileiro, a saber: o Decreto 6214/2007, a Tipificação Nacional dos Serviços SocioAssistenciais e a Lei 12435/2011. São estes os que mais abordam a deficiência de modo abrangente no terreno da Política de Assistência Social.

a) Programas e Ações implantados desenvolvidos

Ainda do ponto de vista da incorporação da demanda na agenda pública, a segunda variável “Programas e Ações implantados e desenvolvidos”, utilizou como indicador a pergunta “Quais foram os programas e ações municipais da Assistência Social voltadas às pessoas com deficiência na sua gestão/exercício?” (pergunta dois). Observamos diferenças significativas nesse período pós-SUAS.

...Foram **referências** para a política da assistência social no Brasil, tô falando do período de 2005, 2006;...muitas das ações que estavam sendo desenvolvidas aqui, uma delas foi o programa de reabilitação baseado na comunidade, como um programa que foi levado como *experiência exitosa* para outros estados. (Gestor Municipal da Pessoa com Deficiência)

O prefeito César Maia, tinha iniciativas de integração de seu corpo de secretários através de reunião de secretariado (espaço de estudo, onde um especialista falava sobre tema de relevância em gestão pública, fazia uma apresentação, mas também de informes dos secretários ou seus substitutos sobre as iniciativas de cada área e do próprio prefeito sobre alguma nova questão a ser desenvolvida pela prefeitura) e também a macrofunção, e no caso da FUNLAR e SMAS a macrofunção social, onde a Saúde, educação, trabalho e cultura faziam parte. A partir desta macrofunção, algumas iniciativas apontadas pela presidência da FUNLAR desdobraram-se em programas e ações municipais voltadas às pessoas com deficiência, tais como: a implantação do CIAD, uma negociação entre o governo Federal e a prefeitura pelo uso do espaço para um centro integrado de atenção à deficiência, onde as secretarias que faziam parte da macrofunção atuaram em um mesmo espaço físico com seus programas com foco

na pessoa com deficiência. Não tenho certeza, mas acho que esta macrofunção mais tarde se tornou em uma macrofunção de atenção à pessoa com deficiência, visto o esvaziamento daquela existente, denominada social. Teve ainda o programa inclusão ao mercado de trabalho que foi uma grande iniciativa da presidência da FUNLAR debatendo junto a empresários as cotas de inclusão e de forma qualificada o nível de eficiência destes profissionais “deficientes” como um contra ponto bem interessante. Uma ação que ganhou muito repercussão também e que ainda vem sendo desenvolvida de forma muito lenta para a importância do tema é o de acessibilidade, foi criada uma cartilha sobre acessibilidade e a proposição de que todos os espaços da prefeitura tivessem acessibilidade, uma condução Nacional da política para pessoas com deficiência. (Gestor Municipal da Assistência Social).

...Com a Criação da **Macrofunção**⁴¹ da Pessoa com Deficiência (saúde, educação, trabalho e renda, esporte e lazer e assistência social); Elaboração do projeto e implantação do Centro Integrado de Atenção à Pessoa com Deficiência/ CIAD – consequência da Macrofunção; Elaboração e implantação do Programa de Desinstitucionalização – casas dia, casas lares e repúblicas; Elaboração e implantação do Programa de Inclusão no Mundo do Trabalho; Criação e coordenação da Comissão Permanente de Acessibilidade – CPA; Elaboração e coordenação da “Rota Acessível da Rodolfo Dantas” – metrô à praia – consequência da CPA; Elaboração de cartilhas sobre acessibilidade. (Gestor Municipal Pessoa com Deficiência)

...Nós tínhamos um trabalho, um **programa específico**, já tinha implantado voltado às comunidades onde a equipes visitavam especificamente através da área de ação, primeiro as comunidades. Que era o RBC, então o RBC era o primeiro programa de assistência que atingia e que atinge; não sei como está hoje, mas era um programa que atingia, entrava na vida das pessoas, fazia um diagnóstico da realidade social daquela família e fazia os encaminhamentos necessários. Era um programa efetivo, específico da área de assistência; eu me lembro de outros pequenos programas, mas que atingem outras áreas, áreas de saúde. Especificamente da área da deficiência o grande programa que tínhamos era o RBC. (Gestor Municipal Pessoa com Deficiência)

...No período que eu estou à frente da secretaria, a gente... Primeiro, os programas da assistência, acho que o Bolsa Família atende a todas as pessoas, há aí, nessa perspectiva, todas as pessoas em estado de vulnerabilidade e também as pessoas com deficiência; aí nós temos, né? O benefício da prestação continuada, um programa que também atende as pessoas com deficiência e as pessoas idosas também nessa situação de alto estado de vulnerabilidade. E nós temos também hoje os programas que estão vinculados ao Plano Viver Sem Limites, que é o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, lançado

⁴¹ Macrofunção tratava-se de encontros periódicos entre as Secretarias Municipais e as subprefeituras do Rio de Janeiro para tratar assuntos intersetoriais. No âmbito da Subprefeitura, o Subprefeito se reunia com as representações locais das secretarias para tratar dos mesmos temas.

pela presidenta Dilma em 2011 e nós temos o BPC, trabalho que já é um novo arranjo feito com o benefício da prestação continuada”.
(Gestor Nacional)

Observando as resposta dos gestores é possível mencionar a diversidade de programas e ações realizadas no exercício das gestões. Um dos gestores dá destaque à FUNLAR e à influência desta nos programas e ações do município no que concerne à pessoa com deficiência. Há certo enaltecimento da instituição, pois de fato a partir de aspectos históricos e de desenvolvimento de ações na cidade do Rio, a FUNLAR tem um lugar de importância no município do Rio de Janeiro – o que faz com que a SMPD, ainda hoje, seja conhecida pelos usuários, gestores e até profissionais como a ANTIGA FUNLAR. Os programas realizados por outro gestor foram expostos também com detalhamento o que demonstra o grau de domínio e conhecimento do mesmo.

Já outro gestor entrevistado cita apenas um programa na gestão dele, informando que o mesmo era específico para a área, com importantes ações voltadas para o público alvo e dá destaque ao impacto do programa RBC, em relação ao alcance e capacidade de orientar as pessoas com deficiência as famílias dessas em diferentes demandas sociais. Destacamos que o gestor da Assistência Social, embora dê ênfase à capacidade de diálogo da gestão em ações intersetoriais, como a macrofunção e a inauguração do Centro Integrado de Atenção à Pessoa com Deficiência (CIAD⁴²), como uma ilha no meio da cidade, ele não consegue apontar quais são as ações e programas municipais para as pessoas com deficiência na Assistência Social. Isso porque, na realidade, não havia de fato na época nenhuma iniciativa conforme constatação da pesquisa documental no Plano Municipal da Assistência Social, e nem no *site* da Prefeitura ou fôlderes institucionais, bem como no interior dos CRAS e CREAS. Ou seja, percebemos diferenças muito significativas que materializam o vazio institucional na política de assistência social (SMAS) de serviços para esse público e uma concentração especializada de serviços nas instituições específicas da pessoa com deficiência (FUNLAR e SMPD).

No âmbito da Gestão Nacional o destaque de Programa vai para o BPC. O Programa Bolsa Família, como carro chefe dos programas sociais do Governo, também é mencionado e o recente Programa Nacional. Conforme explorado no capítulo dois, há

⁴² O CIAD é o único prédio acessível e com todas as Secretarias agregadas como já apresentado no início do capítulo.

significativa importância, não restam dúvidas, sobre o valor desse primeiro mínimo social brasileiro e seu *status* constitucional. Destaca-se na agenda pública pela proteção social às pessoas com deficiência, saindo, com isso, da esfera do assistencialismo e dos cuidados familiares ou até mesmo do âmbito do abandono e do enclausuramento para entrar em novo patamar de proteção social (FIGUEIRA, 2008, p. 30).

Quando perguntados sobre os programas e ações desenvolvidos pela Assistência Social, os conselheiros da Assistência Social e da Pessoa com Deficiência trazem outros aspectos importantes e elementos de análise, segue a mesma questão dois feita aos gestores. Há total ausência de informações, diálogo ou interlocução.

...Nenhuma! Nenhuma ação, a única ação que inclusive eu fui executora lá no CIAD através da instituição que eu faço parte, foi no antigo CIAD numa ação com a Secretaria Municipal de Trabalho, mas era de elevação de escolaridade, com algumas oficinas, e foi catástrofe, porque durante dois ou três anos fizemos a ação, tinha um resultado excelente que as pessoas eram... Havia aumento de escolaridade pra quatro tipos de deficiência e, associado a isso, oficinas com cybercafé, com a parte toda de informática, havia um restaurante também que a gente capacitava, simplesmente de uma hora pra outra acabou o orçamento.... e só porque ali o CIAD é uma macrofunção, ação de várias secretarias, objetivamente, você não vê o dinheiro municipal, o orçamento municipal ali dentro, toda execução, pelo que eu conheço até hoje em relação a pessoa com deficiência, é só o orçamento federal, não existe..."(Conselheiro Assistência Social)

...Desconheço. Eu até teria informações se os meus dois assentos que a secretaria de assistência possui no conselho da pessoa com deficiência fossem ocupados. No município do Rio, eu desde que entrei...fiquei 3 anos... Tanto eu quanto os outros presidentes quase que implorávamos para a secretaria de assistência enviar outros representantes e nunca teve, nunca teve. Nós éramos assim... Nós éramos totalmente esquecidos nesse ponto, a gente passava ofício, a gente mandava ofício, a gente explicava sobre o serviço relevante que você presta a sociedade, né? Mas não tinha como observar ou acompanhar, porque simplesmente a SMAS não mandava representantes. Não tinha representante. (Conselheiro da Pessoa com Deficiência)

A prefeitura do Rio de Janeiro, segundo informações internas desenvolve uma série de ações neste campo, mas *nunca* discutiu com o Conselho suas ações. O Conselho sabe de algumas ações através de jornal ou comentários de servidores. (Conselheiro da Pessoa com Deficiência)

O controle social sobre as ações da política de Assistência Social não se fortalece em função de desconhecimento dos conselheiros, dificuldades no processo de articulação no interior da política, por haver um menosprezo ou falta de prioridade nos temas concernentes à pessoa com deficiência. Se os gestores conseguem enumerar, como visto nos trechos das entrevistas, tantos programas e ações voltados à pessoa com deficiência, poderiam propiciar aos conselheiros os conhecimentos acerca desses programas e ações. Enfim, buscando aprofundar estes e outros aspectos, nos debruçaremos no próximo item sobre o tema da Proteção Social pela Assistência Social que vai abranger aspectos fundamentais da Política Social de Assistência Social e da Pessoa com Deficiência.

3.5.2) Proteção Social pela Assistência Social

Esta categoria **Proteção Social pela Assistência Social** enfoca o debate sobre as formas históricas de proteção sociais tecidas pela Assistência Social junto às pessoas com deficiência, visto que a deficiência sempre foi alvo das ações de proteção social ao longo da história, seja pelo viés penalizante ou da benemerência era alvo de atenção da sociedade.

Como pano de fundo inicial, é interessante resgatar que é na legislação internacional que encontramos fundamento, ou seja, na própria Declaração Universal dos Direitos Humanos, ONU (1948, p. 2), que proclama em seu artigo XXV que:

Toda pessoa tem direito a um padrão de vida capaz de assegurar a si e a sua família saúde e bem-estar, inclusive alimentação, vestuário, habitação, cuidados médicos e os serviços sociais indispensáveis, e direito à segurança em caso de desemprego, doença, invalidez, viuvez, velhice ou outros casos de perda dos meios de subsistência fora de seu controle.

Nesse trabalho, a proteção social está sendo compreendida na perspectiva apontada por DRAIBE (1989a, 1989b), ou seja, como sistema de políticas sociais que expressam dada relação entre o Estado e a sociedade.

No avançar da história brasileira, a partir de iniciativas pontuais e fragmentadas de proteção social - desde a ditadura à democracia - é a Seguridade Social, ainda que “inconclusa” nos termos de Fleury (2005, p.30), que vem para se tornar um marco legal na trajetória da proteção social brasileira. Optamos por esse recorte temporal já que a semântica inscrita no conceito de seguridade encerra a noção de proteção social do

indivíduo e sua inclusão no rol de direitos providos pelo Estado, independentemente da sua inserção ou não na esfera do trabalho.

No caso brasileiro é a Seguridade Social, via constituição de 1988, a representação emblemática do avanço na proteção Social das pessoas com deficiência, dessa forma afirma Mauriel (2008, p.60):

A instauração da seguridade social é uma etapa decisiva na construção da proteção social, pois realiza objetivos já presentes desde a criação dos primeiros seguros sociais, quais sejam, assegurar que as vulnerabilidade das classes assalariadas seriam enquadradas num esquema preventivo e planejado de cobertura generalizada de riscos e realizar justiça social a partir da melhoria das condições materiais e simbólicas de vida da classe operária, principalmente através da redistribuição econômica via salário social.

A seguridade social permanece mais como conceito referenciado por analistas, pesquisadores, militantes do que uma efetiva aplicação na institucionalidade governamental (SPOSATI, 2009, p7).

Conforme Reis (2011), as investidas à Seguridade Social⁴³ enquanto sistema de proteção e às políticas que a compõem, se apresentaram de formas variadas decorrendo daí vários problemas presentes ainda hoje na configuração desses. No entanto, a presença da assistência social na seguridade social alarga o alcance da proteção social brasileira para a forma não contributiva.

Como componente da seguridade social, a assistência social é medida legal e legítima que visa oferecer segurança social aos cidadãos não cobertos (ou precariamente cobertos) pelo lado contributivo da seguridade social. A assistência social visa livrar esses cidadãos não só dos infortúnios do presente, mas também das incertezas do amanhã, protegendo-os das adversidades causadas por enfermidades, velhice, abandono, desemprego, desagregação familiar, exclusão social. (BRASIL, Anais da II Conferência Nacional de Assistência Social, 1997, p.2)

A literatura europeia trata o termo proteção social de forma mais abrangente, sendo a assistência social e as redes de mínimos sociais partes integrantes de um amplo sistema organizado para a totalidade dos indivíduos na sociedade (COBO, 2012, p.101).

⁴³ De acordo com o texto constitucional a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social. Parágrafo único: Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: I - universalidade da cobertura e do atendimento; II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III - seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV - irredutibilidade do valor dos benefícios; V - equidade na forma de participação no custeio; VI - diversidade da base de financiamento; VII - caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados.

É uma visão de mundo onde todas as pessoas devem estar adequadamente protegidas contra o advento de circunstâncias pessoais adversas, especificidades e necessidades que ocorrem ao longo do ciclo de vida, além de choques que ameacem seus padrões de vida, segurança e desenvolvimento (IDS, 2009, p.29).

Nessa concepção, evoluem-se historicamente as alternativas de proteção social, Barr (2004, p.12) que defende a construção de um sistema social para todos, de forma a garantir bem-estar aos indivíduos considerados fracos e vulneráveis (deficientes, idosos, órfãos, refugiados, mães solteiras, jovens desempregados), pobres (crônicos ou transitórios) e aos demais indivíduos da sociedade (nem pobres, nem vulneráveis). Aos primeiros, o bem-estar é largamente provido por meio de ações de assistência social. Para os considerados pobres, a provisão de bem-estar se dá através, principalmente, de transferências redistributivas de renda. E a todos, a geração de bem-estar é assegurada através da organização de um sistema de benefícios monetários e na forma de bens e serviços, capazes de prover seguro contra contingências específicas (o seguro-desemprego é o exemplo clássico), suavização de consumo (aposentadorias), assistência médica e educação escolar (transferência *in-kind*).

Portanto, compreender a importância da Assistência Social como alicerçadora de Proteção Social, tal qual como se prevê hoje na Política em níveis de proteção - Básica e Especial - indo além, no sentido lato da palavra proteção, é fundamental para o avanço desta política pública. Para fins de análise, essa categoria se desdobra em duas variáveis: a) Abrangência e Efetividade da Política e b) Conhecimento da Convenção. As variáveis e seus indicadores são apresentados a seguir:

a) Abrangência e Efetividade da Política

Nessa direção, nosso estudo dando continuidade à análise das entrevistas sobre como a Assistência se prepara em prol da proteção social a pessoas com deficiência, foi indagar junto aos gestores e conselheiros. Para tal, criamos a variável **“Abrangência e Efetividade da Política”**. Como indicadores temos **“Quais são as atuais ações para as pessoas com deficiência no campo da assistência social?”** e **“Considera que a política de assistência social tem feito diferença na vida de pessoas com deficiência”? Consegue identificar ausências do poder público na política de assistência social junto às pessoas com deficiência?**

Quando perguntados sobre quais as atuais ações para as pessoas com deficiência no campo da assistência social percebemos que a maioria dos gestores municipais e conselheiros desconhece as novas ações no período posterior a sua gestão/exercício, seja porque estão em outras frentes políticas ou porque estão engajados em outras discussões. Essa rotatividade é comum na gestão pública em função da disputa intrínseca ao jogo eleitoral e no interior dos partidos políticos. Conseqüentemente, se repete entre os conselheiros municipais da pessoa com deficiência, exceto o conselheiro nacional:

...Desconheço. (Conselheiro Municipal da Pessoa com Deficiência)

...Não tenho conhecimento. (Gestor Municipal de Assistência Social)

...Não, eu não tenho nenhum conhecimento. (Conselheiro Municipal da Pessoa com Deficiência)

As respostas dos conselheiros são muito concentradas na execução da rede socioassistencial privada e menos nas ações promovidas pelas unidades da Assistência Social da Prefeitura do RJ.

...Claro, com toda certeza, olha, nós temos a questão da convivência pra essas pessoas que estão em grupos de convivência [na rede privada], (...) pessoas que estão com acima de 25, de 40, 50 anos, pra que sejam abrigadas[na rede pública ou em família]; um trabalho em relação a essas famílias, com a preparação dessas famílias, desses futuros irmãos que de repente vão assumir essa garotada[com deficiência]...entendeu? [...] [os grupos] Não acontecem [na rede pública], não existe financiamento pra essa modalidade, não existe financiamento pra essa república, pra esses usuários, entendeu? E a gente não tem a proposta de abrigamento para as famílias de pais idosos, que não vão ter com quem deixar seus filhos, isso me preocupa [o fato da Assistência Social não dar conta] (Conselheiro Municipal de Assistência Social 1)

...A Resolução 34 do CNAS colocou os pingos nos “Is” a habilitação e a Reabilitação na assistência não pode ser igual à prestada como ação ambulatorial no campo da saúde. Ele implica a preparação do deficiente e de sua família/cuidador para uma inserção cidadã na vida da cidade contribuindo para a superação das barreiras que atentam contra a participação efetiva do deficiente na vida da cidade. (Conselheiro Municipal de Assistência Social 3).

Observando as respostas dos conselheiros conclui-se que o Brasil avançou em alguns pontos como a Resolução nº 34/2011 do CNAS no que tange à habilitação e reabilitação da pessoa com deficiência e à promoção de sua inclusão à vida comunitária na Assistência Social:

É um processo que envolve um conjunto articulado de ações de diversas políticas no enfrentamento das barreiras implicadas pela deficiência e pelo meio, cabendo à assistência social ofertas próprias para promover o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, assim como a autonomia, a independência, a segurança, o acesso aos direitos e à participação plena e efetiva na sociedade. (BRASIL, 2011:1)

Ressalta-se que o Sistema Único de Assistência Social deve organizar programas e projetos que articulem e qualifiquem os serviços e benefícios de acordo com as demandas e necessidades dos territórios. Dentre as medidas que projetam mudanças no cenário da atenção à pessoa com deficiência pela assistência social, estão as deliberações da VIII Conferência da Assistência Social em: Assegurar cofinanciamento a partir dos pisos de financiamento da proteção social básica e especial de média e alta complexidade, incluindo pisos de: a) financiamento para a proteção social básica no domicílio para pessoas com deficiência e idosos; b) proteção social especial para pessoas com deficiências, idosos, indígenas e quilombolas e suas famílias; Ampliar e implantar equipamentos e serviços de Proteção Social Básica e Especial de Média e Alta Complexidade do SUAS, como residências inclusivas e oferta de habilitação e reabilitação para pessoas com deficiência, inclusive com autismo, conforme Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (Resolução CNAS nº 109/2009) e Resolução CNAS nº 34/2011, garantindo a interface com as demais políticas públicas. (BRASIL, 2012:2)

Um dos gestores da pessoa com deficiência destaca a questão do enfrentamento à pobreza entre as pessoas com deficiência, que é um debate muito importante de se realizar, embora não se esgote apenas no interior da política de Assistência Social. No debate na literatura especializada em estudos da deficiência e pobreza, percebemos o impacto da Assistência Social nessa dissociação entre deficiência e pobreza⁴⁴:

⁴⁴ No estudo realizado por NERI (2010), este aponta que a garantia legal do BPC faz com que dissociemos deficiência e pobreza, uma vez que se verificou uma maior proporção de miseráveis entre a população sem deficiência (32,5%) quando comparada à população com deficiência (29%). Tal fato é reflexo das políticas até então implementadas, pois se percebe que o país avançou após a Lei Orgânica de Assistência Social (Loas) nas políticas compensatórias, deixando as políticas estruturais, indutoras de um reforço do estoque de riqueza das PPDs, em segundo plano. O resultado dessa política social não podia ser diferente. Afinal, a falta de acesso aos diferentes tipos de capital (físico, social e humano) limita a capacidade de geração de renda sustentável, transformando o país em uma nação de “bolsistas”. Um exemplo disso são as menores taxas de acesso à educação e ao computador, observada nas pessoas com deficiência quando comparada à população em geral. As políticas existentes para inclusão das pessoas com deficiência atacam as consequências e não as causas da insuficiência de renda ou de sua necessidade de transferência. É importante pensar em ações complementares que deem as motivações para que este grupo possa avançar de maneira mais autônoma e independente.

...Os avanços, a assistência social na parte do SUAS, ela dá um avanço enorme na parte da criação do sistema único, ela dá um grande avanço e esse avanço vai beneficiar, vai contemplar e vai favorecer todos os grupos que dela o entender. E esses grupos são os grupos que estão em situação de vulnerabilidade social, em risco social e as pessoas com deficiência: principalmente aquelas de baixa renda. (Gestor da Pessoa com Deficiência)

...Então está lá, está previsto, não precisa sair inventando mais, ah vamos fazer uma nova legislação, criar novos regulamentos, vamos criar um novo sistema único de assistência social, vamos propor uma nova política. Há um desrespeito a essa população, que vem se arrastando ao longo da nossa história, então obviamente há muitas pessoas com deficiência...há uma relação entre pobreza intensa, uma vez que essas pessoas de grupos mais pobres, elas tem pouco acesso por exemplo a um pré-natal; nasce uma criança com um problema que se for atendido de imediato aquele problema de visão, audição, por exemplo, ele pode ser minimizado, os danos podem ser reduzidos mais como não são atendidos a tempo, porque esta família é uma família muito pobre que não tem acesso à saúde, que não tem acesso à informação, ou seja, essa criança é uma criança que no futuro vai ter uma surdez, uma cegueira irreversível, quando poderia ter sido resolvida, então essa questão da pobreza é mais uma das relações perversas da questão(Gestor da pessoa com deficiência)

...Com a PNAS e o SUAS, avanços ocorreram na assistência social. Muito ainda há para ser feito, mas observo que houve, nesse período, melhorias na qualidade dos serviços prestados a pessoa com deficiência. (Conselheiro da Assistência Social)

Yazbeck (2009, p.122), aponta que a noção de pobreza é, portanto, ampla e supõe gradações, embora seja "uma concepção relativa, dada a pluralidade de situações que comporta". Usualmente, vem sendo medida por meio de indicadores de renda e emprego, ao lado do usufruto de recursos sociais que interferem na determinação do padrão de vida, tais como: saúde, educação, transporte, moradia, aposentadoria e pensões, entre outros. Os critérios, ainda que não homogêneos e marcados pela dimensão de renda, acabam por convergir na definição de que são pobres aqueles que, de modo temporário ou permanente, não têm acesso a um mínimo de bens e recursos, sendo, portanto, excluídos, em graus diferenciados, da riqueza social. Entre eles estão: os privados de meios de prover à sua própria subsistência e que não têm possibilidades de sobreviver sem ajuda; os trabalhadores assalariados ou por conta própria, que estão incluídos nas faixas mais baixas de renda; os desempregados e subempregados que fazem parte de uma vastíssima reserva de mão de obra que, possivelmente, não será absorvida.

Sobre essa questão da renda, existe uma complexidade posta na dinâmica da gestão da política a fim de se estabelecer índices, indicadores, mecanismos de aferição. Os gestores nacionais da Assistência Social refletem sobre isso:

...Existe, existe aí uma busca. Pra ter uma sistemática melhor. Não digo a você que a gente já, né? Que já tenha isso... Já tenha a fórmula, não tem a fórmula, existe a busca. Busca-se um critério melhor pra isso. A renda em si também, ela em si, né? ela também já sabe que traz esse problema. O que se tenta comprovar é basicamente, é uma renda negativa, isso também não é fácil de comprovar não é? Você tem que comprovar a pobreza, tem que comprovar que não tem renda e isso não é nada simples, isso não é nada simples. Eu acho que...”(Gestor Nacional da Assistência Social)

...É já participei de vários momentos em que se estudou, né? O próprio MDS junto com outras, outras áreas de governo, com outros estudos de pesquisa é que se estudou outras alternativas, né? De se utilizar critérios, por exemplo, para o BPC diferenciados desse recorte de renda, não só pro BPC, mas pra esses programas sociais de modo geral do governo, né? E... Não se chegou a uma alternativa que tenha sido considerada como... Adequada para substituir, entendeu? Porque na medida que você tira um critério objetivo que é a, a renda, mais que a gente acredite, por enquanto ser só ela um critério corte. É... Então, é ela, ela é pelo menos um critério objetivo. Existe, às vezes, países que adotam, por exemplo, essa questão de, de despesas, mas são países às vezes aonde você consegue criar uma burocracia maior, retorno das pessoas, que você consegue ter um controle maior, inclusive sobre receitas, né? dessas, dessas pessoas, das condições de vida dessas pessoas, coisa que o país nosso ainda tá longe um pouco de ser, né?” (Gestor Nacional Assistência Social)

Muitas análises realizadas sobre pobreza, diversidade e grupos sociais - com rebatimentos no campo da deficiência - dizem respeito à forma diferenciada como os distintos grupos sociais são em função de fatores materiais e simbólicos: padrões de segregação, percepções históricas sobre uma suposta desqualificação inata, dentre outros – afetados desigualmente pela pobreza. Um conceito, o de vulnerabilidade, adquire importância central nesse debate. O uso da ideia de vulnerabilidade tem se consolidado, ainda que sem negá-lo, em oposição ao termo exclusão. Enquanto este último está geralmente associado a uma leitura da pobreza como o fato e um estado, a reflexão pautada na vulnerabilidade diz respeito aos modos como os indivíduos e grupos, nas suas relações com comunidades, sociedades e família, se fragilizam ao longo do tempo de modo que se tornam, com variações entre eles, mais suscetíveis ao desemprego, agravos à saúde, etc.

De acordo com a SNAS (2012) para compreender e analisar as vulnerabilidades sociais deve-se, antes de tudo, considerar as múltiplas interações entre a pobreza, o acesso aos direitos em sentido amplo, o acesso à rede de serviços e políticas públicas, bem como as capacidades dos sujeitos e grupos sociais acessarem e usufruírem deste

conjunto de direitos, bens e serviços, exercendo a sua cidadania. As relações dos sujeitos, sejam elas individuais ou coletivas, com padrões de desenvolvimento geradores de desigualdade, tendem a produzir situações de fragilidades desses sujeitos, dos seus grupos de sociabilidade e dos territórios onde se encontram inseridos. Essa perspectiva possibilita reconhecer a descontinuidade ou mesmo a ausência de investimento estatal nos territórios e nos indivíduos, bem como as situações de estigma e desamparo que engendram ou reforçam condições de fragilidade. Por outro lado, possibilita também a compreensão das capacidades e potencialidades dos sujeitos para enfrentar as situações de risco e exclusão decorrentes dessas inter-relações. A Assistência Social deve compreender o aspecto multidimensional presente no conceito de vulnerabilidade social, não restringindo este à percepção de pobreza, tida como posse de recursos financeiros. É necessário que a vulnerabilidade seja entendida como uma conjugação de fatores, envolvendo características do território, fragilidades ou carências das famílias, grupos ou indivíduos e deficiências da oferta e do acesso a políticas públicas. A análise das vulnerabilidades deve considerar, de um lado, a estrutura de oportunidades da sociedade e o grau de exposição dos sujeitos individuais ou coletivos aos riscos sociais em sentido amplo, e de outro, os “ativos” materiais, educacionais, simbólicos e relacionais, dentre outros, que afetam a capacidade de resposta dos grupos, famílias e indivíduos às situações adversas.

O conceito de risco social também caminha no interior desse debate. É utilizado em diferentes áreas do conhecimento e tem aplicação distinta no âmbito de diversas políticas públicas, tais como, saúde, meio-ambiente, segurança etc. Normalmente, a operacionalização do conceito, em uma perspectiva objetivista, visa identificar a probabilidade ou a iminência de um evento acontecer e, conseqüentemente, está articulado com a disposição ou capacidade de antecipar-se para preveni-lo, ou de organizar-se para minorar seus efeitos, quando não é possível evitar sua ocorrência. Sendo assim, a aplicação do conceito de risco está necessariamente associada à pré-definição de um evento (ou de certo conjunto de eventos), tendo em vista a peculiaridade de cada área:

Para a Assistência Social, portanto, a operacionalização do conceito risco exige a definição do conjunto de eventos em relação aos quais lhe compete diretamente desenvolver esforços de prevenção ou de enfrentamento para redução de seus agravos. Em relação a tais eventos é necessário desenvolver estudos que permitam algum tipo de mensuração da sua probabilidade de ocorrência ou de

identificação de sua iminência, além de realizar o monitoramento de suas incidências.(SNAS, 2012, p.2)

Nessa direção e aprofundando os aspectos da abrangência e efetividade no interior da gestão da política, verificamos, na quarta questão e indicador, foi perguntado aos gestores se eles **consideravam que a política de assistência social tem feito diferença na vida das pessoas com deficiência e se eles conseguiam identificar ausência do poder público na política de assistência social junto às pessoas com deficiência**. As respostas dos gestores e conselheiros são expostas a seguir, os grifos são nossos.

...A importância é a mesma na vida de qualquer pessoa que está em uma situação de vulnerabilidade, de risco, de necessidade de uma atenção do setor público, que ela não consegue ter os seus direitos assegurados e respeitados não fora a existência de uma secretaria para isso, então a pessoa com deficiência pra mim em relação à secretaria é a situação de pobreza absoluta, extrema pobreza, de pessoas vítimas de abuso sexual, de violência, ou seja, qualquer grupo vulnerável em situação difícil cujos direitos foram violados ou não foram atendidos; a secretaria da assistência social tem que estar lutando junto com esse segmento, no caso da pessoa com deficiência, a gente sabe que são muitas demandas que não são atendidas, como estávamos falando agora a pouco da questão da educação, da acessibilidade e outros. Então a assistência **em sua amplitude** ela tem um papel importantíssimo na conquista desses direitos, no respeito desses direitos e fazer esses direitos valer. (Gestor Municipal Pessoa Com Deficiência)

...Acredito que **houve uma melhora**, programas como BPC nas escolas, por exemplo, que é feito de forma integrada pela Assistência Social (MDS), Educação (MEC) e Previdência, **promovem a inclusão** de crianças na educação, mas também requerem um acompanhamento social destas famílias, é no meu ponto de vista uma possibilidade. No entanto, a inexistência de acessibilidade em todos os CRAS e CREAS, por exemplo, é algo grave neste processo de fazer a diferença, pois começa limitando o acesso. Acredito ainda que faltam profissionais com conhecimento sobre o tema, embora esteja na Assistência social, dentre tantas outras, mas vejo um caminho. (Gestor Municipal Assistência Social)

...A política de assistência? ***Eu acho que tem [importância], sem dúvida nenhuma***, existem muitos avanços que aconteceram no evento do BPC, por exemplo, que é um benefício na esfera federal, mas que tirou da miséria muitas pessoas com deficiência que não tinham a menor condição de sobrevivência. Existem algumas ações concretas de Assistência, citei essa, que tem uma ação direta na vida da pessoa que recuperou a dignidade, precisa ser melhorado. Em minha opinião o BPC, que é um dos exemplos que eu dou, ele tem que ter/ser condicionado ao mercado de trabalho, entrou no mercado perde o benefício, saiu do mercado recupera o benefício. Porque até bem pouco tempo atrás acontecia isso, porque recebia o BPC, e muitas

vezes, infelizmente acomodado com o benefício, e não queria gerar conhecimento e preparo para entrar no mercado de trabalho, isso é muito ruim pro Estado, que na verdade, só está gastando com uma pessoa que não pode produzir; apesar; e o “apesar” não é uma fala pejorativa, “apesar” no sentido de dizer e por causa de deficiência ele não pode produzir... tô dizendo no supremo a pessoa pode produzir, paga imposto, ela pode trazer benefício pro estado, portanto recebe pra isso, o estado ao invés de pagar a ele, se beneficia do trabalho dele. Acho que a assistência avançou muito (Gestor Municipal da Pessoa com Deficiência)

...Em relação aos benefícios sociais que esse segmento tem direito avalio que sim, cito a Bolsa Família, o BPC, mas não é só disso que esse segmento precisa, notoriamente, esse grupo precisa de uma “reabilitação social” que se dará apenas a partir de uma ação conjunta entre as diferentes Políticas setoriais da Prefeitura, e quando de fato, houver um planejamento que contemple a família da pessoa com deficiência e que esse segmento tenha oportunidade de usufruir, como qualquer cidadão, dos programas, projetos, atividades e serviços da assistência social. Para tal, é necessário que os CRAS garantam a acessibilidade, tenham intérpretes de Libras, equipamentos tecnológicos assistivos... (Gestor Municipal Pessoa com Deficiência)

...Alguma diferença, sim, mas ainda muito inferior ao que se poderia fazer. A ausência do poder público se percebe claramente na falta de respeito à pessoa com deficiência como um cidadão com direito, por exemplo, à acessibilidade. O cidadão tem direito a uma cidade onde possa circular, acessar transportes públicos, serviços, programações culturais, etc. (Conselheiro Municipal Pessoa Com Deficiência)

Todos são unânimes em dizer que a Política de Assistência Social faz diferença na vida dessas pessoas, não somente pelo foco no BPC, mas também em suas derivações BPC na Escola e BPC Trabalho. Isso demonstra a abrangência e efetividade do BPC como uma referência da política de assistência social para as pessoas com deficiência com significativo destaque. Demonstra um avanço do caso brasileiro em reconhecer através do primeiro mínimo constitucional o lugar da proteção social na esfera brasileira. O primeiro gestor acima destaca a importância da assistência social, reconhecem a importância dessa área não só na vida das pessoas com deficiência, mas de todos que de algum modo vivem com vulnerabilidade. Entendemos que para além das vulnerabilidades existem os casos de violações de direitos e outros que vão requerer atendimento especializado da política. Os gestores e conselheiros concordam que ainda há muito a ser feito no que diz respeito à assistência social, apesar de já fazer alguma diferença na vida das pessoas, ainda há muito a ser realizado.

O sentido da política de assistência social se materializa em prol das pessoas com deficiência ao garantir acessos que assegurem pertencimento, cidadanias

fortalecidas e que possa assistir de fato a todos que dela necessitarem – não alguns, mas todos integralmente em suas diferentes necessidades e demandas. O desafio de expandir o SUAS se constitui justamente em dar conta de estabelecer uma política que possa atender as pessoas com deficiência em diferentes serviços já previstos pela Tipificação, pela PNAS e pelo SUAS, que padecem de ausência de materialização de executivo municipal. Portanto, é necessário aprofundar no próximo item aspectos cuja interface tem direta relação com a proteção social das pessoas com deficiência e que se aplicam ao âmbito do Conhecimento sobre a Convenção.

b) Conhecimento sobre a Convenção

Na mesma direção de análise para se compreender o quanto gestores e conselheiros conheciam o principal instrumento legal brasileiro no trato da deficiência utilizamos o indicador **“Conhece a Convenção Internacional das Pessoas com Deficiência? Consideram tal Convenção apropriada ao Brasil e mais especificamente ao Rio de Janeiro e, ainda, se consideram que o SUAS (Sistema Único de Assistência Social) está de acordo com os pressupostos da Convenção Internacional das Pessoas com Deficiência?** Verificamos que todos os gestores e conselheiros da Pessoa com Deficiência conheciam a Convenção e que de modo geral consideravam a Convenção em consonância com o SUAS. Já os gestores e conselheiros da Assistência Social, exceto os nacionais, desconheciam a Convenção e optaram por não responder, disseram não ter elementos para avaliar, enfim, demonstraram total distanciamento do arcabouço legal mais importante do século XXI para as pessoas com deficiência.

...Eu acho que a convenção teve avanços, mas eu acho que a convenção internacional traz algumas designações importantes, porque essa vitória, quando o Brasil ratifica a convenção, ele dá uma chancela ao que o mundo está dizendo a este tema. A despeito do que eu acho, pessoalmente, que o Brasil tem uma legislação muito, muito, muito positiva na área da pessoa com deficiência e que na verdade a convenção só veio colaborar com uma legislação muito eficaz no Brasil, o que não acontece no Brasil não é falta de legislação, é falta de execução da legislação. Eu estou de acordo com os pressupostos, acho que o sistema SUAS hoje, volto a dizer, acho que ele tem um papel, e ele cumpre esse papel; a maioria dos convênios firmados entre o terceiro setor em prestação do serviço do estado, então é da rede SUAS que se filiam a trezentas instituições do Rio de Janeiro, conveniados a rede FIA pra receber recursos do SUAS pra poder fazer o tratamento. E por que a rede SUAS nesse aspecto é fundamental?

Porque essas instituições no meu entendimento prestam um serviço que o Estado não faz, por várias razões, porque não pode fazer, porque não sabe fazer e porque não quis fazer e aí essas instituições com capacidade e capacitação mais adequada vem fazendo o papel do estado. Então a rede SUAS acabou sendo uma rede fundamental para que na ponta os atendidos continuassem a ser atendidos, porque se essas instituições não tivessem feito o estado também não faria. Então eu acho que nesse aspecto a rede SUAS é importante, repito... o que não pode é ficar tudo na rede SUAS, o que é por exemplo instituições que militam com órteses, próteses e reabilitação ser pago pela rede SUAS isso é... desculpa a palavra... mas é ridículo. Quem trata de órteses, próteses e reabilitação têm que ser pago pela saúde; por uma política específica: APAE, PESTALOZZI tem que ser pago pela educação. É um novo modelo, é a construção de um novo modelo, essas instituições têm que sair da SUAS, tem que entrar na esfera adequada.(Gestor Municipal da Pessoa com Deficiência)

...Conheço, acho que a convenção avançou bastante em relação às questões relativas às pessoas com deficiência, deu uma unidade, orientação maior em relação aos seus direitos, procedimentos. Acho que existe a necessidade de se ajustar toda a legislação nacional, estadual e municipal em relação à convenção, esse é um passo que tem que ser dado por todas as instâncias de governo. (Gestor Municipal da Pessoa com Deficiência).

...Principalmente no que se refere à equiparação de oportunidade, a palavra autonomia aqui tem muita diferença, as políticas, elas caminham para garantir ao cidadão que necessita dessa política, autonomia, dignidades, e nessa perspectiva a convenção, a meu ver, tem sido plenamente cumprida pelas políticas de assistência do governo, porque são políticas da que visam não a tutela, mas a autonomia e a dignidade da pessoa humana(Conselheiro Nacional Pessoa com Deficiência)

...“*Não tenho conhecimento* da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência.” (Gestor Assistência Social)

...“A Assistência **não conhece o assunto**, a assistência não sabe o que é a pessoa com deficiência, ela acha que não tem que lidar com esse assunto, porque isso é da saúde e da reabilitação. Então a maioria dos profissionais da assistência, na gestão, não conhece a questão da deficiência, entendeu? (Conselheiro Assistência Social)

...Na verdade o conselho ele nunca foi chamado tampouco reconhecido enquanto um órgão representativo, pra que ele fizesse realmente parte dessa elaboração, desse controle, dessa abrangência toda, de você participar do processo como um todo, ou seja, identificar problemas, apontar soluções e acompanhar o trabalho feito, então realmente o controle social não foi feito nem ligado à secretaria da pessoa com deficiência e nenhuma outra secretaria. (Conselheiro Assistência Social)

Ou seja, há muito desconhecimento ainda sobre a Convenção e também sobre sua interface com o SUAS. Detectamos que o conhecimento sobre a Convenção Internacional das Pessoas com Deficiência já avançou bastante entre os atores – gestores e conselheiros da pessoa com deficiência - todavia, ainda há muito a se caminhar no que concerne ao atendimento às pessoas com deficiência na Assistência Social. Na verdade a Assistência Social poderia ampliar o reconhecimento desse público e combinar redistribuição. É público e notório que o BPC, por exemplo, atende a esse componente agregador reconhecimento e redistribuição. No entanto, hoje as pessoas com deficiência que tem BPC de acordo com estudos de Lobato et al.(2005, p.32), conseguem investir em alimentação, vestuário, medicamentos mas não alcançam potencial participativo nem aquisição de capital social. Os mecanismos redistributivistas brasileiros talvez pudessem ser de maior impacto. É inegável que o salário mínimo do BPC é importante na vida de seus beneficiários (renda), mas essa redistribuição poderia vir acompanhada de outras garantias que fortalecesse o reconhecimento da diversidade e das bandeiras de lutas das pessoas com deficiência.

A experiência brasileira do SUAS tomando como pano de fundo a Convenção sem dúvida avança; podemos até inferir algumas semelhanças a países da Europa como, por exemplo, Espanha e Reino Unido, quando propõe serviços de atendimento em domicílio para pessoas com deficiência e idosos. Não se trata de segregar no domicílio, e sim de entender que deficiências graves estarão no interior dos domicílios dos municípios. No Reino Unido, as mudanças sociais e tecnológicas ajudam os profissionais a formar parcerias colaborativas com aqueles que recebem o cuidado, com consequentes benefícios para a qualidade da relação de atendimento. Ainda, naquele país, no que tange aos serviços de assistência social, os aplicativos de tecnologia têm uma série de utilidades. Eles desempenham um papel fundamental junto aos usuários e no apoio aos profissionais. Nos serviços de assistência social, a internet e a comunicação digital oferecem novas formas de comunicação com os usuários; entretanto, alguns, mais necessitados ainda, não são capazes de aproveitar esses avanços, embora tais desigualdades estejam sendo sanadas com bastante rapidez.

A satisfação do usuário pode e deve ser identificada para avaliar serviços e benefícios. Já a relação entre governo e sociedade expressa na política envolve uma noção de coletivo mais do que aposição de indivíduos isolados(LOBATO, 2004a, p.247)

Proposta semelhante se dará à medida que o Brasil pensar com maior profundidade a tecnologia já presente nos serviços da Assistência Social e nos seus sistemas de informação e de vigilância socioassistencial, ampliando-se, dessa maneira, para a ponta de execução dos serviços, para que se materializem em alternativas combinadas de reconhecimento do lugar desse cidadão com deficiência em todas as necessidades que possam ser providas pela política de Assistência Social.

3.5.3) Gestão da Política

Pretendemos aprofundar a compreensão de aspectos centrais no âmbito desta tese considerando a gestão social pública e a interface com a política de Assistência Social utilizando, para isso, o eixo de análise **Gestão da Política**.

Todos os gestores e conselheiros entrevistados responderam em relação ao referido exercício, em uma determinada periodicidade. Isto é, retrataram o seu respectivo *modus operandis* de Gestão Pública ao gerir as ações de Assistência Social às pessoas com deficiência.

De acordo com Kauchakje (2008, p.10), gestão social pública e democrática é um modo de gestão caracterizado por fortalecer a participação que agrega e potencializam conhecimentos, saberes, recursos e práticas de pessoas e organizações do Estado e da sociedade civil. Concordamos com esse modelo de gestão a partir da compreensão de que Gestão e Conselhos precisam estabelecer mecanismos de construção coletiva em prol das pessoas com deficiência.

O SUAS trouxe inúmeros avanços no âmbito da gestão com um arsenal técnico-político que tem construído um legado na história do país. É interesse observar a apropriação da tecnologia pela gestão federal a fim de alavancar os entes federados. A incorporação de modelos da gestão social pública, segundo nosso olhar, avança para os moldes mais contemporâneos de gestão democrático-participativa

Cabe apresentar alguns paradigmas de gestão social no Brasil - que nos ajudam a pensar suas influências na Assistência Social - apresentados por Kauchakje (2008) através de cinco modalidades: gestão patrimonial, gestão técnico-burocrática, gestão gerencial, gestão democrático-participativa e gestão em rede. Essas modalidades de gestão perpassam a cultura política brasileira como tendências que se entrecruzam e predominam em momentos históricos diferentes. A gestão patrimonial é fundamentada

na própria formação sócio-histórica brasileira, o que significa privilegiamento de alguns grupos na direção da política e na alocação de recursos de acordo com interesses particulares. A gestão tecno-burocrática imprime critérios técnicos na gestão, o que, sob uma perspectiva, afasta das decisões os interesses pessoais e a atribuição arbitrária de mérito para a distribuição de recursos e de projetos entre pessoas, grupos sociais, municípios e estados. Porém ao mesmo tempo, promove uma aparente despolitização do processo decisório no que se refere às prioridades de serviços a serem desenvolvidos, aos recursos disponibilizados, aos locais privilegiados e à população destinatária, sob a justificativa de que esses itens passaram pelo crivo tecnocrático. A gestão gerencial tem como forma de legitimação o controle dos resultados e recursos otimizados com base no princípio da eficiência, trazendo, dessa forma, um forte componente de fortalecimento das parcerias público/privado. A gestão democrático-participativa prioriza as demandas das classes populares quanto aos serviços a serem desenvolvidos, aos recursos disponibilizados, aos locais privilegiados e à população destinatária, realizando, assim, uma inversão de prioridades da gestão de políticas públicas no Brasil. A ênfase na participação social visa fortalecer os processos decisórios e fiscais deste que levem à democratização da política e do acesso da população aos serviços e aos recursos socioeconômicos e culturais. A gestão democrático-participativa prioriza a ênfase na ação local, a descentralização político-administrativa, a interface e a intersectorialidade de políticas e programas, a articulação entre esferas do governo e o estabelecimento de trabalho articulado em rede. Os gestores inseridos nessa dinâmica social e política expressam o compromisso e o posicionamento que apontam para o fortalecimento: i) do vínculo orgânico – descentralizado das três instâncias: federal, estadual e municipal; ii) do caráter de processo e conquista social das políticas públicas, tendo como base os direitos e a concepção da equidade; iii) da priorização social para os investimentos públicos. A gestão em rede é inovadora, pois permite ultrapassar o traço histórico brasileiro de ações sociais fragmentadas e sobrepostas, que não articulam os recursos e os sujeitos locais, regionais e globais. Para a superação do trabalho setorizado e paralelo, a gestão em rede aborda as políticas de forma interfacetada e busca a articulação dos atores sociais do Estado e da sociedade civil.

Entendemos que a Política de Assistência Social, através dos seus atuais mecanismos de gestão, incorpora características da gestão democrático-participativa, da gestão em rede e da gestão gerencial em suas ações. Tal conclusão fundamenta-se ao observarmos as principais mudanças no âmbito da Assistência Social a partir de 2004 e

sobretudo em 2011 com a aprovação do SUAS na letra da lei 12.345, como um sistema descentralizado e participativo que inaugura os seguintes objetivos:

I - consolidar a **gestão compartilhada**, o cofinanciamento e a cooperação técnica entre os entes federativos que, de modo articulado, operam a proteção social não contributiva;

II - integrar a rede pública e privada de serviços, programas, projetos e benefícios de assistência social, na forma do art. 6º-C;

III - estabelecer as responsabilidades dos entes federativos na organização, regulação, manutenção e expansão das ações de assistência social;

IV - definir os níveis de gestão, respeitadas as diversidades regionais e municipais;

V – implementar a gestão do trabalho e a educação permanente na assistência social;

VI – estabelecer a gestão integrada de serviços e benefícios; e

VII – afiançar a vigilância socioassistencial e a garantia de direitos.

§ 1º As ações ofertadas no âmbito do Suas têm por objetivos a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice e, como base de organização, ao território.

§ 2º O Suas é integrado pelos entes federativos, pelos respectivos conselhos de assistência social e pelas entidades e organizações de assistência social abrangidas por esta Lei. (BRASIL,2012, p.1)

Os instrumentos de gestão se caracterizam como ferramentas do planejamento técnico e financeiro da Política e do SUAS nas três esferas de governo. De acordo com a NOB-SUAS são estes: Plano de Assistência Social; Orçamento; Monitoramento, Avaliação e Gestão da Informação e Relatório Anual de Gestão. Há uma inter-relação necessária entre esses instrumentos que merecem nossa atenção.

O Plano de Assistência Social é um instrumento de planejamento estratégico que organiza, regula e norteia a execução da PNAS/2004 na perspectiva do SUAS. O Plano de Assistência Social deve ser proposto pelo órgão gestor da Política de Assist. Social e aprovado pelo Conselho de Assistência Social. O financiamento da política de Assistência Social é definido no processo de planejamento, por meio do Orçamento plurianual e anual. O orçamento expressa: a projeção das receitas; autoriza os limites de gastos nos projetos e atividades propostas para o órgão gestor e aprovado pelos conselhos com bases nos princípios orçamentários. O orçamento se desdobra em: PPA – Plano Plurianual; LDO – Lei de Diretrizes Orçamentárias e - LOA – Lei Orçamentária Anual. A gestão de informação tem como objetivo produzir condições estruturais para as operações de gestão, monitoramento e avaliação do SUAS. A gestão se efetivará nos termos da REDE SUAS, suporte para a gestão, o monitoramento e a avaliação de programas, serviços, projetos e benefícios da Assistência

Social. O Relatório de Gestão é um documento avaliativo do cumprimento das realizações, dos resultados ou dos produtos obtidos em função das metas prioritárias, definidas no Plano de Assistência Social. O Relatório de Gestão deve conter a aplicação dos recursos (em cada esfera de governo e em cada exercício anual) e ser aprovados pelos Conselhos de Assistência Social. Sintetizar e divulgar informações sobre os resultados obtidos e sobre a probidade dos gestores do SUAS às instâncias formais do SUAS, ao Poder Legislativo, ao Ministério Público e à sociedade como um todo.

Uma das falas de um dos gestores nacionais – ao introduzir uma abordagem mais geral sobre a política- é representativa do atual estágio de implementação do SUAS no interior dos municípios.

...Eu acho assim, o estágio de organização do SUAS nos estados é... da própria administração, vamos dizer assim da própria administração da gestão estadual da Política de Assistência, ela é diferenciada no país; isso aí não há dúvida, né? A SNAS trabalha com a política de apoio ao aprimoramento da gestão da política pelos estados. Então, existe aí um pacto de metas nessa direção pra fortalecer essa gestão estadual da Política de Assistência Social exatamente porque existem descompassos, né? É o estágio de implantação do SUAS(Gestor Nacional Assistência Social)

Ou seja, o SUAS está em franco estágio de fortalecimentos de seus mecanismos de gestão na superação de uma cultura política presente na política de Assistência Social balizada de um lado, ainda por interesses assistencialistas e/ou clientelistas e, por outro, com ausências de recursos humanos, sistemas de informação consolidados, infraestrutura e logística. A esse respeito, Pastor (2007) ressalta que o processo de construção da gestão da assistência social no âmbito municipal insere-se num contexto maior no qual se constata “a existência de uma cultura política que se mantém ao longo do autoritarismo, sugerindo um entendimento da democratização como um processo mais longo de transformação da cultura política e das relações Estado-sociedade”. Ter esta compreensão sobre o movimento histórico é essencial para balizar as melhorias concretizadas, ainda que limitadas pelos marcos estrutural da ordem capitalista.

a) Intersetorialidade

Pensar cada vez mais a deficiência nos remete a pensar em mecanismos intersetoriais de atenção à diversidade de necessidades desse grupo de cidadãos. No

entanto, nossa finalidade é pensar a capacidade da Política de assistência Social de articular-se de modo intersetorial em relação aos temas da deficiência. Ambas as políticas possuem desafios no que consideramos um dos mais difíceis processos de gestão pública: agir intersetorialmente. O tratamento tradicional de problemas sociais, considerados cada vez mais complexos, vem sofrendo críticas. A abordagem setorial tem sido insuficiente na resolução destes problemas. Tal crítica se refere ao fato de que esses problemas são considerados sem envolvimento de outros setores, principalmente, de acordo com a especialização dos profissionais responsáveis pelo serviço. Em consequência, a intervenção na realidade tende a ser insatisfatória seja em termos da capacidade de resolução seja em termos dos gastos incorridos. Por isso, a ideia de **intersectorialidade**, que será nosso eixo de análise adiante, vem sendo utilizada como alternativa de ação.

A intersectorialidade das políticas públicas passou a ser uma dimensão valorizada à medida que não se observava a eficiência, a efetividade e a eficácia esperadas na implementação das políticas setoriais, primordialmente no que se refere ao atendimento das demandas da população e aos recursos disponibilizados para a execução das mesmas (NASCIMENTO, 2010, p.12). Deste modo destacamos a capacidade de diálogo da Política de Assistência Social e da Política da Pessoa com Deficiência em promover a intersectorialidade para a implementação de outras políticas setoriais, visando sua efetividade por meio dessa articulação.

Na terceira pergunta realizada aos gestores e conselheiros, temos outro indicador e através deste procuramos investigar **como se dava a articulação intersectorial entre SMPD e SMAS em prol das pessoas com deficiência**. Na verdade, é necessário desmitificar que a proximidade institucional nem sempre é sinônimo de intersectorialidade. No entanto, algumas iniciativas de agir de modo intersectorial são apontadas nos relatos relevantes a seguir:

...Então essa sempre foi uma relação muito intensa, muito forte, porque a FUNLAR pertencia à secretaria municipal da assistência, então era uma fundação da secretaria, uma relação direta portanto. O presidente da FUNLAR, ele era subordinado ao secretário municipal da assistência social, desde a sua criação.(...) portanto, essa **vinculação** era total, a partir do momento que se cria a secretaria da pessoa com deficiência ela passa a **trabalhar de forma integrada** com a secretaria municipal da assistência social assim como integrada à secretaria municipal da saúde, da educação, do trabalho, do esporte, ela sai da situação de fundação vinculada à secretaria das assistência

social e passa a fazer parte do corpo da municipalidade. (Gestor Municipal Pessoa Com Deficiência)

(...)Como já mencionei, existia uma indicação da gestão (...) de ações intersetoriais, com a *macrofunção*⁴⁵ social que era a mais efetiva das macrofunções. Naquele período, as ações para pessoas com deficiências eram coordenadas pela FUNLAR que mais tarde ganhou corretamente em meu ponto de vista o *status* de secretaria – SMPD. (Gestor Municipal Assistência Social)

(...)Através da Macrofunção Social e depois pela Macrofunção da Pessoa com Deficiência. À época a FUNLAR era uma fundação ligada a SMAS. (Gestor Municipal Pessoa Com Deficiência)

O primeiro gestor informou haver uma ligação muito intensa entre Assistência Social e a instituição responsável em coordenar as ações da Pessoa com Deficiência. Essa intensidade advém de um vínculo hierárquico institucional particular da administração pública municipal do Rio de Janeiro. Ou seja, há uma Fundação voltada à Pessoa com Deficiência (FUNLAR) no interior da SMAS trabalhando de forma conjunta. Quando esta Fundação torna-se Secretaria é percebido o quanto a temática da Assistência Social fica diluída e secundarizada em meio a outras “prioridades” de outras políticas setoriais.

Também é ratificada a ideia por outro gestor, o Gestor Municipal Pessoa com Deficiência, que destacou a ligação entre as secretarias através da Macrofunção social e depois pela Macrofunção da Pessoa com Deficiência, ressaltando a inovação no modelo de gestão do caso do município do Rio de Janeiro.

A construção da intersectorialidade promove a articulação de saberes técnicos, já que os especialistas em determinada área passaram a integrar agendas coletivas e compartilhar objetivos comuns. Este processo vem de encontro aos interesses da população na medida em que contribui para a organização logística das ações

⁴⁵ Em determinado período da gestão municipal inaugurou-se um modelo de gestão considerado inovador onde a prefeitura era dividida em quatro macrofunções: A primeira foi a macrofunção de Políticas Sociais, que abrangia as secretarias de Educação, Saúde, Assistência Social, das Culturas, Esporte e Lazer, Habitação, Terceira Idade, Prevenção à Dependência Química. A segunda macrofunção foi Desenvolvimento Urbano. Isto é: as secretarias de Urbanismo, Obras, Habilitação, Transportes e Comlurb. A terceira macrofunção de Gestão, a saber: Gabinete do Prefeito, Administração, Fazenda, Procuradoria do Município, Controladoria Geral e Previ-Rio. Todas essas três macrofunções eram coordenadas pelo prefeito. A quarta macrofunção de Desenvolvimento Sustentável ficava com o subprefeito: Secretarias de Trabalho e Renda, Desenvolvimento Econômico, Ciência e Tecnologia, Meio Ambiente, Turismo, Plano Estratégico e a Secretaria do Deficiente Cidadão. As macrofunções eram uma alternativa ao diálogo municipal entre as diferentes secretarias e, por conseguinte, competências.

definidas, bem como para a organização das políticas públicas centradas em determinados territórios. Os desafios postos ainda são a superação da fragmentação e à articulação das políticas públicas, bem como a romper com uma cultura clientelista e localista da administração pública (NASCIMENTO, 2010, p.5).

Nas enunciações seguintes, podemos observar que as opiniões dos gestores se dividiram a partir de suas experiências em diferentes períodos de gestão. Muitos verificam fragilidades no processo de ação intersetorial. Por conseguinte, temos gestores municipais e nacionais bem como conselheiros realizando apontamentos de desafios colocados no debate que merecem nossa reflexão. Muitos desses desafios sinalizam disputas de interesses, conflito de ideias, embates e descrédito na política.

...Eu acho pelo fato do Rio de Janeiro ter uma secretaria(...) prova uma questão de protagonismo. Ter um protagonismo, ter uma secretaria específica para tratar do tema da pessoa, da vida da pessoa com deficiência. Por outro lado, esse protagonismo meio que ofusca a responsabilidade dos outros que também tinham que fazer o seu trabalho, então a secretaria de assistência nos tratava como alguém que, por ser secretaria, tinha que nos virar, então politicamente **havia umas ideias distintas**. (Gestor Municipal Pessoa Com Deficiência)

...briga e disputa! Eles não conversam, eles **não têm ação nenhuma em conjunto**, não existe dentro dos próprios programas nenhuma proposta de otimização de recurso, por exemplo, você tem o BPC na escola, só que você tem uma rede conveniada que esses meninos estão na parte na escola, mas grande parte acima de 18 anos está dentro das instituições, não existe conversa. Você tem uma análise qualitativa que só foi falado isso pra proteção social básica, chama as instituições que elas é que estão com essas famílias, não existe isso, eu tenho 30 anos de instituição [a instituição do Conselheiro] e nunca tive um encaminhamento de um CRAS, de um deficiente, aqui do CIAD nunca houve um encaminhamento, você tinha o programa benefício em comunidade, aquele RBC nunca houve um encaminhamento, ... eu tive no outro dia no CRAS XXX e falei: gente vocês tem uma rede a disposição de vocês pra trabalhar esses meninos de 18 anos que não tem equipamento, vocês sabem que não tem equipamento público pra isso? Aproveitem isso, elas não sabiam, elas não conhecem essa rede... você fica assim... Você tem Bolsa Família e não há uma conversa, não há conversa, por exemplo, que você bota um programa de capacitação para mulheres e não tem essas mães que ficam ali paradas sem fazer nada, não existe, gente isso é muito sério, a política de assistência é falida, ela **não tem proposta** por que ela não tem avaliação da sua própria ação, muito triste presenciar isso, não só em relação às pessoas com deficiência, mas em relação a tudo, qual o trabalho de prevenção que se tem? ” (Conselheiro Municipal-Assistência Social)

...Na verdade o conselho ele nunca foi chamado, tampouco reconhecido enquanto um órgão representativo, pra que ele fizesse

realmente parte dessa elaboração, desse controle, dessa abrangência toda, de você participar do processo como um todo, ou seja, identificar problemas, apontar soluções e acompanhar o trabalho feito, então realmente o controle social não foi feito nem ligado à secretaria da pessoa com deficiência e a nenhuma outra secretaria. (Conselheiro Municipal da Pessoa com Deficiência)

...A meu ver, a articulação entre a Secretaria Municipal de Assistência Social e a Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência na Cidade do Rio de Janeiro é insuficiente. Questões como orçamento, acompanhamento e monitoramento, entre outras, precisam ser mais bem definidas, considerando as competências de cada secretaria. (Gestor Municipal Pessoa Com Deficiência)

Conforme nos aponta Reis (2012, p.130), retornam assim as velhas questões da Assistência, que continua sendo utilizada de forma imprecisa, indefinida quanto à sua área de abrangência e aos seus objetivos. Há que se considerar ainda, que essa concepção distancia a Assistência das proposições atuais da política, pois é uma preocupação presente na NOB/SUAS, na PNAS, que com a organização dos níveis de proteção básica e especial, a Assistência possa definir algumas ações que lhe permitam ter um trabalho mais consequente, atuar na perspectiva intersetorial, mas tendo claro o seu espaço singular de conhecimento e intervenção. Adiante outro enunciado nessa direção:

...não há uma preocupação da municipalidade com a qualidade desse trabalho e com a continuidade realmente, a responsabilidade com esses usuários, não tem... Só tem de repassar recursos, não existe uma proposta, nem de *intersetorialidade* com as outras secretarias, nem com a própria secretaria da pessoa com deficiência, que também não tem proposta nenhuma, muito pelo contrário, é acabar com o pouco que se tem... essa é a verdade. (Conselheiro Municipal da Pessoa com Deficiência)

A crítica do conselheiro se dá pelo baixo potencial de articulação intersetorial, que é uma característica necessária à institucionalidade municipal. Todas as falas convergem sobre a concordância acerca das diferenças de ideias entre as secretarias, o que nos remete ao conflito de saberes, interesses e poderes típicos das relações intergovernamentais. Existem várias confluências nos relatos dos entrevistados em torno de possibilidades e limites intersetoriais. Ou seja, no cotidiano municipal há uma fragilidade na apropriação de um dos princípios organizativos do SUAS – relatados na PNAS, que é a intersetorialidade: “integração e articulação da rede socioassistencial com as demais políticas e órgãos setoriais” (BRASIL,2004, p.10). Então, há uma

orientação política para que os municípios fortaleçam seus mecanismos intersetoriais em prol de um estruturamento dessa rede socioassistencial no interior da Política de Assistência Social, mas também para além desta em diferentes políticas setoriais. Na última Conferência Nacional de Assistência Social em 2011 consta como deliberação a: “intersetorialidade, interdisciplinaridade, referência e contra referência” (BRASIL, 2012, p.15), o que demonstra um posicionamento a favor de diálogos, encontro de saberes, construção coletiva, abandono de vaidades e poderes, em prol da atenção ao público alvo da política. O debate sobre o que cabe à Assistência Social no processo de aquisição de cidadania das pessoas com deficiência, só se expandirá quando for possível identificar os serviços que são essenciais no campo da intersetorialidade para garantir e afirmar a presença deles de forma ativa, rompendo com a segregação e a tutela que pautou e ainda vem pautando a forma de atender as demandas desse grupo. Sobretudo, devemos realizar um questionamento a respeito do tipo de serviços que historicamente vem sendo prestado pelas entidades que se habilitam para realizar trabalhos nesse campo e como se coadunam com os princípios do SUAS e da Convenção Internacional das Pessoas com Deficiência. Ainda paira uma lógica de mero repasse de responsabilidades, que transfere do estado para entidades assistenciais, filantrópicas ou não, o atendimento das necessidades sociais das pessoas com deficiência muitas vezes a partir de uma lógica conservadora.

Enfim, percebe-se que historicamente as ações voltadas para a pessoa com deficiência sempre aconteceram a partir de iniciativas fragmentadas. Portanto, oferecer serviços integrados voltados para a atenção a essas pessoas requer a compreensão da importância da política de assistência social como política articuladora e de acessos.

Sem a assistência, as políticas sociais setoriais tendem a se elitizar, a se fechar na sua especialização (...) é ela quem tem o mister de lidar com os segmentos populacionais situados na base da pirâmide social e de se colocar como a via de denúncia da cidadania negada a esses segmentos. (SPOSATI, 2007, p.20)

No caso das pessoas com deficiência essa articulação intersetorial é fundamental. Caso emblemático é a gestão e a implementação do BPC (que se trata do maior programa de transferência de renda ao público com deficiência), segundo Reis (2012, p.135), a intersetorialidade e a relação do benefício com a política de Assistência Social ainda é um ponto crítico, mas que já avançou bastante na aproximação da

operacionalidade. Um dos gestores nacionais entrevistados dá destaque para a relação com a Previdência, onde aponta enumerados avanços em relação ao INSS. Em contrapartida, é muito frágil ainda essa aproximação do órgão gestor do BPC no âmbito do MDS e instâncias estaduais e municipais com os conselhos ou instituições da sociedade civil.

Outros pontos centrais nas mudanças previstas na PNAS/ 2004, na NOB-SUAS/ 2005 e no Decreto 6214/2007⁴⁶⁴⁷ são: a incorporação do BPC à política de assistência social, passando assim a compor o nível de proteção básica do SUAS e o **reforço à intersectorialidade**, através da articulação/ integração do programa às demais políticas sócio-econômicas setoriais. (REIS, 2012, p.136)

Alguns dos gestores nacionais dão destaque ao colocar a experiência do Programa BPC na Escola e apontam o interesse intersectorial a ser promovido pela Política de Assistência Social, mas consideram uma experiência nova a ser exercitada:

(...)Já que é um programa inovador que promove essa gestão compartilhada entre União, Estado e municípios merece a questão da intersectorialidade que é um exercício novo (Gestor Nacional da Assistência Social)

A intersectorialidade como exercício de controle social também não consegue se materializar, se efetivar na ponta dos serviços, no âmbito dos seus recursos humanos e nessa operacionalização institucional. Entre as secretarias ainda havia alguma interlocução, mas no âmbito dos conselhos a fragilidade era muito maior no diálogo, na troca de informações e conhecimentos sobre a Política de Assistência Social.

(...)Nenhum tipo de dado desse a gente tinha justamente pela falta de conselheiros, a secretaria de assistência mandava os nomes e as pessoas não apareciam, então a gente não tinha como ter essa informação, até porque o público que ia até a sala do COMDEF procurar por uma coisa que a gente sabia... a gente tinha que pedir a pessoa com deficiência pra fazer um relato e a gente encaminhava em ofício, via protocolo interno, sabe? Muito mais burocrático do que você sentar com as pessoas, conselheiros, ouvir o que eles estão fazendo e dar a demanda... ó ta aqui ó o que a gente precisa que a assistência faça pra justamente cumprir aquela agenda transversal, que já tinha se dito no início, né? A gente não ia conseguir nunca entender o processo de chegada e de partida, a porta de entrada e a porta de saída da pessoa com deficiência através da secretaria de assistência

⁴⁷ O Decreto 6214 de 26/09/2007 regulamenta o BPC, ratificando as propostas relativas a este Benefício presentes na PNAS/2004 e na NOB-SUAS-2005.

sem essa interlocução com os conselheiros. Isso sempre foi feito... por isso que eu acho que é importante, um dado muito importante pra ser dito; todo o processo dos programas da assistência era da secretaria. Então o conselho, voltando lá na sua primeira pergunta; não conseguia exercer o seu papel de controle social, porque as políticas eram todas de forma horizontal via secretaria. Não tinha aquela coisa de você trazer o conselho pra perto, né? Trabalhar com o conselho pra que o conselho dissesse... não... olha... a gente concorda, ou a gente discorda ou pode aprimorar... não, era sempre via telefone, via e-mail interno, então você nunca tinha acesso a esse tipo de informação o que a gente sabia era que os funcionários que eram da assistência que trabalhavam nos programas da secretaria de assistência da pessoa com deficiência, elas estavam ali fazendo trabalho junto à pessoa com deficiência (...) não havia essa troca de informação porque os programas, eles eram passados sempre de Secretaria para secretaria e tirando o conselho da interlocução, do meio. (Conselheiro Municipal da Pessoa com Deficiência)

...Pelo menos, no que a gente conhece, o Rio tem tido algumas gestões mais comprometidas, mais modernas assim, pelo menos do ponto de vista da política, né? Não... Os estados mais centrais eles têm, eles têm caminhado de uma forma mais republicana, né? que a maioria dos outros estados. Tem estados ainda que o... O estado, ele, ele ainda não incorporou o SUAS como deveria, aí continua fazendo uma política assistencialista, né? Mas do, do ponto de vista da construção do pacto federativo, o SUAS avançou muito. Então, por exemplo, os temas do BPC, eles vão muito pra esse debate... Entretanto, toda a regulamentação do BPC, ela é muito intensa, né? não é, ela, ela é uma discussão que vai pra fora do governo, vai pro congresso, tem essa coisa toda. Mas a gente tem, tem discutido bastante BPC Trabalho, BPC Escola, a gente... Tudo é sistematicamente discutido e pactuado no âmbito da assistência social. (Gestor Nacional da Assistência Social)

A construção da intersetorialidade vem sendo debatida, pactuada e organizada no âmbito do SUAS como se aponta. Ainda que seja uma experiência nova a ser aprendida, veiculada, não podemos desconsiderar que a formulação e a implementação da política é perpassada pela interação de interesses diversos, com a influência de vários setores. Historicamente, as bases das políticas sociais segundo Sposati (2004, p.12), tem a questão social circunscrita em um terreno de disputa pelos bens socialmente construídos. Na prática, conflitos e interesse, disputas orçamentárias, manobras políticas e preconceitos podem afetar o desenho final das políticas voltadas às pessoas com deficiência. Esse jogo de forças influencia elementos que, em última instância, estabelecem como deve ser um determinado programa social para os deficientes. Esse fato não é exclusivo das políticas no que se refere à deficiência, mas encontra espaço

amplo em uma área em que a própria definição de deficiência é objeto de controvérsia, para não dizer de incerteza quanto às suas fronteiras. (MEDEIROS et al., 2006)

Igualmente, para compreender a variável intersetorialidade, utilizamos o indicador através de pergunta junto aos gestores e conselheiros que participaram deste estudo sobre se eles **concordavam com a atuação de uma secretaria especializada para tratar apenas de assuntos da deficiência**. Os gestores e conselheiros ficaram bastante divididos em suas opiniões ponderando sempre sobre a importância da visibilidade do tema e do quanto ainda não se privilegia o debate no cenário da política de Assistência Social. Apenas um gestor Nacional da Assistência Social se mostrou contrário afirmando somente que concordava com tal atuação, as respostas dos demais (todos ou alguns)? são expostas a seguir:

...Olha, essa pergunta me lembra de um poema que eu acho que é do Thiago Guinela, mas não tenho certeza, que ele diz que ele sonha com o dia que não precisará mais falar na palavra liberdade, porque eu não tenho certeza que é dele, não tenho certeza. Mas, é importante nesse sentido de que a liberdade vai ser uma coisa tão inerente a todos nós que a gente não vai falar mais nela, então enquanto isso não existe a gente tem que insistir e defender nessa liberdade e é mais ou menos essa situação; e são todas as secretarias: a secretaria da educação, do esporte, do trabalho, da assistência social, da saúde principalmente essas setoriais: saúde, do trabalho, esporte e lazer. **Se essas secretarias trabalhassem com a pessoa com deficiência** como parte de todo seu público no sentido da parte integrante mesmo, ou seja, que houvesse a acessibilidade nos espaços que a integração, a inclusão de fato da criança com a escola, na saúde **obviamente não precisaria**. Porque a necessidade da secretaria na assistência social é porque essas e outras políticas setoriais elas vem negligenciando e não atendendo de forma integral e absoluta o conceito da inclusão. (Conselheiro Pessoa com Deficiência)

...Acredito que no estágio em que estamos **ainda é necessário** um órgão que priorize e foque as demandas específicas desse segmento. Quando esse segmento, com suas demandas e especificidades, fizer parte dos processos de trabalho das políticas setoriais da Prefeitura, chegou a hora da SMPD sair de cena. Hoje ainda se faz necessário uma atuação forte da SMPD no sentido de sensibilizar os setores da Prefeitura para esse tema. Não adianta o gestor ser sensível, é necessário que a Política contemple essas pessoas, isso é um processo longo e que a SMPD ainda tem um papel importante a cumprir. (Gestor Municipal Pessoa com Deficiência)

...É um tema socialmente relevante, mas deveria ter como foco ações de controle, e subsidiaria as demais políticas com viés executivo, tais como Assistência, Educação e Saúde. (Gestor Municipal Pessoa com Deficiência).

...Eu gostaria de fazer uma ressalva, penso que para o segmento das pessoas com deficiência a política de assistência social por si só não é capaz de promover e incluir socialmente essas pessoas, ainda é necessário a implementação de um conjunto integrado de ações, que envolva a educação, trabalho, lazer, cultura, saúde e assistência social, que seria a guardiã, motivadora, coordenadora dessas ações. No caso da Prefeitura do Rio é que cumpra esse papel é a SMPD. (Gestor Municipal Pessoa com Deficiência).

...Eu tenho assim, a certeza que **a política de assistência da pessoa com deficiência é apenas uma delas**, e há um vício no Brasil, por erro de todos, um pouco do segmento, um pouco do poder público, em minha opinião mais do poder público, que é olhar a pessoa com deficiência só pela via da assistência... é gravíssimo, um ser humano com deficiência é um ser integral, ele é um ser do esporte, um ser do lazer, um ser da educação, um ser da saúde, e aí me botam na assistência o dever de cuidar desse segmento, isso é pelo contrário da espera do que a gente disse que a competência de tutelar a população estão dando para o pobre: o dever de cuidar enquanto, por exemplo, era a saúde que tinha que gastar o maior número de dinheiro efetivo para a essa parcela da população, tinha que vir da saúde e da educação, porque os protagonismos de deficiência estão nessas duas áreas, e não na assistência, se analisar por exemplo as APAES, PESTALOZZIS, os institutos de educação de surdos, de cegos por exemplo... estão na área da educação, as outras áreas que tem outras instituições de nome que fazem tratamento da pessoa com deficiência lidam com a área de reabilitação, reabilitação, tratamento igual à saúde, então não falta dinheiro pra educação, nem pra saúde, falta pra assistência e aí a assistência com desculpa de que os outros lavam as mãos e colocam tudo na assistência não tem dinheiro pra fazer a cobertura, o que é absolutamente irresponsável. Tem que tirar da assistência o que não é da assistência ou em minha opinião uma secretaria da pessoa com deficiência que tenha força pra justamente achar o equilíbrio entre o que é da assistência, o que é da saúde, o que é da educação, o que é do esporte, o que é do lazer e nesse poder de articulação determinar o que cada um deve fazer, então o secretário da pessoa com deficiência tem que estar no gabinete do prefeito, e não pode ser um secretário de segundo escalão, tem que ser um secretário do prefeito que tenha poderes para determinar aos demais secretários o que deve ser feito, aí a vida melhora. (Gestor Municipal Pessoa com Deficiência)

Todas as respostas expressam a urgência na atenção à temática da pessoa com deficiência e reafirmam que a Política de Assistência Social solitária não será a exclusiva responsável pelo bem estar e satisfação das necessidades desse grupo. Expressam o rigor quanto ao atendimento a necessidades específicas desse grupo. Ou seja, que se reconheçam os direitos da pessoa com deficiência tal qual como os dos demais cidadãos. Então a igualdade política advém justamente de se ter uma institucionalidade municipal que pudesse contemplar em todos os setores as demandas e

necessidades do público com deficiência. Dada a inoperância da gestão pública ainda em agregar a temática com eficiência, eficácia e efetividade os gestores e conselheiros consideram importante e necessário ainda ter uma ação especializada em formato de secretaria. São as demandas por reconhecimento colocadas na cena pública:

...as políticas voltadas às pessoas com deficiência são políticas transversais, nós não temos a pessoa com deficiência de uma forma estanque, vinculada apenas à assistência, saúde, educação ou as questões urbanistas quando a gente fala de acessibilidade, então política pra atender pessoas com deficiência, entendendo: crianças, adolescentes, adultos e idosos. Deficiência é uma política transversal, e uma política transversal ela só acontece se nós tivermos um órgão meio, que aí é por isso que nossa importância da secretaria municipal, da secretaria estadual, um órgão meio de articulação, de diálogo com as demais secretarias para que elas possam executar essa política, porque isso é necessário? Porque ao longo do tempo as pessoas com deficiência têm sido tão invisíveis que é necessário que exista um órgão governamental lembrando a existência que significa 23.9% da população nacional para que os gestores dessas pastas, que são tão importantes, possam pensar na execução das suas políticas, na existência dessas pessoas e que possam planejar políticas públicas que possam atender essas pessoas, então quando nós não temos um ponto focal, uma secretaria, uma coordenação, uma secretaria, uma gerência, superintendência, enfim... Que tratem isso num âmbito meio do Governo, nós temos muita dificuldade nessa interlocução, então hoje nós estamos caminhando para que hoje já 10% dos municípios do Brasil já tem conselhos de direitos da pessoa com deficiência, algumas capitais nós já temos secretarias municipais, em alguns estados secretarias estaduais e estamos caminhando para que isso seja muito mais difundido para que os gestores compreendam a existência desse órgão fazendo essa interlocução, repito... Não é para fazer execução! Quem tem que fazer execução são as pastas fins, é pra fazer a discussão meio, é meio, a discussão meio, a discussão do planejamento, da lembrança, do fortalecimento, do estímulo da execução dessa política”(Gestor Nacional da Pessoa com Deficiência)

...Eu acho que a secretaria de pessoas com deficiência é fundamental se garantido seu poder de atuação, porque ela levanta o protagonismo da pessoa com deficiência ela não é.. Por que eu acho importante uma secretaria da pessoa com deficiência, né? Porque ela é muito maior do que qualquer outra defesa de direito, e eu digo isso o menor melindre. Então eu acho que a questão do protagonismo é importante, agora a secretaria só é funcional se ela tiver poder de articulação com as outras secretarias. (Gestor municipal da Pessoa com Deficiência)

...No âmbito federal nós temos a Secretaria dos Direitos Humanos, tem lá uma Secretaria Nacional, né? de Promoção de Direito das Pessoas com Deficiência. Essa secretaria ela tem o papel de coordenação da Política Nacional da, das Pessoas com

Deficiência. Eu acho ela importante porque ela, ela dialoga com todas as demais políticas, com a Educação, com a Saúde, conosco aqui. Ela dialoga essa agenda que as políticas públicas setoriais têm, né? E que tem aí a, como foco a pessoa com deficiência. Então, vejo como adequada a existência dessa secretaria nacional. A réplica dela nos é, por exemplo, no âmbito dos municípios já... não vejo sentido porque ela não é executiva. Ela não pode assumir um papel de execução, né? Ela, ela, ela é mais um... E se se instala no âmbito do município, a tendência é quase que ela querer ser executiva. E é possivelmente inadequado porque no âmbito nacional se traçar diretrizes nas políticas setoriais e que tenham algumas...Eu nem diria que seja só em relação à assistência, mas acredito que isso possa a criar um embaraço na delimitação... É porque na verdade as políticas setoriais, né? É que, que são executoras, né? A, a... Você criar uma Secretaria dos Direitos da Pessoa com Deficiência a não ser que ela tenha.... assume o mesmo papel da política, da nacional. **Então, eu não vejo necessidade** na medida que a política de assistência, ela ao formular a sua...ao formar aí os seus programas, benefícios e serviços, ela já incorpora, né? A esse segmento enquanto um público para o qual você dirige aqueles serviços que você tipificou, por exemplo. Não é? É um benefício que você instituiu. Já incorpora esse segmento. “Então, no âmbito da execução você não tem que fazer esse caminho, né?” (Gestor Nacional da Assistência Social)

Na verdade existe o reconhecimento da deficiência no plano verbal, mas a estrutura municipal do Rio de Janeiro ainda não absorveu completamente em cada uma de suas secretarias municipais o destaque para as pessoas com deficiência. O plano ideal era não ter uma Secretaria apenas para tratar desses assuntos, contudo na realidade cotidiana foi a saída encontrada pela cidade. O fato de ter uma secretaria especializada também não resolve por completo a questão da visibilidade do tema, e o poder de implementação de novas políticas para pessoas com deficiência na agenda pública não está restrito a essa secretaria. Como também a Assistência Social não pode se desobrigar de atender a esse público pelo fato de existir uma secretaria especializada. Enfim, para assegurar capacidades / *capabilities*, e potencialidades a Assistência Social ainda precisa de uma longa caminhada entre os pressupostos pautados na legislação, em equipamentos e no aparato institucional com serviços mais amplos e fortalecidos. As deficiências são agravadas pela falta de acesso e da ausência de exercício dessas capacidades.

Disability was the disadvantage or restriction of activity caused by a contemporary social organization; (...). Here, then, the emphasis rested on the impact of society; its values and norms. The key question from this perspective was whether a society served the needs of all of its members equally, irrespective of their physical shapes and differing intellects. Where it did not, the result for some of its members was disablement.⁴⁸ (DRAKE, 1999, p. 50)

Do ponto de vista do reconhecimento, a injustiça surge na forma de subordinação de estatuto, assente nas hierarquias institucionalizadas de valor cultural. A injustiça paradigmática neste caso é o falso reconhecimento, que também deve ser tomado em sentido lato, abrangendo a dominação cultural, o não-reconhecimento e o desrespeito. A solução é, portanto, o reconhecimento, igualmente em sentido lato, de forma a abranger não só as reformas que visam revalorizar as identidades desrespeitadas e os produtos culturais de grupos discriminados, mas, igualmente, os esforços de reconhecimento e valorização da diversidade, por um lado, e, por outro, os esforços de transformação da ordem simbólica e de desconstrução dos termos que estão subjacentes às diferenciações de estatuto existentes, de forma a mudar a identidade social de todos. (FRASER, 2007).

Ou seja, urge compreender e aprofundar aspectos da gestão da política para além dos aspectos intersetoriais e de reconhecimento do saber especializado em torno da atenção a pessoa com deficiência e o lugar da Assistência Social, cabe, portanto, refletir sobre os avanços e entraves na condução da Política de Assistência Social adiante.

b) Avanços e entraves na gestão

Objetivamos levantar através da variável **“Avanços e entraves na gestão”** o conhecimento sobre os avanços e entraves que identificam na implementação da política de assistência social no pós 2004, no pós PNAS-SUAS. Para tal, os indicadores foram as perguntas feitas aos gestores e conselheiros **“Poderia citar avanços na implementação da política de assistência social para as pessoas com deficiência no**

⁴⁸ Texto traduzido: Deficiência era a desvantagem ou restrição de atividade provocada por uma determinada forma de organização social contemporânea; Aqui, então, a ênfase repousava sobre o impacto da sociedade, seus valores e normas. A questão-chave a partir desta perspectiva foi então uma sociedade servindo as necessidades de todos os membros de forma igual, independentemente de suas formas físicas e diferentes intelectos. Onde isso não aconteceu, o resultado para alguns de seus membros era invalidez.

decorrer da sua gestão?” e “Poderia citar entraves de implementação da política de assistência social para as pessoas com deficiência no decorrer da sua gestão?”

Como avanço, a noção de direito constitucional se reafirma e a capacidade de humanizar e oferecer seguranças sociais aos sujeitos da política é destacada:

...Eu acho que o avanço principal é de que a grande maioria hoje já consegue visualizar que isso é um **direito**, entendeu? Acho que isso foi um grande avanço de que é direito, de que eu posso procurar, que eu não tô aqui de favor, né? Esse foi um grande avanço, mas em relação à ação direta mesmo, de se pensar, de... ainda, continuamos na proposta ainda de anos atrás anterior ao SUAS que é a ... vai ver nos municípios ? A grande maioria de execução dessa política é através da antiga rede que é a da LBA não tenho nada a ver com isso. Você tem uma boa proposta de inclusão produtiva de capacitação, de acesso desses jovens pra isso, que seria natural, né? A população aqui do seu território tá informada do que está acontecendo?... “então eu posso botar meu filho nesse curso, posso tá ali, posso estar naquele espaço ali...” isso seria o ideal, você fazer... Pra você vê, hoje a gente tem uma rede que se preocupa de divulgar as coisas, porque aquele usuário pode sair do meu espaço, inclusive a gente trouxe “ah, o menino que é da PESTALOZZI” ele não tem nome entendeu ? “da APAE” ele não tem nome, então é bem institucionalizado o processo ainda até hoje, desses pais, que ainda vem anterior a 2004 então são pais idosos que acham que ali é o único lugar que atendeu o filho. (Conselheiro Municipal de Assistência Social)

...E aí eu acho que o SUAS entra e **humaniza um pouco** esse atendimento, na medida em que a gente conversa com o INSS e vai algumas normativas e que a gente coloca ali outro profissional que é o assistente social pra fazer também esse acompanhamento ou essa, esse, essa avaliação, eu acho que a gente tem aí grandes avanços porque a gente trata ali o usuário da assistência social como usuário da assistência social. Como alguém que tem direito, como alguém que tem uma história e que merece ser respeitado. (Gestor Nacional Assistência Social)

Os gestores nacionais conseguem realizar uma análise conjuntural dos avanços mais significativos no campo da Assistência Social às pessoas com deficiência. Assim, como os conselheiros da assistência social são bem mais conhecedores das atuais ações com seus limites e potencialidades:

...A gente tá, é a gente tá em processo, né? como eu tava falando. Junto com os municípios... Coisas a serem alcançadas que tenham a ver aí com todo esse movimento que o SUAS faz no sentido de estabelecimento de pactuação, de metas e não sei o quê. Coisas a serem alcançadas, pra gente dizer(...) diria que isso faz parte aí do processo de aprimoramento da própria política. Quer dizer que a gente segue avançando, tentando buscar mecanismos que possam ajudar

nessa implementação...nesse reforço que a instância federal pode dar aos outros municípios. Então, agora mesmo a gente tem aí a, implantação do IGD SUAS, né? Que é o índice de gestão, é para o SUAS que é investimento também suporte. Além do investimento que se faz para o serviço propriamente dito, né? Também investir na gestão municipal do SUAS. Então isso vai favorecer esse processo aí de aprimoramento da instalação do SUAS na sua plenitude nos municípios. (Gestor Nacional Pessoa com Deficiência)

O fortalecimento do lugar da Política da Assistência Social como política de acessos, garantidora de direitos e que apresenta esse cidadão com deficiência como sujeito de direitos é apontado amplamente pelos gestores da Assistência e da Pessoa com Deficiência. Os conselheiros reforçam que são necessários espaços que cumpram a função de fortalecimentos de vínculos sociais, familiares e comunitários, tal qual hoje existem as APAES e PESTALOZZIS – instituições tradicionais da rede socioassistencial privada que ainda cumprem o lugar da Assistência Social. Ou seja, ainda não são perceptíveis alternativas de serviços tipificados propostos desde 2009 – devido a escassez - nas unidades de assistência social do Rio de Janeiro que possam propiciar acolhimento especializado, seguranças sociais, fortalecimento e manutenção dos vínculos entre outras atribuições da política. Isso demonstra que embora a gestão federal se empenhe em produzir estudos, normas, decretos e resoluções para as pessoas com deficiência no âmbito da Assistência Social, conseguir de fato viabilizar acessibilidade democrática, atendimento humanizado, estrutura de horizontalidade é uma missão pouco atingida ainda pela gestão. Algumas iniciativas na cidade do Rio de Janeiro se destacam:

...Acredito que a implantação do CIAD foi importante. Não tenho os dados, mas cumpriu um papel significativo na forma de um espaço físico apropriado, acessível em todos os sentidos, pela sua localização geográfica, embora tivessem as unidades descentralizadas por CAS, pela articulação com as demais políticas ocupando o mesmo espaço; e a lotação de Assistentes Sociais no quadro da SMPD. (Gestor Municipal de Assistência Social)

O CIAD mencionado inaugura um tempo de possibilidades e também se coloca com um dos avanços no caso da atenção a pessoas com deficiência e que também contempla a Política de Assistência Social. Para além, um espaço central com representação de várias políticas setoriais que viabiliza alguns atendimentos de saúde, educação, esporte e lazer; trabalho e emprego; enfim, espaço com estrutura acessível –

piso tátil, intérprete, sistema de voz, tradução em *Braille*; mas que é apenas um para atender a todo município do Rio de Janeiro, cuja demanda é infinitamente maior.

Durante a entrevista buscou-se saber também acerca dos **entraves que os conselheiros identificaram na implementação da política de assistência social.** Alguns conselheiros da pessoa com deficiência não apontaram entrave dado o grau de desconhecimento dito por eles. Os gestores e conselheiros concentraram apontamentos sobre entraves mencionados para implantação da política de assistência social no campo do orçamento, mas também de fragilidade na intersectorialidade e ausência de recursos humanos:

...O maior entrave são os controles de gastos muito rígidos o que com a nova Nob promete flexibilizar os gastos e a comprovação de gastos por blocos. Mas o maior problema ainda é o cofinanciamento adequado aos custos operacionais diferenciados entre municípios de pequeno e grande porte. Enquanto municípios de grande porte e metropolitanos bancarem a parte do leão dos custos operacionais muito pouco poderemos avançar na implementação do marco regulatório atual. (Conselheiro municipal de assistência social).

...O pouco diálogo com a sociedade e a falta de integração entre as instituições públicas (novos velhos problemas). (Conselheiro municipal da Pessoa com Deficiência Assistência social).

...O marco regulatório avançou muito, mas ainda fica muito acanhado as formas de financiamento e cofinanciamento da ação. (Gestor municipal de Assistência Social).

...Falta maior participação das instituições e da população na implantação da política e a maior divulgação de serviços e direitos. (Conselheiro Municipal da Pessoa com Deficiência)

...Dificuldades de articulações por essas políticas todas e de pessoas para realizar esses trabalhos, e a questão do país, muitas desigualdades sociais, que aí a gente está no corpo desta discussão do SUAS da questão da pessoa com deficiência, questão dessa dificuldade que agente está falando por uma coisa muito maior que a desigualdade social que o país vive e que portanto cria situações extremamente desfavoráveis para um grande número de gente desse país. (Gestor Nacional de Assistência Social).

...Na verdade pensar a assistência social às pessoas com deficiência ainda nos remete à rede socioassistencial ofertada pelas instituições não-governamentais. Hoje é impensável deixar de contar com essas instituições que se especializam em atender as pessoas com deficiência. No caso do Rio de Janeiro, são como braços institucionais da política de assistência social na média e alta complexidade da política. São trinta instituições da sociedade civil quase o mesmo número de CRAS do município do Rio de Janeiro. Se existem tantos

serviços financiados pela união seria tão difícil acessar esses recursos nos CRAS e CREAS? (Conselheiro Municipal de Assistência Social).

...O que falta é uma política efetiva de cofinanciamento. Cofinanciamento implica a repartição efetiva dos custos operacionais de ação entre os três entes políticos da Federação: união, estados e municípios. Por exemplo: na alta complexidade os valores repassados pela união não correspondem a dez por cento do custo da alta complexidade no município do Rio de Janeiro e o estado não cofinancia um centavo sequer. Se a assistência social é política do Estado Brasileiro o seu cofinanciamento deveria ser garantido de forma equitativa entre os entes políticos que compõe a federação. (Gestor Municipal Pessoa com Deficiência)

...Ausência total, assim... na Assistência ? A Assistência não conhece o assunto, a Assistência não sabe o que é a pessoa com deficiência, ela acha que não tem que lidar com esse assunto porque isso é da saúde e da reabilitação. Então, a maioria dos profissionais da assistência não conhece a questão da deficiência. (Conselheiro Municipal Assistência Social)

Ou seja, o financiamento e o cofinanciamento mesmo com incrementos significativos, de acordo com o anexo 3 de Relatório do MDS, ainda são destacados por gestores e conselheiros como entraves para a ação das políticas de assistência social, percebendo-se que a aquisição de recursos está no centro de tais ações. De fato, não é possível executar uma ação sem que se tenham os recursos necessários para tal. O orçamento é um dos instrumentos de gestão previstos pelas NOB's de 2005 e 2012, ou seja, uma peça fundamental na gestão da Política de Assistência Social. A questão do cofinanciamento é um dos nós críticos do debate na relação entre os entes federados, um dos pontos mais sérios da gestão: decidir quem se responsabiliza pelo pagamento da conta. O Plano Municipal da Assistência Social tem definido repasses à Rede Histórica Conveniada (RHC), e vemos que é essa rede que hoje compreende as necessidades da pessoa com deficiência. Rebate no que outros gestores e conselheiros sinalizaram como despreparo e desconhecimento das unidades da assistência social em atender esse segmento. Não há investimento nos CRAS e CREAS nos serviços especializados, apenas nos serviços socioassistenciais que atendem às famílias de modo geral. Então corresponde à mais profunda realidade os relatos de ausência de acessibilidade, intérprete e qualquer outra infraestrutura voltada às pessoas com deficiência. Estende-se à relação intersetorial a falta de eficiência da política de Assistência em prover as necessidades básicas em diálogo com as demais políticas para assegurar moradia, alimentação, educação, transporte, saúde e lazer, entre outros.

No campo de pesquisa através de mecanismos de observação relatados em diário de campo, conclui-se que a gestão da política voltada para as pessoas com deficiência no interior do Sistema Único da Assistência Social nas Dez Coordenadorias de Assistência Social do Município do Rio de Janeiro é ainda muito incipiente. As Coordenadorias são um modelo único do Rio de Janeiro. São instâncias locais/regionais de gestão da política com a responsabilidade de ser um elo entre a gestão em nível central na Secretaria e a ponta nas unidades CRAS, CREAS e Alta Complexidade. É notório que esse tipo de gestão propicia uma interface maior para fins de diálogo e articulação ente os diferentes níveis de proteção social básica e especial, mas este imbricamento, ainda não se articula na atenção às demandas e necessidades das pessoas com deficiência nos diferentes territórios do município do Rio de Janeiro.

Para tal, faz-se se necessário compreender ainda no âmbito da gestão a capacidade da política de Assistência Social sobre as questões relacionadas à deficiência.

c) Capacidade da Política de Assistência Social

Em relação a esta variável pretendemos analisar a forma como a política se organiza e se mostra capaz em sua operacionalidade, em infraestrutura, recursos humanos e dentre outros para propiciar às pessoas com deficiência os atendimentos necessários no âmbito da política de Assistência Social. Foi possível dimensionar através de outro indicador que foi este: **Considera que a política de Assistência Social está preparada para atender as pessoas com deficiência?** Temos as seguintes reflexões enunciadas por gestores e conselheiros:

(...)Olha, eu acho que **a política sim**, a política como uma coisa maior que nós temos dentro dessa política no Brasil (..)nós assinamos, o Brasil foi signatário da comissão da ONU de 2006 que é o documento mais atual que fala sobre os direitos da pessoa com deficiência, portanto, quando falamos a política nesse sentido abrangente, rico, eu acho que está totalmente adequado e preparado a atender as pessoas com deficiência, eu estou falando em termos do verbo, estou falando em termos do texto na política escrita, na política apresentada na legislação brasileira e quando a gente vai na prática desta política aí é outra situação. (Gestor Municipal Pessoa com Deficiência)

...O desconhecimento sobre o tema e a falta de acessibilidade demonstra o **despreparo**. Outra questão relevante ainda, na gestão em que estive presente, não sabe se pelo caráter centralizador, mas, o fato é que muitas vezes tomava conhecimento de uma nova ação ou de uma solicitação da FUNLAR, por ter amizade com os gestores da

fundação e não de forma institucional, o fato é que isto denota o quanto um gestor pode interferir na efetivação de medidas e conseqüentemente caracterizar o despreparo da Assistência social. (Gestor Municipal Assistência Social)

...Preparada, **ainda não**, a política de assistência social vem sendo impulsionada pelas entidades atuantes no setor que cooperam com a organização dos representantes das pessoas com deficiência e suas famílias. (Gestor Municipal Pessoa com Deficiência)

...**Acho que não**, vejamos apenas o aspecto de acessibilidade. A rede de abrigos não prevê acessibilidade para as pessoas com deficiência, estou falando de coisas simples, uma rampa onde o cadeirante possa ter acesso, um banheiro adaptado. Outro aspecto importante são os técnicos responsáveis pelo desenvolvimento da Política não terem nenhuma capacitação em relação de como lidar com as pessoas com deficiência, quais são as suas principais características. (Gestor Municipal Pessoa com Deficiência)

Assim, conforme se pode perceber nas respostas dos gestores e conselheiros os mesmos não julgam a assistência social preparada para oferecer proteção às pessoas com deficiência, principalmente quando se observa a operacionalização da política, ou seja, em relação ao aparato teórico e doutrinário a política de assistência social encontra-se completa e preparada para atender as pessoas com deficiência, todavia, a aplicabilidade em torno da infraestrutura, recursos humanos, conhecimentos das especificidades deste público, acessibilidade arquitetônica e atitudinal entre outros, são insuficientes. O despreparo resulta do desconhecimento, da ausência de vontade política, visibilidade do tema e negligência do poder público em relação à agenda de necessidades das pessoas com deficiência. Associado a esta realidade, a ausência de mecanismos de monitoramento por parte do poder público estadual e federal agravam a situação tornando-se um conjunto de ingerências em prol da pessoa com deficiência. É interessante observar que a Rede Socioassistencial Privada só foi mencionada por um gestor e um conselheiro o que denota pouco reconhecimento desta rede como parte da Política de Assistência Social nos pressupostos do SUAS. Essa ausência, essa atenção diminuta da Política de Assistência Social às pessoas com deficiência é o que eu classificaria de “negligência política” – uma espécie de saber o que se deve fazer, mas não efetivar, não providenciar o que é justo e necessário a esses cidadãos.

Se os gestores reconhecem esse despreparo e a necessidade urgente de mudanças, tendo eles a incumbência propositiva da gestão e o poder decisório, porque não realizar?

(...)Acredito que no momento em que os chefes do executivo conseguirem entender que a Assistência Social é uma política e com diversas especificidades a serem atuadas, como neste caso a deficiência; a Assistência Social será efetivamente plena e possível de coordenações ou congêneres para os temas específicos, sem anular um detrimento do outro.(Gestor Municipal Pessoa com Deficiência)

...o desconhecimento sobre o tema e a falta de acessibilidade demonstra o despreparo. (Gestor Municipal Assistência Social)

...Não acontecem, não existe financiamento pra essa modalidade, não existe financiamento pra república, pra esses usuários, entendeu? E a gente tem a proposta de abrigamento, mas não tem de república...você pode ter grupos...você tem um garoto com 30, 35... eles podem ir pra uma casa assistida mas.... você não tem, você não tem financiamento, você não tem ninguém que banque essa proposta para captação dessas propostas, “entendeu” ? (Conselheiro Municipal da Assistência Social)

Embora a política de Assistência Social se proponha a atender um público mais ampliado⁴⁹ do que era mencionado na LOAS, o que é perceptível em vários em diversos trechos da PNAS- Política Nacional de Assistência Social, o fato é que a infraestrutura, os recursos humanos e a organização da política de assistência ainda são muito frágeis para receber as diferenças e lidar com estas. O processo classificatório do que seja normal e patológico se dá no jogo cotidiano das relações sociais e pela construção da expectativa de identidade social condizente com um ambiente (SANTOS, 2008, p.12). A realidade dos CRAS e CREAS ainda está muito distante de um comportamento inclusivo para atender as diferenças, a diversidade. São raras as iniciativas municipais em publicizar os direitos socioassistenciais que devem ser materializados para esse público através da própria comunicação, da linguagem: seja através da língua de sinais, em *Braille* ou em mídia eletrônica audiovisual. Ou seja, quando uma pessoa com características diferentes daquelas que se esperava encontrar em determinado ambiente é apresentada ou é vista fazendo parte dele, esta é considerada estranha. As pessoas com marcas corporais específicas ou com lesões experimentam a noção da identidade estranha por serem consideradas como não-pertencentes a determinados ambientes sociais e às expectativas de relações sociais produzidas pelos processos de sociabilização (SANTOS, 2008, p.5). O estranhamento também ocorre no interior da Política de Assistência Social. Ainda que não seja um estranhamento total, existem

⁴⁹ Famílias e usuários de substâncias psicoativas, portadores de identidades estigmatizadas, entre outros.(BRASIL,2004)

vários de outra ordem que se traduzem em mecanismos excludentes como não saber lidar com diferentes deficiências, não criar mecanismos de comunicação e acessibilidade necessários a esse grupo, não especializar programas e projetos, entre outros.

É nesse contexto então que acontece a violação à cidadania da pessoa com deficiência. O paradigma da inclusão social foi cronologicamente preferido em detrimento à prática da integração social. Mas em alguns setores a adaptação regride aos modelos de integração social onde o sujeito é que tem que se adaptar a todo custo à sociedade. As pessoas com deficiência acabam por não se sentirem parte da política, como usuários e são consideradas “inaptas” a serem incluídas nos serviços da Assistência Social.

To be a citizen is to be able to take part in the decisions that create or re-creat the contours of a society, and to be able to participate in key functions such as work, leisure, political debate, travel and religious observance. (I say, ‘be able to’ because not all citizens wish to exercise their right to participate in all of these things.) The opposite of citizenship is social exclusion.⁵⁰ (DRAKE, 1999, p. 12)

A política pública de Assistência Social ainda é um processo complexo que nos ditos de Pereira (2000, p.186) possui um caráter racional, ético e cívico. Racional, porque deve resultar de um conjunto articulado de decisões coletivas que, por sua vez, devem se basear em indicadores científicos. Isso significa que a racionalidade dessa política está no fato de que ela deve ser informada por estudos e pesquisas e estar sujeita a permanente avaliação, especialmente, no que diz respeito a seus resultados e impactos. Ético, porque o combate às iniquidades sociais, mais do que um ato de eficácia administrativa, constitui uma responsabilidade moral que nenhum governo sério deve abdicar. Cívico, porque a política de assistência social deve ter uma vinculação inequívoca com os direitos de cidadania social, visando concretizá-los no que lhe couber.

É com base nesses referenciais expostos e fundamentados em categorias, variáveis e indicadores que tecemos nossas considerações finais adiantes.

⁵⁰ Texto traduzido: Ser cidadão é ser capaz de tomar parte nas decisões que criam ou recriam os contornos de uma sociedade, e ser capaz de participar de funções chave, como trabalho, lazer, debate político, viagens e observância religiosa. (Eu digo, 'poder', porque nem todos os cidadãos desejam exercer o seu direito de participar de todas essas coisas.) O oposto da cidadania é a exclusão social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A incorporação da atenção à deficiência pela Política de Assistência Social do Município do Rio de Janeiro, após a implantação do modelo do Sistema Único da Assistência Social, ainda tem um caminho complexo e longo a percorrer.

À medida que o percurso desta pesquisa foi se estabelecendo através de categorias teóricas, variáveis e indicadores, foi possível tecer algumas conclusões que se seguem mediante a análise crítica, baseada em referenciais teóricos e pesquisa de campo junto a atores imprescindíveis, gestores e conselheiros da pasta da assistência social e da pessoa com deficiência, na análise da política de assistência social pública do município do Rio de Janeiro.

Sabe-se que a Política Social Pública de Assistência Social permite aos cidadãos ter acesso a recursos, bens e serviços sociais necessários, sob múltiplas formas de proteção social. No caso das pessoas com deficiência a política deve se voltar à realização de direitos, atendimento de necessidades e desenvolvimento de potencialidades desses cidadãos em suas especificidades.

Consideramos que a gestão da política de Assistência Social no município do Rio de Janeiro ainda está despreparada para atender as pessoas com deficiência. As dificuldades concentram-se: na operacionalização do cotidiano de atendimento a essas pessoas em suas especificidades; na fragilidade da capacitação dos recursos humanos; na precária infraestrutura de acessibilidade no campo da comunicação e de espaços físicos; na incapacidade de absorção do executivo municipal em torno dos parâmetros legais federais da Política de Assistência Social, bem como das orientações advindas da Convenção Internacional das Pessoas com deficiência; na adequação orçamentária em se implementar os serviços tipificados desde 2009 e, por fim, na violação cotidiana da cidadania da pessoa com deficiência.

Os entraves na gestão da política são assinalados, igualmente, no campo da fragilidade intersetorial, que aponta para ausências de espaços e mecanismos de diálogos entre SMDS e SMPD ou outra política setorial, bem como junto à rede assistencial privada a RHC (Rede Histórica Conveniada) do município do Rio de

Janeiro. A atenção à deficiência pela política municipal de Assistência Social não se materializa nas unidades de SMPD, nem nas unidades da SMDS, apenas através das instituições da sociedade civil que compõem a RHC, que também possui um trabalho merecedor de acompanhamento para que, de fato, se materialize de acordo com os pressupostos da Política de Assistência Social.

Por outro lado, destaca-se um avanço no arcabouço legal e político que fortalece a noção de direito constitucional à política de Assistência Social às pessoas com deficiência e se amplia na consolidação de novos serviços para além da oferta do BPC – que se estende também neste período. O fortalecimento da política de Assistência Social no SUAS tem impactos positivos na compreensão da deficiência no âmbito da PSB, PSE e da alta complexidade. Com o Plano Viver sem Limites, através do eixo inclusão social, há uma possibilidade de que algumas iniciativas da Assistência Social no campo dos serviços, benefícios e de segurança de acolhida sejam pactuadas no município do Rio de Janeiro.

Um dos traços mais marcantes e fundamentais da configuração da Política de Assistência Social para as pessoas com deficiência é perceber a organização dos serviços de proteção social - considerado na letra da lei - a serem implantados e geridos pelo Estado e como a política se institucionaliza para alcançar a efetividade e ter maior grau de abrangência. O desconhecimento da convenção ainda é muito grande, o que faz com que a gestão se distancie da especialização da oferta dos serviços. Há certa inoperância, um retardamento de ações no âmbito do executivo ocasionado por falta de prioridade da administração pública da assistência social.

Existe uma frágil incorporação do tema da deficiência na agenda pública da política de Assistência Social no município do Rio de Janeiro. De um lado, tem-se uma secretaria que atende exclusivamente à pessoa com deficiência – que deixa de ofertar a Política de Assistência Social para privilegiar e expandir outras políticas setoriais consideradas prioritárias à gestão. E, de outro lado, a política de Assistência se desobriga de funções desta por não reconhecer o tema como uma prioridade de agenda pública.

A política de Assistência Social avança historicamente no Pós-PNAS no RJ e em todo o território nacional. Avança em sua noção de direito. A atenção à deficiência sempre esteve presente no cenário desde as formas caritativas que antecederam a noção de política de assistência social. Como o primeiro mínimo constitucional e o mais

significativo o BPC, que se desenha como a mais expressiva fonte de proteção social às pessoas com deficiência desde 1993. Em 2013, a LOAS faz 20 anos e se reatualiza através da Lei 12435/11, conhecida como Lei do SUAS, trazendo avanços legais e parâmetros/diretrizes importantes para o conjunto das pessoas com deficiência – desde o conceito de deficiência inspirado na Convenção até o fortalecimento do BPC . A possibilidade de conciliar o BPC temporariamente com o ofício de trabalho, conforme preconiza o BPC Trabalho, inaugura um tempo de reconhecimento das potencialidades das pessoas com deficiência e não apenas vieses assistenciais. De igual modo, o BPC Escola traz a possibilidade de manutenção dessa criança/adolescente no espaço educacional com direitos assegurados do ponto de vista da educação inclusiva e acompanhados juntamente com sua família pela Política de Assistência Social.

No entanto, chegar a esse momento da política de Assistência Social foi fruto de muitos debates ideopolíticos, fortalecimento dos espaços de controle social na assistência social, estudos no campo da política social e intenso trabalho para que a institucionalidade das políticas pudesse abranger cada vez mais as pessoas com deficiência. A aproximação setorial no formato de grupos de trabalho políticos, reuniões/ intersetoriais e interdisciplinares, entre outros, materializa esforços na conjugação de ações mais completas e efetivas voltadas à população com deficiência. Aprimoram-se os instrumentos de gestão da política de Assistência Social cujas ferramentas vêm sendo utilizadas a serviço do bem estar social da população usuária desta política.

Há uma superação de uma condição de deficiência segregada, estigmatizada e assistida pontualmente para uma concepção da política que incorpora a participação social das pessoas com deficiência.

A questão da deficiência (...) foi historicamente estudada e concebida como um fenômeno pessoal, tornando-se a história do indivíduo a história da sua deficiência. (BUENO, 1993, p. 138)

Desse modo, rompe-se com a visão de deficiência como “marca divina”, “missão”, e tantos outros significados culturais ligados ao corpo e passa-se a compreender a diversidade das pessoas com deficiência em suas necessidades sociais, como demandárias de proteção social e bem-estar.

A população com deficiência no Brasil - e o Rio de Janeiro é representativo dessa realidade – ainda merece ser contemplada em inúmeros serviços da Política de

Assistência Social. É um contingente significativo de pessoas que sequer acessam a porta de entrada da política e, outros que acessam, porém, não vão ser incorporados, porque há uma lacuna nos referidos serviços. A Assistência Social é uma política para atendimento de famílias.

Há um esforço municipal nessa direção. Porém, ainda é necessário maior rigor e empenho no que tange ao compromisso de se fazer cumprir as legislações. É possível que um longo caminho ainda esteja a se concretizar, a estrada é promissora.

REFERÊNCIAS

ALCHORNE, S. C. de A. Das políticas nacionais aos planos municipais: avanço da política pública de assistência social em metrópoles - estudo das cidades do Rio de Janeiro e de São Paulo. São Paulo. Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2012.

AMARAL, A. A. Assistência Social: História, Crítica e Avaliação. Belo Horizonte. Ed.Iuris, 2008.

BEHRING, E. e BOSCHETTI, I. Política social: fundamentos e história. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil de 1988. Brasília, 1988.

_____. Política Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. Lei nº 7853, de 24 DE OUTUBRO DE 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência - Corde, institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.

_____. Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Lei nº 8742, de 07 de dezembro de 1993, publicado no DO de 08 de dezembro de 1993.

_____. DECRETO Nº 3.298, de 20 DE DEZEMBRO DE 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. 1999.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Atenção à pessoa portadora de deficiência. Manual operacional para elaboração de projetos destinados à atenção da pessoa portadora de Deficiência pela assistência social. Brasília, 2000.

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

_____.DECRETO Nº 6.214, de 26 DE SETEMBRO DE 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 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. 2007.

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

_____. Norma Operativa Básica do SUAS (NOB-SUAS). Aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social - NOB/SUAS. RESOLUÇÃO Nº 33, DE 12 DE DEZEMBRO DE 2012.a

_____. 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.

_____. Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Resolução Nº 109, de 11/11/2009.

_____. Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). Publica as deliberações da VIII Conferência Nacional de Assistência Social. RESOLUÇÃO Nº 01, DE 09 DE JANEIRO DE 2012.b.

_____. História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil. compilado por Mário Cléber Martins Lanna Júnior. - Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010.

_____. Lei Nº 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, 2011a.

_____. LEI Nº 12.470, DE 31 DE AGOSTO DE 2011. Altera os arts. 20 e 21 e acrescenta o art. 21-A à Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 - Lei Orgânica de Assistência Social, para alterar regras do benefício de prestação continuada da pessoa com deficiência. Brasília, 2011b.

_____. O Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Portadora de Deficiência na Visão de seus Conselheiros. Brasília: SDH, 2012c.

_____. Conselho Nacional de Pessoas Portadoras de Deficiência. 2012d. Disponível em: portal.mj.gov.br/conade. Acesso: maio/2013.

_____. Cartilha do Censo 2010 – Pessoa com Deficiência. Brasília: SDH, 2012e.

BARDIN. L. Análise de conteúdo. Lisboa (Portugal): Edições 70, 2007.

BRAVO, M. I, e PEREIRA, P. Política Social e Democracia. São Paulo: Ed. Cortez, 2001.

BUENO, J. G. S. Educação especial brasileira: integração/segregação do aluno diferente. São Paulo: PUC, EDUC, 1993.

COBO, B. Políticas focalizadas de transferência de renda: contextos e desafios. São Paulo. Ed.Cortez, 2012.

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. São Paulo: Ed.Cortez, 2010.

CRUZ SILVA, F. C. S. da. Controle Social: Reformando a Administração para a Sociedade. Brasília, 1998. Disponível em: https://bvc.cgu.gov.br/bitstream/123456789/2665/1/control_social_reformando_a.pdf Acesso em: 02/05/2013.

DAGNINO, E. Sociedade civil, participação e cidadania: de que estamos falando. Disponível em <http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/ar/libros/venezuela/faces/mato/Dagnino.pdf>. : Acesso em 01/10/2011.

D'AMARAL, M. A. Pequena história da deficiência: do quase divino ao demasiadamente humano. In: Inclusão social da pessoa com deficiência:medidas que fazem a diferença - Rio de Janeiro: IBDD- Instituto Brasileiro dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2008.

DINIZ, D. O que é deficiência. São Paulo: Ed. Brasiliense: 2008.

DINIZ, D, Squinca F., Medeiros M. Qual deficiência? Perícia médica e assistência social no Brasil. Cad Saúde Publica 2007;23(11):2589-96.

_____. Reflexões sobre a versão em português da Classificação Internacional da Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Cad Saúde Publica 2007;23(10):257-10.

DRAKE, Robert. Understanding Disability Policies. London: Macmillan Press Ltd, 1999.

DURIGUETTO, M. L. Sociedade civil e democracia – Um debate necessário. São Paulo: Cortez, 2007, 240p.

DYE, Thomas D. Understanding Public Policy. Englewood Cliffs, N.J.: PrenticeHall. 1984.

DWORKIN, R. A virtude soberana: A teoria e prática da igualdade. Editora Martins Fontes, 2005.

FONSECA, T. M. A. O processo de revisão do Benefício de Prestação Continuada e a Política de Assistência Social: um estudo sobre o benefício no município do Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado em Política Social. UFF: 2007.

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

FRASER, N.. Reconhecimento sem ética. São Paulo: *Lua Nova*, 2007.

_____. Redistribuição, Reconhecimento e Participação: por uma concepção integrada da justiça. Trad. Bruno Ribeiro e Leticia de Campos Velho. In: IKAWA, Daniela; PIOVESAN, Flávia; SARMENTO, Daniel (coord.). Igualdade, diferença e direitos humanos. Lumen Juris: Rio de Janeiro, 2008.

GOFFMAN, E. Estigma: notas de uma identidade deteriorada (4a ed.). Rio de Janeiro: LTC. 1998.

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. N°3 (2006). Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2006.

HONNETH, A. Luta por reconhecimento: a gramática moral dos conflitos sociais. Trad. Luiz Repa. São Paulo: Ed. 34, 2003.

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, 2005.

LINDBLOM, C. O processo decisório. Brasília: Editora Unb, 1981.

_____. “Still Muddling, Not Yet Through”, Public Administration Review 39: 517-526. 1979.

LOBATO, L. V., GOIS, J. B. H., SENNA, M., REIS, M. Pesquisa de avaliação do benefício de prestação continuada. II Relatório de Pesquisa. Escola de Serviço Social. Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social: Núcleo de Avaliação de Políticas. Niterói/RJ, 2005.

LOBATO, L. de V. C. Avaliação de políticas sociais: notas sobre alguns limites e possíveis desafios. *Trabalho, Educação e Saúde*, 2(1): 95-106, 2004a. Disponível em <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r63.pdf>. Acesso em 20/11/2011.

_____. Seguridade Social, saúde e equidade no Brasil: elementos para reatualizar o debate. In: Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 38(6): 1023 - 1039, nov/dez 2004b.

MACIEL, M. R. C. Portadores de deficiência: a questão da inclusão social. In: Revista virtual SÃO PAULO EM PERSPECTIVA, 14(2) 2000.

MACIEL, H. H. M. TEPEDINO, M. L. R. & CAMPELO, S. M^a. L. LBA – Trajetórias de uma instituição no contexto das políticas públicas. Debates Sociais. Rio de Janeiro, n°59, ano XXXVI, 2001.

MARSHALL, T. H. Cidadania, classe social e status. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MESTRINER, M. L. O Estado entre a filantropia e a assistência social. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2001.

MDS. Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação(SAGI). Disponível em www.mds.gov.br/sagi. Acessado em junho de 2009.

MDS. Encontros Regionais sobre os Benefícios da Assistência: Experiência de Campo Grande. www.mds.gov.br. Disponível para download em 27 de setembro de 2007.

MEDEIROS, M., SQUINCA, F. e DINIZ, D. Transferências de Renda para a População com Deficiência no Brasil: uma análise do benefício de prestação continuada. Texto para Discussão N° 1184. Brasília: IPEA, agosto de 2006.

MEDEIROS, M., DINIZ, D. e BARBOSA, L. Deficiência e Igualdade: O Desafio da proteção social. SUR. Revista Internacional de Direitos Humanos/Sur – Rede Universitária de Direitos Humanos – v.1, n.1, jan.2004 – São Paulo, 2004.

_____. Cash benefits to disabled persons in brazil: an analysis of BPC – continuous cash benefit programme. Texto para Discussão N° 1184: IPEA, Brasília, maio de 2006.

MESGRAVIS, L. A Santa Casa de Misericórdia de São Paulo (1559-1884): Contribuição ao estudo da assistência social no Brasil. São Paulo. Conselho Estadual de Cultura, 1976.

MINAYO, M. C. de S. (org). Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade. 23. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

MITRA, S. et al. Disability and Poverty in Developing Countries: A Snapshot from the World Health Survey. In: WORLD BANK. 62564 S P D I S C U S S I O N P A P E R NO. 1109. Disponível em: <http://www-wds.worldbank.org>. Abril 2011. Acesso em 03/09/2011.

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

NASCIMENTO, S. Reflexões sobre a intersectorialidade entre as políticas públicas. Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010.

NERI, M. Retratos da deficiência no Brasil. Rio de Janeiro: CPS/IBRE/FGV, 2003, 100p.

NOGUEIRA, C. M. A HISTÓRIA DA DEFICIÊNCIA: tecendo a história da assistência a criança deficiente no Brasil. Trabalho de Conclusão da Disciplina História da Assistência a Infância no Brasil - apresentado ao Programa de Pós-Graduação de Mestrado em Políticas Públicas e Formação Humana do Centro de Educação e Humanidades – Centro de Ciências Sociais da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

OLIVEIRA, M. J. de. Cultura política e assistência social – uma análise das orientações de gestores estaduais. São Paulo: Cortez, 2003.

OLIVEIRA, F. de. Prefácio. In: RAICHELIS, Raquel. Esfera pública e conselhos de assistência social. São Paulo: Cortez, 2004.

OLIVEIRA, E. LBA: trajetória de uma instituição no contexto das políticas públicas. IN: Revista Debates Sociais, nº 59. Rio de Janeiro: CBCISS, 2001. Pg. 105-170.

OLIVEIRA, J. A. de A. e TEIXEIRA, S. M. F. (Im)previdência social: 60 anos de história da previdência no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1985. p. 19-52;

ONU. Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência. Assembléia Geral das Nações Unidas. Tradução de Edilson Alckmin da Cunha. 2ª. edição. Brasília: CORDE, 2001. 70p.

_____. Declaração dos Direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência. Assembléia Geral das Nações Unidas. 1975

_____. Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência. Resolução A/61/611. Assembléia Geral das Nações Unidas. 1975

PASTOR, Márcia. A democratização da gestão da política de assistência social: fragmentos de um estudo. Universidade Estadual de Londrina (UEL). Rev. Katál. Florianópolis v. 10 n. 2 p. 222-227 jul./dez. 2007.

PCRJ. Site da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. www.rio.rj.gov.br. Acesso em 02/02/2012.

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

PEREIRA, P. A. P. Assistência Social no Brasil Contemporâneo: dilemas e perspectivas de uma política social relutante. A Assistência Social na perspectiva dos direitos - Crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil. Thesaurus. Brasília, 2000.

PESTANO, C. R. e REIS, C. N. A especificidade da Assistência Social: algumas notas reflexivas. Revista Virtual Textos e Contextos, nº 5, ano V, nov.2008.

PETERS, B. G. American Public Policy. Chatham, N.J.: Chatham House. 1986.

PORTAL PROQUALIS.NET. Tendências futuras. <http://proqualis.net/files/2013/02/Tendências-Futuras.pdf>. Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde Fiocruz. Acessado em 30 de maio de 2013.

QUIROGA, A. A construção da Assistência Social no Rio de Janeiro: Cenários da 1ª República. Revista Praia Vermelha, 18. 1º semestre, 2008.

_____. Assistência Social no Rio de Janeiro oitocentista: desqualificação dos atendidos, racismo científico e filantropia. XIV Encontro Regional da ANPUH-Rio, 19 à 23 de julho de 2010.

_____. Caridade, Filantropia e Justiça e os modelos de Ação Social. Praia Vermelha, 5, 2º semestre, Rio de Janeiro, 2001.

_____. Assistência e Poder: revendo uma articulação histórica. Rio de Janeiro, Revista Praia Vermelha, 18. 1º semestre, 2008.

RAVAGNANI, H. B. Uma Introdução À Teoria Crítica De Axel Honneth. Revista *Intuitio*. Porto Alegre V.2 - No.3 Junho 2009. pp. 51-67.

REIS, M.F. O Benefício de Prestação Continuada (BPC): Trajetória e Desafios Atuais. Tese apresentada ao Programa de Pós Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, 2011.

RESENDE, A. P. C. de e PAIVA, F. M. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Versão Comentada). Brasília, 2012.

RIO DE JANEIRO. Plano Municipal de Assistência Social 2002-2005. Rio de Janeiro: CMAS, 2002.

RIO DE JANEIRO. Plano Municipal de Assistência Social 2006-2009. Rio de Janeiro: CMAS, 2006.

RIO DE JANEIRO. Plano Municipal de Assistência Social 2010-2014. Rio de Janeiro: CMAS, 2010.

SASSAKI, R. K. Inclusão: construindo uma sociedade para todos. 5ª ed. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

SECRETARIA DE ESTADO DO RIO DE JANEIRO. FUNDAÇÃO LEAO XIII. Cogeplan - Relatório Descritivo Anual de 2009.

SILVA, G. Instituições Católicas e Conselho Municipal de Assistência Social/CMAS no Rio de Janeiro: Articulações e hegemonia no controle social. Dissertação (mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Serviço Social. Rio de Janeiro, 2010.

SILVA, C.A.A. Teoria e História dos Direitos Humanos Deficiência e Direitos Humanos em debate: história do movimento social e transformações recentes. Curitiba:UFPR. 7º Encontro Anual da ANDHEP - Direitos Humanos, Democracia e Diversidade, 2012- Relatório do Grupo de Trabalho 1 .UFPR, Curitiba (PR)

SILVA e SILVA, M. O. da; YAZBEK, M. C. ; DI GIOVANNI, G. . A política brasileira do século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda. São Paulo: Cortez, 2004.

SIMON, H. Comportamento Administrativo. Rio de Janeiro: USAID. 1957.

SNAS. Vigilância Socioassistencial. Texto base apresentado à CIT no processo de revisão da NOB SUAS 2005. Brasília, 2012.

SPOSATI, A. Texto sobre Assistência Social para Capacitação de Gerentes Sociais. MDS, 2007.

_____. A Assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise. São Paulo: Cortez, 2008.

SPOSATI, A. e FALCÃO, M. do C. A assistência social brasileira: descentralização e municipalização. São Paulo: Educ, 1990.

_____. 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.

_____. Seguridade e Inclusão: bases institucionais e financeiras da assistência social no Brasil. In: *Seguridade Social, Cidadania e Saúde*. Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato e Sonia Fleury (organizadoras) – Rio de Janeiro: Cebes, 2009.

TELLES, V. Direitos Sociais: Afinal do que se trata. Minas Gerais: UFMG, 1999.

TORRES, I.C. As primeiras damas e a assistência social: relações de gênero e poder. São Paulo: Cortez, 2002.

TURECK, L.T.Z. Pessoas com deficiência na política da assistência social: refletindo sobre concepções. In: Seminário Estado e Políticas Sociais no Brasil. Cascavel: PR. Disponível em: <http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Assistencia%20Social/eixo5/40luciaterezinhanatanotureck.pdf> . Acesso em 03/09/2011.

YAZBEK, M. C. As ambigüidades da Assistência Social Brasileira Após Dez Anos de LOAS. Serviço Social & Sociedade, São Paulo, Ano 24, n.77, mar. 2004.

WALZER, M.. Esferas da Justiça: uma defesa do pluralismo e da igualdade. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

WORLD HEALTH ORGANIZATION- WHO. Towards a Common Language for functioning, Disability and Health. Geneva: WHO, 2002.

YIN, RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. Tradução de Daniel Grassi. 3ª ed. Porto Alegre (RS): Bookman; 2005.

ANEXOS

Anexo 1

Quadro 9 : Quadro Comparativo dos Serviços da Proteção Social Básica e Especial(média e alta complexidade)

SERVIÇOS	TRABALHO SOCIAL ESSENCIAL AO SERVIÇO:	USUÁRIOS
SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA NO DOMICÍLIO PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E IDOSAS.	Proteção social proativa; Acolhida; Visita familiar;Escuta; Encaminhamento para cadastramento socioeconômico; Orientação e encaminhamentos; Orientação sociofamiliar; Desenvolvimento do convívio familiar, grupal e social; Inserção na rede de serviços socioassistenciais e demais políticas; Informação, comunicação e defesa de direitos; Fortalecimento da função protetiva da família; Elaboração de instrumento técnico de acompanhamento e desenvolvimento do usuário; Mobilização para a cidadania; Documentação pessoal.	Pessoas com deficiência e/ou pessoas idosas que vivenciam situação de vulnerabilidade social pela fragilização de vínculos familiares e sociais e/ou pela ausência de acesso a possibilidade desde inserção, habilitação social e comunitária, em especial: - Beneficiários do Benefício de Prestação Continuada; - Membros de famílias beneficiárias de programas de transferência de renda.
SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA, IDOSAS E SUAS FAMÍLIAS (média complexidade)	Acolhida; escuta; informação, comunicação e defesa de direitos; articulação com os serviços de políticas públicas setoriais; articulação da rede de serviços socioassistenciais; articulação interinstitucional com o Sistema de Garantia de Direitos; atividades de convívio e de organização da vida cotidiana; orientação e encaminhamento para a rede de serviços locais; referência e contrarreferência; construção de plano individual e/ou familiar de atendimento; orientação sociofamiliar; estudo social; diagnóstico socioeconômico; cuidados pessoais; desenvolvimento do convívio familiar, grupal e social; acesso à documentação pessoal; apoio à família na sua função protetiva; mobilização de família extensa ou ampliada; mobilização e fortalecimento do convívio e de redes sociais de apoio; mobilização para o exercício da cidadania; elaboração de relatórios e/ou prontuários.	Pessoas com deficiência e idosas com dependência, seus cuidadores e familiares.
SERVIÇO DE ACOLHIMENTO INSTITUCIONAL (Modalidade-Residência Inclusiva) Alta complexidade	Não há descrição na Tipificação;	Acolhimento destinado a jovens e adultos com deficiência, cujos vínculos familiares estejam rompidos ou fragilizados. É previsto para jovens e adultos com deficiência que não dispõem de condições de autosustentabilidade, de retaguarda familiar temporária ou permanente ou que estejam em processo de desligamento de instituições de longa permanência. Deve ser desenvolvido em Residências Inclusivas inseridas na comunidade, funcionar em locais com estrutura física adequada e ter a finalidade de favorecer a construção progressiva da autonomia, da inclusão social e comunitária e do desenvolvimento de capacidades adaptativas para a vida diária.

Fonte: Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais – Elaborado pela autora desta tese(out/2011).

ANEXO 2



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS GRADUADOS
CURSO DE DOUTORADO

QUESTIONÁRIO GESTOR MUNICIPAL/CONSELHEIRO MUNICIPAL

PESQUISA DE TESE – A INCORPORAÇÃO DA ATENÇÃO À DEFICIÊNCIA PELA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO

Prezado (a) Sr. _____,

Gostaria de convidá-lo(a) a participar da pesquisa **A INCORPORAÇÃO DA ATENÇÃO À DEFICIÊNCIA PELA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL NO MUNICÍPIO DO RIO DE JANEIRO.**

O objetivo central desta pesquisa é analisar a deficiência e sua incorporação pela política de Assistência Social a partir do caso do Município do Rio de Janeiro desde a implementação do SUAS – Sistema Único da Assistência Social. As respostas fornecidas irão instrumentalizar a compreensão das diferentes realidades da gestão pública no município do Rio de Janeiro na atenção às pessoas com deficiência.

Ressaltamos que **a sua participação é muito importante!**

Caso tenham alguma dúvida, favor contatar-nos: Tel: (21) 86261760 e 92268932. Pesquisadora Assistente Social - Tatiana Maria Araújo da Fonseca

Agradecemos a sua colaboração!

Termo de Aceite: _____

Bloco II - Roteiro de entrevista:

(considere as perguntas como o SENHOR(a) como GESTOR MUNICIPAL/CONSELHEIRO MUNICIPAL À EPOCA DO SEU EXERCÍCIO)

- 1- Como o gestor municipal/conselheiro incorporou na agenda pública a atenção à deficiência?

- 2- Quais foram os programas e ações municipais da Assistência Social voltadas às pessoas com deficiência na sua gestão/exercício?

- 3-Quais são as atuais ações para as pessoas com deficiência no campo da assistência social?
- 4-Considera que a política de assistência social tem feito diferença na vida das pessoas com deficiência? Consegue identificar ausências do poder público na política de assistência social junto às pessoas com deficiência.

- 5- Conhece a Convenção Internacional das Pessoas com Deficiência? Considera tal Convenção apropriada ao Brasil? Considera que o SUAS(SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL) está de acordo com os pressupostos da Convenção Internacional das Pessoas com Deficiência?

- 6- Como se dava a articulação intersetorial entre SMPD e SMAS em prol das pessoas com deficiência?
- 7-Concorda com a atuação de uma secretaria especializada para tratar apenas de assuntos da deficiência?

- 8-Poderia citar avanços na implementação da política de assistência social para as pessoas com deficiência no decorrer da sua gestão?
- 9- Poderia citar entraves de implementação da política de assistência social para as pessoas com deficiência no decorrer da sua gestão?

- 10- Considera que a política de Assistência Social está preparada para atender as pessoas com deficiência?

ANEXO 3

**RI Proteção Social Básica
RIO DE JANEIRO (RJ)**

Relatório de Informação da Proteção Social Básica - Regime de Competência.

Informações Adicionais			
Município	Rio de Janeiro - RJ	IBGE	330455
Secretário(a) Municipal de Assistência Social	MARIA DE FATIMA GOMES VIEIRA DO NASCIMENTO	Telefone	(21) 29762356
Endereço Secretaria	RUA RUA AFONSO CAVALCANTE 455, CIDADE NOVA	E-mail	smas@pcrj.rj.gov.br
Dados Gerais			
Área territorial do Município (Km ²)	1.182,30 Km ²		
População Censo 2010	6.320.446		
Nível de habilitação do município no SUAS	PLENA		
Porte do município segundo o Censo 2010	METROPOLE		
O município possui presença de comunidades tradicionais em seu território. Fonte: SEPPIR e FUNAI	Quilombola		
Piso Básico Fixo - CRAS/PAIF			
Quantidade de CRAS cofinanciados	48		
Valor mês de referência	R\$ 432.000,00		
Previsão de repasse anual	R\$ 5.184.000,00		
Capacidade de atendimento (famílias ano/NOB-SUAS)	48.000		
Famílias referenciadas (ano/NOB-SUAS)	240.000		
Quantidade de CRAS cadastrados no Censo 2008	40		
Quantidade de CRAS cadastrados no Censo 2009	40		

Quantidade de CRAS cadastrados no Censo 2010	44
Quantidade de CRAS cadastrados no Censo 2011	47
Situação atual de pagamento	BLOQUEIO PARCIAL (1 CRAS) - Expansão 2011 - Não demonstrou o funcionamento do(s) CRAS no CADSUAS.
Saldo em conta**	
Piso Básico Variável III – Equipes volantes	
Quantidade de Equipes Volantes cofinanciadas	-
Valor mês de referência	R\$ -
Previsão de repasse anual	R\$ 0
Situação atual de pagamento	
Saldo em conta**	
Piso Básico Variável I - Projovem Adolescente	
Quantidade de coletivos cofinanciados	276
Capacidade de atendimento nos coletivos	6.900
Jovens(Sisjovem)	3.837
Valor mês de referência	R\$ 346.725,00
Previsão de repasse anual	R\$ 4.160.700,00
Situação atual de pagamento	BLOQUEIO PARCIAL - 4 Não enviou a frequência e 61 Não Preencheram o Sisjovem Coletivos Bloqueados: 65
Saldo em conta**	
Piso Básico Variável II - Serviços de Convivência e/ou no domicílio	
Quantidade de famílias com presença de crianças e/ou idosos com renda familiar/per capita de até 1/2 salário mínimo (CadÚnico - 2008)	81.150
Quantidade de famílias com presença de crianças e/ou idosos com renda familiar per capta de até 1/2 salário mínimo referenciadas pelo serviço	69.226
Valor mês de referência	R\$ 124.608,50
Previsão de repasse anual	R\$ 1.495.302,00

Situação atual de pagamento	LIBERADO
Saldo em conta**	

* Referente ao mês de Outubro /2012

** Apurado em // pelo FNAS

Relatório de Informação da Proteção Social Especial - Regime de Competência.

Informações Adicionais	
IBGE	330455
População	6.323.037
Porte	METRÓPOLE
Habilitação	Plena

Habilitação e Reabilitação	Repasse Mensal	R\$ 270.611,23
	Previsão de Repasse Anual	R\$ 3.247.334,76
	Situação Atual de Pagamento	EM PAGAMENTO

ANEXO 4

SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CMAS/RJ DELIBERAÇÃO Nº 585/2012

Aprova a Rede Socioassistencial Privada para conveniar com o Município do Rio de Janeiro, tendo por objeto a execução de serviços co-financiados pelo Sistema Único de Assistência Social - SUAS - com vigência para o ano de 2012-2014.

O **CONSELHO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – CMAS/RJ**, no uso de suas atribuições legais, conforme o disposto na Lei nº 2.469/96, de acordo com a 169ª. Assembleia Ordinária, ocorrida em 13/02/2012 e ainda,

CONSIDERANDO a deliberação nº. 107/2002, que aprova o Regimento Interno do Conselho Municipal de Assistência Social da cidade do Rio de Janeiro;

CONSIDERANDO a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social/ 2005 que reconhece a relação entre as Entidades de Assistência Social e o SUAS por meio do vínculo SUAS;

CONSIDERANDO que a Rede Socioassistencial é um conjunto de ações de iniciativa pública e da sociedade, que ofertam e operam benefícios, serviços, programas e projetos, o que supõe a articulação entre todas estas unidades de provisão de proteção social;

CONSIDERANDO que as entidades da Rede Socioassistencial privada da cidade do Rio de Janeiro tiveram parecer técnico favorável quanto a execução de seus serviços no presente exercício;

CONSIDERANDO que as entidades abaixo relacionadas deverão apresentar toda a documentação relativa à regularidade jurídica e fiscal para conveniamento, conforme instrução da Secretaria Municipal de Assistência Social.

DELIBERA:

Artigo 1º – Ficam aprovadas as Entidades que compõem a Rede Socioassistencial Privada, conforme a especificação da modalidade e as metas disponibilizadas para atendimento para o ano 2012-2014:

MODALIDADE: PSE ATENDIMENTO SOCIOASSISTENCIAL À PESSOA COM DEFICIÊNCIA			
Q T	ENTIDADES	CNPJ	MET A
1	CENTRO DE ATENDIMENTO A PACIENTES ESPECIAIS - CAPE	03.534.144/0001-16	529
2	SOCIEDADE PESTALOZZI DO BRASIL	33.752.023/0001-01	272
3	ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA BENEFICENTE ARAÚJO CID	03.566.050/0001-29	232
4	ASSOCIAÇÃO DE ASSISTÊNCIA AS CAUSAS SOCIAIS	42.211.961/0001-95	211
5	ASCE- ASSOCIAÇÃO DE SOLIDARIEDADE À CRIANÇA EXCEPCIONAL	33.861.865/0001-00	365
6	ASSISTÊNCIA SOCIAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO	68.647.940/0001-00	123
7	CCARP- CENTRO CARIOCA DE ASSISTÊNCIA EM REABILITAÇÃO E PROFISSIONALIZAÇÃO	00.944.948/0001-03	129
8	CENTRO DE ATENDIMENTO POPULAR DA LEOPOLDINA	06.248.775/0001-67	50
9	CRIART- CENTRO DE ESTIMULAÇÃO E PSICOPEDAGOGIA	72.210.651/0001-17	50
10	CENTRO DE ORIENTAÇÃO E ASSISTÊNCIA HENRY WALLON	01.016.825/0001-67	100

11	CORBI- CENTRO DE ORIENTAÇÃO E REABILITAÇÃO BENEFICENTE DE INHAÚMA	60.978.947/0016-80	200
12	CREARTE- CENTRO DE REABILITAÇÃO DO INSTITUTO ANNA FREUD	00.833.214/0004-49	200
13	CENTRO DE REABILITAÇÃO SANTA CECÍLIA	00.850.037/0001-09	80
14	CENTRO DE REABILITAÇÃO SÃO JOSÉ	02.917.379/0001-24	200
15	CENTRO EDUCACIONAL ANNE SULLIVAN	31.443.997/0001-88	132
16	CENOM- CENTRO EDUCACIONAL NOSSO MUNDO	42.375.097/0001-67	200
17	CEAC- CENTRO ESPECIALIZADO DE ATENDIMENTO A CRIANÇA	02.305.970/0001-20	90
18	DEPSI- DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE SOCIO-INFANTIL	34.144.899/0001-38	86
19	ICP- INSTITUTO CONSUELO PINHEIRO	33.912.577/0001-29	251
20	IPPS – INSTITUTO DE PESQUISA E PROMOÇÃO SOCIAL	05.039.198/0001-30	100
21	INSTITUTO NOSSA SENHORA DE LOURDES	33.839.812/0001-84	78
22	SODALÍCIO DA SACRA FAMÍLIA	34.044.255/0001-78	64
23	APAE-RIO ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS	33.734.922/0001-81	262
24	INSTITUTO SEVERA ROMANA	27.003.680/0001-53	282

25	OBRA SOCIAL DONA MECA	04.524.568/0001-62	150
26	NOT- NÚCLEO DE OFICINAS TERAPEUTICAS	03.531.963/0001-00	107
27	LAR DE DANIEL CRISTOVÃO	33.934.886/0001-08	93
28	SBA – SOCIEDADE BENEFICENTE ANCHIETA	28.676.005/0001-58	342
29	SIDEPE- SOCIEDADE INTERDISCIPLINAR DO DESENVOLVIMENTO DA PERSONALIDADE	03.633.158/0001-97	107
30	UNIR – UNIÃO PARA A INTEGRAÇÃO E REALIZAÇÃO	03.148.104/0001-36	20
SUBTOTAL ATENDIMENTO SÓCIOASSISTENCIAL À PESSOA COM DEFICIÊNCIA			5105

PSE – PROTEÇÃO SOCIAL ESPECIAL

MODALIDADE: PSE ABRIGO DE IDOSOS			
Q T	ENTIDADES	CNPJ	META
1	ABRIGO DOCE MORADA	00.462.017/0001-60	36 (DEP) 28(IND)
2	ASSOCIAÇÃO CRISTÃO ESPIRITA BENEFICENTE – ACEB – LAR DE OTÁVIO	42.477.067/0001-61	12 (DEP) 12 (IND)
3	LAR PEDRO RICHARD	42.244.293/0001-00	20 (DEP) 31 (IND)
4	SODALÍCIO DA SACRA FAMÍLIA	34.044.255/0001-78	10 (DEP)

5	ABRIGO EVANGÉLICO CAMINHO DA FELICIDADE	03.978.600/0001-17	8 (DEP) 6 (IND)
6	SASE – SERVIÇO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL EVANGÉLICA	33.974.106/0001-45	17 (IND)
SUBTOTAL ATENDIMENTO ABRIGO IDOSO			180

DEP- DEPENDENTE / IND- INDEPENDENTE

Artigo 2º. - Esta deliberação entra em vigor a partir da data de sua publicação.
Rio de Janeiro, 13 de Fevereiro de 2012.

Kátia Tavares Silveira Vasques
Presidente do CMAS/RJ