



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES, HUMANIDADES E LETRAS
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL**

NOELIA DA SILVA MACHADO

**DESAFIOS NA OFERTA DE SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS PARA PESSOAS
COM DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CACHOEIRA-BA**

**CACHOEIRA-BA
2014**

NOELIA DA SILVA MACHADO

**DESAFIOS NA OFERTA DE SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS PARA PESSOAS
COM DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CACHOEIRA-BA**

Monografia apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia para a obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Professor Orientador: Dr. Edilson Tavares de Araújo.

CACHOEIRA-BA
2014

NOELIA DA SILVA MACHADO

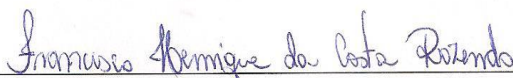
**DESAFIOS NA OFERTA DE SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS PARA PESSOAS
COM DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CACHOEIRA-BA**

Cachoeira – BA, aprovada em 13/11/2014.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. Edilson Tavares de Araújo
(Orientador – UFRB)



Prof. Ms. Francisco Henrique da Costa Rozendo
(Membro Interno – UFRB)



Prof. Ms. Fabrício Fontes de Andrade
(Membro Interno - UFRB)

CACHOEIRA-BA
2014

*À meus pais Nelson e Eliana, fonte de toda inspiração, amor sem medida, eterna
gratidão.*

AGRADECIMENTOS

É chegado o momento em que as emoções estão à flor da pele e se manifestam através de um turbilhão de sentimentos, a caminhada foi longa, mas agora chega ao fim, são muitas as expectativas e os objetivos traçados. Durante esta jornada, várias foram as pessoas que me impulsionaram e me incentivaram a seguir em frente e que hoje brindam comigo esta conquista, por isso quero agradecer.

Agradeço primeiramente a **Deus**, por ter me guiado e me dado todos os livramentos durante este percurso, por seu amor tremendo e misericórdia infinita.

Agradeço de forma mais que especial aos meus pais **Nelson e Eliana**, exemplos de vida, por me ensinarem o valor das palavras respeito, dignidade, caráter, honestidade, perseverança, etc., por me incentivarem e me apoiarem sem jamais questionar minhas escolhas, não existe maneira que possa expressar meu amor por vocês, nem palavras que traduzam minha gratidão, amor incondicional, presentes de Deus.

As minhas irmãs **Nádia, Nayara, Nathália** e a meu irmão **Nielson**, tesouros lindo de minha vida, pelo amor, atenção e apoio a mim dedicados, como não amar vocês.

Ao meu sobrinho **Nícolas**, príncipe lindo que tia tanto ama, agradeço pelo belo sorriso que acalenta e alegra minha alma.

Aos meus avós e a todos (as) os meus tios (as), primos (as), cunhado (as), amigos (as) e sogra, pelo apoio, torcida e atenção.

Ao meu amor, **Waltemir Castelo**, por sua parceria e seu companheirismo. Sua atenção, incentivo e motivação foram essenciais durante a caminhada, obrigada pelos conselhos, pela paciência e além de tudo por acreditar em mim, amo você futuro esposo.

Aos meus mestres, pelos ensinamentos, em especial quero agradecer ao professor e orientador **Edgilson Tavares**, ao qual tenho grande admiração, por sua atenção e contribuição neste momento tão importante, ao professor **Henrique Rozendo**, por quem nutro uma estimada consideração e por fazer parte da minha banca, as professoras **Valéria Noronha, Rosimeire Guimarães, Marcia Clemente, Marcela Mary** e **Rosenária Ferraz**, por serem exemplos de dedicação, presteza e humanidade, ao professor **Fabricio Fontes**, por ter contribuído em minha formação e também por fazer parte da minha banca. Enfim, meus sinceros agradecimentos a todos.

Quero agradecer a Secretária de Ação Social do município de Coração de Maria - BA, pela oportunidade do estágio, em especial as Assistentes Sociais do CRAS deste município, na pessoa de **Luzinete Leal**, obrigada pela troca de conhecimento, por me apresentar a prática profissional e por ser exemplo de profissional, aprendi muito com você.

Às Assistentes Sociais do Hospital Geral Clériston Andrade, em especial a **Socorro Arrais**, pela rica contribuição e pelas discussões travadas durante o estágio.

Às minhas colegas de turma e amigas **Barbara Assunção, Crislane Fiuza, Taysa Santos**, e as colegas e amigas de universidade **Valéria Cerqueira, Crislane Isabela, Lilian Souza**, pela parceria e pelo incentivo mútuo. Agradeço em especial a minha colega de turma e amiga **Edmaria Medeiros**, pessoa linda, como foi bom dividir com você essa caminhada, quantas idas e vindas, quantas aventuras, quantos desafios, obrigada por tudo Edy. Meninas vocês foram de grande importância e possuem valor incalculável.

Enfim, com lágrimas nos olhos findo estes agradecimentos, como é bom saber que tantas foram as pessoas que fizeram parte da melhor torcida, só me resta dizer muito obrigado.

RESUMO

A concepção da deficiência enquanto característica da diversidade humana é um fator preponderante a oferta de serviços que permitam as pessoas com deficiência conquistarem autonomia. Historicamente, os cuidados voltados para este público ficou a cargo da família e da sociedade civil, com oferta de serviços num mix de assistência social, educação e saúde. O direito a assistência social é expresso na Constituição Federal de 1988 e vem se consolidando enquanto política pública não-contributiva universal voltada para o atendimento de pessoas em situação de risco e vulnerabilidade pessoal e social, culminando com a implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS, 2005), com a oferta de benefícios e serviços socioassistenciais. A oferta de benefícios para a pessoa com deficiência ocorre desde 1990, com Benefício de Prestação Continuada (BPC), enquanto os serviços socioassistenciais são mais recentes, estando elencados na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2009), com oferta em equipamentos públicos estatais nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializado de Assistência Social, Centros-dia de Referência para Pessoas com Deficiência e Residências Inclusivas. O objetivo geral deste foi identificar e analisar os principais desafios da oferta de serviços socioassistenciais pela Rede SUAS para as pessoas com deficiência e suas famílias em Cachoeira-BA. A metodologia utilizada foi qualitativa com ampla revisão bibliográfica sobre a temática em questão e construção de um diagnóstico situacional da rede de serviços socioassistenciais no município de Cachoeira. Para isso, foram realizadas 08 (oito) entrevistas semiestruturadas com gestores e com integrantes da equipe técnica dos serviços socioassistenciais (estatais e sociedade civil) identificados na cidade. Além disso, foram analisados dados quantitativos secundários buscando contextualizar tal oferta de serviços. Os resultados do estudo apontam que os principais desafios encontrados para a oferta desses serviços são as barreiras físicas, atitudinais e relacionais, bem como questão da aceitação da deficiência por conta das famílias, o que resulta na resistência de inserir seus membros nos serviços, e a falta de articulação da rede socioassistencial. Com base no exposto considera-se que a oferta dos serviços socioassistenciais para as pessoas com deficiência e suas famílias, encontra-se a quem da necessária para um atendimento satisfatório da população com deficiência de Cachoeira, a oferta dos serviços não devem ser consideradas apenas com base em encaminhamentos para acesso a BPC, processos de curatela e ou interdição, ela deve acontecer de forma continuada, tendo em vista ser esta a característica e a orientação de um serviço socioassistencial.

Palavras-chave: Pessoas com deficiência. Serviço Socioassistencial. Assistência Social.

ABSTRACT

The concept of disability as a feature of human diversity is a key factor to providing services that enable people with disabilities conquer autonomy. Historically, the care toward this audience was in charge of the family and civil society, offering services in a mix of social assistance, education and health. The right to social assistance is expressed in the Federal Constitution of 1988 and has been consolidated as a universal non-contributory public policy for the care of people at risk and personal and social vulnerability, culminating in the implementation of the Unified Social Assistance System (ITS, 2005), by offering benefits and social assistance services. The provision of benefits for people with disabilities since 1990 occurs with Continuous Cash Benefit (BPC), while social assistance services are more recent, being listed in the National Grading of social assistance services (2009), offering in-state public facilities Centres Reference Social assistance (CRAS), Centres for Social Assistance Specialized Reference, Reference centers-day for Persons with Disabilities and Inclusive Residences. The aim of this was to identify and analyze the main challenges in the supply of social assistance services for the ITS Network for people with disabilities and their families in Cachoeira, Bahia. The methodology was qualitative with extensive literature review on the topic in question and build a situational diagnosis of social assistance services network in the city of Cachoeira. For this, eight (08) semi-structured interviews with managers and members of the technical team of social assistance services (state and civil society) identified in the city were taken. In addition, secondary quantitative data to contextualize seeking such service offerings were analyzed. The study results indicate that the main challenges encountered to offer these services are physical, relational and attitudinal barriers, as well as the question of acceptance of disability on account of the families, which results in resistance to insert its members in service, and lack of coordination of social assistance network. Based on the above it is considered that the provision of socioassistencial services for people with disabilities and their families, to whom is necessary for the satisfactory care of people with disabilities Waterfall, the supply of services should not be considered only based on referrals to access the BPC processes and guardianship or interdiction, it must happen continuously, considering this to be the character and orientation of a social assistance service.

Keywords: People with disabilities. Socioassistencial service. Social Assistance.

LISTA DE SIGLAS

APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais.
BPC - Benefício de Prestação Continuada.
C.F - Constituição Federal.
CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.
CIF – Classificação Internacional de Funcionalidades.
CIT – Comissão Intergestores Tripartite.
CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social.
Conade – Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência.
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social.
CREAS – Centro de Referência Especializado de Assistência Social.
IBGE- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
LOAS - Lei Orgânica de Assistente Social.
MDS - Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome.
NOB – Norma Operacional Básica.
OMS – Organização Mundial de Saúde.
ONU – Organização das Nações Unidas.
PAEFI – Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos.
PAIF – Serviço de Proteção e Atenção Integral a Família.
PBF – Programa Bolsa Família.
PETI – Programa de Erradicação do Trabalho Infantil.
PIBIC – Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica.
PNAS - Política Nacional de Assistência Social.
PSB – Proteção Social Básica.
PSE – Proteção Social Especial.
SNAPU – Secretaria Nacional de Acessibilidade e Programas Urbanos.
SUAS - Sistema Único de Assistência Social.
SUS – Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
1. PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: ASPECTOS HISTÓRICOS E SOCIAIS NO BRASIL ...	17
1.1. Fases históricas e paradigmas sobre as pessoas deficiência na sociedade	18
1.1.1 Aspectos relacionados ao contexto brasileiro	23
1.2. As mudanças conceituais sobre o entendimento da pessoa com deficiência.....	26
1.3. As pessoas com deficiência no município de Cachoeira-BA.	29
1.4. Os paradigmas da inclusão versus exclusão da pessoa com deficiência	32
1.5. O cuidado com as pessoas com deficiência.....	36
2. O DIREITO A ASSISTÊNCIA SOCIAL PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.	39
2.1. As garantias legais de benefícios e serviços socioassistenciais para as pessoas com deficiência.....	41
2.2. As necessidades de mudanças nos serviços socioassistenciais.....	49
3. ANÁLISE DOS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E SUAS FAMÍLIAS EM CACHOEIRA-BA	54
3.1. A oferta dos serviços socioassistenciais para as pessoas com deficiência e suas famílias em Cachoeira-BA.....	56
3.2. A rede de serviços socioassistenciais para pessoas com deficiência e suas famílias na cidade de Cachoeira – BA.....	63
3.3. Considerações sobre a oferta dos serviços socioassistencias para pessoas com deficiências e suas famílias em Cachoeira-BA.....	65
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	68
REFERÊNCIAS	72
APÊNDICE A- MODELO DO ROTEIRO DE ENTREVISTA	76
APÊNDICE B - MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO	77

INTRODUÇÃO

A compreensão das pessoas com deficiência enquanto sujeitos de direitos é algo relativamente novo, levando em consideração todo histórico de exclusão vivenciado por estas pessoas, tanto no que diz respeito ao entendimento da própria deficiência como uma característica da condição humana e uma construção social, quanto à inclusão social destas. A história da humanidade ratifica tal situação demonstrando aspectos da invisibilidade dada a este público, seja pelas negligências cometidas pelo Estado e por algumas famílias, seja pelos abusos e violação de direitos.

O presente trabalho de conclusão é fruto de uma inquietação sobre a necessidade de discussão e viabilização dos serviços socioassistenciais destinados às pessoas com deficiência e suas famílias, previstos na Política Nacional de Assistência Social (PNAS, 2004) e na Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2009). Compreende-se como serviços socioassistenciais “as atividades continuadas que visem à melhoria de vida da população e cujas ações, voltadas para as necessidades básicas, observem os objetivos, princípios e diretrizes estabelecidas” na LOAS (BRASIL, 1993, 2009).

A Assistência Social, nos termos e compreensões atuais é uma política pública recente, partindo do pressuposto que vimos de uma tradição histórico-cultural de cuidados para estas pessoas voltados para as práticas de institucionalização, tratamentos de saúde ou escolarização especial. O acesso a serviços e benefícios tinha como característica a benesse, ficando a lógica dos direitos um pouco a parte do contexto que envolvia as pessoas com deficiência. O atendimento dessas pessoas apenas era pensado, através da escolarização em instituições especializadas, associada a um *mix* de serviços educacionais, assistenciais e de reabilitação.

Ao partir de uma lógica não-contributiva, a PNAS (2004) consegue abarcar todas as pessoas que dela necessitar, assentada na lógica da universalização. Vem tendo a sua consolidação por meio da implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), estabelecido pela PNAS (2004), Norma Operacional Básica / SUAS (2005) e Lei 12.435, de 06 de julho de 2011, para a organização de

um conjunto de garantias preconizadas pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS, 1993).

Esse novo modelo de proteção social representa a responsabilização estatal pela universalização na garantia de direitos de cidadania, por meio da oferta de benefícios, serviços em equipamentos de Assistência Social que visam à ampliação da oferta pública da proteção social enquanto direito do cidadão e dever estatal (MACHADO et. al., 2014).

No que se refere à pessoa com deficiência, os princípios da proteção social já são expressos na Constituição Federal de 1988, quando são estabelecidas as garantias de direitos universais individuais e coletivos, bem como, o Benefício de Prestação Continuada (BPC). A partir da PNAS (2004) é que aparece uma preocupação com relação à oferta de serviços socioassistenciais voltados à pessoa com deficiência. A indicação destes desses serviços surgem a partir a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2009), prevendo serviços na Proteção Social Básica¹, por meio do serviço de atendimento domiciliar a ser prestado no âmbito dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), bem como na Proteção Social Especial², nos Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), nos Centros-dia de Referência para a Pessoa com Deficiência e suas Famílias³, Residências Inclusivas⁴. Estes dois últimos serviços especializados

¹ A proteção social básica tem como objetivos a prevenção de situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários (BRASIL, 2004, p. 33).

² A proteção social especial é a modalidade de atendimento assistencial destinada a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus tratos físicos e, ou, psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras (BRASIL, 2004, p. 37), e se divide em dois níveis proteção social especial de média e alta complexidade.

³ Centro-Dia é um serviço é voltado às pessoas com deficiência que, devido à situação de dependência de terceiros, necessitam de apoio para a realização de cuidados básicos da vida diária, como os autocuidados, arrumar-se, vestir-se, comer, fazer higiene pessoal, locomover-se e outras, e também de apoios para o desenvolvimento pessoal e social, como levar a vida da forma mais independente possível, favorecendo a integração e a participação do indivíduo na família, no seu entorno, em grupos sociais, incentivo ao associativismo, dentre outros apoios (MDS-site institucional. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/pse-protacao-social-especial/servicos-de-media-complexidade-1/centro-dia-de-referencia>. Acesso em: 06 de novembro de 2014).

⁴ Residências Inclusivas é uma unidade que oferta Serviço de Acolhimento Institucional, no âmbito da Proteção Social Especial de Alta Complexidade do SUAS, conforme estabelece a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (MDS-site institucional. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/pse-protacao-social-especial/servicos-de-alta-complexidade/servicos-de-acolhimento-institucional-em-residencia-inclusiva>. Acesso em: 06 de novembro de 2014).

sendo desenhados e implementados mais recentemente, na Média e Alta Complexidade da Proteção Especial, respectivamente. A partir destes serviços é que se tem a configuração e a indicação da forma como deve ser prestado o atendimento socioassistencial.

A PNAS é inovadora no trato da questão da pessoa com deficiência que ganha um pouco mais de atenção e visibilidade. Sua implementação recente, porém, apresenta entraves em sua materialização, em especial com relação à rede de serviços socioassistenciais que são ofertados, devido à presença de alguns resquícios da cultura política com traços do patrimonialismo, clientelismo e assistencialismo. Como forma de entender as questões que aparecem como problemática na execução de tal política optou-se por uma análise sobre a oferta atual, real e as propostas de serviços preconizados na política, buscando compreender quais são e como estes serviços vêm sendo prestados na atualidade.

A escolha por esta discussão além de partir de um interesse próprio sobre o tema, também está relacionada com a aproximação sobre tal temática no projeto de pesquisa de iniciação científica (PIBIC) intitulado “Oferta de serviços socioassistenciais para pessoas com deficiência e suas famílias frente ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS): caracterização e desafios no Recôncavo da Bahia”. O estudo serviu como estímulo a delimitação da realidade a ser pesquisada buscando aprofundar um estudo de caso de um dos municípios do Recôncavo da Bahia que foram foco da pesquisa. Além disso, realizei meu estágio curricular no CRAS do município de Coração de Maria - BA, na qual comecei a perceber como se desenvolve a política de assistência social, vendo as dificuldades de inserção da pessoa com deficiência e sua família nos serviços. Durante esta experiência pude, por meio da aplicação do meu projeto de intervenção, dialogar um pouco com as famílias sobre a necessidade de conhecer os direitos das pessoas com deficiência, bem como cobrar do poder público, ações efetivas que garantam os direitos preconizados.

Em ambas experiências e aproximação com os serviços prestados cheguei a percepção que na maioria dos espaços o atendimento dado a este público restringe-se ao encaminhamento para o Benefício de Prestação Continuada (BPC), quando ocorre pelo menos o acesso a este. Isso faz com que a noção de algumas famílias sobre política pública destinada as pessoas com deficiência também esteja reduzida a questão da melhora da situação econômica, ou seja, à aquisição de um benefício

e, na maioria das vezes, não levam em consideração a necessidade de conhecer os outros fatores que perpassam a vida destas pessoas. Logo, muitas vezes são vistas e consideradas tanto pela sociedade, quanto pelas famílias apenas como incapazes. Como consequência de tal visão, gera-se a exclusão social em diferentes espaços, seja por não estarem preparados a recebê-las ou simplesmente pelo preconceito e discriminação, pela percepção de que sua inclusão não se faz necessária. Esta situação é perceptível de modo ainda mais claro em municípios de pequeno porte⁵. É o caso de muitos municípios do Recôncavo da Bahia.

Há uma grande necessidade de entender que as políticas públicas destinadas às pessoas com deficiência não se limitam ou não devem limitar-se apenas a concessão benefícios. Devem implicar em ações reais de *advocacy*, tanto do poder público estatal quanto da sociedade civil para garantir a este segmento populacional, direitos que por muito tempo lhes foram negados.

Este trabalho tem como objeto de pesquisa os serviços socioassistenciais prestado as pessoas com deficiência pela Rede SUAS, no município de Cachoeira-BA, município de pequeno porte II, do Recôncavo da Bahia. A questão de partida que se buscou responder foi: Como vem ocorrendo à oferta de serviços socioassistenciais para as pessoas com deficiência em Cachoeira-BA, frente à Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (2009)? O objetivo geral foi identificar e analisar os principais desafios da oferta de serviços socioassistenciais pela Rede SUAS para as pessoas com deficiência e suas famílias em Cachoeira-BA. Como forma de direcionamento a este, traçou-se como objetivos específicos:

- a) identificar os serviços socioassistenciais para as pessoas com deficiência ofertado por instituições públicas estatais e não-estatais, em Cachoeira-BA;

⁵ De acordo com a PNAS (2004), existem cinco categorizações de municípios:

- Pequeno porte I: população até 20.000 habitantes, mínimo de 1 CRAS para até 2.500 famílias referenciadas;
- Pequeno porte II: população entre 20.001 a 50.000 habitantes, mínimo de 1 CRAS para até 3.500 famílias referenciadas;
- Médio porte: população entre 50.001 a 100.000 habitantes, mínimo de 2 CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas;
- Grande porte: população entre 100.001 a 900.000 habitantes, mínimo de 4 CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas;
- Metrôpoles: população superior a 900.000 habitantes, mínimo de 8 CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas.

- b) analisar os limites e possibilidades da execução dos serviços socioassistenciais para a pessoa com deficiência na cidade de Cachoeira;
- c) comparar a oferta dos serviços socioassistenciais para pessoas com deficiência ofertados pelos equipamentos estatais e instituições privadas;
- d) identificar se os serviços socioassistenciais existentes estão sendo implementados de acordo com a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais (2009).

A escolha pela Cidade de Cachoeira – BA como foco da pesquisa se deu por esta ser uma das cidades que compõe o Recôncavo da Bahia, que foi um dos casos da pesquisa PIBIC citada anteriormente, da qual fui bolsista voluntária. Além disso, se deu pela minha aproximação com o município que sedia o Centro de Artes, Humanidades e Letras (CAHL), da UFRB, bem como pela facilidade de acesso. Trata-se de uma importante cidade elegida tombada como Patrimônio Cultural e Monumento Nacional, com vários problemas de acessibilidade, pequena oferta de serviços públicos e vários fatores de risco e vulnerabilidade social.

A metodologia utilizada para o alcance dos objetivos propostos foi o levantamento bibliográfico sobre a temática em questão e construção de um diagnóstico situacional da rede de serviços socioassistenciais no município de Cachoeira. Para isso, utilizou-se da coleta e análise de dados quantitativos secundários e entrevistas semiestruturadas com roteiro prévio (APÊNDICE A) para gestores e com integrantes da equipe técnica dos serviços socioassistenciais identificados na cidade, preferencialmente optou-se por assistentes sociais.

De acordo com os dados do Censo Suas (2012), existem os seguintes serviços sociassistenciais no município que devem atender também a pessoa com deficiência, considerando que existem serviços tipificados a ser ofertados nestes equipamentos:

CRAS - Centro ou Três Riachos

CRAS - Capoeiruçu

CRAS - Quilombola

CREAS

Além destes, também buscou-se conhecer os serviços prestados pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Cachoeira (APAE), única entidade privada especializada no atendimento das pessoas com deficiência no município.

Já haviam sido realizadas no âmbito da pesquisa PIBIC, 02 (duas) entrevistas sendo uma com um gestor de um dos CRAS e assistente social do CREAS que foram também usadas para este estudo. Nesta nova pesquisa foram realizadas mais 06 (seis) entrevistas a partir do roteiro que foi usado inicialmente, adaptado aos objetivos desta monografia. No total foram 08 (oito) entrevistas sendo:

- 03 (três) com Assistentes Sociais de um CRAS, do CREAS e da APAE;
- 01 com psicóloga de um dos CRAS;
- 04 com os demais gestores dos CRAS, CREAS e APAE .

Inicialmente, estava previsto a realização de 10 (dez) entrevistas, sendo pelo menos um técnico (preferencialmente, assistente social) e o gestor de cada equipamento pesquisado. Porém, devido ao tempo não foi possível realizar a entrevista com o gestor de um dos CRAS, o outro motivo foi à falta de disponibilidade e resistência de um componente da equipe técnica do CRAS para conceder a entrevista.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e feita análise de conteúdo (BARDIN, 1977). O tratamento dos dados foi feito preservando a originalidade das falas dos sujeitos e omitindo seus nomes, mediante acordo firmado em termo de consentimento livre e informado (APÊNDICE B). Por este motivo, são usadas as seguintes correlações na apresentação das transcrições das falas:

Gestor 1, 2, 3 4 e 5 – para as falas dos respectivos gestores dos CRAS, CREAS e APAE;

Técnico 1, 2, 3, 4 e 5 – para as falas dos respectivos gestores dos CRAS, CREAS e APAE.

Além desta introdução, esta monografia está estruturada em três capítulos. No primeiro capítulo é feita uma contextualização e caracterização do objeto de pesquisa, tratando da trajetória histórica da pessoa com deficiência no desenvolvimento da sociedade, bem como da diferenciação dos conceitos de deficiência com incapacidade, da questão da inclusão versus a exclusão.

No segundo capítulo discorre-se sobre o direito a assistência social para as pessoas com deficiência e as atuais políticas públicas no Brasil que visam a garantia de direitos e cuidados.

O terceiro e último capítulo apresenta os resultados da pesquisa de campo, com a análise das entrevistas buscando apresentar categorias encontradas nestas.

Por fim, tem-se as considerações finais sobre o estudo e apontamentos sobre as limitações e propostas de novas agendas de pesquisa.

1. PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: ASPECTOS HISTÓRICOS E SOCIAIS NO BRASIL

A trajetória das pessoas com deficiência no Brasil repercute a baixa prioridade de atenção dada a este público por parte do Estado, ficando a cargo da família e da sociedade civil as ações de atenção a estas. Percebe-se a prevalência do trato assistencialista e de caridade, colocando as pessoas com deficiência no rol dos inferiores, coitados e excluídos da sociedade. A cultura de exclusão e de estigmas direcionados as pessoas com deficiência se apresentam ainda hoje, tendo em vista que o diferente é sempre deixado de lado, é sempre alvo de críticas.

Os estigmas com relação à pessoa com deficiência remetem a um atributo profundamente depreciativo no ser humano, que impacta nos processos das relações sociais, já que se trataria de alguém que não seja “completamente humano” (GOFFMAN, 1963), pois a não aceitação do sujeito como partícipe de um grupo ou de um meio, faz com que sejam criadas várias formas de ação que buscam deslegitimar a participação deste indivíduo nos diferentes espaços, seja através da desqualificação da sua capacidade, ou a partir da doação de predicados pejorativos.

Enquanto o estranho está à nossa frente, podem surgir evidências de que ele tem um atributo que o torna diferente de outros que se encontram numa categoria em que pudesse ser - incluído, sendo, até, de uma espécie menos desejável - num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca. Assim, deixamos de considerá-lo criatura comum e total, reduzindo-o a uma pessoa estragada e diminuída. Tal característica é um estigma, especialmente quando o seu efeito de descrédito é muito grande (GOFFMAN, 1963, p. 6).

Ao não enxergar o outro em sua totalidade, ocorre vários tipos de discriminações, as quais, muitas vezes sem pensar, reduzem as chances de vida de um ser humano. Deste modo, constrói-se uma “ideologia para explicar a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças, tais como as de classe social” (GOFFMAN, 1963, p. 8).

A questão histórica e cultural de sentir-se superior ao outro e, por meio disso, exercer poder, apresenta ainda grande influência e forte impacto nas relações estabelecidas, gerando assim o que chamamos de divisão de grupos, onde de um

lado encontram-se os pares e do outro, aqueles que não possuem características ou semelhanças que consigam introduzi-los em determinados meios. Deste modo compreende-se que o tratamento dado as pessoas com deficiência e suas condições de exclusão são postas como expressões da questão social, relacionadas às condições históricas e aos vínculos que se combinam em cada sociedade. A ruptura de tais vínculos se dá a partir das tensões e contradições criadas na tentativa de superação dos mesmos (WANDERLEY; BÓGUS; YAZBEK, 2011). Deste modo, vários são os movimentos e lutas que ao longo da história vêm tentando minimizar as situações de discriminação, preconceito e exclusão dessas pessoas.

Compreende-se que sob a sociedade é posto um padrão de normalidade, e aqueles que não atendem a tal padrão são taxados como “anormais”, esta característica não é dada apenas as pessoas com deficiência, como também aquelas que não se adequam ao padrão estético estabelecido como o ideal, (as pessoas gordas, negras, de cabelos crespos etc.) criando discriminações e empecilhos à aceitação da própria característica, levando o indivíduo não sentir-se pertencente ao meio sob o qual está inserido. A não adequação a tais padrões causa o estranhamento e a exclusão dos ditos “diferentes”, desta forma percebe-se que ainda é muito grande a dificuldade na aceitação e compreensão das diferenças.

Por conta da falta de entendimento sobre a deficiência, a exclusão, rejeição, maus tratos e violência, aparecem desde os primórdios. Neste sentido, é importante contextualizar os diferentes paradigmas sobre as pessoas com deficiência que vigoraram ao longo da história, bem como os seus efeitos nos entendimentos conceituais sobre estas pessoas, seus processos de atendimento, garantia de direitos, inclusão e exclusão.

1.1. Fases históricas e paradigmas sobre as pessoas deficiência na sociedade

No decorrer da história encontramos várias e diferentes formas no trato, no atendimento e na percepção das pessoas com deficiência, a trajetória dessas pessoas é marcada por uma serie fatores que vão desde a eliminação até a luta e

conquista de alguns direitos, a variação das ideias que perpassam a vida desses sujeitos está relacionada aos diferentes tipos de cultura dentro das sociedades.

Com base em autores que estudam fatos históricos sobre as concepções da deficiência, Menecucci (1999) apud Araújo (2006) faz uma análise da evolução histórica do conceito de deficiência, caracterizando quatro fases históricas:

- 1) fase religiosa, do extermínio ou mística, que vai da antiguidade até o Séc. XVII;
- 2) fase humanista ou cristã, que corresponde ao período do Séc. XVIII;
- 3) fase científica, que está relacionada ao Séc. XIX;
- 4) fase dos direitos, que corresponde ao Séc. XX em diante.

Araújo e Cruz (2012), ressaltam ainda que a partir o Séc. XXI além de abarcar a fase dos direitos, inserisse também a questão da inclusão e participação social. Na atualidade, a questão da deficiência ganha mais ênfase no que diz respeito não só em pensar a inclusão escolar através do processo de escolarização, mas pensar a inclusão social enquanto fenômeno multidimensional. Tais fases podem melhor ser visualizadas no Quadro 01.

QUADRO 1 - Evolução histórica da concepção de deficiência suas características, procedimentos e implicações sociais.

Fases	Concepção Deficiência	Características	Procedimentos	Consequências Implicações sociais
<p>Idade Média Século XVI e XVII</p> <p>Extermínio</p> <p>Mística / religiosa</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deformação humana ▪ Manifestação das forças dos deuses ou do demônio 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Negação direito à vida ▪ Condição imutável de anormalidade ▪ Crenças sobrenaturais demoníacas e supersticiosas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Extermínio, eliminação ▪ Exorcismo, bruxaria, encarceramento 	<p>Ignorância</p>
<p>Século XVIII</p> <p>Humanista / Cristã</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Manifestação da natureza humana ▪ Homem ⇒ imagem e semelhança de Deus (perfeição) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A deficiência está no corpo. Oportunidade de purificação para ganhar o reino de Deus. ▪ Conformismo piedoso 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cuidados, assistência, benevolência. Internação, abrigos, casas de caridade 	<p>Assistencialismo, Filantropia, Voluntariado</p>
<p>Século XIX</p> <p>Científica</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sequela, lesão, diminuição da capacidade de um órgão em consequência de doenças 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ A deficiência pode ser passível de tratamento, evitada ou controlada 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tratamento médico, psicológico, início dos estudos científicos 	<p>Pesquisas genéticas, avanços tecnológicos</p>
<p>Século XX</p> <p>Direito</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Perda total ou parcial, temporária ou permanente, de uma função psicológica fisiológica ou anatômica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Integração / Inclusão educacional ▪ Convivência social ▪ Cidadania e garantia de direitos ▪ Equidade e igualdade 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Organização da sociedade para o atendimento das necessidades especiais. ▪ Políticas públicas específicas 	<p>Declarações internacionais, acordos, cartas de intenção, legislações, resgate do sentido de filantropia.</p>
<p>Século XXI e atualidade...</p> <p>Inclusão e participação social</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir a participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2008) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inclusão social ▪ Garantia de direitos de cidadania ▪ Acessibilidade ▪ Tecnologias assistivas ▪ Participação ▪ Autonomia 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilização intersetorial para a garantia de direitos, diminuição dos riscos e vulnerabilidades sociais. ▪ Sistema de proteção social. 	<p>Consolidação, implementação e controle das políticas públicas e do sistema de proteção social.</p>

FONTE: ARAÚJO, CRUZ (2012, p.19).

Assim como Menecucci (1999), Araújo e Cruz (2012), outros autores também buscam fazer esta retrospectiva da história da deficiência tais como Gugel (2007) que relata a trajetória destas pessoas desde a era primitiva. A autora coloca que neste período não se tem indícios que mostrem como era mantida a relação dos primeiros grupos humanos na terra com as pessoas com deficiência, remetendo tal fato a grande dificuldade de sobrevivência devido ao ambiente hostil prevaiente nesta época. No Egito Antigo, porém, evidências arqueológicas encontradas, demonstrando uma possível inserção destas pessoas em diferentes classes sociais, inclusive relacionadas às atividades laborais nesta sociedade (GUGEL, 2007).

Adentrando no histórico da Grécia, nesta sociedade se tem a indicação que as pessoas com deficiência eram eliminadas de diferentes formas. Este período marca o início da fase que Menecucci (1999) chamou de religiosa, do extermínio ou mística. O estudo da história em Roma revela que havia imperadores romanos com deficiência, entretanto, tais estudos revelam também, que as leis romanas não eram favoráveis as pessoas com deficiência, o que tornava permissiva a prática dos pais de matar as crianças com algum tipo de deformidade. É em Roma que surge o Cristianismo, doutrinando a caridade, combatendo a prática da eliminação das pessoas nascidas com deficiência. Apesar de combater tal prática, para Mazzotta (2005, p.16 apud Fernandes, Schlesener, Mosquera, 2011, p.135) “a própria religião, ao colocar o homem como imagem e semelhança de Deus”, portanto, ser perfeito, acrescia a ideia da condição humana, incluindo-se aí a perfeição física e mental”. Desta forma, colaborava com a ideia de eliminação, pois tais pessoas passam a ser vistas como amaldiçoadas ou fruto de castigos designados por Deus.

Na Idade Média, entre os séculos V e meados do século XV, a visão que se tinha do nascimento das pessoas com deficiência ainda era relacionada a castigos divino. A estas eram atribuídos estigmas como os de feiticeiros e bruxos, também sendo vistas como incapazes para a vida produtiva, já que este período é marcado pelo fortalecimento do feudalismo e do clero com a ênfase dada ao trabalho de produção artesanal (GUGEL, 2007; ARAÚJO, 2006).

No período da Idade Moderna (Séc. XVIII), passa-se a ter um novo olhar sobre as pessoas com deficiência. Surge então a fase humanista ou cristã, relacionada “as grandes religiões monoteístas – cristianismo, judaísmo, e maometantismo” (ARAÚJO, 2006, p. 100), em que a concepção da deficiência passa a ser ligada a manifestação da natureza humana e a ideia do homem enquanto

imagem e semelhança de Deus (ARAUJO, 2006). É neste período também que tem-se a criação de códigos e métodos para o ensinamento da leitura e da escrita de pessoas surdas e mudas pelo médico e matemático Gerolamo Cardomo e Pedro Ponce de Leon que criam o método de sinais para ensinar pessoas surdas (GUGEL, 2007). Neste período percebe-se um avanço no que diz respeito ao trato da pessoa com deficiência, inclusive com o surgimento das primeiras cadeiras de rodas e do Braille.

A fase denominada de científica corresponde ao século XIX. Neste período a deficiência era considerada como sequela, lesão ou diminuição da capacidade de um órgão em consequência de uma doença, com essa visão vê-se a necessidade da criação de tratamentos para minimizar, controlar, bem como, prevenir tais sequelas. Com base nesta percepção é que surgem os modelos de atendimento médico associado a educação e a assistência. Surgem às primeiras casas de institucionalização para o cuidado, atendimento e tratamento especializado das pessoas com deficiência. A criação de instituições para o cuidado dessas pessoas é bastante criticada por alguns autores, a exemplo temos Goffman (1961), que critica os efeitos causados pela segregação e pelo afastamento do convívio social (ARAÚJO, 2006).

No século XX se tem avanços expressivos e importantes para a pessoa com deficiência. Nesta fase dos direitos, tem-se o aperfeiçoamento das técnicas já existentes e são criadas outras novas. Com o avanço científico e da medicina surgem outros entendimentos sobre a deficiência, bem como uma visão voltada mais para a convivência social dessas pessoas, tanto do poder público quanto da sociedade, através de organizações que buscam o enfrentamento dos problemas encontrados no atendimento deste público, bem como lutas para a garantia dos direitos e da cidadania. Esta nova concepção é também chamada por Aranha (2001) apud Araújo (2006) de paradigma da integração.

É no século XXI que as questões sobre a inclusão e participação da pessoa com deficiência ganham mais foco e visibilidade. O momento atual se caracteriza como a fase da inclusão social, da garantia de direitos de cidadania, da acessibilidade, das tecnologias assistivas, da participação e da autonomia, pois temos neste uma mobilização intersetorial para a garantia de direitos, diminuição dos riscos e vulnerabilidades sociais, e um sistema de proteção social (MENEUCCI, 1999). Apesar de tantos avanços no que diz respeito à deficiência, o

momento atual também é marcado pela luta para a concretização plena dos direitos alcançados.

1.1.1 Aspectos relacionados ao contexto brasileiro

Ao partir dessa retrospectiva da deficiência no desenvolvimento das sociedades, adentramos para o contexto histórico brasileiro, desde a formação do país até os dias atuais. No período da formação do Brasil existem relatos que atestam condutas de exclusão total das pessoas com deficiência. Deste período são encontrados alguns povos indígenas que tinham como costumes e práticas a eliminação das crianças que nascessem com alguma deficiência, pois estas não eram vistas com bons olhos. Atribuía-se ao nascimento delas a um mau sinal, ou seja, um aviso da insatisfação dos deuses. O abandono das pessoas que adquirissem algum tipo de deficiência no decorrer de sua vida também aparece como uma prática exercida por alguns indígenas (GARCIA, 2011).

A ideia da deficiência enquanto castigo divino é percebida também nas doutrinas religiosas. Além desta visão, no caso dos negros escravos, a deficiência também encontrava-se relacionada à questão da violência e dos castigos físicos sofridos por estes, e até mesmo as questões desumanas a que estas pessoas eram submetidas, tais como superlotação e falta de higienização dos navios negreiros, fator que contribuía para proliferação de doenças incapacitantes. Havia falta de atenção e suporte no trato destas doenças que, quando não levava o indivíduo a morte, gerava sequelas irreparáveis. Além das doenças que ocasionavam a deficiência, neste período também existiam leis que autorizavam a prática de castigos mais duros como a amputação de membros para escravos fugitivos no momento da captura (GARCIA, 2011).

No Brasil Colônia também encontramos relatos de deficiência, entre os colonos portugueses, atrelando como causas destas com as condições climáticas adversas e a enorme quantidade de insetos. Estas características tropicais repercutiriam na saúde e bem-estar dos europeus, sendo que “algumas dessas enfermidades de natureza muito grave chegaram a levá-los a aquisição de severas limitações físicas ou sensoriais” (FIGUEIRA, 2008, p. 55 apud GARCIA, 2011).

Encontramos neste período práticas de exclusão de pessoas com deficiência, com o confinamento destas pelas famílias em suas próprias casas e até mesmo em instituições afastadas dos grandes centros, as pessoas com deficiência na maioria das vezes eram “condenadas ao isolamento social”.

Tem-se no Brasil no século XIX, um aumento significativo nos casos de deficiência, devido aos conflitos militares. É neste período também que é inaugurado no Brasil o Asilo dos Inválidos da Pátria, instituição de atendimento e abrigo dos soldados mutilados na guerra (GARCIA, 2011). Neste século tem-se a concepção da deficiência a partir de uma visão mais científica, aparecendo como uma seqüela, lesão ou diminuição da capacidade de um órgão em consequência de doenças. Nesta fase tem-se como característica a ideia de que a deficiência é passível de tratamento e que esta pode ser evitada ou controlada. Por conta de tal visão as pessoas com deficiência passam a ser submetidas a tratamentos médico e psicológico. Este período também marca o início estudos científicos, levando a pesquisas genéticas e avanços tecnológicos (MENEUCUCCI, M.C, 1999).

É ainda no século XIX que o Brasil começa a criar condições de atendimento às pessoas com deficiência sendo o pioneiro na América Latina neste tipo de atendimento. Nas décadas de 1920, 1930, 1940 e 1950 surgem novas organizações voltadas às pessoas com deficiência, sendo estas criadas pela sociedade civil a fim de abarcar diferentes deficiências tendo em vista que os institutos criados pelo Estado tinha como foco o atendimento a cegos, mudos e surdos, as primeiras iniciativas de atendimento a deficiência intelectual. Surge também neste período os conhecidos movimentos Pestalozziano e Apaeano, fundando diversas instituições privadas para o atendimento a pessoas com deficiência mental.

O Século XX marca o avanço da medicina e maior atenção aos deficientes, com a criação de hospitais-escolas e novas pesquisas e estudos no campo da reabilitação. Apesar dos avanços na área médica ainda tinha-se neste período a associação da deficiência a doença, ficando em especial as pessoas com deficiência mental afastadas do convívio social, sendo tratadas em instituições especializadas.

Na história do Brasil assim como em outros países o atendimento as pessoas com deficiência esteve reduzido há ambientes estes ambientes com características hospitalares ou assistenciais. Antes da criação dessas instituições as pessoas com deficiência ficavam sobre responsabilidade exclusiva das famílias (GARCIA, 2011). Este período também marca a fase da visualização dos direitos das pessoas com

deficiência, por meio da organização da sociedade para o atendimento das necessidades especiais e da criação de políticas públicas específicas. Surgem assim, as declarações internacionais, acordos, cartas de intenção, legislações e resgate do sentido de filantropia, principalmente, no que diz respeito ao direito a educação. Como forma de garantia de inclusão e fortalecimento da luta a partir do século XX as pessoas com deficiência começam criar organizações as quais são geridas por as mesmas, com objetivos traçados para conquista de espaço na sociedade, direitos e autonomia para condução da própria vida. A entrada no século XXI já traz como marcas importantes iniciativas para a promoção e a defesa dos Direitos Humanos no Brasil e, de maneira especial, dos direitos das pessoas com deficiência (LANNA JUNIOR, 2010). Entre os marcos legais criados neste século estão a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU (2006) e as Conferências Nacionais de Direitos da Pessoa com Deficiência, os avanços destacam-se tanto em termos orçamentários, institucionais, quanto de participação social, a partir deste século ganha mais ênfase a discussão sobre a necessidade de inclusão das pessoas com deficiência bem como a necessidade de um discurso agregador (LANNA JUNIOR, 2010).

Com base em tais discussões percebe-se avanços no campo educacional, com a chamada educação inclusiva, que busca através de novas políticas educacionais favorecer a inclusão de pessoas com deficiência nas instituições de ensino comuns, bem como em áreas como a saúde, em especial a que abrange a reabilitação e a assistência social, com a implementação de equipamentos que atendam a pessoa com deficiência bem como através de benefícios sociais. Apesar das conquistas ainda são grandes e vários os desafios postos no que diz respeito à consolidação dos direitos da pessoa com deficiência no Brasil, por conta da prevalência de requisitos de segregação, tal aspecto reforça ainda mais o movimento político das pessoas com deficiência, pois vem trabalhando, intensamente, para alcançar um novo patamar de dignidade humana.

1.2. As mudanças conceituais sobre o entendimento da pessoa com deficiência

A concepção sobre a deficiência é um dos aspectos importantes para a efetivação dos direitos das pessoas com deficiência, assim como para o atendimento efetivo de suas necessidades. Como ressalta Araújo (2006):

Diferentes conceitos, concepções e percepções sobre as pessoas com deficiência vêm induzindo as formas de convivência e as lógicas de atendimento das necessidades deste grupo social no âmbito da educação, assistência social e saúde, bem como na abordagem sobre defesa de direitos (ARAÚJO, 2006, p. 95).

As transformações ocorridas no curso histórico da pessoa com deficiência geraram mudanças nas concepções sobre estas e conseqüentes mudanças na forma de vida. Várias foram as nomenclaturas criadas para conceituar e classificar as pessoas com deficiência, entre elas, aleijados, inválidos, incapazes, defeituosos, mongoloides, retardados, pessoas portadoras de deficiência, etc. Estes termos pejorativos foram utilizados de forma mais veemente até meados do século XX, tendo-se ainda a percepção dessas pessoas como fardo social e sem valor.

A mudança da percepção da deficiência e o entendimento desta como uma característica da condição humana⁶, apesar de representar um grande ganho para a luta acerca dos direitos da pessoa com deficiência, não conseguiu resolver o problema do preconceito e da discriminação com este grupo, tendo em vista a proliferação durante anos de ideias distorcidas e sentimentos de repulsa.

Tais ideias estão presentes ainda hoje, podendo estas ser visualizadas em atitudes e percebidas através de discursos, principalmente nas situações que se referem à execução de tarefas laborais e a questões de aprendizado. Apesar das pessoas com deficiência poderem ter algumas incapacidades físicas, intelectuais, mentais, visuais e sensoriais, o que as pode colocar em desvantagens são as barreiras físicas, atitudinais e sociais, produzidas por conta dos estereótipos e da discriminação que impedem o desenvolvimento das capacidades e potencialidades destas pessoas, aumentando as desigualdades sociais, “A exclusão se dá

⁶ Este termo busca enfatizar que a deficiência é uma característica como outra qualquer do ser humano, não se apresenta como um conceito.

efetivamente pelo estado de todos os que se encontram fora dos circuitos vivos das trocas sociais” (WANDERLEY, BÓGUS, YAZBEK, 2011, p.19).

A dificuldade de encontrar tanto instituições especializadas quanto instituições comuns estatais e privadas que atendam as pessoas com deficiência, nos coloca a pensar se existe um descaso ou uma falta de interesse no atendimento das necessidades dessas pessoas ou se ainda existe uma falta de compreensão e entendimento do que é a deficiência e como deve ser o trabalho voltado para essas pessoas. Ambas alternativas podem expressar a situação que vivemos, tendo em vista que nos deparamos com uma serie de instituições que não conseguem acolher este público, seja porque os ambientes não possibilitam o acesso destas, seja porque as atividades desenvolvidas não abarcam suas reais necessidades. Tais aspectos não são novos, é possível visualizar uma reprodução dos mesmos ao longo da história, em especial no que toca a opressão contra as pessoas com deficiência, pela pouca ou pela inexistência de espaços que propiciem a participação em discussões que lhes digam respeito, é a partir do final da década de 1970 que começam a surgir o movimento das pessoas com deficiência, anterior a este período as ações voltadas para estas, concentrava-se na educação e em obras caritativas e assistencialistas, em contra ponto a pouca ação do Estado, a sociedade civil se organizava junto com os pais e familiares de pessoas com deficiência na execução de ações que beneficiassem a este público (LANNA JUNIOR, 2010).

Desde então o movimento pelos direitos da pessoa com deficiência vem travando várias lutas para que sejam criadas condições para o desenvolvimento desse grupo, assim como também tem lutado por sua voz e vez nos espaços de discussões sobre assuntos relacionados à deficiência.

É possível afirmar que o esforço do movimento nos últimos trinta anos foi, principalmente, de refinar conceitos e mudar paradigmas, criando uma base sólida para a construção de uma nova perspectiva sobre a deficiência. As atitudes, suposições e percepções a respeito da deficiência passaram de um modelo caritativo para um modelo social (LANNA JUNIOR, 2010, p.16).

Deste modo percebe-se que foram e ainda são travadas várias lutas pela inclusão dessas pessoas nos mais variados espaços de convívio social. As ações desenvolvidas também buscam desmistificar algumas ideias e estigmas criados acerca das mesmas, tendo em vista que, a dinâmica presente na abordagem

destinada ao atendimento destas pessoas deve compreender desde o conceito atual de pessoa com deficiência.

Atualmente, após várias análises, há um consenso internacional sobre o conceito de pessoa com deficiência definido e expresso na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2008) e nas normativas brasileiras em vigor, entendendo-se como pessoas com deficiência

aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, obstruem sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2012).

Essa nova nomenclatura busca inovar o termo, através da compreensão da deficiência como parte do corpo, da característica humana, busca também diminuir o estigma, e o preconceito voltado à pessoa com deficiência.

A deficiência se apresenta de várias formas, desde as características físicas, que facilmente são identificadas, até as características que necessitam de uma maior percepção para a identificação das mesmas, tais como os aspectos intelectuais, mentais e sensoriais.

Com a nova concepção sobre a deficiência podemos visualizar a distinção que existe entre tal conceito e os conceitos de incapacidade e dependência. A diferenciação representa um melhor entendimento sobre o que realmente é a deficiência e, como consequência, tem-se novas possibilidades de ações a serem criadas para atender a este público.

Deste modo, pode-se compreender que a incapacidade não está apenas relacionada a impedimentos naturais, podendo essa se manifestar também em decorrência de impedimentos socialmente produzidos. A incapacidade, portanto, é gerada por uma mistura de experiências que incluem sintomatologia, apoio social, carga sobre a família, satisfação, bem-estar subjetivo e qualidade de vida (DI NUBILA, BUCHALLA, 2008). Tal ideia é corroborada por Hutchison (1995 apud AMIRALIAN et al., 2000) que afirma que a incapacidade é uma característica socialmente construída e imposta às pessoas com deficiência.

A situação de dependência diz respeito a uma lógica relacional, ou seja, a interação das pessoas com deficiência com o meio e com as barreiras postas, tais barreiras imputam sob essas pessoas uma situação de dependência, porém não são todas as pessoas com deficiência que estão nesta situação. Deste modo,

A situação de dependência é, portanto um conceito relacional e considerado um fenômeno multidimensional que varia de acordo com a deficiência (física, intelectual, auditiva, visual e múltipla); a associação desta a outros quadros, como Síndromes, lesões ou doenças; a idade e sexo; a idade; as condições sociais e o entorno onde vive a pessoa, dentre outros fatores. Viver na extrema pobreza, em isolamento social, vítima de negligência, abandono e maus-tratos, dentre outras situações precárias, são consideradas impeditivas da autonomia da pessoa com deficiência e, portanto agravantes da situação de dependência (CRUZ; PEREIRA, 2013, p. 14-15).

O entendimento desses conceitos permite a visualização dos diferentes aspectos que cada conceito abrange. A falta de acessibilidade⁷, entre outros, representa um dos agravantes da situação de dependência, ao levar em consideração os aspectos ambientais e estruturais que impedem o direito de ir e vir dessas pessoas, assim como o direito de acesso a alguns serviços e espaços.

1.3. As pessoas com deficiência no município de Cachoeira-BA.

Os dados do IBGE demonstram que um grande percentual da população brasileira declarou possuir algum tipo de deficiência, segundo o Censo do IBGE (2010). O total de declarantes chega a quase 46 milhões de brasileiros, o que representa cerca de 24% da população, dentre as deficiências investigadas estão: a mental, a motora, a visual e a auditiva.

Algo que chama a atenção no Censo é um aumento significativo no número de pessoas com deficiência apresentado, tendo em vista que, em levantamentos anteriores o percentual da população brasileira que declarava possuir algum tipo de deficiência correspondia a apenas 2%, a explicação para tal aumento não está vinculado ao crescimento de números de casos de deficiência, mas sim a nova

⁷ O direito a acessibilidade está previsto na lei 10.098/2000 e no Decreto nº 5.296/2004, representa a superação das barreiras para a inclusão social das pessoas com deficiência em situação de dependência, através da perspectiva de tornar os serviços acessíveis às pessoas com deficiência assim como são aos demais cidadãos, a acessibilidade busca possibilitar uma vida mais independente e de participação plena em todos os aspectos da vida, “inclui a igualdade e a não discriminação, proibindo qualquer discriminação baseada na deficiência e garantindo adaptações razoáveis” (CRUZ; PEREIRA, 2013, p. 16).

forma de coleta utilizada, a qual segue recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), conforme esclarece Vital (2007),

em seu questionário amostral, utiliza um critério baseado em dois esquemas distintos: o primeiro, formado a partir de um modelo centrado nas características corporais, como no Censo de 1991 e pesquisas anteriores; o segundo, montado sobre uma escala de gradação de dificuldades na realização de tarefas pelo indivíduo. A captação de dados, assim, evolui, em sua concepção, para uma semelhança com outros instrumentos de pesquisas mais modernos utilizados atualmente (VITAL, 2007).

O IBGE segue tais recomendações desde o Censo 2000. Existem autores que criticam esta nova forma de compilação dos dados, pois o modelo das perguntas tem como foco as atividades, levando em consideração, parcialmente a Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF)⁸, da Organização Mundial de Saúde (OMS). Existem também críticas aos critérios de definição da deficiência utilizados pelo IBGE por definir a deficiência apenas pelas limitações funcionais, confundindo com o conceito de incapacidade. Esta definição não está compatível ao estabelecido pela legislação, que percebe a deficiência não somente pelo que o olhar do médico considera, “mas principalmente a restrição à participação plena provocada pelas barreiras sociais” (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009). Deste modo, os critérios que são utilizados pelo Censo consideram apenas as questões biomédicas.

Os dados do Censo IBGE 2010 demonstram que a população de Cachoeira-BA é de 32.026 pessoas. Desta tem-se um percentual de quase 33% (10.560) de pessoas que declaram possuir algum tipo de deficiência. A cidade de Cachoeira é um dos municípios que compõem o território de Identidade do Recôncavo Baiano. Situada às margens do Rio Paraguaçu, é uma cidade Monumento Nacional, tombada pelo patrimônio histórico e cultural, pois em seu solo foram travadas lutas durante o Brasil Império. A arquitetura da cidade guarda os aspectos da época, por possuir características do período imperial. A cidade de Cachoeira tem sérios problemas de acessibilidade, por ter construções antigas e pela predominância de sobrados, caminhos feitos de pedra, calçadas estreitas, inexistência de rampas etc.

⁸ A OMS até 2001, também restringia a deficiência a uma linguagem biomédica com base na CID (Classificação Internacional de Doenças). Neste ano com a publicação da CIF tem-se uma mudança na concepção, pois adota-se um modelo social no campo da saúde pública e dos direitos humanos (DINIZ, 2007, p. 53 apud. DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009).

Por ser uma cidade tombada, poucas ou nenhuma mudanças são feitas de modo a garantir assim um melhor deslocamento e desenvolvimento das pessoas com deficiência do município.

A população de Cachoeira que declarou possuir algum dos tipos das deficiências investigadas, com variação de graus de alguma dificuldade à grande dificuldade, corresponde a um total de 10.560 pessoas. Na tabela 01 podemos visualizar o total de declarações para cada deficiência, assim como o sexo e a procedência (rural ou urbana), conforme o quadro abaixo, podemos ter a percepção que, algumas pessoas declararam possuir mais de um dos tipos das deficiências pesquisadas o que representa uma diferença de 652 pessoas.

TABELA 1 - Quantidade de pessoas com deficiência, por tipo, sexo e procedência, na cidade de Cachoeira-BA.

Tipos de deficiência	Quantidade	Sexo		Procedência	
		Masculino	Feminino	Rural	Urbana
Visual	6.295	2.358	3.934	3.454	2.838
Auditiva	2.023	818	1.204	1.086	936
Motora	2.349	775	1.574	1.260	1.089
Mental/intelectual	545	260	285	294	251
Total	11.212	4.211	6.997	6.094	5.114

Fonte: Elaboração própria a partir de dados do Censo IBGE 2010. Disponível em: <http://cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=290490&idtema=92&search=bahia|cachoeira|censo-demografico-2010:-resultados-da-amostra-pessoas-com-deficiencia-->.

No que toca a questão da renda, os resultados do Censo 2010 demonstram que a maioria das pessoas com deficiência em Cachoeira-BA, num total de 1.168 pessoas declararam possuir rendimentos de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo. O rendimento de 1 a 2 salários mínimos aparece em segundo lugar totalizando 971 pessoas declarantes, seguido dos rendimentos de $\frac{1}{2}$ a 1, de 2 a 3, de 3 a 5, de 5 a 10 e de 15 a 20 salários mínimos. Nesta amostra também aparecem 1.024 pessoas com deficiência que declararam não possuir rendimentos⁹.

A partir da análise dos dados coletados, podemos perceber que a população feminina e rural apresenta o maior número de casos de deficiência. Este fator deve

⁹ A amostra da pesquisa do Censo Demográfico IBGE (2010) no que tange a renda considerou apenas as pessoas com 10 anos ou mais de idade ocupadas na semana de referência.

ser colocado em pauta uma vez que o município não conta com transporte adaptado, que propicie um melhor deslocamento dessas pessoas ao centro da cidade onde há uma concentração maior de instituições que atendem a este público.

Os dados do Censo (2010) sobre as pessoas com deficiência em Cachoeira, merecem bastante atenção, tendo em vista o pouco número de serviços e apoios existentes no município que atuam diretamente no atendimento deste público. A cidade conta apenas com um CRAS, um CREAS, um CAPS, uma APAE no centro da cidade, e dois CRAS nas comunidades rurais, sendo um em Capoeiruçu e um no Iguape.

1.4. Os paradigmas da inclusão versus exclusão da pessoa com deficiência

Entender a dinâmica presente nos diversos espaços e contextos se faz primordial para compreensão e visualização das pessoas com deficiência enquanto sujeitos de direitos, que necessitam sim ter suas diferenças e limitações consideradas. Estas, porém, não devem ser vistas apenas como impedimentos para o convívio social, devendo assim ser pensadas estratégias de combate as barreiras impostas para uma inclusão¹⁰ efetiva. Assim, a inclusão refere-se a um

processo que diga respeito somente à pessoa com deficiência, mas sim a todos os cidadãos. Não haverá inclusão da pessoa com deficiência enquanto a sociedade não for inclusiva, ou seja, realmente democrática, onde todos possam igualmente se manifestar nas diferentes instâncias de debate e de tomada de decisões da sociedade, tendo disponível o suporte que for necessário para viabilizar essa participação (ARANHA, 2001, p 20-21).

Araújo (2006), chama atenção para as referências dadas a palavra inclusão na área da pessoa com deficiência, por possuir diferentes conotações, quando usadas nos discursos governamentais e não-governamentais, em que dependendo da situação ou circunstância pode conotar um sentido positivo ou negativo.

¹⁰ Entende-se a inclusão social na perspectiva que representa um “processo de ajuste mútuo, onde cabe à pessoa com deficiência manifestar-se com relação a seus desejos e necessidades e à sociedade, a implementação dos ajustes e providências necessárias que a ela possibilitem o acesso e a convivência no espaço comum, não segregado” (ARANHA, 2001, p.19).

Levar em consideração a questão da inclusão *versus* a exclusão é reconhecer a existência da desigualdade que se sempre se fez presente na vida das pessoas com deficiência e também entender que a exclusão está associada ao fator da diferença. Na estrutura das sociedades sempre apareceram barreiras às pessoas com deficiência, tendo em vista a falta de condições propícias ao desenvolvimento destas pessoas, o que resultou e ainda hoje resulta numa privação de liberdade, levando em consideração que os espaços não estão aptos ao atendimento das necessidades específicas destas pessoas impossibilitando o acesso e a garantia dos direitos (MACIEL, 2000).

Atualmente, algumas ações vêm sendo adotadas pelo Estado, sociedade civil e pelo próprio movimento das pessoas com deficiência na tentativa da garantia dos direitos e a chamada busca pela inclusão. Esta busca aparece de forma mais presente na inclusão escolar. É perceptível também que apesar da importância apresentada sobre a questão escolar é necessário suscitar a luta por outros tipos de inclusão, pois a inclusão escolar, que ganha forte apoio com a Declaração de Salamanca¹¹, não consegue resolver

todos os problemas de marginalização dessas pessoas, pois o processo de exclusão é anterior ao período de escolarização, iniciando-se no nascimento ou exatamente no momento em que aparece algum tipo de deficiência física ou mental, adquirida ou hereditária, em algum membro da família (MACIEL, 2000, p. 52).

Ao se pensar ações de inclusão é necessário pensar além da questão da escolarização. Para isso, é preciso considerar as condições que perpassam a vida desses sujeitos, como a necessidade do trabalho, do desenvolvimento cultural etc., tendo em vista um ser humano como qualquer outro. Possibilitar o desenvolvimento pleno das pessoas com deficiência significa dizer que houve a efetivação de seus direitos.

São reflexões que trazem a luz elementos importantes, uma vez que, no desenvolvimento das relações sociais as pessoas com deficiência já são vulneráveis

¹¹ A Declaração de Salamanca é um documento elaborado na Conferência Mundial sobre Educação Especial, na cidade de Salamanca, Espanha, em 1994, tendo como objetivo de fornecer diretrizes básicas para a formulação e reforma de políticas e sistemas educacionais de acordo com o movimento de inclusão social. Considera-se a Declaração de Salamanca como um dos principais documentos mundiais que visam a inclusão social, ao lado da Convenção de Direitos da Criança (1988) e da Declaração sobre Educação para Todos de 1990. (MENEZES; SANTOS, 2002).

e já vivem à margem da sociedade, e sobre estas é posta uma carga pesada de preconceito e discriminação. Ao pensar na inclusão destas no mercado de trabalho¹², por exemplo, percebemos que na maioria das vezes há uma visualização minimizada sobre as ações e competências que podem ser desenvolvidas por estas pessoas. Tal concepção impossibilita mais uma vez o acesso e gera a exclusão. Desta forma entende-se que,

a exclusão não é nem arbitrária nem acidental. Emanada de uma ordem de razões proclamadas. Ousar-se-ia dizer que ela é “justificada”, se entendemos por isso que repousa sobre julgamentos e passa por procedimentos cuja legitimidade é atestada e reconhecida (CASTEL, 1995).

O discurso da incapacidade atrelado à justificativa para a exclusão muitas vezes se sobressai, fazendo com que as pessoas com deficiência mais uma vez fiquem à margem, no que tange aos direitos educacionais, laborais, culturais, assistenciais, entre outros.

Apesar das críticas, a criação de políticas afirmativas, como a Lei de Cotas para o mercado de trabalho são de grande importância, pois geram forte impacto na vida das pessoas com deficiência, mesmo que estas não cheguem a total resolução do histórico de exclusão.

Como forma de enfrentamento dos riscos, das vulnerabilidades sociais e exclusão e tentativa de garantia de inclusão e acesso das pessoas com deficiência, hoje o Brasil conta com o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, lançado por meio do Decreto 7.612, de 17 de novembro de 2011, no qual o Governo Federal vem ressaltar e ratificar o compromisso do Brasil no que tange as prerrogativas da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU (2006). Esse plano visa a sua efetivação na vida das pessoas com deficiência através da articulação de políticas governamentais de acesso à educação, inclusão social, atenção à saúde e acessibilidade. Trata-se de uma ação

¹² Muitas vezes, por exemplo, quando inseridas no mercado de trabalho as pessoas com deficiência acabam realizando tarefas que não lhes possibilitam o desenvolvimento de suas capacidades. Uma das formas encontrada para incluir as pessoas com deficiência no mercado de trabalho foi a criação da Lei Nº 8.213, de 24 de julho 1991, chamada Lei de Cotas, que determina que empresas com mais de 100 funcionários devem ter no quadro de pessoal, profissionais com deficiência. Trata-se de uma importante ação afirmativa que só veio a se consolidar mais recentemente.

interministerial, envolvendo mais de 15 ministérios e o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência (Conade).

A forma sob a qual devem ser desenvolvidas as ações preconizadas pelo plano, visa fazer com que se consiga executar de forma homogênea os objetivos propostos por cada uma. No que se refere ao eixo acesso à educação, busca-se através de investimentos tanto em recursos e serviços de apoio a educação básica, tais como a implantação de salas de recursos multifuncionais, a promoção de acessibilidade arquitetônica nas escolas, a formação de professores para realização de atendimento educacional especializado e a aquisição de ônibus escolares acessíveis (BRASIL, 2012).

No que toca a inclusão social, pensada a necessidade de criação de medidas apropriadas que assegurem o apoio e não permitam que haja discriminação baseada nas condições, físicas, intelectuais mentais ou sensoriais, bem como no afastamento obrigatório das pessoas com deficiência de suas comunidades, deste modo o plano colocou como meta na questão da inclusão a efetivação do Programa BPC Trabalho¹³, visando à superação de barreiras, ao fortalecimento da autonomia, do protagonismo e da participação social das pessoas com deficiência, tem por meta também a implantação de Centros-Dia de Referência para essas pessoas em cada unidade da Federação, com oferta de serviços de assistência social e saúde, e implantação de residências inclusivas para jovens e adultos com deficiência em situação de dependência que estejam sendo desvinculados de instituições de longa permanência (BRASIL, 2012).

Como ações do eixo acessibilidade do Plano Viver sem Limites, é criada a Secretaria Nacional de Acessibilidade e Programas Urbanos (SNAPU), dentro do Ministério das Cidades, com o objetivo de inserir o tema da acessibilidade urbana nos projetos das esferas governamentais, é dentro dessa ação que se é pensada a construção de casas adaptadas no Programa Minha Casa Minha Vida, dentre outras instalações tecnológicas (BRASIL, 2012).

¹³ O BPC Trabalho é o Programa de Promoção do Acesso das Pessoas com Deficiência, que recebem o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social, à Qualificação Profissional e ao Mundo do Trabalho. É uma iniciativa do Governo Federal, realizada pelos Ministérios do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), da Educação (MEC), do Trabalho e Emprego (MTE) e da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR), envolvendo compromissos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, para facilitar o acesso das pessoas com deficiência, beneficiárias do BPC, ao mundo do trabalho. (MDS. Site institucional. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia-social/bpc-beneficio-de-prestacao-continuada/bpc-programa-bpc-trabalho> Acesso em: 16 de outubro de 2013).

A atenção à saúde da pessoa com deficiência é pensada no Plano Viver sem Limites, buscando a ampliação do acesso e a qualificação no atendimento as pessoas com deficiência, como forma de alcance desse objetivo pensou-se na criação da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência, que prevê estratégias de atendimento as necessidades específicas de pessoas com deficiência (BRASIL, 2012).

É inegável a importância de ações como estas, em especial quando fazemos uma retrospectiva no contexto e na visibilidade dada a este segmento populacional. Tais ações, porém, não podem apenas ficar expressas no papel, sendo necessário e fundamental a materialização das mesmas para que se tenha uma efetivação plena dos direitos.

1.5. O cuidado com as pessoas com deficiência

As formas e tipos de cuidados com as pessoas com deficiência têm mudado durante todo processo histórico. Conforme as mudanças de concepção sobre a deficiência, os atores que aparecem envolvidos neste cuidado são a família, a igreja, as instituições especializadas e o Estado. Há a necessidade para um grande e importante tratamento sobre este tema, uma vez que a forma que este cuidado é prestado são determinantes a diversas situações.

Conforme já detalhado anteriormente, historicamente prevaleceu a reclusão e atendimentos em instituições especializadas, com o objetivo de prestar um cuidado especializado. Destaca-se que as primeiras referências e tentativas de mudanças nas características da relação da sociedade com as pessoas com deficiência apontam para os esforços de Jacob Rodrigues Pereira, em 1747, com um trabalho voltado a surdos congênitos, que devido aos bons resultados alcançados novas formas de cuidado foram pensadas. Em meados de 1800, Guggenbuhl abriu uma instituição para o cuidado e tratamento residenciais de pessoas com deficiência mental. Este projeto originou a ideia e a prática do cuidado institucionalizado para as pessoas com deficiência mental, com a retirada das pessoas com deficiência de suas comunidades de origem e pela manutenção delas em instituições residenciais segregadas ou escolas especiais, frequentemente situadas em localidades distantes

de suas famílias, passando tal prática a constituir o paradigma da institucionalização na caracterização da relação sociedade x deficiência. Essa forma de “cuidado” com as pessoas com deficiência, posteriormente, foi bastante criticada, em especial por Goffman (1962), por compreender que a institucionalização é uma experiência difícil de ser revertida, pois afasta de forma significativa o indivíduo da sociedade, passando o mesmo a ter uma relação muito forte com a instituição (GOFFMAN, 1962 apud ARANHA, 2001, p. 8).

O histórico do cuidado das pessoas com deficiência no Brasil tem grande presença da sociedade civil, com as organizações especializadas no atendimento desse público, através de um “*mix de serviços*” de saúde, educação e assistência social (ARAUJO, 2006). Os problemas encontrados nestes atendimentos se dão, principalmente, pela falta de delimitação dos focos e objetivos e, conseqüentemente, dos resultados alcançados, não tendo como identificar com clareza, por exemplo,

onde acaba a atuação da educação e se inicia a da saúde e/ou assistência, já que na maioria destas organizações há existência de um leque de serviços em todas essas áreas, ofertados por meio de processos pontuais de parceria com órgãos públicos usando convênios, cessão de profissionais e repasses de recursos (ARAUJO, 2006, p. 95).

Deste modo, percebe-se que os cuidados as pessoas com deficiência, historicamente, foram ofertados pela sociedade civil, subsidiada pelo Estado. Conforme ressalta Cruz (2011),

Apesar da relevância do cuidado, a sua face pública no Brasil só emergiu recentemente com a incorporação às políticas públicas de assistência social, saúde e educação, de ações de ampliação e qualificação das atenções nestas áreas para pessoas com deficiência e/ou situação de dependência (CRUZ, 2011, p. 17).

O cuidado é um fator de grande importância para a pessoa com deficiência, pois a forma sob a qual se desenvolve pode representar tanto avanços, quando é realizado de maneira que garanta a autonomia e o desenvolvimento das capacidades do indivíduo, quanto prejuízos quando não levam em consideração as especificidades inerentes à própria deficiência.

Alguns avanços com relação a face pública dos cuidados são percebidos nos últimos tempos. O Sistema Único de Saúde (SUS), por exemplo, inseriu nos seus

procedimentos a internação domiciliar, visando propiciar a pessoa no momento do adoecimento um cuidado mais humanizado, outras políticas públicas também incluíram esta possibilidade de atenção nos seus serviços. A Assistência Social, com a implantação do SUAS, incluiu a oferta de serviços de atendimento domiciliar às pessoas com deficiência, idosas e suas famílias nos serviços, bem como, nas unidades especializadas com o objetivo de prevenir agravos das situações de vulnerabilidade, risco e violação dos direitos, evitar o isolamento, o abandono, a fragilidade e a ruptura dos vínculos familiares (CRUZ, 2011).

Apesar da criação de serviços que buscam proporcionar um cuidado especializado para as pessoas com deficiência, ainda prevalece o cuidado dessas pessoas sob a responsabilidade da família. Na maioria das vezes este é feito pelos pais, que ainda encontram uma grande dificuldade, no que diz respeito a este cuidado pelo escasso apoio encontrado nos equipamentos públicos. Quando a deficiência está relacionada a um alto nível de dependência o grau de dificuldade aumenta. Percebe-se também a existência de uma grande mudança na organização familiar, tendo em vista que é deslocado um cuidador direto a esta pessoa, na maioria das vezes esse papel é assumido pela mãe, gerando grande ônus. Além destes fatores, há uma nova preocupação no que diz respeito ao impacto da longevidade das pessoas com deficiência nos diferentes arranjos familiares existentes. Em muitos casos, a centralidade do cuidador apenas na figura da mãe ou do pai, por exemplo, em famílias com apenas um filho e inexistência de outros parentes ou família extensa, coloca a pessoa com deficiência idosa em situações de risco mais delicadas. A mulher aparece como a principal provedora do cuidado.

2. O DIREITO A ASSISTÊNCIA SOCIAL PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA.

A proteção social é um tema que vêm ganhando bastante ênfase no cenário atual, pois cada vez mais se tem pensado na criação de mecanismos que viabilizem a promoção de políticas públicas sociais, a resolução de necessidades sociais e a garantia de direitos de cidadania. Apesar de ser um termo bastante utilizado não existe um consenso para caracterizar e conceituar a política social, tendo em vista, as diferentes concepções utilizadas (CASTRO, 2009).

O surgimento e o aprimoramento de políticas sociais latino-americanas fizeram com que considerações mais pertinentes às realidades de países em desenvolvimento fossem viabilizadas, no Brasil, por exemplo, percebe-se um crescimento significativo de estudos e pesquisas que buscam colocar em pauta a discussão sobre “o papel do sistema de proteção social e das políticas sociais no atendimento às carências e as demandas sociais mais prementes e no combate à pobreza e a diminuição da desigualdade” (CASTRO, 2009, p. 89). Nota-se que há no Brasil uma dificuldade com relação às políticas sociais, por não haver uma visualização das mesmas por uma ótica global. O problema está no fato de que no país adota-se uma visão fragmentada da questão social com a adoção de políticas específicas e setorializadas (CASTRO, 2009).

A trajetória das políticas sociais envolve não apenas estudiosos e gestores públicos, como também outros atores políticos e sociais, fazendo com que o debate ganhe grande relevância, tendo em vista ser um tema que tem como foco os direitos sociais. A necessidade de pensar na instituição de um sistema de proteção social público tem início no século XIX com a industrialização, ou seja, com o desenvolvimento do capitalismo. A partir deste momento percebe-se um crescimento da vulnerabilidade bem como da insegurança social devido às relações de trabalho assalariadas, com a mudança na forma de proteção social, que passou da solidariedade entre a base comunitária e familiar, para uma proteção social relacionada ao trabalho, o que aumentava os riscos, partindo do pressuposto que a impossibilidade de acesso a um salário no mercado de trabalho acarretaria situação de miséria para as famílias (JACCOUD, 2009).

Este fato impôs ao Estado a necessidade de oferecer proteção social, primeiramente através de mecanismos que possibilitassem a garantia de uma renda,

quando esta não pudesse ser adquirida através do trabalho e, posteriormente, por meio da oferta de serviços e benefícios, estando estes associados a um patamar de bem estar, com base em tais premissas pode-se definir a proteção social “como o conjunto de iniciativas públicas ou estatalmente reguladas para a provisão de serviços e benefícios sociais visando enfrenar situações de risco social ou privações sociais” (JACCOUD, 2009, p. 58).

No Brasil num primeiro momento, como em alguns países da Europa, os direitos sociais se organizavam pela via do seguro social, garantido obrigatoriamente pelo Estado, quando o trabalhador não conseguia pela via do trabalho garantir sua subsistência, por conta das vicissitudes da vida, estando garantido o acesso às políticas de proteção social apenas aquelas pessoas que através do trabalho estavam ligados ao seguro social previdenciário. Os trabalhadores rurais, os trabalhadores do setor informal, entre outros ficavam sob a égide da assistência social e de segmentos filantrópicos (JACCOUD, 2009).

Só com a Constituição Federal de 1988, que no Brasil definiu-se uma lógica para a concretização das políticas sociais, com foco na Assistência Social, na Saúde e na Previdência Social. Estas três macro políticas passam a integrar o tripé da seguridade social, tendo como finalidade a garantia de proteção social na perspectiva da universalidade. No que tange a Política de Assistência Social, foco deste trabalho, esta é concebida como política pública de direito do cidadão que dela necessitar:

Esse reconhecimento poderia ser explicado como o resultado da constatação pública da necessidade de estabelecimento de resposta mais efetivas e sistemáticas à questão da miséria e da pobreza que atinge parcela importante da população (BOSCHETTI, 2008, p. iv).

A partir da Constituição de 88 é que se tem no Brasil uma maior abrangência no que corresponde aos direitos sociais e ao campo da proteção social sob a responsabilidade do Estado, buscando garantir um maior direcionamento e definição de políticas públicas nos campos da previdência social, da saúde e da assistência social.

As bases de arranjo do sistema de proteção social não-contributivo, por meio da política pública de assistência social, são a universalização, a matricialidade sociofamiliar, a atuação territorial, o controle social e transparência, o entendimento

das vulnerabilidades e riscos pessoais e sociais (SPOSATI, 2009; BRASIL, MDS, 2010a). Logo, exige forte mudança nas prioridades das atenções, passando da lógica da “desproteção” e das ações emergenciais para ações preventivas que minimizem situações de vulnerabilidade e risco (ARAÚJO, 2013), determinando, portanto como público prioritário não apenas pessoas em situação de pobreza, mas todo e qualquer cidadão que enfrente situações de vulnerabilidade e risco, agravadas ou não por violação de direitos. Compreendendo que as vulnerabilidades e riscos são decorrentes de um conjunto situações e se constituem como um somatório de ocorrências que vai desde as desigualdades sociais, estruturais até as condições de “precariedade entre as quais se incluem a composição demográfica da família, os agravos à saúde, a gravidez precoce, a exposição à morte violenta e as próprias condições cotidianas de vida” (SÃO PAULO, 2004, p.12 apud MUNIZ, et al., 2007, p.3), ou seja, a noção de risco e vulnerabilidade¹⁴ não deve somente está atrelada a renda, a questão da pobreza, mas é necessário também ter a compreensão que este fator representa um agravante a situação.

Busca-se, assim, romper com os antecedentes históricos da assistência social no Brasil, que desde o período colonial, se apresenta através de práticas assistencialistas, descontinuadas e de caridade.

2.1. As garantias legais de benefícios e serviços socioassistenciais para as pessoas com deficiência

A incorporação da Assistência Social como integrante do modelo de seguridade social brasileiro representa um grande avanço. A conjugação de benefícios com a garantia de uma rede de serviços socioassistenciais à população em situação de vulnerabilidade é uma das expressões deste avanço em termos de

¹⁴ Vulnerabilidade social é um conceito multidimensional que se refere à condição de indivíduos ou grupos em situação de fragilidade, que os tornam expostos a riscos e a níveis significativos de desagregação social. Relaciona-se ao resultado de qualquer processo acentuado de exclusão, discriminação ou enfraquecimento de indivíduos ou grupos, provocado por fatores, tais como pobreza, crises econômicas, nível educacional deficiente, localização geográfica precária e baixos níveis de capital social, humano, ou cultural dentre outros, que gera fragilidade dos atores no meio social (Disponível em: <http://www.gestrado.org/?pg=dicionario-verbetes&id=235>).

equidade e justiça social. “A proteção social é inegavelmente um fator de justiça social e, nesse sentido é também um fator de paz...” (EUZÈBY, 2008, p.11).

Apesar das conquistas alcançadas na área da assistência social ainda se fazem presentes grandes desafios, como exemplo, a hegemônica concepção de que a assistência social é uma política destinada e de atenção exclusiva aos pobres, aos necessitados sociais, aos carentes. Essa concepção por mais simplificada que pareça, representa uma forma segregação da população a partir do recorte da renda. Tal visão se faz presente por conta de todo um histórico clientelista e assistencialista que se vinculava a área assistencial (SPOSATI, 2009).

A assistência social, como política social, é um campo de forças entre concepções, interesses, perspectivas e tradições. Seu processo de efetivação enquanto política de direitos não escapa do movimento histórico entre as relações de forças sociais. Portanto, é fundamental a compreensão do conteúdo possível dessa área e de suas implicações no processo civilizatório da sociedade brasileira (SPOSATI, 2009, p. 15).

O modelo de proteção social não-contributiva resulta além de implantação de novos programas de governo, na mudança incisiva que exige que o gestor público assuma um novo papel, o qual deve ser baseado na noção de cidadão usuário de seus direitos, e na responsabilidade do Estado no seu compromisso de dá capacidade as famílias para educarem seus filhos, de forma que esta seja vista como núcleo básico de proteção, afastando a visão do carente ou assistido (SPOSATI, 2009).

Este novo modelo de proteção social além de ampliar legalmente a proteção social, para além do vínculo empregatício, pois fortalece uma política de assistência social inclusiva, também se ocupa com questões objetivas de acesso aos modos de reprodução social, ou seja, as condições de vida (SPOSATI, 2009), deste modo entende-se que a Constituição Federal de 1988, representa um marco regulatório e satisfatório, pois com esta foi que as pessoas com deficiência e os idosos com mais de 65 anos, que não provem de meios que supram suas necessidades, passam a ser minimamente assegurados.

Isso representa uma grande conquista para as pessoas com deficiência, no que diz respeito a possibilitar o desenvolvimento de necessidades básicas, pois com a definição de uma proteção social não-contributiva estas pessoas passam a receber um salário mínimo através do chamado Benefício de Prestação Continuada

– (BPC), que consiste num benefício assistencial destinado as pessoas que nunca contribuíram com a previdência social, e que comprovem não possuir meios de prover a sua subsistência. O BPC está regulamentado pela Lei Orgânica de Assistência Social – (LOAS), e pelo Decreto 6.214 de 26 de setembro de 2007 do MDS, se constitui como parte integrante da proteção social básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – (SUAS), na Política Nacional de Assistência Social – (PNAS).

A Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, mais conhecida como Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, é um dos mais importantes marcos para a concretização da Política de Assistência Social brasileira, pois é ela que regulamenta o aspecto da seguridade previsto na Constituição Federal e estabelece as normas e os critérios de organização da assistência social, que se configura como um direito e este necessita de definições de leis, normas e critérios objetivos. Em seu artigo primeiro ela dispõe que a assistência social é

direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas. (BRASIL, 2009b)

A fim de organizar e fazer com que a política aconteça de forma efetiva a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) estabelece os objetivos, princípios e diretrizes da política, ela também trata da organização e gestão, das ações e do funcionamento da mesma.

Em 2004, o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) aprova o texto da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que reúne as diretrizes para implementação do SUAS no país, baseada na concepção da assistência social enquanto política de proteção social, configurando-se como uma nova situação para o Brasil.

A materialização das diretrizes da LOAS, expressa na PNAS, “busca incorporar as demandas presentes na sociedade brasileira no que tange a responsabilidade política, objetivando tornar claras suas diretrizes na efetivação da assistência social como direito de cidadania e responsabilidade do Estado”(BRASIL, 2005, p. 13).

A amplitude da PNAS acarreta para a gestão pública uma necessidade de reconhecimento da dinâmica dos municípios, assim como o reconhecimento de suas especificidades. Esta abrangência política gera tanto fatores positivos, por chegar aos setores da sociedade que durante muito tempo eram tidos como invisíveis, como negativos pela dificuldade em se considerar as diferenças socioterritoriais, tanto no planejamento como na execução dessa política, um outro fator que deve ser levado em conta sobre a análise da dimensão territorial dessa política diz respeito a ainda se ter a centralidade como uma marca a ser superada, ou seja, a necessária maior descentralização (BRASIL, 2005).

Tem-se na PNAS também a discussão sobre a proteção social sendo esta conceituada e entendida, como as formas “institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger parte ou o conjunto de seus membros” (DI GIOVANNI, 1998 apud BRASIL, 2005, p.31), que estão em situações de vulnerabilidade. Ainda aponta que tais sistemas decorrem de certas alterações da vida tanto as naturais como as sociais, tal conceito engloba também, as formas seletivas de distribuição e redistribuição de bens materiais e culturais, estes que permitirão a sobrevivência e a integração, sob as mais variadas formas na vida social.

Neste sentido assistência social configura-se como a possibilidade de reconhecimento público da legitimidade das demandas de seus usuários e espaço de ampliação de seu protagonismo. Assim, a proteção social visa garantir seguranças, tais como segurança de sobrevivência, de acolhida, de convívio ou vivência familiar.

Compreendendo que a segurança de rendimento não se caracteriza como uma compensação do valor do salário mínimo inadequado, visa-se à garantia de que todos tenham uma forma monetária de garantir sua sobrevivência independentemente de suas limitações para o trabalho ou do desemprego, como no caso das pessoas com deficiência. A segurança da acolhida se caracteriza como uma das seguranças primordiais da política de assistência social, operando de forma a prover as necessidades humanas que começam com os direitos a alimentação, ao vestuário e ao abrigo, à orientação desta segurança recorre para a conquista da autonomia na provisão dessas necessidades básicas. A segurança da vivência familiar é uma das necessidades a ser preenchida pela política de assistência social, supondo assim a não aceitação de reclusão, de situação de perda das relações, ressaltando a dimensão multicultural, intergeracional, interterritoriais, intersubjetivas

entre outras, na perspectiva do direito ao convívio (BRASIL, 2005, p.32). Neste sentido,

A ideia de proteção social exige forte mudança na organização das atenções, pois implica superar a concepção de que se atua nas situações só depois de instaladas, isto é, depois que ocorre uma desproteção (SPOSATI, 2009, p. 21).

A proteção social deve acontecer por meio do desenvolvimento de ações preventivas. Deste modo, à assistência social brasileira atuando num modelo de proteção social não-contributivo deve além de “proteger” manter uma vigilância social e a defesa de direitos socioassistenciais, conforme expresso na PNAS – 2004 (SPOSATI, 2009).

A proteção social de Assistência Social, visa através de um conjunto de ações, cuidados, benefícios e auxílios ofertados pelo SUAS reduzir e prevenir o impacto das vicissitudes sociais e naturais ao ciclo da vida, através do respeito a dignidade humana, tendo a família como núcleo básico para a sustentação afetiva, biológica e relacional (BRASIL, NOB/SUAS, 2005). Para isso, é preciso a implementação destas ações, em especial dos programas e benefícios, “voltados para a garantia do direito à renda, pela primeira vez na história das nossas políticas sociais, alcançam uma escala que efetivamente se aproxima de um cenário de universalização” (BRASIL, 2010. p.3).

A PNAS especifica os níveis de proteção social: básica e a especial. A *Proteção Social Básica*, que introduz a concepção de prevenção na Assistência Social, revolucionando seu conceito fundado em ações de prevenção; e a *Proteção Social Especial* que se destina a oferecer um quadro de proteções socioassistenciais voltadas à família e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal ou social por violação de direitos e/ou vínculos familiares e comunitários rompidos ou fragilizados (MACHADO et al., 2013). Na Proteção Social Básica (PSB), as famílias que têm em seu núcleo pessoas com deficiência também devem ser inseridas nos serviços ofertados dada a importância deste primeiro tipo de proteção está no fato de que aqui as famílias podem encontrar apoio para superar algumas problemáticas que surgem, de forma a evitar e prevenir situações de isolamento, exclusão e violação de direitos. Por meio de um acompanhamento contínuo é possível identificar algumas situações que apareçam como problemas futuros.

Busca-se, assim, garantir a segurança da acolhida, condições de restauração da vida e superação de riscos e vitimizações vividas.

Na Proteção Social Especial (PSE), demandas que chegam de pessoas com deficiência e sua família, seja por denuncia ou procura espontâneas, as unidades responsáveis por este tipo de proteção, referem-se na maioria das vezes a negligência familiar ou exploração financeira relacionada ao uso do BPC.

Os equipamentos públicos estatais de referência CRAS e CREAS que oferecem tais proteções, básica e especial respectivamente, tem papel importantíssimo nas comunidades ou localidades que estão inseridos, tendo em vista a carência de serviços como um todo, como forma de alcance dos objetivos propostos na PNAS a Assistência Social esta organizada em um sistema descentralizado e participativo chamado Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

O SUAS tem a responsabilidade de organizar os serviços socioassistenciais a pessoas e famílias em situação de risco ou vítimas da violação de direitos. Foi criado operacionalizar a garantia constitucional do direito a assistência social como dever do Estado. Em 2011, foi aprovada a Lei 12.435/11, que modifica a LOAS, inserindo o SUAS, a fim de assegurar a continuidade do sistema e como política de Estado. O SUAS “introduz uma concepção de sistema orgânico em que a articulação entre as três esferas de governo constitui-se em elemento fundamental” (COUTO, 2009, p. 206), para a execução do sistema,

uma das questões básicas apontadas pelo Suas refere-se à retomada da centralidade do Estado na garantia da existência de serviços socioassistenciais necessário. Nessa esteira, os Centros de Referência de Assistência Social (Cras), vinculados à proteção social básica, e os Centro Especializados de Assistência Social (Creas), vinculados à proteção social especial, representa a afirmação da presença do Estado na condução da política de assistência social. (COUTO, 2009, p. 206-207).

Sobre esta questão a Couto (2009) tece uma crítica no que diz respeito ao pensamento de que a existência desses equipamentos garanta a viabilização dessa referência, deste modo chama à atenção para a necessidade de discussão sobre os aspectos que circundam estes equipamentos, tais como o significado dos mesmos, os serviços, os acessos, qualificação, avaliação, etc.

A crítica da autora é de grande relevância, tendo em vista que, pesquisas de campo têm evidenciado tais aspectos, em especial aos de estrutura e qualificação dos profissionais presentes nestes equipamentos, chamando atenção neste aspecto para o atendimento de pessoas com deficiência e suas famílias.

No modelo de gestão compartilhada da SUAS e na execução de ações em rede, deve-se destacar o papel das entidades privadas e beneficentes.

A rede socioassistencial beneficente deve participar do atendimento às demandas, mas cabe ao Estado estruturar o sistema e resguardar o atendimento às necessidades sociais. Assim, o sistema é beneficiado pela experiência acumulada nesse campo pelas entidades, mas é preservado no sentido de garantir que a rede será formada com base no caráter público e de inclusão de todos (COUTO, 2009, p.208).

A rede socioassistencial privada, como é chamada, comporta diferentes tipos de entidades, representa uma estratégia de garantir que o sistema aconteça de forma mais ampla, garantindo assim o atendimento as demandas sociais, cumprindo importante papel político no processo de fortalecimento do Suas. Neste caso, o desafio está em garantir o efetivo funcionamento dos equipamentos públicos estatais da assistência social, integrados as entidades privadas e a serviços de outras políticas públicas, tais como saúde e assistência social. O desafio consiste inclusive em fazer com que a Rede SUAS seja de fato uma rede unificada. Isso implica em mudanças de cultura política, bem como questões orçamentárias e em reordenamento de serviços prestados por entidades públicas e privadas.

Percebe-se que de maneira gradativa o SUAS busca ofertar, serviços de qualidade e compatíveis com as necessidades da população brasileira, com um foco maior naquelas famílias que recebem benefícios de transferência de renda, por meio do Programa Bolsa Família – PBF e do BPC, além de Benefícios Eventuais. O entendimento da qualidade e da oferta dos serviços, porém, não deve pautar-se apenas na dimensão da renda. É necessária a compreensão de que a promoção destes deve acontecer por meio da oferta simultânea de serviços, de maneira que a assistência social possa assegurar de forma integral a promoção e proteção dos direitos e seguranças que lhe cabem afiançar (BRASIL, 2010). Deste modo, entende-se que

a sinergia gerada pela oferta simultânea de renda e de serviços socioassistenciais potencializa a capacidade de recuperação, preservação e

desenvolvimento da função protetiva das famílias, contribuindo para sua autonomia e emancipação, assim como para a eliminação ou diminuição dos riscos e vulnerabilidades que sobre elas incidem (BRASIL, 2010, p. 4).

Ao fazer uma análise tanto dos aspectos positivos quanto negativos, da oferta integrada de renda e serviços socioassistenciais, como da capacidade do SUAS na oferta dos mesmos, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT)¹⁵, após um intenso e profundo processo de discussão, concebeu e pactuou a Resolução CIT nº 7, de 10 de setembro de 2009, pela implantação nacional do Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e Transferência de Renda no âmbito do SUAS. Este estabelece quais devem ser os procedimentos necessários à garantia da oferta prioritária de serviços socioassistenciais para as famílias do PBF, do Programa de Erradicação do Trabalho Infantil - PETI e do Benefício de Prestação Continuada, especialmente das que apresentam sinais de maior vulnerabilidade, bem como norteia o planejamento e a execução de ações orientadas pela perspectiva da vigilância social (BRASIL, 2009b). Percebe-se, assim, uma preocupação no que diz respeito tanto ao direcionamento dos serviços, quanto a maneira que estes devem ser executados.

Seguindo este processo de aprimoramento da oferta de serviços, é aprovada pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais, com a Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Nesta encontra-se as orientações para execução dos serviços socioassistenciais, os quais devem ser implantados em todos os municípios, por meio de uma uniformização dos serviços respeitando as especificidades de cada região, da distribuição dos serviços entre os níveis de proteção social (básica, especial de média complexidade e especial de alta complexidade), com a descrição das ações que devem ser realizadas, bem como os objetivos e os resultados esperados, baseados nos níveis de complexidades estabelecidos pelo Suas.

Antecedente a essas recomendações quanto aos serviços oferecidos pela Política de Assistência Social e a uma maior preocupação do Estado no atendimento das necessidades das pessoas com deficiência, estas tinham como referência ao seu atendimento quase que exclusivamente por organizações privadas não-

¹⁵ A CIT é um espaço de articulação entre os gestores (federal, estaduais e municipais), objetivando viabilizar a Política de Assistência Social, caracterizando-se como instância de negociação e pactuação quanto aos aspectos operacionais da gestão do Sistema Descentralizado e Participativo da Assistência Social (BRASIL, 2005).

governamentais como a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAEs) e Associações Pestalozzi. Historicamente, estabeleceram-se relações poder público e sociedade civil, no sentido de repasse permanentes de recursos para o atendimento das demandas das pessoas com deficiência e suas famílias. A partir do SUAS, o Estado passa a assumir um papel mais ativo na oferta direta de serviços, bem como no reordenamento de alguns serviços prestados pela sociedade civil, caminhando para outros tipos de relação de parceria na oferta da política de assistência social.

2.2. As necessidades de mudanças nos serviços socioassistenciais

O desenho dos serviços socioassistenciais, apesar de críticas que possam existir, representa um avanço na busca pela garantia da qualidade na consolidação da assistência social enquanto política pública, através de ações continuadas.

Considerando a existência de barreiras estruturais e atitudinais na execução dos serviços ofertados nos equipamentos público que deveriam dá uma atenção mais ampla as pessoas com deficiência, percebe-se o aumento das vulnerabilidades e riscos a estas pessoas. Sob esta análise a Tipificação dos Serviços Socioassistenciais busca deixar claro os critérios na definição e oferta dos serviços que devem ser prestados tanto na atenção básica quanto na atenção especial. Os serviços prestados nas unidades de referência devem incluir em todas suas ações e projetos as pessoas com deficiência e suas famílias (BRASIL, 2009).

Na Proteção Social Básica (PSB) as ações desenvolvidas pelo serviço de Proteção e Atendimento Integral as Famílias (PAIF), que busca garantir aos usuários destes serviços, as seguranças de acolhida, convívio familiar e comunitário, a desenvolvimento e da autonomia familiar e social, devem contemplar as pessoas com deficiência e suas famílias.

As abordagens feitas nos CRAS na execução do PAIF devem propiciar as famílias que possuem em seio pessoas que necessitam de cuidados, a troca de experiências, expressão de dificuldades e reconhecimento de possibilidades. O serviço desenvolvido na PSB que tem como foco direto as pessoas com deficiência é o serviço Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas. Os objetivos deste serviço são voltados a prevenir agravos que possam

desencadear o rompimento de vínculos comunitários e sociais, prevenir o confinamento das pessoas com deficiência e idosas em suas casas, contribuir para construção de contextos inclusivos dentre outros e, principalmente, contribuir para a promoção do acesso dessas pessoas em toda rede socioassistencial (BRASIL, 2009).

Dentre os serviços prestados pela Proteção Social Especial (PSE) desenvolvido pelos CREAS, temos na média complexidade o serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (PAEFI), que também busca garantir aos usuários serviços a seguranças de acolhida, de convívio familiar e comunitário, desenvolvimento e da autonomia familiar e social. O serviço executado nos CRAS atua no acompanhamento e no apoio a famílias que tem entre seus membros pessoas que se encontram em situação de ameaça ou de violação de direitos.

A Proteção Social Especial (PSE) para as pessoas com deficiência, idosas e suas famílias, propõe a oferta de atendimento especializado a famílias com pessoas com deficiência e idosos com algum grau de dependência, que por conta da violação de direitos tiveram suas limitações agravadas. Tem por finalidade a promoção da autonomia, a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas. Este serviço não tem por foco apenas as pessoas com deficiência e idosas, mas também nos cuidadores, de forma que a intervenção deva sempre está voltada para diminuir a exclusão social tanto do dependente quanto do cuidador, bem como a sobrecarga gerada pela situação de dependência e prestação de cuidados prolongados (BRASIL, 2009).

Mais recentemente, por ocasião do Plano Nacional Viver Sem Limite, também se começou no âmbito da PSE de média complexidade a implementação do serviço especializado para jovens e adultos com todos os tipos de deficiência, denominado Centro-dia de Referência para Pessoas com Deficiência e suas Famílias. Os Centro-dia estão em processo de implementação em 27 cidades de grande porte no Brasil, na maioria capitais, e visa a oferta de serviços de cuidados visando o aumento da autonomia da pessoa com deficiência, o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, e a desoneração do cuidador familiar.

Na PSE de alta complexidade, tem-se o serviço de acolhimento institucional. Este tipo de serviço destina-se as famílias e indivíduos com vínculos rompidos ou fragilizados, sendo prestado em Residências Inclusivas, também em processos de

implementação a partir do Plano Viver Sem Limite. As Residências Inclusivas devem estar inseridas na comunidade, com estrutura física adequada e ter por finalidade o favorecimento da construção progressiva da autonomia, da inclusão social e comunitária e do desenvolvimento de capacidades adaptativas para a vida diária. Tem como objetivos desenvolver capacidades adaptativas para a vida diária, promover a convivência mista entre os residentes de diversos graus de dependência, promover o acesso à rede de qualificação e requalificação profissional com vistas à inclusão produtiva (BRASIL, 2009).

Ainda na PSE de Alta Complexidade, existe o serviço de acolhimento em família acolhedora. Este serviço tem como público alvo crianças e adolescentes, inclusive aqueles com deficiência, as quais foi aplicada medida de proteção, por motivo de abandono ou violação de direitos, cujas famílias ou responsáveis encontrem-se temporariamente impossibilitados de cumprir sua função de cuidado e proteção. A depender da situação posta as crianças e adolescentes podem retornar ao seio familiar. O principal objetivo é fazer com que estes não percam a vinculação de um convívio familiar (BRASIL, 2009).

Com o conjunto destes serviços tipificados e em processo de implementação, pretende-se instalar um novo padrão de atendimento público e universal. Obviamente, não se pretende abolir os serviços historicamente ofertados pelas entidades privadas, mas, certamente, isso implica em processos de reordenamento institucional destes. A participação de organizações e entidades filantrópicas e/ou privadas de assistência social¹⁶, com base no que está colocado pela LOAS, devem complementar aos serviços executados por entidades governamentais no âmbito da Rede SUAS. As ações de assistência social desenvolvidas por estas entidades privadas, deverão observar as orientações estabelecidas na LOAS, PNAS e SUAS, entre outras normativas complementares.

O funcionamento destas instituições conforme a LOAS (Art. 9º) devem prescindir de inscrição no respectivo Conselho Municipal de Assistência Social, cadastradas no Cadastro Nacional Entidades de Assistência Social (CNEAS)¹⁷,

¹⁶ Com base no Art. 3º da LOAS são “aquelas que prestam, sem fins lucrativos, atendimento e assessoramento aos beneficiários abrangidos por esta lei, bem como as que atuam na defesa e garantia de seus direitos”

¹⁷ CNEAS é o instrumento eletrônico de gestão e monitoramento compartilhado entre os entes federados das ofertas prestadas pelas entidades privadas no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, que deverá ser preenchido pelos órgãos gestores dos municípios (MDS-site institucional. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/assistencia->

certificadas como entidades beneficentes de assistência social (CEBAS)¹⁸ e vinculadas ao SUAS quando integrarem a rede socioassistencial (Vínculo SUAS)¹⁹.

As entidades privadas, assim como os equipamentos governamentais que compõem o SUAS, recebem orientações sob a forma que devem ser executadas as ações, os serviços, os programas e os projetos, assim em conformidade com o Art. 7º da Resolução CNAS nº 16/2010, tanto para sua inscrição quanto para seu funcionamento, com base neste, estas instituições devem;

- I. executar ações de caráter continuado, permanente e planejado;
- II. assegurar que os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais sejam ofertados na perspectiva da autonomia e garantia de direitos dos usuários;
- III. garantir a gratuidade em todos os serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais;
- IV. garantir a existência de processos participativos dos usuários na busca do cumprimento da missão da entidade ou organização, bem como da efetividade na execução dos serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais (BRASIL, 2012b, p. 5).

Como é percebido, vários são as regulamentações existentes para uniformizar bem como direcionar os serviços socioassistenciais, no caso dos serviços que buscam o atendimento das necessidades das pessoas com deficiência. No cotidiano, pode-se perceber a notória carência ou até mesmo inexistência desses serviços em diferentes realidades, e em alguns casos quando estes se fazem presentes é totalmente desvinculado daquilo que é normatizado. Deste modo, não atende os requisitos expressos para tal oferta. As causas para este fato são várias, pois vai desde o desconhecimento da existência de tais normas até a incapacidade dos municípios de atender as propostas expressas pela Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais 2009.

[social/cadastro-nacional-de-entidades-de-assistencia-social/cneas-institucional](#). Acesso em: 07 de novembro de 2014).

¹⁸ CEBAS é um requisito para a isenção de contribuições para a seguridade social, pode ser concedida às pessoas jurídicas de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecidas como entidades beneficentes de assistência social, com a finalidade de prestação de serviços nas áreas de assistência social, saúde ou educação (MDS-site institucional. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/entidades-de-assistencia-social/certificacao-de-entidades-beneficentes-de-assistencia-social>. Acesso em: 07 de novembro de 2014).

¹⁹ A vinculação ao SUAS é o reconhecimento pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome de que a entidade de assistência social integra a rede socioassistencial, de acordo com o § 1º do artigo 6º-B da Lei nº 8.742/1993 – LOAS (MDS-site institucional. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/entidades-de-assistencia-social/acompanhamento-da-rede-socioassistencial-privada/vinculo-suas>. Acesso em: 07 de novembro de 2014).

O contato com estas instituições é um passo importante para a garantia e o acesso dos direitos socioassistenciais, pois se tem nos serviços socioassistenciais oferecidos à mediação privilegiada para que indivíduos, famílias e grupos, conheçam e acessem tais direitos (MUNIZ et al., 2007)

Os conceitos de serviços, programas e projetos de assistência social expressos na LOAS e na Tipificação de Serviços Socioassistenciais possibilitam o entendimento de forma uniforme dos mesmos tanto pelos equipamentos governamentais como pelos não governamentais. Cabe salientar que alguns serviços como os Centro-dia e as Residências Inclusivas podem inclusive ser ofertados por entidades privadas, mediante chamada pública. Deste modo, vivenciamos um momento de transição na oferta dos serviços pelas entidades privadas que devem optar por se engajar nas diretrizes da política pública para que seja possível a continuidade nas parcerias entre Estado e sociedade civil.

No próximo capítulo, faço a análise específica da oferta dos serviços socioassistenciais na cidade de Cachoeira – BA, bem como dos limites e possibilidades encontrados para a execução dos mesmos.

3. ANÁLISE DOS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA E SUAS FAMÍLIAS EM CACHOEIRA-BA

A rede de serviços socioassistenciais deve agir como catalisadora na superação de vulnerabilidades e riscos que a ameaçam a vida dos sujeitos, através do atendimento de indivíduos e suas famílias²⁰ como posto na PNAS. Vale salientar que,

As condições para enfrentamento de riscos são diferenciadas entre os cidadãos, conforme suas condições de vida e, embora riscos e contingências sociais possam afetar a todos, alguns se encontram mais vulneráveis ao risco do que outros (MUNIZ, et al., 2007).

Este é o caso da pessoa com deficiência, que além das questões externas da vida social, tem por conta de suas características físicas, intelectuais ou sensoriais, algumas incapacidades que podem representar agravos a situações de riscos e vulnerabilidades, os quais poderiam ser minimizados se houvesse uma vigilância social ativa. Significa dizer que a desproteção existente, também representa uma forma de vulnerabilidade, uma vez que, pode ocasionar o agravamento das situações presentes, bem como propiciar o acontecimento de abusos, violações de direitos e da dignidade humana.

O papel dos serviços socioassistenciais, para além de propiciar o acesso aos direitos assistenciais deve criar condições de enfrentamento aos riscos e vulnerabilidades, levando em consideração o caráter protetivo da política de assistência social, que assume a cobertura de determinadas necessidades sociais. Através do sistema público de seguridade social, tendo o Estado à função destaque, ou seja, deve ser o provedor dessas ações de proteções coletivas e redutor de riscos (COUTO, 2007; MUNIZ et al., 2007).

Neste capítulo, busco trazer resultados da pesquisa empírica a partir da análise de conteúdo das 08 (oito) entrevistas realizadas, sendo:

²⁰ Neste tópico e nos seguintes, busca-se uma análise dos serviços socioassistenciais voltados as pessoas com deficiências e suas famílias, pela compreensão de que o trabalho com as famílias representa ganho para as pessoas com deficiência.

- 1) 04 Entrevistas com equipe técnica dos CRAS, do CREAS e da APAE (dentre os entrevistados 03 são Assistentes Sociais e 01 psicóloga, respectivamente Técnico 1, 2, 3 e 4).
- 2) 04 Entrevistas com gestores de 02 CRAS, do CREAS e da APAE (respectivamente Gestor 1, 2, 3 e 4).

A análise da realidade dos serviços se dará a partir das falas e percepções que estes profissionais têm sobre a oferta dos serviços socioassistenciais para a pessoa com deficiência e suas famílias na cidade de Cachoeira-BA. A escolha por estes profissionais ocorreu por estes serem integrantes dos equipamentos que compõem a rede SUAS no município, a opção de entrevistar um gestor e um membro da equipe técnica, teve a intenção de perceber diferentes visões de um mesmo serviço prestado nos seus respectivos equipamentos, a preferência por ser Assistente Social a parte integrante da equipe técnica é por entender que este profissional dispõe de um maior conhecimento no que se refere à Política de Assistência Social, o que não significa dizer que qualquer outro profissional da equipe não possui tal conhecimento, uma vez que o mesmo está inserido nesta.

Como exposto na introdução deste trabalho, o objetivo inicial era realizar 10 entrevistas, de forma a contemplar a percepção acima citada bem como alcançar os objetivos, o alcance deste objetivo não foi possível devido ao tempo no caso de um gestor de um CRAS e a resistência e falta de disponibilidade de uma participante da equipe técnica de um CRAS.

Todas as entrevistas aconteceram com contato direto, previamente agendado, as entrevistas da pesquisa PIBIC entre o período de maio e julho, já as entrevistas feitas exclusivamente para este estudo aconteceram entre os meses de agosto e outubro e seguiram um roteiro contendo 19 questões prévias. Na medida em que as falas despertavam algum questionamento ou não se tinha um entendimento das respostas novas perguntas eram feitas. Cada entrevista durou em média de 35 minutos.

Sendo todas foram gravadas mediante aceite em termo de consentimento livre e esclarecido e transcritas de forma fidedigna, os procedimentos metodológicos adotados visam, além de garantir a cientificidade, descrever fatos da vida social, como são concebidos, especificamente quanto aos desafios da oferta de serviço socioassistenciais para pessoas com deficiência e suas famílias. A escolha das falas

que são aqui esboçadas obedeceu ao critério da qualidade política contida nestas. Assim, as legendas descritas acima foram usadas para identificar as verbalizações que aparecem neste trabalho, garantindo assim o anonimato dos envolvidos.

A seguir são apresentados os principais resultados encontrados, dando destaque as principais categorias.

3.1. A oferta dos serviços socioassistenciais para as pessoas com deficiência e suas famílias em Cachoeira-BA

A oferta dos serviços socioassistenciais voltada para pessoa com deficiência na cidade de Cachoeira – BA, conta com a atuação tanto de equipamentos governamentais, quanto de uma entidade não governamental. O levantamento desses equipamentos se deu através de consultas ao Cad SUAS, que possibilitou identificar o número de unidades que compõem a rede socioassistencial no município. A partir desta identificação a pesquisa se direcionou na perspectiva de conhecer as mesmas através da ida a campo que possibilitou o acesso, bem como um contato com a realidade destas instituições.

Os serviços identificados como socioassistenciais e por conseguinte que devem atender as pessoas com deficiência em Cachoeira-BA, são 04 (quatro) equipamentos públicos estatais de referência do SUAS, sendo um CREAS e três CRAS. Dois destes CRAS estão na área rural, em Capoeiruçu e Santiago do Iguape, sendo este último um CRAS quilombola. Além destes, identifiquei a APAE de Cachoeira, como sendo a única entidade privada na oferta de serviços socioassistenciais especializados para pessoas com deficiência. Esta entidade, embora não conste no Cad SUAS, sabe-se da relevância que desempenha na cidade, inclusive com relação aos encaminhamentos feitos pelos equipamentos públicos CRAS e CREAS. Além destas entidades, sabe-se da existência da clinica escola do Instituto Adventista da Bahia (IAENE), que oferta apenas serviços de reabilitação. Ainda no âmbito da saúde, também existem serviços ofertado pelo um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. No âmbito da educação, além da própria APAE de Cachoeira que oferta ensino especial, sabe-se da existência de casos de inclusão educacional em algumas escolas comuns da rede de ensino. Como já citado o CRAS trata-se de uma unidade pública estatal, que executa os serviços da

proteção social básica, organiza e coordena a rede de serviços socioassistencial locais da política de assistência social nas áreas de risco e vulnerabilidades dos municípios. Atua com famílias e indivíduos no contexto comunitário, a fim de prevenir as situações de risco em seu território de abrangência fortalecendo vínculos familiares e comunitários e garantindo direitos (PNAS/2014), tem a equipe técnica formada por profissionais como assistentes sociais (este profissional é obrigatório ter no serviço), um psicólogo (preferencialmente), um coordenador (nível superior obrigatório não estabelece área), e técnicos de nível médio, o número de profissionais vai variar conforme porte do município (NOB-RH/SUAS).

O CREAS também se refere a uma unidade pública estatal que executa serviços especializados e continuados a famílias e indivíduos em situação de ameaça ou violação de direitos, oferta uma atenção especializada e continuada que deve ter por foco a família e a situação vivenciada. Busca ser e ou construir ser um espaço de acolhida e escuta qualificada, fortalecendo vínculos familiares e comunitários, priorizando a reconstrução de suas relações familiares. Dentro de seu contexto social, deve focar no fortalecimento dos recursos para a superação da situação apresentada (PNAS/2004), este serviço conta com os seguintes profissionais, coordenador, assistente social, psicólogo, advogado, profissionais de nível superior ou médio, auxiliar administrativo, a quantidade obedece também ao porte do município (NOB-RH/SUAS).

A APAE 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. Nasce da vontade de pais e familiares de pessoas com deficiência que se juntam em prol da garantia direitos e de acesso a serviços que por muito não incluía as pessoas com deficiência, trata-se de uma instituição filantrópica que tem seus recursos a partir do co financiamento governamental, doações da sociedade civil e empresas. Conta com uma equipe multidisciplinar, são assistentes sociais, psicólogos, pedagogos, enfermeiras, educadores físicos, professores, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, pessoal de apoio etc.

A partir das entrevistas e da análise das falas montamos um quadro com o perfil dos profissionais entrevistados, destacando a formação, o vínculo de trabalho, e a experiência na área.

QUADRO – 02 Caracterização dos profissionais entrevistados

Entrevistado	Área de Formação	Experiência na área da Assistência Social	Vínculo de trabalho
Técnico 1	Psicologia	Teve aproximação com a área durante o estágio, primeira experiência profissional (atua na instituição há 2 anos).	Contrato
Técnico 2	Serviço Social	Primeira Experiência (atua na instituição há dois anos)	Contrato
Técnico 3	Serviço Social	Primeira Experiência (atua na instituição há mais de um ano)	Contrato (Indicação)
Técnico 4	Serviço Social	Primeira Experiência (atua na instituição a mais ou menos cinco meses)	Contrato (Indicação)
Gestor 1	Museologia	Primeira Experiência, iniciou como orientadora social (atua na instituição há 6 anos)	Concurso (Promoção)
Gestor 2	Serviço Social	Teve experiência na área filantrópica, mas atuação em quanto profissional é a primeira experiência (atua na instituição há mais de um ano).	Contrato (Indicação)
Gestor 3	Serviço Social	Primeira Experiência. (atua na instituição há mais de um ano).	Contrato (Indicação)
Gestor 4	Pedagogia	Primeira Experiência na área da deficiência (atua na instituição há 17 anos).	Concurso

Fonte: Elaboração própria.

Pelo quadro acima percebemos que a maioria dos profissionais entrevistados nunca antes havia atuado na área, a **pouca experiência** esta relacionada ao tempo de formação, com base na análise das falas percebemos que um grande número desses profissionais são recém-formado, um entrevistado diz;

[...] o campo socioassistencial é o que mais precisa e o que mais contrata os profissionais recém formados [...] (Técnico 4).

A partir desta fala podemos chamar a atenção para o aspecto, que diz que por ser um serviço relativamente novo se apresenta como uma área que cada vez mais vem contratando, precisa de profissionais, quer dizer que é uma área que vem tendo um crescimento acentuado e que cada vez necessita de profissionais

qualificados, devido as vulnerabilidades e riscos, assim como grande violação de direitos.

[...] a maioria dos casos aqui o gente, é tudo quem indica, não há concurso público infelizmente [...] (Técnico 3).

Bom eu fui indicada, porque o cargo de coordenação em CRAS é uma indicação na verdade né, a gente pode até pensar é uma indicação política [...] (Gestor 2).

Percebemos também a partir do quadro 02 que a maioria do vínculo desses profissionais é mediante contrato, que na maioria das vezes são por **indicações políticas**, essa foi uma categoria que esteve de forma bastante presente nas falas mesmo quando ausentes.

Os atendimentos nestas instituição acontecem através de demanda espontânea e através de busca ativa, a partir da análise encontramos um mix de atendimentos oferecidos são estes: psicossocial, atendimento as famílias, educacional, de saúde, grupos de convivência, encaminhamentos e oferta de cursos, percebe-se a existência de uma variedade de serviços.

Quanto ao perfil dos usuários dos serviços, temos crianças, jovens e adultos, mulheres, idosos, gestantes, pessoas com fragilidades de vínculos familiares, de baixa escolaridade e renda. Na instituição não governamental o termo utilizado para referir-se as pessoas atendidas é alunos, o perfil destes vai de um público de 5 a 64 anos, de baixa renda e em sua maioria rural. No que toca as principais situações de risco e vulnerabilidade apareceu de forma veemente à questão da pobreza, esta relacionada à renda, drogas, negligencia e violência, em nenhuma das falas a deficiência apareceu como forma de vulnerabilidade.

No que refere-se à oferta dos serviços socioassistencias prestados as pessoas com deficiência e suas famílias, tem-se nos equipamentos do SUAS através da tipificação nacional as orientações que regem a forma como estes devem ser executados, mas percebe-se que vários tem sido os desafios encontrados para a oferta dos mesmos, o que coloco como principal desafio está relacionado ao conhecimento sobre a própria Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistencias, percebe-se que ainda é algo novo e vago para muitos dos entrevistados, percebe-se também a existência de um conhecimento mediano, prioritariamente teórico.

O Técnico 1, expôs em sua fala que a primeira aproximação com este tema foi recentemente durante o programa capacita SUAS, tal questão chama atenção para a importância de capacitações, bem como para a necessidade de está se aprofundando nas prerrogativas e objetivos dos serviços socioassistenciais.

A tipificação dos serviços socioassistenciais tipifica o serviço, não é isso, tipifica como básica, média e alta complexidade, a básica são os serviços do PAIF, os serviços de convivência e fortalecimento de vínculos, o de média são os CREAS né que trabalham já com o rompimento, já com a quebra do direito garantido mesmo e também pessoas que vivem com liberdade assistida e o de alta complexidade são os casas lares, são as instituições [...] (Técnico 2)..

O que eu sei na realidade é porque a gente fez a questão da organização dos grupos né de uma forma diferenciada, porque antes era só o PETI né, o Pro Jovem, grupo de idosos aí com essa reordenação a gente dividiu melhor [...] (Gestor 1).

Essa falta de precisão sobre o que é o serviço bem como ele deve ser oferecido implica diretamente no acesso dos usuários, em especial as pessoas com deficiência. No que corresponde aos atendimentos

Com deficiência geralmente bem pouco.... É porque na verdade o que acontece é que as pessoas a maioria das famílias eu diria aqui 100% das famílias que tem deficientes em casa elas recebem o benefício social, quando elas passam a receber elas ficam mais independente de fato. O que a gente faz é acompanhar a família dá a elas o entendimento que esse é um recurso destinado a pessoal com deficiência para melhorar a sua vida não a vida da família como um todo, pois a família continua sendo o provedor (Gestor 2).

No momento ainda não, especifico não, só mesmo o serviço de convivência que envolve, mas ... a gente não está conseguindo realizar atividades diretas com essas pessoas (Gestor 1).

A partir da fala podemos concluir que o **atendimento não é efetivo**, esta é uma questão central para este trabalho. Além disso, encontramos em algumas falas concepções equivocada sobre a deficiência;

[...] o trabalho com projetos, na verdade nós buscamos a autonomia desses portadores de deficiência mesmo aqueles que tem deficiências mais graves que nós sabemos que o nível intelectual é bem baixo mesmo assim, o que é que nós buscamos que ele tenha autonomia [...] (Gestor 4).

claro que as famílias as vezes elas preferem a [...] dependendo do grau de deficiência das crianças, mas [...] a gente tem entendimentos com as escolas (Gestor 2).

Algo que também chama atenção na fala é o **termo utilizado para reportasse as pessoas com deficiência**, uma vez que se tratando de uma instituição que tem como público prioritário as pessoas com deficiência, e esta questão terminológica vem envolvida de toda uma discussão e de uma luta do movimento dessas pessoas, soa não como um desconhecimento da maneira correta, mas sim como resquício histórico, também a questão que aparece na fala sobre o grau de deficiência remete a questão do desconhecimento sobre o tema.

O conhecimento da deficiência e de sua representação social são essenciais, e necessitam ser considerados e incorporados aos serviços socioassistenciais, em especial porque em algumas falas ainda se fez presente a questão da não aceitação da deficiência pela família, e a dificuldade de conviver com a realidade de ter uma pessoa com deficiência no meio familiar. É necessário pensar formas de enfrentamentos a esta questão e aos desafios postos a oferta destes serviços

Apesar de reconhecer a dificuldade para este atendimento, quando questionados se existem projetos pensados para tal a resposta é sempre uma negativa.

A partir das entrevistas pode-se perceber que embora inclinados a seguir o disposto da PNAS, existem compreensões diferenciadas sobre a oferta de serviços socioassistenciais, colocando a pessoa com deficiência como público prioritário ou não. O técnico 2 , por exemplo, mesmo quando

A gente atende famílias, através de busca ativa e através de demanda espontânea, elas chegam até a gente e nós fazemos um cadastro familiar, a depender da situação a gente averigua in loco... Vai à residência para ver qual a demanda. Quando não, a gente trabalha através de encaminhamentos a depender da demanda do demandatário (Técnico 2)

Nós temos cadastrado aqui no CRAS pessoas com deficiência, temos sete acho que são sete cadastros, mas a participação deles é mais difícil [...] (Gestor 2).

Um fator que expressa à categoria **falta de vigilância social**, é que nenhum dos entrevistados souberam dizer o número de pessoas com deficiência que residem no município, a vigilância socioassistencial consiste na capacidade de desenvolver meios para conhecer a presença das formas de vulnerabilidade social da população e do território de sua responsabilidade (BRASIL, 2005b).

Bem seria muito importante, mas eu não vou mentir para você eu não tenho noção não, de quantitativo (Gestor 3).

Eu não tenho esse dado para você não (Técnico 4).

A pesquisa de campo também propiciou a percepção de que ainda é vago o conhecimento da população sobre os serviços socioassistenciais e sobre o real papel das unidades que oferecem estes serviços, para além da necessidade de oferecer estes serviços, é primordial informar a comunidade quais são e como são prestados, bem como o que representa aquele serviço.

Daí a importância da divulgação, da promoção de encontros, de conferências, que debatam acerca da rede socioassistencial, uma vez que o funcionamento pleno destes se dá, a medida em que se consegue alcançar e inserir as pessoas nos espaços que tem por objetivo garantir as seguranças (NICOMENDES, 2007).

Apesar de considerar que existe uma **carência de serviços socioassistenciais** na cidade de Cachoeira, é preciso reconhecer que a oferta destes vêm sendo progressivamente implementada seguindo as macrodiretrizes da PNAS e do SUAS, respeitando os limites técnicos e as limitações políticas locais.

O reconhecimento da importância da oferta de serviços socioassistenciais para as pessoas com deficiência e suas famílias é algo presente em todas as falas das pessoas envolvidas na pesquisa.

Gente primeiro, essa questão de está valorizando os direitos eu acho isso prioridade, o direito tem que ser respeitado, tem que fazer valer, então eu acho que o município já peca quando não age dessa forma né? em todos os sentidos e a instituição principalmente ela tem que oferecer um serviço de qualidade, se você não tem capacidade de oferecer um serviço de qualidade não ofereça, pois oferecer só por oferecer para dizer que tem não adianta, ofereça menos daí você pode oferecer com qualidade e responsabilidade (Gestor 4).

Acho que é um serviço importante de inclusão das pessoas com deficiência na comunidade em tudo, primeiro, uma pessoa com deficiência em casa ela já traz uma certa limitação para toda a família, então é importante que a gente possa dizer a família que mesmo com aquela pessoa deficiente em casa [...] é possível que ela estejam inseridas nos serviços socioassistenciais, é bom é importante, não só para elas mas que elas propiciem a pessoa com deficiência também a participar da vida social (Gestor 2).

Apesar de **reconhecer a importância** de um trabalho socioassistencial que envolva as pessoas com deficiência e suas famílias, a realidade apresentada é que este serviço vem acontecendo a **passos lentos**, encontramos a oferta de serviços

que envolve estas pessoas, mas de **maneira incipiente**, não se tem conseguido ter uma continuidade do atendimento, um acompanhamento. De modo geral, os serviços se apresentam através de encaminhamentos, visitas domiciliares esporádicas.

3.2. A rede de serviços socioassistenciais para pessoas com deficiência e suas famílias na cidade de Cachoeira – BA

A rede socioassistencial é um conjunto integrado de iniciativas públicas 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, sob a hierarquia de básica e especial e ainda por níveis de complexidade (BRASIL, 2005b).

Esta deve ser organizada seguindo parâmetros estabelecidos pela NOB/SUAS, a adoção de tais parâmetros é que vai garantir uma maior abrangência da rede, deste modo a oferta dos serviços devem acontecer de maneira integrada, deve possuir um caráter público e de co-responsabilidade e complementariedade entre as ações governamentais e não governamentais de Assistência Social, para que não haja uma fragmentação dos serviços, deve ter uma hierarquização conforme a complexidade e abrangência, deve servir como porta de entrada unificada dos serviços, a territorialização deve ser pensada a partir de critérios como oferta capilar e localização, deve ter caráter contínuo e sistemático e por fim deve possuir uma referência unitária em todo o território nacional de nomenclatura (BRASIL, 2005b).

Como já exposto os equipamentos socioassistenciais existentes no município são 04 (quatro) governamentais e 01 (uma) entidade beneficente, estes é que compõe a rede socioassistencial do município. O modelo descentralizado proposto pelo SUAS é que possibilita haver a presença tanto de unidades governamentais quanto de unidades não governamentais na composição da rede socioassistencial, aparecendo esta última como unidades complementares aos serviços oferecidos pela esfera governamental. Através do novo modelo de gestão, a gestão compartilhada é que as responsabilidades são divididas entre os entes federativos, Estado, União e

Municípios, ou seja, há um co-financiamento das ações e serviços desenvolvidos por ambos equipamentos, o objetivo deste tipo de gestão é o de consolidar um sistema descentralizado e participativo, conforme previsto na LOAS.

A partir do exposto compreende-se que a rede socioassistencial é essencial ao desenvolvimento dos serviços e a continuidade dos mesmos, a articulação da rede tem papel importantíssimo para a garantia de um serviço de qualidade, tem por objetivo defender os direitos de cidadania, de forma a garantir a família que é o objeto central desta política o exercício pleno de sua cidadania. Deste modo entende-se que a proteção social vai se estabelecendo através dos serviços socioassistenciais nos equipamentos que compõe a rede SUAS.

A articulação da rede, ou melhor a **não articulação**, é um fator agravante para a oferta dos serviços socioassistenciais tanto para o público geral dos serviços como para a pessoa com deficiência e suas famílias, a partir da análise das entrevistas percebemos que a rede socioassistencial de Cachoeira-BA encontra-se de forma **fragilizada**, por não haver uma articulação da mesma, tal prerrogativa aparece como consenso entre as pessoas entrevistadas.

Não há articulação, quer dizer articulação extremamente fraca e defeituosa que assim desde de que eu entrei aqui que a gente vem tentando fazer um mapeamento de rede na cidade toda, no município então assim a gente não consegue ter uma articulação está muito difícil, por casa das próprias demandas que tem nas outra instituições [...] (Técnico 3).

Que ela não é boa, na verdade precisa..., não sei construir algum projeto para o município porque não existe, eu acredito que não existe um trabalho voltado só para as pessoas com deficiência [...] (Técnico 2).

Eu não quero nem ser injusta, mas eu não vejo muito eu não tenho nem como avaliar [...], eu acho que precisa da mais atenção à área da deficiência, é uma área que eu gosto muito de trabalhar, precisa dá mais atenção [...] (Gestor 4).

Eu não tenho muito acesso, a gente não esta ainda..., primeiro a gente estava fazendo o mapeamento, esse mapeamento para que as equipes possam se encontrarem e terem mais essa troca de experiência, mas ate o momento esta parado (Gestor 1).

Um ponto que merece destaque é que em alguns casos foi perceptível que existe um **desconhecimento da rede socioassistencial** do município, percebe-se também uma **inexistência de trabalhos articulados** voltados as pessoas com deficiência, bem com que não há uma complementaridade dos serviços, fica claro

que cada equipamento faz o atendimento que é de sua responsabilidade, caso haja a necessidade de encaminhar para outras instituições o encaminhamento é feito, mas não se tem um acompanhamento nem uma resposta se a demanda foi atendida e resolvida .

O principal desafio para a articulação da rede além do conhecimento da mesma está relacionado à questão da dificuldade dos profissionais dialogarem, seja por conta da falta de tempo, das demandas inerentes de cada instituição e a prioridade que é dada para a articulação da rede.

3.3. Considerações sobre a oferta dos serviços socioassistenciais para pessoas com deficiências e suas famílias em Cachoeira-BA.

É a partir da PNAS que a de assistência social coloca a família no centro de suas atenções, isto quer dizer que o indivíduo passa a ser visto através de sua unidade e não mais de forma isolada. A matricialidade sócio-familiar expressa na PNAS,

permite afirmar que o primeiro âmbito singular da proteção social da assistência social é: a capacidade protetiva da família e o segundo é a densidade das relações de convívio e sociabilidade desde sua constituição na esfera do cotidiano até suas formas de presença nos vários momentos do ciclo de vida do cidadão e da cidadã (SPOSATI, 2007, p.19).

Isso significa dizer que se tem nesses dois âmbitos o complemento das seguranças de proteção social no campo da assistência social, tanto na proteção social básica quanto na proteção social especial. Ambas proteções estão voltada para o fortalecimento do convívio e da sociabilidade, as questões que aparecem como barreiras a estas diz respeito a existência de estigma, preconceito e ausência de equidade, aspectos estes presentes devido ao paradigma conservador que por muito tempo circundou a política de assistência social atrelando a está a ideia de ser uma política direcionada aos pobres (SPOSATI, 2007).

Conhecendo a realidade de Cachoeira, no que diz respeito à rede de serviços socioassistenciais presente no município, chega-se a percepção que ainda há muito a se fazer para que se tenha um atendimento amplo e de qualidade.

No que se refere à oferta dos serviços socioassistenciais para as pessoas com deficiência e suas famílias, encontramos vários limites, entraves e desafios, de modo que estes têm dificultado à efetivação e materialização de serviços direcionados a pessoa com deficiência expressos na política de assistência social.

Dentre as principais barreiras encontradas na oferta desses serviços estão as **estruturais, as atitudinais e as relacionais**.

O que impede a equipe técnica fazer um trabalho assim mais fortalecido são as questões estruturais mesmo como falta de carro, a gente não tem uma boa estrutura [...] (Gestor 3).

Eu acho que são as relacionais, acho que não tanto as físicas porque eu acho que o próprio serviço ele, a estrutura física dele contempla todos os atendimentos, mas eu acho que em relação barreiras está à questão do preconceito é uma das principais barreiras para trabalhar com este público (Técnico 1).

Eu acredito que atitudinal e estrutural também, porque a gente trabalha o CRAS não é independente, então a gente precisa do aval de outras instituições (Técnico 2).

A questão da **aceitação da deficiência** também apareceu como um desafio para o acompanhamento dos serviços nos equipamentos, uma vez que as famílias por não aceitarem tal característica criam resistência para ir as unidades, para serem incluídas nos serviços de maneira que a oferta do serviço só acontece se a equipe fazer o atendimento através da visita domiciliar, e considerando a dificuldade com o transporte, que também foi citada na maioria das entrevistas, o contato com aquela família pode levar algum tempo.

No que se refere à avaliação da demanda, oferta e cobertura dos serviços socioassistenciais para a pessoa com deficiência e suas famílias no município, as respostas também se deram de forma unanime, ou seja, houve um reconhecimento não só da necessidade de mais instituições que atendam a este público, como também a necessidade de oferecer um serviço de qualidade a elas.

A demanda muita, a oferta muito pouca para a demanda, aí o serviço fica de péssima qualidade por conta desse muito e pouco, por não ter um equilíbrio, então o serviço acaba não sendo bom (Gestor 4).

Extremamente fragilizada, eu não sei se estou correta, mas eu acredito que a demanda de pessoas com deficiências deve ser tratadas de forma transversal a todas as políticas públicas, no caso ela deve estar inserida na assistência, inserida na saúde, inserida na educação, inserida na alimentação [...] (Técnico 3).

Eu só vejo aqui, só percebo (duas instituições) que oferta esse serviço mais especializado a essas pessoas, eu acredito que ainda falta muito né para que a gente possa enquanto profissionais da assistência social oferecer atividades melhores [...] (Gestor 1).

Nesta questão da oferta, demanda e cobertura identificamos duas categorias, a **alta demanda X a baixa oferta** e a **falta de qualidade dos serviços**, o reconhecimento destas categorias merece grande destaque, uma vez que se configura como principal desafio a oferta de serviços socioassistenciais para as pessoas com deficiência e suas famílias,

Com base em tudo que foi discutido e exposto sobre a oferta dos serviços socioassistenciais para as pessoas com deficiência e suas famílias na cidade de, considera-se que esta encontra-se a quem da necessária para um atendimento satisfatório da população com deficiência de Cachoeira-BA, a oferta dos serviços não devem ser consideradas apenas com base em encaminhamentos para acesso a BPC, processos de curatela e ou interdição, ela deve acontecer de forma continuada, tendo em vista ser esta a característica e a orientação de um serviço socioassistencial.

Os limites e desafios encontrados para a oferta de tais, como já explanado, pauta-se na verdade em um despreparo ao atendimento das necessidades dessas pessoas que por muito tempo e ainda hoje se veem submetido a práticas assistencialistas e preconceituosas.

Deste modo, compreende-se que a garantia de acesso das pessoas com deficiência ao sistema de proteção social preconizado na constituição federal brasileira, só será possível através do rompimento com os resquícios conservadores que insistem em pairar e caracterizar os atendimentos ofertados a este público.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão da concepção de deficiência como algo que vai além de uma característica física, sensorial ou intelectual é um aspecto preponderante ao desenvolvimento das pessoas com deficiência. O conceito expresso na Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas Deficiência (ONU, 2006) permite que se tenha um entendimento, uma desvinculação bem como uma diferenciação deste, de conceitos tais como dependência e incapacidade.

A adoção de um único conceito e de uma única nomenclatura por mais expressiva que seja não conseguiu superar totalmente concepções antigas sobre a deficiência, as quais atribuem as pessoas com deficiência e a suas famílias uma série de estigmas, a presença de tais aspectos podem ser visualizados ainda hoje na sociedade, concepções equivocadas acarretam fatores negativos a vida das pessoas com deficiência, uma vez que em muitos casos não possibilita sua participação em variados campos e espaços, ocasionando um isolamento social tanto destas quanto de suas famílias.

A reconfiguração do sistema de seguridade social brasileiro com a Constituição Federal de 1988 é para a Assistência Social um passo muito importante, ao tempo que retira a mesma do campo assistencialista e a inclui no rol das políticas públicas.

Essa nova roupagem que é conferida, imputa sobre a assistência social alguns desafios e discussões, levando em consideração os aspectos econômicos e sociais, visto que ela é uma das políticas pública que compõe o sistema de proteção social brasileiro, junto com a saúde e a previdência social, e tem como característica seu caráter não contributivo e universal.

No campo da assistência social as pessoas com deficiência ganham maior espaço e visibilidade, em especial a partir da IV Conferência Nacional de Assistência Social realizada em 2003, que deliberou pela implementação do SUAS, o qual vai materializar-se através da oferta de programas, projetos, benefícios e serviços, dentre o público alvo destes estão as pessoas com deficiência e suas famílias.

Como já abordado o SUAS está inscrito na PNAS, trata-se de um sistema não contributivo, descentralizado e participativo, criado para materializar os objetivos da

política de assistência social, que é a garantia da proteção social as famílias e aos indivíduos.

Os serviços socioassistenciais ofertados pelo SUAS, buscam contribuir na construção da autonomia dos sujeitos, bem como na qualidade de vida, daí importância de garantir o acesso aos direitos socioassistenciais, pensando nesta questão é que tem-se na tipificação o direcionamento sobre a forma que estes devem ser executados, buscando assim a oferta de maneira integrada destes, tanto através da esfera governamental quanto da privada. A tipificação se constitui como uma estratégia, que busca dá uma referencia aos serviços socioassistenciais, para que as equipes possam atender de forma satisfatória às demandas apresentadas pelos usuários.

Deste modo compreende-se que a discussão proposta neste trabalho apresenta grande relevância, uma vez que busca suscitar o debate sobre a oferta dos serviços socioassistenciais, em especial aos que abarcam as pessoas com deficiência e suas famílias, bem como o debate acerca da deficiência, tema este que apesar de está posto na realidade social, ainda carece de grande atenção, levando em consideração a incipiência de ações direcionadas a esta questão, bem como a pouca visibilidade dada a este público.

As pessoas com deficiência da cidade de Cachoeira-BA, população esta estimada em 10.560 pessoas (IBGE), contam apenas com cinco equipamentos que compõem a rede socioassistencial, como já apresentados e mais três que atendem prestam algum tipo de serviço. As dificuldades encontradas por estas pessoas no município também está relacionada à falta de infraestrutura e acessibilidade da cidade, por tratar-se de uma cidade histórica e tombada, por esta questão poucas são as modificações possíveis, a falta de transporte, etc.

A falta de acessibilidade encontrada pelas pessoas com deficiência no município não se refere apenas as vias públicas, estas aparecem presentes também nos equipamentos do SUAS, que ainda que pensados para atender a este público não comporta a realidade de limitações dessas pessoas, tal problemática é de responsabilidade do município, tendo em vista a divisão de responsabilidades presentes no sistema.

Retomando aos objetivos deste trabalho e a questão central do mesmo, chegamos à conclusão que os serviços socioassistenciais ofertados a pessoa com deficiência e suas famílias na cidade de Cachoeira-BA frente à tipificação 2009, vem

ocorrendo de maneira gradativa e lenta, tendo em vista os desafios já apresentados no tópico acima. Deste modo conferem-se a estes serviços um caráter escasso, pois no momento se apresenta de forma fragilizada e desarticulada.

Com base no exposto, concluímos que os objetivos traçados nesta pesquisa foram alcançados, sendo estes possíveis após o levantamento bibliográfico, que serviu como embasamento a discussão, a construção do diagnóstico situacional do município, que permitiu conhecer um pouco da realidade, aspectos e características do município, e a pesquisa de campo, esta última apesar dos limites postos, foi essencial para a análise apresentada.

Os achados do trabalho revelam que todos os profissionais entrevistados reconhecem a importância da oferta dos serviços socioassistenciais para as pessoas com deficiência e suas famílias, ao tempo que também vislumbram a necessidade de uma maior atenção à questão da deficiência e a articulação da rede no município. Outro fator que se mostrou de forma recorrente na pesquisa foi a questão da capacitação profissional, que todas as pessoas entrevistadas veem como necessária ao atendimento das pessoas com deficiência.

Este último aspecto, vem ratificar a ideia da necessidade de compreender a deficiência, para que se possam desenvolver ações efetivas que possibilitem aos sujeitos se desenvolverem, ações estas que não se limitam a assistência social, uma vez que esta é apenas uma das políticas públicas, e só a ação desta não consegue garantir a plenitude dos direitos assegurados às pessoas com deficiência.

A política de assistência social representa grandes avanços para a questão da deficiência, mas é necessário perceber que existem limites e desafios que necessitam ser superados, para que se alcance a efetivação de todos os programas, serviços, projetos e benefícios expressos nesta.

Deste modo, compreende-se que os desafios encontrados para os serviços socioassistenciais para as pessoas com deficiência e suas famílias no município pesquisado, estão relacionados a questões, estruturais, a pouca oferta e baixa cobertura desses serviços, bem a falta de articulação entre os equipamentos que de forma direta ou indireta atendem a este público.

Há então a necessidade de ultrapassar os desafios postos a oferta desses serviços na cidade de Cachoeira-BA, para isto é preciso ter clara a concepção da deficiência, bem como fortalecer a política de assistência social e a rede

socioassistencial do município. Além disso, é necessário também um trabalho intersetorial para garantir a continuidade do cuidado e da atenção.

REFERÊNCIAS

AMIRALIAN, Maria LT. et al. **Conceituando deficiência**. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102000000100017> Acesso em: 08 de setembro de 2014.

ARANHA, M. S. F. **Paradigmas da relação sociedade com as pessoas com deficiência**. Artigo publicado na Revista do Ministério Público do Trabalho, Ano XI, no. 21, março, 2001, pp. 160-173. Disponível em: < <http://biblioteca.planejamento.gov.br/biblioteca-tematica-1/textos/direitos-da-cidadania/texto-28-2013-paradigmas-da-relacao-da-sociedade-com-as-essoas-com-deficiencia.pdf/view> > Acesso em: 28 de julho de 2014.

ARAÚJO, Edgilson Tavares de. T. Parcerias Estado e Organizações Especializadas: discursos e práticas em nome da integração/inclusão educacional das pessoas com deficiência. **Dissertação de Mestrado** em Serviço Social. PUC-SP, 2006.

ARAÚJO, Edgilson Tavares de. Avanços e desafios para implementação do Centro-dia de referência para a pessoa com deficiência e suas famílias. In_. XVIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Montevideo, Uruguay, 29 oct. - 1 nov. 2013.

ARAÚJO, Edgilson Tavares de; CRUZ, Deusina Lopes. **Orientações técnicas sobre o Serviço de Proteção Social Especial para as pessoas com deficiência e suas famílias ofertado em Centros-dia de Referência: metodologias e técnicas acessíveis no serviço**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Pnud, 2013, 179p. (no prelo)

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977, 113p.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade Social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil**. Brasília: Letras Livres: Editora UnB, 2008. 324p.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento e Combate a Fome, Secretária Nacional de Assistência Social e Combate à Fome. **POLITICA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – PNAS/2004**. Brasília: MDS, 2005.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate a Fome, Secretária Nacional de Assistência Social e Combate à Fome. **LOAS anotada – Lei Orgânica de Assistência Social**. Brasília: MDS, 2009b.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate a Fome, Secretária Nacional de Assistência Social e Combate à Fome. **NORMA OPERACIONAL BÁSICA – NOB/SUAS**. Brasília: MDS, 2005b.

_____. Ministério do Desenvolvimento e Combate a Fome, Comissão Intergestores Tripartite. **Protocolo de Gestão Integrada de Serviços, Benefícios e**

Transferências de Renda no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Brasília: MDS, 2010.

_____. CNAS; DRSP; SNAS; MDS. **Orientação Conjunta MDS/CNAS:** Inscrição de entidades de Assistência Social nos Conselhos de Assistência Social Municipais e do Distrito Federal – CAS, nos termos da Resolução CNAS nº. 16/2010; Questões frequentes sobre o processo de Certificação de Entidades Beneficentes de Assistência Social no âmbito do MDS. Brasília, DF: MDS, 2012b.

_____. **Viver Sem Limite** – Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência. Disponível em www.pessoacomdeficiencia.gov.br Acesso em: 15 set. 2012.

_____. **Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais.** Texto da Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009. Brasília, 2009.

_____. **Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência** (2007). Protocolo facultativo à Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. Decreto legislativo nº. 186, de 09 de julho de 2008; Decreto nº. 6.949, de 25 de agosto de 2009, 4 ed., ver e atual. – Brasília: Secretaria Nacional dos Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2012.

_____. **Serviço de Proteção Social Especial de Média Complexidade, no âmbito do SUAS, para pessoas com deficiência, idosas e suas famílias,** Brasília: MDS, nov. 2010a (mimeo)

CASTRO, Jorge Abrahão. Política Social: alguns aspectos relevantes para discussão. In: **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil.** Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, 2009. P.87-127.

CASTELL, R. **As armadilhas da exclusão.** Tradução: Cleisa Maffei Rosa e Mariângela Belfiore Wanderley. In: _____. Y a-t-ils des exclus? L'exclusion em débat. Lien Social et Politiques – RIAC, 34, Paris, Montreal, autonome, 1995

COUTO, Berenice Rojas. O Sistema Único de Assistência Social: uma nova forma de gestão da assistência social. In: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME (MDS), **Proteção Social no Brasil: debates e desafios.** Brasília: MDS, Unesco, 2009, p. 205-217.

_____. Os direitos socioassistenciais: balizas fundamentais à garantia da Assistência Social como política pública. In: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME (MDS), **Caderno de textos: VI Conferência Nacional de Assistência Social.** Brasília: MDS, Conselho Nacional de Assistência Social 2007, p. 23-26.

CRUZ, Deusina Lopes. **Família, deficiência e proteção social: Mães Cuidadoras e os serviços do Sistema Único da Assistência Social (SUAS).** 2011. 109f. Monografia. Especialização em Gestão de Políticas Públicas de Proteção e Desenvolvimento Social, Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, Distrito Federal, 2011.

CRUZ, Deusina Lopes da; PEREIRA, Juliana Maria Fernandes. **Orientações técnicas: Serviço de proteção social especial para pessoas com deficiência e suas famílias, ofertado em centro-dia de referência:** serviço especializado no Suas para pessoas com deficiência em situação de dependência de cuidados - Perguntas e respostas. Brasília: Ministério do Desenvolvimento e Combate a Fome, Secretária Nacional de assistência Social, 2013, 82 p.

DINIZ, Debora; BARBOSA, Livia; SANTOS, Wederson Rufino dos. Deficiência, direitos humanos e justiça. In_. SUR. Revista Internacional de Direitos Humanos. v. 6. n. 11. São Paulo, dez. 2009. p. 65-77

DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura; BUCHALLA Cassia Maria. **O papel das classificações da OMS – CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade.** Revista Brasileira de Epidemiologia. vol. 11. n. 2. São Paulo, junho de 2008.

EUZÉBY, Alain. Proteção Social, Pilar da Justiça Social. In_. **Proteção Social de Cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal.** 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008, p. 11-32.

FERNANDES, Lorena Barolo; SCHLESENER, Anita; MOSQUERA, Carlos. **Breve histórico da deficiência e seus paradigmas.** Revista do Núcleo de Estudos e Pesquisas Interdisciplinares em Musicoterapia, v. 2, Curitiba, p. 132-144.

GARCIA, Vinicius Gaspar. **As pessoas com deficiência na história do Brasil.** Disponível em: <<http://www.bengalalegal.com/pcd-brasil>> Acesso em: 27 de agosto de 2014.

GOFFMAN, Erving. **Estigma – Notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** Tradução: Mathias Lamert. 1963.

GUGEL, Maria Aparecida. **A pessoa com deficiência e sua relação com a história da humanidade.** Disponível em: <http://www.ampid.org.br/ampid/Artigos/PD_Historia.php> Acesso em: 23 de julho de 2014.

JACCOUD, Luciana. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME (MDS), **Proteção Social no Brasil: debates e desafios.** Brasília: MDS, Unesco, 2009, p. 57-86.

LANNA JÚNIOR, Mário Cléber Martins (Comp.). **História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil.** - Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010. 443p. : il. 28x24 cm.

MACIEL, Maria Regina Cazzaniga. **Portadores de deficiência a questão da inclusão social.** Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-8839200000200008> Acesso em: 16 de setembro de 2014.

MACHADO, N. S.; SILVA, C. I. F.; LIMA, L. S.; ARAÚJO, E. T. Oferta de serviços socioassistenciais para pessoas com deficiência e suas famílias frente ao Sistema Único de Assistência Social (SUAS): mapeamento e desafios no Recôncavo da

Bahia - uma análise preliminar. In: Encontro Nacional de Pesquisadores em Gestão Social, ENAPEGS, 8º, **Anais...** Cachoeira-BA: UFRB, 2014 (no prelo).

MENECUCCI, M.C. Evolução Histórica do Conceito de Deficiência. In: **FENAPAES. Projeto Águia.** Referências Conceituais e Legais Sobre a Pessoa com Deficiência e o Movimento Apaeno, São Paulo: FENAPAEs, 1999, p. 3-12.

MENEZES, Ebenezer Takuno de; SANTOS, Thais Helena dos. "Declaração de Salamanca" (verbete). *Dicionário Interativo da Educação Brasileira* - EducaBrasil. São Paulo: Midiamix Editora, 2002, Disponível em: < <http://www.educabrasil.com.br/eb/dic/dicionario.asp?id=109> > Acesso em: 16/9/2014.

MUNIZ; MARTINELLI; MOELLWALD; CHIACHIO. O conceito de serviços socioassistenciais: uma contribuição para o debate. In: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME (MDS), **Caderno de textos: VI Conferencia Nacional de Assistência Social.** Brasília: MDS, Conselho Nacional de Assistência Social 2007, p. 37-43.

NICOMENDES, Sebastião. O direito socioassistenciais sob a ótica dos usuários. In: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME (MDS), **Caderno de textos: VI Conferencia Nacional de Assistência Social.** Brasília: MDS, Conselho Nacional de Assistência Social 2007, p. 11-16.

QUEIROZ, Maria Isaura Pereira. O Pesquisador , o problema da pesquisa, a escolha de técnicas: algumas reflexões. In: LUCENA, Celia Toledo. Et al. (Orgs.). **Pesquisa em Ciências Sociais: Olhares de Maria Isaura Pereira de Queiroz.** São Paulo: CERU, 2008. p.15-24

SIQUEIRA, Ranyella de; CARDOSO, Hélio. **O conceito de estigma como processo social: uma aproximação teórica a partir da literatura norte-americana.** Disponível em: < http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PndZxQhTFKkJ:imagonautas.gceis.net/sites/imagonautas.gceis.net/files/images/6._de_siqueira_y_cardoso.pdf+&cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br > Acesso em: 27 de agosto de 2014.

SPOSATI, Aldaíza. Modelo brasileiro de proteção social não contributiva: concepções fundantes. In: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME (MDS), **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil.** Brasília: MDS, Unesco, 2009, p. 13-56.

_____. Proteção e desproteção social na perspectiva dos direitos socioassistenciais. In: MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE A FOME (MDS), **Caderno de textos: VI Conferencia Nacional de Assistência Social.** Brasília: MDS, Conselho Nacional de Assistência Social 2007, p. 17-21.

VITAL, *Flavia Maria de Paiva.* **População com Deficiência: Os Censos e seus Critérios no Brasil.** Disponível em: <<http://www.bengalalegal.com/censos>> Acesso em: 15 de setembro de 2014.

WANDERLEY, Mariangela Belfiore; BÓGUS, Lucia; YASBEK, Maria Carmelita. (Coord). **Desigualdade e Questão Social.** 3. ed. ver. e ampl. São Paulo: EDUC, 2011.

APÊNDICE A- MODELO DO ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Identificação da Instituição:

Entrevistado:

1. Qual sua formação, vínculo e cargo nesta?
2. Fale um pouco da sua experiência na Assistência Social e no SUAS?
3. Como você chegou nesta instituição?
4. Fale um pouco sobre os atendimentos prestados?
5. Qual o perfil dos usuários dos serviços?
6. Qual as principais situações de risco e vulnerabilidade apresentadas pelos usuários?
7. Qual o seu conhecimento sobre a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais (2009)?
8. Quais as principais barreiras encontradas (físicas, instrumentais, atitudinais)?
9. Quais encaminhamentos são dados?
10. Você sabe qual o número de pessoas com deficiência do município?
11. Existe projeto voltado à pessoa com deficiência?
 - 11.1 Quais? Como funciona? Envolve as famílias?
 - 11.2 Quais os principais desafios para estes atendimentos?
12. Você tem noção da demanda por atendimentos para pessoas com deficiência? Conhece os atendimentos ofertados na cidade? Quais destes são atendimentos socioassistenciais?
13. Você e sua equipe tem conhecimentos teórico ou práticas com atendimento a pessoas com deficiência? Qual?
14. Vocês tiveram ou ofertam algum tipo de capacitação/formação na área da pessoa com deficiência?
15. Existe algum tipo de divulgação dos atendimentos para pessoas com deficiência e suas famílias?
16. Existe busca-ativa?
17. O que é, qual a importância e qual deve ser o objetivo de um serviço socioassistencial para as pessoas com deficiência e suas famílias?
18. Como você avalia a articulação da rede de serviços socioassistenciais para pessoa com deficiência no município?
19. Na sua opinião, como você avalia a demanda, oferta e cobertura dos serviços socioassistenciais para a pessoa com deficiência e suas famílias no município?

APÊNDICE B - MODELO DO TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E INFORMADO



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE ARTES HUMANIDADES E LETRAS
COLEGIADO DE SERVIÇO SOCIAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, RG nº _____, fui convidado(a) a participar da pesquisa de monografia “**DESAFIOS NA OFERTA DE SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA NO MUNICÍPIO DE CACHOEIRA-BA**” do Curso de Serviço Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), realizada pela discente Noelia da Silva Machado, RG: 1323485945, sob a orientação do Prof. Dr. Edgilson Tavares de Araújo. Estou ciente que a participação não é obrigatória, sendo voluntária e que a qualquer momento posso desistir de participar e retirar este consentimento. Tal recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição pertinente. O objetivo central deste estudo é -. Caracterizar e identificar os principais desafios da oferta de serviços socioassistenciais pela Rede SUAS para as pessoas com deficiência em Cachoeira-BA

Fui convidado(a) para ser entrevistado (a), por ser:

- () Assistente Social do _____.
- () Coordenador(a) do _____.
- () _____.

Autorizo ao pesquisador a:

- () SIM () NÃO - Realizar entrevista semi-estruturada registrando-a em áudio.
- () SIM () NÃO - Transcrever e analisar a entrevista unicamente no âmbito desta pesquisa.

Estou ciente que o pesquisador se compromete que: os conteúdos cedidos serão de uso exclusivo desta pesquisa; terei minha identidade preservada; não terei ônus financeiro por tal participação; não receberei remuneração, pois trata-se de colaboração voluntária; serei livre para interromper a participação em qualquer momento; receberei esclarecimentos sobre dúvidas que tiver a qualquer momento da pesquisa; fui informado/a sobre endereços e telefones dos pesquisadores caso necessite utilizá-los. Como responsável pela coleta de informações, estarei disponível para esclarecer suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, no e-mail noelia.seso@gmail.com ou pelo telefone celular (75) 92341787. Você também pode contatar meu orientador o Prof. Dr. Edgilson Tavares de Araújo, através do telefone (71) 88550250 ou pelo e-mail edgilson@gmail.com. Esclarecidas as condições, convido você a participar de forma voluntária no estudo, conforme resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo livremente em participar.

_____, ____/____/____

Local, data

Assinatura do Entrevistado(a) / Pesquisado(a)

Noelia da Silva Machado/Pesquisadora

Prof. Dr. Edgilson Tavares de Araújo/ Responsável