

**PROGRAMA**  
**TODOS PELOS DIREITOS**

---

**Rede de Proteção às Crianças e  
Adolescentes com Deficiência**

Abril / 2017

## CADERNO TODOS PELOS DIREITOS

### Realização

APAE DE SÃO PAULO

### Autores

Aguinaldo Aparecido Campos

Deisiana Campos Paes

Juliana d'Ávila Delfino

Marco Aurélio Teixeira de Queiroz

Rita de Cassia Kileber Barbosa

### Superintendente

Aracélia Lúcia Costa

### Equipe do Projeto

#### Supervisora

Deisiana Campos Paes

#### Assessor Técnico

Marco Aurélio Teixeira de Queiroz

#### Assistentes Técnicos

Daniel Rougeon Santi

Lilian Pinheiro da Cruz

#### Pesquisadora social

Juliana d'Ávila Delfino

#### Articuladores Sociais

Daniela Batista da Silva Fernandes Farias

Darlene Fróes da Silva

Edja Tamires Vilela

Elizabeth Nascimento de Souza

Emerson Pedreira Marques

Maria S. Melo Silva

Ohana Serafim Merlo

### Apoio

CONDECA

## ÍNDICE

1 - Introdução e Justificativa	7
2 - Histórico da Deficiência	10
3 - Deficiências	20
4 - Preconceito	27
5 - Direitos das crianças e dos adolescentes	32
6 - Violação de direitos e fatores de risco	45
7 - Violência	46
8 - Prevenção	56
9 - Articulação em rede	58
10 - Fluxos	70
11 - Assistência social	73
12 - Saúde	76
13 - Educação especial e inclusiva	78
14 - Deficiência, Preconceito e Inclusão	80
15 - Negligência	82
16 - Violência Institucional, Sociedade e Estado Negligente	85
17 - Contatos importantes	87
18 - Referências	89

# 1 - Introdução e Justificativa

**F**undada em 1961, a APAE DE SÃO PAULO tem a missão de promover o diagnóstico, a prevenção e a inclusão das pessoas com Deficiência Intelectual, produzindo e difundindo conhecimento, além de trabalhar na defesa de seus direitos. Ao longo dos seus 56 anos de história, tornou-se referência nacional no atendimento às pessoas com Deficiência Intelectual, em todas as fases da vida, do nascimento ao envelhecimento.

Desde a sua fundação, a Organização vem acompanhando os processos sociais vivenciados pela população com Deficiência Intelectual, buscando atender às suas demandas diretas tanto quanto influenciar políticas públicas nas áreas de assistência social, educação, saúde e no campo dos direitos humanos.

O programa “TODOS PELOS DIREITOS” nasceu da experiência vivida no serviço de Defesa e Garantia de Direitos da APAE DE SÃO PAULO ao verificar, através do acompanhamento longitudinal de famílias atendidas na instituição, uma série de violações de direitos associados à pessoa com Deficiência Intelectual e suas famílias, com especial atenção aquelas com idade entre 0 e 18 anos. Além das violações de direito, constatou-se um grande número de casos de violência contra a criança e o adolescente com Deficiência Intelectual, como agressões verbais e físicas. Normalmente, eram acompanhadas pela justificativa de ensinar e impor limites. Por vezes, em alguns casos - não tão raros - houve surras, maus tratos, negligência e abuso sexual.

De acordo com estimativas do IBGE (Censo 2010), o Estado de São Paulo possui 4,2 milhões de pessoas com deficiência, das quais cerca de 413 mil estão na faixa etária de 0 a 17 anos. Os números expressivos fazem o olhar se voltar para uma população que deve ser vista e atendida, não mais por ações individuais de pessoas ou instituições, mas por políticas públicas que pautem a proteção, a defesa e a garantia de direitos da criança e do adolescente com deficiência.

Pessoas com deficiência são aquelas que, de alguma maneira, vivenciam uma limitação considerável, seja na área física, intelectual, ou sensorial. Tais pessoas, geralmente, encontram-se num lugar mais suscetível à violência direta e/ou à violação de seus di-

reitos - estando as pessoas com Deficiência Intelectual em um grupo ainda mais frágil devido às problemáticas comuns vividas no campo da elaboração e da compreensão de experiências, além da dificuldade, em muitos casos, de se expressarem por uma linguagem oral comum às pessoas a sua volta.

Muitos casos de violência contra pessoas com Deficiência Intelectual não são relatados pela própria vítima, que por vezes não compreende ou tem dificuldade para reconhecer a própria violação ou, se o faz, nem sempre consegue expressá-la de modo a se fazer ouvir por um familiar ou responsável, tornando o ciclo de violência duradouro e repetitivo.

Para atuar de forma a pautar a discussão da violência contra a criança e o adolescente com deficiência, no Estado de São Paulo, fomentando a formação de políticas públicas, necessitamos estar atentos e focados em cinco elementos estratégicos:

- a)** os aspectos sociais e as vozes da deficiência, com ênfase para a Deficiência Intelectual;
- b)** as particularidades estruturais do território de cada município com seus valores e saberes;
- c)** os múltiplos atores da rede de atenção às crianças e jovens com deficiência, entendendo o lugar privilegiado destes atores de defesa e garantia de direitos das pessoas com deficiência;
- d)** os entendimentos centrais sobre violência, suas formas de manifestação, enfrentamento e prevenção;
- e)** a noção de participação social na construção de políticas públicas, no enfrentamento e na prevenção da violência contra a criança e o adolescente com deficiência.

Nestas trilhas caminha o projeto “**TODOS PELOS DIREITOS: Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes com Deficiência**”, inspirado em algumas iniciativas de êxito realizadas por instituições como o CEATS (Centro de Empreendedorismo Social e Administração em Terceiro Setor), da Universidade Presbiteriana Mackenzie e a própria APAE DE SÃO PAULO.

O projeto é patrocinado pelo CONDECA, inserido na linha programática da Garantia dos Direitos da Criança e do Adolescente, com vínculo direto ao tema transversal

Pessoas com Deficiência. Seus principais objetivos são:

- 1.** sensibilizar os profissionais da rede de serviços para a realização de atendimentos qualificados e assertivos em relação à violação de Direitos contra a Pessoa com Deficiência;
- 2.** disseminar conhecimentos sobre os temas da Deficiência, Violência e Violações de Direitos contra pessoas com Deficiência;
- 3.** promover a articulação ágil e funcional da rede de defesa e garantia de direitos da pessoa com deficiência;
- 4.** fortalecer os fluxos municipais de atendimento e encaminhamento das pessoas com a Deficiência vítimas de violência.

O objetivo deste caderno é levar informação sobre os três principais temas do projeto: “Deficiência” e “Violência”, suas formas de expressão, repercussão social, funcionamento, peculiaridades, prevenção e enfrentamento. Já o terceiro tema é “Trabalho em Rede”, visando proteção e cuidado de crianças e adolescentes.

A proposta deste caderno de textos é levantar questões e incitar a reflexão. O enfoque do material é na construção de conhecimento crítico que permita respostas novas e criativas no enfrentamento à violência contra crianças e adolescentes com deficiência e em situação de vulnerabilidade. O objetivo também é constituir juntamente com os atores das redes municipais locais métodos de atenção, acolhimento, encaminhamento e prevenção de situações de violência e violação de direitos que acometem crianças, adolescentes e seus familiares.



## 2 – Histórico da Deficiência

**S**empre existiram na História indivíduos com algum tipo de limitação física, sensorial ou cognitiva. Infelizmente, durante muitos séculos, a existência dessas pessoas foi ignorada por um sentimento de indiferença e preconceito nas mais diversas sociedades e culturas. A maneira como a pessoa com deficiência foi tratada, por cada cultura, revela muito sobre a sociedade da época, suas concepções a respeito do ser humano, do que era bom, certo, belo, desejável, seus valores e crenças.

Na História Antiga, os indícios mais remotos de sobrevivência e forma de vida de pessoas com deficiência foram encontrados nos papiros e na arte do Egito Antigo. De acordo com Silva (1987), na Escola de Anatomia de Alexandria (300 a.C.) ficaram registros da medicina egípcia utilizada para o tratamento de males que afetavam os ossos e os olhos. Os cegos do Egito trabalhavam em atividades artesanais. Algumas famosas múmias, restos mortais de faraós e nobres egípcios, apresentavam distrofias e limitações físicas, como Siphthah (séc. XIII a.C.) e Amon (séc. XI a.C.).

Na Grécia Antiga, principalmente em Esparta, cidade estado conhecida por seu poderio militar, valorização da força, beleza e inteligência, o costume era lançar crianças que nasciam com deficiência do precipício. Esta conduta “justificava-se” ser para o bem da própria criança e sobrevivência da república, onde a maioria dos cidadãos deveria se tornar guerreiros. Apenas as pessoas que sofriam amputações traumáticas das mãos, braços e pernas permaneciam vivas.

Como em Esparta, na Roma antiga, não se reconhecia a vitalidade de bebês nascidos precocemente ou “defeituosos” assim os nobres e os plebeus tinham permissão para sacrificar os filhos que nasciam com algum tipo de deficiência. Além da execução, também havia o costume de abandonar as crianças nas margens dos rios ou locais sagrados, onde pudessem ser acolhidas por famílias plebeias. Já as pessoas que sofriam amputações eram lançadas ao mar ou em precipícios. Também foram encontradas pessoas com deficiência utilizadas para fins de prostituição ou entretenimento das pessoas ricas.

De forma geral, as pessoas com deficiência tiveram dois tipos de tratamento na História Antiga e Medieval: a rejeição e eliminação ou a proteção piedosa. Os princípios de amor e caridade cristãos contribuíram, a partir do século IV, para a criação de hospitais voltados para o atendimento dos pobres e marginalizados, entre eles, indivíduos com algum tipo de deficiência. Contudo, era proibido uma pessoa com deficiência tornar-se sacerdote da igreja.

Na Idade Média, deficiências físicas, intelectuais, transtornos mentais e malformações congênitas eram consideradas como sinais da ira divina, “castigo de Deus”. No período da Inquisição (séculos XI e XII), a Igreja Católica passou a discriminar e perseguir aqueles que fugiam ao padrão de normalidade, por causa do aspecto físico ou por defenderem crenças alternativas, substituindo a caridade pela rejeição. As pessoas que conseguiram sobreviver à fogueira e doenças viviam em privação e marginalidade.

Contrastando com a Idade Média, o “Renascimento” marcou uma fase mais esclarecida da humanidade e das sociedades em geral, com o reconhecimento dos direitos como universais, a partir de uma filosofia humanista e com o avanço da ciência. Nesse momento, fortaleceu a ideia de que o grupo de pessoas com deficiência deveria ter uma atenção própria. Contudo, como eram improdutivos, do ponto de vista da revolução burguesa, eram inválidos.

Um exemplo desse movimento progressista ocorreu no século XVI, com o desenvolvimento da língua de sinais. Houve melhoria no atendimento às pessoas surdas ou com deficiência auditiva que, até então, eram consideradas “ineducáveis”. Em 1620, na Espanha, Juan Pablo Bonet (1579-1633) escreveu sobre as causas das deficiências auditivas e dos problemas da comunicação. Questionou os métodos brutais (com gritos) para ensinar alunos com deficiência auditiva. No livro *Reduction de las letras y arte para enseñar a hablar los mudos*, Pablo Bonet demonstrou, pela primeira vez, o alfabeto na língua de sinais.

Assim, nos séculos XVI e XVII, na Europa, houve a construção de locais para o atendimento específico de pessoas com deficiência, fora dos abrigos ou asilos para pobres e idosos. Essas pessoas começaram ser consideradas seres humanos. Com a Revolução Francesa (1789-1799) e seus ideais de liberdade, igualdade e fraternidade, as crianças com deficiência passaram a ser abrigadas em organizações específicas.

Caminhando mais pela História, no século XIX, os sobreviventes de conflitos militares que adquiriam deficiências em batalhas não eram tratados como seres desqualificados, porque eram heróis, veteranos de guerra. Em 1811, nos EUA, o Estado garantia moradia e alimentação a marinheiros ou fuzileiros navais com limitações físicas.

Em 1819, Charles Barbier (1764-1841), um capitão do exército francês, atendendo a um pedido de Napoleão, desenvolveu um código em relevo para ser lido com as mãos, cujo objetivo era transmitir mensagens à noite, durante as batalhas. O sistema foi rejeitado pelos militares, que o consideraram muito complicado. Barbier então apresentou o seu invento ao "Instituto Nacional dos Jovens Cegos de Paris". Entre os alunos, estava Louis Braille (1809- 1852), então com catorze anos, que se interessou pelo sistema e apresentou algumas sugestões para seu aperfeiçoamento, mas Barbier recusou-se a fazer alterações. Braille modificou totalmente o sistema de escrita, criando o sistema de escrita padrão – o "BRAILLE" – usado por pessoas cegas até os dias de hoje.

No Brasil, em 1854, D. Pedro II criou o Imperial Instituto dos Meninos Cegos, atualmente Instituto Benjamin Constant e, em 1857, o Imperial Instituto de Surdos Mudos, hoje Instituto Nacional de Educação de Surdos – INES.

Na Filadélfia, em 1867, foi construído o Lar Nacional para Soldados Voluntários Deficientes. A Primeira Conferência da Casa Branca sobre os Cuidados de Crianças Deficientes ocorreu em 1907, na cidade de Boston.

Ao longo do século XX, a assistência e a qualidade do tratamento, não só para pessoas com deficiência, como para população em geral, tiveram um avanço.

Com a Primeira Guerra Mundial (1914-1918), cresceu o número de pessoas com deficiência e a necessidade de reabilitação dos feridos. O elevado contingente de indivíduos com sequelas de guerra exigiu medidas variadas. Neste momento, há o aperfeiçoamento de cadeira de rodas, bengalas, do sistema de ensino para surdos e cegos. A atenção às crianças com deficiência também melhorou, com o desenvolvimento de especialidades e programas de reabilitação específicos.

Depois da II Guerra, esse movimento se intensificou por conta das mudanças promovidas nas políticas públicas pelo Welfare State (Estado de bem estar social). Com o elevado contingente de amputados, cegos, outras deficiências físicas e transtornos mentais, o tema ganha relevância política nos EUA e internacionalmente, por meio da Organização das Nações Unidas (ONU). Artigo 25 da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948):

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

Instituições voltadas para as pessoas com deficiência se consolidaram em todos os países. Foram observados alguns paradigmas que balizaram o trabalho dessas instituições, dos serviços e o papel da família em cada momento histórico.

Paradigmas são modelos, modos de conceber que fundamentam a ação, neste caso, são os movimentos das ideologias e da organização das sociedades frente aos indivíduos com deficiência.

No início do sec. XX, até próximo dos anos 1970, encontramos prevalência do que se convencionou chamar de Paradigma da Institucionalização: grandes hospitais que mais pareciam prisões, asilos sem qualquer tipo de tratamento especializado. Eles iniciaram o atendimento aos indivíduos com deficiências. Havia assistência especializada em ortopedia para os mutilados das guerras e para indivíduos cegos e surdos.

Nas instituições asilares e de custódia chamadas "Instituições Totais" predominava o isolamento, nelas eram abrigadas e afastadas da sociedade as pessoas com transtornos mentais, com deficiência, ou que diferiam da norma social por alguma razão.

A família era totalmente excluída da participação neste processo e as instituições tinham poder total sobre a pessoa com deficiência.

Em 1975, o Brasil assinou a Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes (ONU) e em 1982, o Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes.

A Constituição Federal de 1988 redesenhou os direitos de todos e os deveres do Estado, principalmente a descentralização e busca pela democracia participativa, incluindo artigos que asseguram direitos específicos para as pessoas com deficiência.

Em 1989, foi criada a CORDE (Coordenadoria Nacional para Integração da pessoa portadora de Deficiência), órgão responsável pela elaboração de planos e programas para a "Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de deficiência".

A Declaração, o Programa, a Constituição e a CORDE foram criados a partir de uma nova



ideia que ganhava força nos movimentos de luta em prol da pessoa com deficiência, o Paradigma da Integração Social.

Dos anos 70 aos 90, o objetivo da abordagem era a normalização da deficiência, tentando aproximar as pessoas com deficiência da vida “normal”.

Esse novo paradigma provocou muitas discussões entre os acadêmicos e aqueles que vivenciavam o processo. Percebia-se que a integração sozinha não seria suficiente para resolver o problema da segregação.

A sustentação do modelo anterior que mantinha a população com deficiência improdutiva e segregada custaria muito ao sistema. O discurso da autonomia e da produtividade tornava-se mais interessante para a integração da pessoa com deficiência na sociedade, pois a tornaria também consumidora. Assim, surgiram entidades planejadas para desenvolver meios de recolocar esses indivíduos no sistema produtivo com treinamento e educação especial, preparando-os para o trabalho.

Os serviços e recursos visavam à modificação da pessoa com deficiência, enquanto o papel da família era complementar, auxiliando a garantir a integração da pessoa nos padrões de “normalidade”. Na educação, as escolas especiais e as classes especiais eram temporárias, levando a pessoa a ser capaz de retorno às salas regulares. “Excepcional”, “retardado”, “atrasado”, “anormal” era aquele comportamento diferente daquele considerado normal para o sistema de valores estabelecidos pela sociedade naquele momento histórico.

Dos anos 90 a 2010, com a dificuldade da integração, era preciso garantir o acesso dos direitos a todos e assim surgiu um Paradigma da Inclusão Social para oferecer suporte de diferentes tipos: o suporte social, econômico, físico e instrumental cujo objetivo era favorecer a inclusão social.

No Paradigma da Inclusão, não só o indivíduo com deficiência precisa mudar e se adaptar à sociedade (integração), mas a sociedade também precisa mudar e promover ajustes para o processo do desenvolvimento do indivíduo (inclusão). Família e instituições são parceiras neste processo.

Nesse paradigma, a eliminação de barreiras deixou de ser meramente arquitetônica, passando a influenciar na diminuição das barreiras de comunicação (Braille e Libras), ambientais (acessibilidade) e de conteúdo (linguagem para alcançar todos os públicos). A Inclusão Escolar, iniciada na década de 90 é um novo modelo de atendimento

escolar, uma reação contrária ao princípio de integração. O novo paradigma gerou muitas controvérsias e discussões. Miranda (2003) atesta que trabalhar com classes heterogêneas traz inúmeros benefícios para o desenvolvimento da criança com deficiência e também para as crianças sem deficiência, porque elas vivenciam a troca e a cooperação por meio de interações humanas.

Contudo, para que isso ocorra é necessária uma nova concepção de escola, de aluno, assim como uma nova compreensão sobre ensinar e aprender. Somente a presença física do aluno com deficiência na classe não garante a inclusão. A escola deve estar preparada para trabalhar com os alunos, independente das diferenças ou características individuais.

A evolução da legislação que define deficiência e regulamenta seus direitos sofreu alterações profundas ao longo de dez anos. No “Plano Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência”, decreto 3.298/99, a definição de deficiência era:

*Todo e qualquer comprometimento que afeta a integridade da pessoa e traz prejuízos na sua locomoção, na coordenação de movimentos, na fala, na compreensão de informações, na orientação espacial ou na percepção e contato com as outras pessoas.*

Em 1999, sob o Paradigma da Inclusão Social, a definição de deficiência ainda estava na pessoa: o comprometimento era individual, um limite estabelecido pela biologia daquele corpo, afetando as funções de locomoção, fala, compreensão. Esta concepção sobre deficiência traz consequências, pois tanto o ambiente, quanto outras pessoas ficam eximidas de responsabilidade ou participação. A eliminação das barreiras era uma concessão às pessoas com deficiência, já que o problema era delas. A hostilidade das pessoas sem deficiência contra as com deficiência era devida ao aumento de trabalho que tinham para integrá-las, o que frequentemente, era apenas colocá-las no cenário, sem verdadeiro acolhimento e consideração das suas necessidades humanas singulares. Neste sentido, o ambiente continuava excluindo e marginalizando as pessoas com deficiência.

O desenvolvimento das políticas na área da pessoa com deficiência, as mudanças de paradigma, a mobilização da sociedade em busca dos direitos da pessoa com deficiência resultaram em um novo modelo de diagnóstico baseado não nos sintomas e na doença, (CID – Classificação Internacional de Doença), mas sim na funcionalidade e na relação da doença com o meio. A CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) foi concebida em 2001 baseada num modelo biopsicossocial,

uma visão coerente de diferentes perspectivas da saúde: biológica, individual e social.

Os componentes da CIF se interligam e compõem um modelo multidimensional, multidirecional e dinâmico. Se anteriormente a incapacidade era compreendida a partir da doença ou da condição de saúde, com a CIF passa a ser entendida como uma barreira ambiental que leva à doença. O respeito às múltiplas dimensões envolvidas no processo de saúde e funcionalidade/ incapacidade (biológica, individual, social), além do reconhecimento do importante papel do ambiente (não só físico, mas social e de atitudes), traz novas concepções sobre “saúde” e “incapacidade”.

A CIF é uma das classificações internacionais da Organização Mundial da Saúde. Para os estados de saúde (doenças, distúrbios, lesões etc.) a classificação utilizada é a CID-10 (Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, 10ª revisão). A CID-10 faz a descrição de sintomas, fornece o diagnóstico da doença, distúrbio ou outras condições de saúde e seu código representado por uma letra e um número é reconhecido por qualquer profissional da saúde no mundo. A CID e a CIF são classificações complementares e devem ser utilizadas em conjunto.

16

A CIF permite coletar dados sobre tipos e níveis de funcionalidade e incapacidade de modo consistente e comparável internacionalmente, fornecendo base para compor dados nacionais, ajudando a guiar o desenvolvimento de políticas nesta área.

A CIF reconhece que todo ser humano pode experimentar uma perda ou diminuição na sua saúde e, portanto, pode experimentar alguma incapacidade. Isto não é algo que acontece somente a uma minoria da humanidade, mas é uma experiência humana universal. Mudando o foco da causa para o impacto, todas as condições de saúde são colocadas em pé de igualdade, permitindo que sejam comparadas, usando uma medida comum, uma escala de saúde e de incapacidade.

Com a CIF, a capacidade pode ser entendida como inversamente proporcional às barreiras: quanto maior a barreira, menor a capacidade e quanto menor a barreira, maior a capacidade. Esta proposta não pretende eliminar a deficiência, ou normalizá-la, como no Paradigma da Integração, mas remover as limitações de funcionalidade.

No mesmo sentido das concepções da CIF, sob a vigência do Paradigma da Emancipação, a definição de deficiência foi modificada na “Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência”, de 2008, aprovada pelo decreto legislativo 186 e promulgada em 2009 pelo decreto presidencial n. 6949:

*Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais em interação com diversas barreiras podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas.*

Nesta definição, a deficiência deixou de ser um estigma biológico para ser resultado da **interação entre incapacidade, funcionalidade e ambiente**. As pessoas ao redor e a legislação passam a ser corresponsáveis pela manutenção ou eliminação de barreiras que limitam a participação plena das pessoas com deficiência.

A ideia do **desenho universal**, que é um ambiente acessível a todas as pessoas e não apenas àquelas com deficiência reflete esta alteração. Todas as pessoas, mesmo aquelas sem deficiência, como idosos, gestantes ou pessoas com obesidade podem vir a ter sua funcionalidade comprometida se o ambiente não for adequado a sua participação. Esta compreensão é mais acolhedora e gera menos hostilidade porque o ambiente passa a ser reformulado para atender todas as pessoas com necessidades diferentes da média e não apenas àquelas com deficiência. Deixa de ser uma concessão específica e torna-se uma nova maneira de conviver e de construir espaços, serviços e relações. Além da definição de deficiência e de desenho universal, houve alterações em outras definições na “Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência”:

17

A **comunicação** passou a abranger as línguas, a visualização de textos, o Braille, a comunicação tátil, os caracteres ampliados, os dispositivos de multimídia acessível, assim como a linguagem simples, escrita e oral, os sistemas auditivos e os meios de voz digitalizada e os modos, meios e formatos aumentativos e alternativos de comunicação, inclusive a tecnologia da informação e comunicação acessíveis.

A **língua abrange** as línguas faladas e de sinais e outras formas de comunicação não falada.

**Discriminação por motivo de deficiência** significa qualquer diferenciação, exclusão ou restrição baseada na deficiência, com o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o reconhecimento, o desfrute ou o exercício, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nos âmbitos político, econômico, social, cultural, civil ou qualquer outro. Abrange todas as formas de discriminação, inclusive a recusa de adaptação razoável.

A **adaptação razoável** significa as modificações e os ajustes necessários e adequados que não acarretem ônus desproporcional ou indevido, quando requeridos em cada



caso, a fim de assegurar que as pessoas com deficiência possam gozar ou exercer, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, todos os direitos humanos e liberdades fundamentais.

A “Convenção Sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência”, além de assegurar o pleno e equitativo exercício de todos os direitos humanos universais, ainda acrescenta o direito ao respeito pela diferença e aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade; direito à acessibilidade e à informação; respeito pelo desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência; conscientização da sociedade e da família sobre as capacidades das pessoas com deficiência, além de suas condições; prevenção e combate a estereótipos, preconceitos e práticas nocivas; reconhecimento igualitário perante a lei e ao sistema de justiça; prevenção contra maus-tratos, tortura, exploração e violência; direito a um padrão que permita qualidade de vida independente, inclusão e mobilidade social; respeito à privacidade; garantia à saúde e educação regulares e específicas as suas necessidades; direito à igualdade de oportunidade, orientação técnica e treinamento profissional.

Vivemos neste momento, o que se convencionou chamar de **Paradigma da Emancipação**, dos direitos humanos e da cidadania. A pessoa com deficiência é cidadã plena de direitos e, junto com sua família tem voz ativa para tomar decisões, estão no papel central, enquanto os serviços estão no papel complementar, apoiando e ajudando na realização da escolha.

O “Relatório Mundial sobre a Deficiência” (2011) resultou de uma pesquisa a partir de diferentes métodos, com o objetivo de avaliar as condições de vida das pessoas com deficiência ao redor do mundo. Foram selecionados alguns segmentos para a avaliação que podem ser observados no quadro a seguir:

	Situação	Recomendações
<b>Saúde</b>	Precariedade, vulnerabilidade a comorbidades e à violência;	Acesso aos programas regulares e medidas específicas, além de melhorar o atendimento;
<b>Educação</b>	Baixa frequência, permanência e aprovação na escola;	Participação igualitária em instituições regulares, que devem ser modificadas;
<b>Emprego</b>	• Desemprego; • Salários mais baixos;	Reabilitação e treinamento vocacional;
<b>Condições Socioeconômicas</b>	• Pobreza, privações; • Custos extras com tratamentos;	• Expansão de serviços de saúde e seguro social; • Redução de tarifas para transporte e tratamentos;
<b>Participação Social</b>	Isolamento, dependência familiar e envelhecimento de cuidadores.	Apoio para defenderem suas necessidades e residências inclusivas.

Como se pode perceber, apesar dos esforços das nações e das mobilizações em prol da pessoa com deficiência, ainda temos um longo percurso na luta e defesa dos seus direitos e cidadania. A legislação é o resultado do reconhecimento do problema e do primeiro passo para a mudança, mas ao mesmo tempo, sua própria necessidade e existência denunciam práticas inadequadas e distantes do esperado.

A conscientização e a mudança de atitude em relação às pessoas com deficiência são mais lentas que a legislação, por isso, devem ser estimuladas e promovidas por todos para que os direitos deste público sejam realmente garantidos.

No Brasil, as políticas públicas nacionais, estaduais e municipais avaliadas nos capítulos seguintes caminham na mesma direção das diretrizes mundiais, enfrentando dificuldades semelhantes àquelas expressas no “Relatório Mundial sobre a Deficiência”.

## 3 - Deficiências

**A Lei Brasileira de Inclusão (LBI)**, sancionada em julho de 2015, entrou em vigor em 02 de Janeiro de 2016, após tramitação por 15 anos como o Estatuto da Pessoa com Deficiência, agora com força de lei conta com 127 artigos e segue os preceitos da Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

Como marco regulatório e legislativo, a LBI como esta popularizada, é o mais novo instrumento legal de garantia de direitos para as pessoas com deficiência. Sua concretização é “destinada a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais por pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania” (Art.1º, LBI 2015).

### 3.1- CONCEITO DE DEFICIÊNCIA

*Art. 2o Considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimento de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, o qual, em interação com uma ou mais barreiras, pode obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. (LBI, 2015).*

Desta forma o que impede a participação plena na sociedade são as barreiras existentes e não a deficiência em si.

A seguir, há breves descrições das deficiências. Estas definições saíram de pesquisas em literatura específica e sites especializados da internet, e foram compiladas a partir das discussões da equipe do Programa Todos Pelos Direitos.

### 3.2 - DEFICIÊNCIA FÍSICA

A deficiência física não pode ser considerada uma doença, a pessoa com deficiência física pode ter uma limitação de movimento, porém gozar de perfeita saúde.

As deficiências físicas se caracterizam por problemas no sistema nervoso central ou no sistema locomotor, que levam ao mau funcionamento ou paralisia dos membros.

Esta disfunção ou interrupção dos movimentos pode ser definida por paresia ou paralisia de acordo com o grau de comprometimento dos movimentos e pode afetar os membros inferiores, superiores ou ambos. De forma mais simples, podemos definir as paresias como perdas parciais de movimento, força e coordenação, enquanto as paralisias tratam da perda total dos movimentos.

As causas da deficiência física variam entre fatores genéticos, agentes de infecção viral e bacteriana (como a meningite), fatores neonatais e traumas, principalmente as lesões medulares, normalmente associadas a acidentes de carro e trauma por arma de fogo. Os principais tipos de deficiência física são:

**Paraplegia:** paralisia total ou parcial dos membros inferiores;

**Tetraplegia:** paralisia total ou parcial do corpo. O grau da paralisia será dado pela altura da lesão na medula;

**Hemiplegia:** paralisia total ou parcial das funções de um lado do corpo;

**Paralisia cerebral:** termo utilizado para designar a deficiência física quando associada a uma lesão no sistema nervoso central. Pode comprometer um ou mais membros do corpo e estar acompanhada de movimentos involuntários ou espasmos;

**Amputação:** perda de um ou mais membros do corpo.

### 3.3 - DEFICIÊNCIA VISUAL

A pessoa com deficiência visual, baixa visão ou cegueira terá a gravidade da deficiência associada ao local e à parte do olho afetada.

Para enxergar, precisamos de algumas estruturas oculares funcionando adequadamente, tais como a córnea, o cristalino, a pupila e a retina. A luz passa pela pupila e é captada pela retina. O cristalino, uma espécie de lente atrás da pupila, focaliza a luz e projeta a imagem na retina que irá transmitir a informação ao cérebro para ser interpretada. Quando ocorre qualquer problema em uma dessas estruturas, surgem as dificuldades em enxergar.



Algumas podem ser corrigidas com o uso de lentes corretivas (o foco é melhorado), outras com cirurgia ou com tratamento medicamentoso. Porém, em alguns casos a perda da visão total ou parcial é definitiva.

A deficiência visual também é classificada pelo nível de gravidade e de comprometimento da visão. Os casos mais leves e moderados são chamados de baixa visão, no qual a pessoa enxerga muito pouco e com dificuldade, mesmo com o auxílio de óculos. Os casos mais severos são chamados de cegueira, no qual a pessoa não enxerga absolutamente nada.

Faz parte do auxílio à pessoa cega ou com baixa visão o uso de guia (Bengala utilizada pelo cego para reconhecer obstáculos e degraus, por exemplo), cão guia, sistema Braille de leitura e escrita, audiobook, áudio descrição (em eventos e espaços culturais) e softwares adaptados de leitura de tela entre outros.

Uma dica no contato com a pessoa com deficiência visual é sempre perguntar como ela quer ser ajudada, antes de prestar qualquer auxílio e puxá-la ou pegá-la, além disso, não é necessário falar mais alto ou gritar, pois a deficiência visual não afeta sua audição.

### 3.4 - DEFICIÊNCIA AUDITIVA

A deficiência auditiva se caracteriza pela redução ou ausência da capacidade de ouvir sons. Pode ser classificada em escalas que são caracterizadas como leve, moderada, severa e profunda. Sua influência na vida do indivíduo será determinada não só pelo grau da deficiência, mas também pelo momento de vida em que ela surgiu. Se no nascimento, na primeira infância ou no período pré-linguístico.

Pode ocorrer, dependendo do grau da deficiência e do momento em que ela aparece (pré-linguístico), prejuízo na aquisição da linguagem oral e a criança pode ser, de acordo com a vontade da família e da própria criança, educada na linguagem de sinais (Libras - Língua Brasileira de Sinais), além da língua portuguesa.

O acompanhamento com fonoaudiólogos pode facilitar na aquisição da linguagem oral da pessoa com deficiência auditiva, porém, não existe a garantia de sucesso no tratamento. Vale lembrar que a pessoa surda não é muda, sua dificuldade está em ouvir e sua capacidade de falar será comprometida pela deficiência auditiva. A severidade desta deficiência está associada ao momento de surgimento, se antes da aquisição da

linguagem ou após esse período. Existem ainda alguns métodos de ensino adaptados que ajudam e facilitam a comunicação e a interação das pessoas com deficiência auditiva e o meio em que vivem, como o método oralista e o gestualista.

Alguns profissionais que atuam nessa área desenvolvem o método global, que agrega os dois já citados com o método sensorial, que ajuda na percepção das vibrações do meio social, facilitando a identificação de sinais e situações, como por exemplo, a campainha da casa que faz vibrar as paredes.

### 3.5 - SURDOCEGUEIRA

É uma deficiência única que apresenta concomitantemente a perda da visão e a perda da audição. Pode ser congênita ou adquirida ao longo da vida. As pessoas com surdocegueira podem apresentar diferentes necessidades, uma vez que podem ter: baixa visão e não ouvir nada; nenhuma visão e um resquício de audição; não poder ouvir e enxergar absolutamente nada.

Em cada caso, a pessoa com surdocegueira deve desenvolver formas de comunicação alternativas, como o alfabeto datilológico (letras do alfabeto que se formam pelas posições dos dedos sobre as mãos) ou a Todoma, que consiste na percepção por meio das mãos na boca de quem fala para interpretar a vibração dos sons de cada palavra. Os surdos-cegos podem fazer uso de guia interprete para sua interação com as pessoas e o ambiente a sua volta.

### 3.6 - MÚLTIPLA DEFICIÊNCIA

É a associação de duas ou mais deficiências descritas anteriormente, podendo ser: Deficiência Intelectual associada à deficiência física; deficiência auditiva associada a deficiência física e intelectual ou deficiência visual associada à paralisia cerebral.

Nestes casos, será sempre preciso apurar o grau de comprometimento em cada uma das deficiências para que sejam verificadas as barreiras encontradas pela pessoa e sua família, bem como os suportes que serão necessários para seu desenvolvimento, sua inclusão e emancipação.



### 3.7 - DEFICIÊNCIA INTELECTUAL

Até meados da década passada, a Deficiência Intelectual era mais conhecida como Retardo Mental, classificação médica utilizada até hoje para descrever pessoa com Deficiência Intelectual. A partir da Conferência Internacional sobre Deficiência Intelectual, promovida pela Organização Pan-americana de Saúde e pela Organização Mundial de Saúde, em 2004, convencionou-se alterar esta nomenclatura, pois além de carregar o peso da palavra “retardo”, causava certa confusão na distinção entre Transtorno Mental e Retardo Mental. Instituiu-se, a partir da Declaração de Montreal resultante da citada Conferência, a terminologia “Deficiência Intelectual”, e desde então, este termo passou a ser progressivamente utilizado na Literatura.

Porém ainda hoje, para diagnóstico médico, utiliza-se de forma anacrônica o termo retardo mental, categorizando em leve, moderado, grave e profundo (Classificação Internacional de Doenças 10ª revisão- CID 10).

Na literatura, muito se discute sobre como avaliar, diagnosticar e classificar a Deficiência Intelectual e quais são os melhores critérios, métodos e instrumentos utilizados para realizar tal procedimento. Um dos conceitos centrais para a discussão sobre o diagnóstico da Deficiência Intelectual é o conceito de inteligência.

Entende-se por inteligência um conjunto de capacidades mentais necessárias para adaptação à vida, sendo que essas habilidades têm por intuito permitir que a pessoa compreenda e interprete o meio a sua volta, agindo conforme as necessidades apresentadas. Esta capacidade de compreender e interpretar o ambiente faz com que a pessoa consiga superar de maneira mais fácil os obstáculos inerentes à vida cotidiana.

O Brasil não possui sua própria definição de Deficiência Intelectual e utiliza a definição da AAIDD, quando necessário.

Segundo a definição da AAIDD (American Association on Intellectual Developmental Disabilities) de 2010, a Deficiência Intelectual é caracterizada por uma limitação significativa no funcionamento intelectual e nos comportamentos adaptativos expressos nas questões conceituais, sociais, e atividades de vida prática. Este funcionamento origina-se necessariamente antes dos 18 anos. (AAIDD – disponível em <http://www.aaidd.org>).

A Deficiência Intelectual refere-se a um funcionamento intelectual inferior à média (medida pelo quociente intelectual: QI), associado a limitações adaptativas em pelo

menos duas áreas destas habilidades: comunicação, autocuidado, vida no lar, adaptação social, saúde e segurança, uso de recursos da comunidade, determinação, funções acadêmicas, lazer e trabalho.

Sendo assim, podemos compreender que uma das formas de classificar e diagnosticar uma pessoa com Deficiência Intelectual é observando a presença de um funcionamento mental geral abaixo da média, associado ao comprometimento nas habilidades adaptativas, sociais, práticas e conceituais.

Contudo, não podemos deixar de considerar a individualidade da pessoa e o contexto no qual está inserida: sua família, sua escola e sua comunidade, valendo observar ainda quais recursos estão disponíveis, como transporte, saúde, lazer, habitação, esporte e educação para o desenvolvimento de tais habilidades e seu uso.

Segundo a convenção da Organização das Nações Unidas (ONU) de 2006, a deficiência não se restringe ao indivíduo, mas sim ao ambiente a sua volta, ou seja, para falarmos da deficiência temos de compreender primeiramente o espaço e os recursos disponíveis a ela, além das barreiras que as pessoas com deficiência enfrentam em seu dia a dia.

As pessoas têm limitações a serem superadas e potencialidades a serem estimuladas e desenvolvidas. Se contarmos com um meio que promova o apoio para superar as dificuldades e potencializar as habilidades, poderemos alcançar uma melhor qualidade de vida, promovendo a acessibilidade da pessoa com deficiência, diminuindo a exclusão social e conquistando uma sociedade mais justa e solidária na qual todos possam usufruir dos recursos e dos direitos sociais de forma igualitária. Talvez a principal maneira de fazer isso seja diminuindo as distâncias entre aqueles chamados de “normais” e as pessoas com deficiência.

As causas da Deficiência Intelectual são muitas e, por vezes, estão associadas à pobreza e condições inadequadas de vida.

Para os estudos e as pesquisas sobre Deficiência Intelectual, suas causas e formas de prevenção, devem ser considerados três aspectos básicos: os biomédicos, os comportamentais e os afetivo-sociais.

As causas da Deficiência Intelectual variam muito e podem ocorrer em três momentos distintos na história do indivíduo, a seguir:

**PRÉ-NATAIS:** alterações genéticas, malformações, uso de remédios, álcool e drogas pela gestante, doenças infecciosas (como rubéola e toxoplasmose), desnutrição materna entre outros.

**PERINATAIS:** traumas no parto, hipóxia ou abnóxia, prematuridade e baixo peso, icterícia grave, incompatibilidade de fator Rh entre outros.

**PÓS-NATAIS:** desnutrição grave, infecções (como meningite e sarampo), intoxicação por chumbo, remédios ou produtos químicos, acidentes (trânsito, afogamentos, quedas etc.) e outras doenças como a neurocisticercose.

O grande desafio para os estudiosos dessa deficiência reside no fato de que, em grande parte dos casos estudados, essa alteração não tem sua causa conhecida ou identificada, e muitas vezes não se chega a estabelecer com clareza a etiologia da deficiência.

O diagnóstico de Deficiência Intelectual deve, preferencialmente, ser realizado por uma equipe multiprofissional. Este devesse avaliar os três níveis básicos do universo humano: o corpo biológico, o psicológico (comportamental, cognitivo e afetivo) e o social.

Quanto antes for realizado o diagnóstico de Deficiência Intelectual, melhor será a intervenção, diminuindo os riscos e barreiras. Oferecer a oportunidade de inclusão social e escolar e de desenvolvimento da pessoa com Deficiência Intelectual, investindo em suas potencialidades e capacidades, melhora sua qualidade de vida, aumentando a independência e a autonomia.

Quando se fala sobre Deficiência Intelectual, é muito comum a confusão com transtorno mental. São diagnósticos diferentes, com etiologia, sintomas e tratamentos bem distintos. No transtorno mental, existe alteração do funcionamento psíquico, com mudanças de percepção da realidade, alienação, labilidade emocional, paranoia, embotamento afetivo, alucinação etc. O tratamento costuma associar a prescrição de fármacos e de psicoterapia, visando à melhoria dos sintomas e, em alguns casos, a cura. O transtorno mental não está, necessariamente, associado a alguma deficiência.

Na Deficiência Intelectual, o que existe é a dificuldade de compreender e interpretar o mundo, principalmente os aspectos mais abstratos, e não existe um tratamento visando à cura, nem medicações que diminuam a deficiência. O acompanhamento é feito em serviço de estimulação, de preferência com equipe multidisciplinar e acompanhamento educacional, social e de saúde, que visam diminuir barreiras e oferecer suporte, favorecendo assim a inclusão social da pessoa.

## 4 - Preconceito

A palavra “pré-conceito” refere-se a um conceito prévio, anterior. Anterior à experiência, à reflexão, ideia quase automática, informada pelo senso comum cultural.

As diferenças e desvios de padrões sociais e culturais têm uma tendência cada vez maior de serem compreendidos pela perspectiva médica, que está preocupada em distinguir os sãos dos doentes ou insanos; os normais dos anormais, de acordo com Velho (1985). O “mal” é atribuído à pessoa desviante, independente da sociedade e da cultura.

Essa concepção desconsidera que o desvio, além de ser uma característica que faz a pessoa diferir da maioria, decorre das relações interpessoais, está inserida na dialética das relações sociais, dos significados que cada característica, ausência ou deformidade têm para cada grupamento humano.

Goffman (1982) enfatiza o caráter social do estigma, dizendo que “a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas e o total de atributos considerados como comuns e naturais para os membros de cada uma dessas categorias” (p.11-12)

A pessoa com deficiência apresenta uma diferença significativa em relação à média das pessoas, aos “normais”, que representam um ideal esperado ou são a maioria, estatisticamente localizada no centro da curva em forma de sino, conhecida como curva normal de Gauss. Há desvios padrão, ligeiramente diferentes da norma. Características menos comuns aparecem nos extremos à direita ou à esquerda da curva normal. São variados os graus de desvio da norma e pessoas com tais características são chamadas de desviantes.

A característica é menos importante para o estigma do que a leitura social feita dessa diferença, os juízos de valor: bom e mau, certo e errado em relação a uma definida referência social. Amaral (1992) chama de deficiência primária a característica desviante e de deficiência secundária, o significado deste desvio para a sociedade. É a deficiência secundária a responsável pelos preconceitos, estereótipos que legitimam a exclusão, o abandono, a violência.



O preconceito pode ser entendido por várias dimensões, seja ela histórica, cultural, econômica, política, psicológica, entre outras. Manifesta-se pelo comportamento discriminatório de uma pessoa contra outra.

Discriminar alguém não é considerado ético na era dos “direitos”, podendo o ofensor sofrer ações jurídicas de discriminação. Será esta medida bastante para impedir o preconceito? Claro que não.

O preconceito é irracional e se manifesta sutilmente por meio de comportamentos como: os chistes e o distanciamento, ou a ruptura total de relacionamento com uma determinada pessoa (e/ou grupo social) que, por ser diferente, causa estranhamento.

Na história, há relatos de várias perseguições contra determinadas pessoas ou grupos sociais. Adorno discute isso no texto “Educação após Auschwitz” (1995):

*“Um esquema confirmado pela história de todas as perseguições é que a ira se dirige contra os fracos, sobretudo contra aqueles que são julgados socialmente débeis e, ao mesmo tempo – com ou sem razão – felizes.”*

As ideologias podem fomentar perseguições por meio de ameaças imaginárias. A diferença gera um estranhamento que pode colocar as pessoas no registro de ataque-fuga, por exemplo: “o outro é tão diferente de mim que me leva a odiá-lo (nem sempre a pessoa que odeia tem consciência desse sentimento). Se eu o odeio, ele deve me odiar também e por isso, devo me proteger dele, atacando-o”.

Na sociedade capitalista que tem por base a exploração do trabalho sustentada pela dominação ideológica, são aceitos apenas aqueles que produzem e consomem. Aqueles que não fazem parte do ciclo de produção/consumo são marginalizados, excluídos, considerados improdutivos e alguns tachados de vagabundos, bandidos perdendo, muitas vezes, a condição de pessoas com direitos. Exemplo desse pensamento: “Quem não tem deveres (com o trabalho, com o sistema capitalista), não tem direitos!”

Além disso, nossa cultura enfatiza a importância do individualismo em detrimento da vida comunitária, valoriza a autonomia total, a independência e, como consequência, evita e teme a dependência, inclusive a inevitável, como a dependência emocional. Pessoas com algum grau de dependência são consideradas seres de segundo escalão, sem dignidade.

A pessoa com deficiência, historicamente segregada, passou a ter seus direitos

reconhecidos, mas continua sendo discriminada: é capaz de produzir? Quanto? O preconceito, neste caso, está intimamente ligado ao que ela pode fazer ou não.

A adaptação social da pessoa com deficiência passa pela lógica da educação que é, atualmente, uma formação tecnológica e não uma formação para vida, respeitando seus direitos como pessoa. Quanto mais são valorizadas pessoas capazes, menos são aceitas pessoas que não produzem pela sua “incapacidade” ou pessoas que tem dificuldades para discernir o que consumir.

Preconceito, para Amaral (1992) é uma atitude (tendência de pensamento e sentimento, ainda não explicitada) favorável ou desfavorável, positiva ou negativa, anterior a qualquer conhecimento, informação ou reflexão.

Preconceito negativo é julgar pior, de antemão, uma pessoa com determinada característica, sem conhecê-la. Preconceito positivo é o inverso: julgasse melhor a pessoa com alguma desvantagem, por exemplo: “Deficientes têm mais liberdade social para expressarem seus desejos”. As desvantagens são minimizadas e a condescendência social com a dificuldade é transformada em vantagem.

Estereótipo é a concretização, a explicitação do julgamento qualitativo baseado no preconceito.

Não se trata de universalizar a semelhança entre deficientes e não deficientes, mas de se aproximar do diferente com críticas a respeito das concepções sociais automatizadas, irracionais, preconcebidas. O preconceituoso tem dificuldade de questionar tais concepções e tende a repeti-las, legitimando-as.

No texto de Freud, “O Estranho” (1919), há algumas pistas para a origem dos preconceitos, de um ponto de vista psicológico. A experiência de estranheza refere-se à identificação de algo no outro que está presente em si, mas não é aceito como próprio, é banido do psiquismo.

Assim, o que é considerado estranho e incômodo, na verdade, é muito familiar, tão familiar que provoca o retorno do mal-estar que levou ao banimento. Mal-estar que pode levar à agressividade contra o outro “estranho”. O preconceituoso, por meio do mecanismo defensivo da projeção, coloca no outro uma parte sua estranhada. Essa característica familiar pode ser específica, mas em geral, pode-se pensar numa limitação, em algo criticável, reprovável.



A pessoa com deficiência é um estranho, um humano com alguma limitação que pode lembrar as próprias dificuldades, os medos de passar por dificuldades, o medo da dependência, entre outros e, por isso, a pessoa com deficiência, sem querer, pode incomodar, ameaçar o bem-estar psíquico de outras pessoas.

Para retornar ao equilíbrio, surgem defesas psíquicas para enfrentar a deficiência, o desvio. Alguns exemplos: **generalização** da diferença: “Não sabia que deficientes intelectuais podem dançar”. Alguns podem e querem, outros não. A generalização agrupa pessoas de determinado “tipo”, separando-a do preconceituoso e de seu grupo. Os “outros” são homogeneizados e considerados piores que o “nós”.

A **negação** da diferença que pode ser de três tipos: atenuação, compensação e simulação. Essas defesas contra o incômodo psíquico que a deficiência pode desencadear têm o objetivo de “anular” a diferença, que é extremamente desrespeitoso com as pessoas, porque desconsidera seu sofrimento, sua subjetividade.

**Atenuação:** “Não é tão grave assim, podia ser pior”; “Ainda bem que é Deficiência Intelectual e não um câncer”.

**Compensação:** “É deficiente, mas é muito afetivo”.

**Simulação:** “É deficiente, mas é como se fosse normal”. O mecanismo defensivo da negação afasta a diferença incômoda, apagando-a, evitando que o preconceituoso entre em contato com seus sentimentos de rejeição, pena, asco, etc.

Encontramos ainda com muita frequência na relação com a pessoa com deficiência, a **superproteção**: “Faço tudo pra ele sim, porque ele tem dificuldade e ninguém cuida melhor dele do que eu”.

A superproteção é a defesa que esconde o desejo de rejeição e abandono, que são seus opostos complementares. O superprotetor oscila entre o excesso de proteção que o funde com a pessoa com deficiência e a agressividade que a afasta.

O preconceito é sustentado e legitimado pelas ideologias, que não são submetidas à reflexão, apenas se repetem e se fortalecem.

*“Nem toda violência é devida ou derivada do preconceito, mas todo preconceito pode gerar violência, que só se torna visível na discriminação; como esta tende a ser sutil, dificilmente pode ser nomeada e combatida. O combate ao preconceito, portanto, tem caráter preventivo contra a violência; como, em sua forma tênue, dificilmente é notado - só é sentido por sua vítima -, cabem ações que visem o seu desaparecimento e, quando isso não for possível, a sua não manifestação”. (Crochík, 2010)*

Perceber os próprios preconceitos, enfrentá-los e refletir sobre eles são caminhos para combater a violência em seu âmago. Entre as deficiências, a Intelectual costuma sofrer mais preconceito devido à falta de informação. O preconceituoso reafirma as ideologias com impressões obtidas por meio de rápidas observações ou de “ouvir falar”. Desse ponto de vista, a Deficiência Intelectual fica “invisível”, aparecendo apenas no contato direto com a pessoa com deficiência, que é difícil para o preconceituoso.

O preconceito é a mais sutil e nociva forma de violência, pois desqualifica antecipadamente o outro sem dar-lhe condições de defesa.

## 5 - Direitos das Crianças e dos Adolescentes

Com base no artigo 227 da Constituição Federal de 1988, que versa: “É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”, foi aprovada, em 1990, a lei de Nº 8069, denominada Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, que marca a passagem do pensamento pautado na Doutrina da Situação Irregular, que tratava crianças e adolescentes como “menores”, para a Doutrina da Proteção Integral a Crianças e Adolescentes, consolidando a luta pela universalidade dos direitos humanos, incluindo todas as crianças e os adolescentes efetivamente como cidadãos e, sendo assim, sujeitos de direitos.

A Doutrina da Proteção Integral foi ganhando força e se consolidando dentro de um processo histórico antes de se transformar em um importante instrumento jurídico-legal de defesa e proteção aos direitos da criança e do adolescente. Iniciou em 1959 com a Declaração Universal dos Direitos Humanos, passando pelo Código de Menores aprovado no Brasil em 1979, pela Promulgação da Constituição Federal Brasileira em 1988 - conhecida como Constituição Cidadã –, seguida pela Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança em 1989 e por fim com a promulgação do ECA em 1990, consolidando a luta pelos direitos das crianças e dos adolescentes.

---

<sup>1</sup>Oferecia serviços e atendimentos às crianças e jovens que estivessem em desacordo com a norma, chamados meninos de rua, “menor infrator”, excluídos os outros da regulação e proteção do Estado.

Nessa medida, o ECA marca a nova concepção de criança e adolescente, superando a ideia de menoridade ou de “miniadultos” e, a partir dela, crianças e adolescentes passam a ser considerados como pessoas em fase peculiar de desenvolvimento, devendo ser prioridade absoluta nas políticas públicas e nas medidas protetivas. Sendo assim, são criadas, a partir das diretrizes do Estatuto, as medidas de proteção (para situações nas quais crianças e adolescentes são ameaçados ou tem violados seus direitos) e as medidas socioeducativas (aplicadas a adolescentes que cometeram atos infracionais). Estas ações e diretrizes vêm para se contrapor ao enfoque repressivo/punitivo que vigorava até então nos cuidados e proteção da criança e do adolescente.

Além da mudança do paradigma repressivo/punitivo, o Estatuto da Criança e do Adolescente trouxe uma novidade para a estruturação das políticas voltadas à infância e adolescência no Brasil. Foram criados os Conselhos de Direitos da Criança e da Adolescência, que atuam na consolidação de políticas públicas para a área, e os Conselhos Tutelares, que tem a missão de proteger e garantir os direitos das crianças e dos adolescentes.

Dados da Secretaria de Direitos Humanos (SDH), apontam que em 2014, 99,5% dos municípios brasileiros já possuem instalados Conselhos Tutelares e mais de 99% possuem Conselhos Municipais Do Direito da Criança e Adolescente (CMDCA).

É uma perspectiva favorável, quando se analisa a implementação desses órgãos no país. Porém, quando se avalia a atuação dessas instâncias, em termos de infraestrutura e competência técnica e teórica, encontramos ainda muitas carências de recursos humanos e investimentos em formação e capacitação.

Devemos lembrar que, antes da deficiência, estamos lidando com uma pessoa – criança ou adolescente – e, por isso, temos os mesmos deveres de proteger, prevenir e denunciar toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, como expresso no artigo 13 do ECA: “Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”. E também no artigo 245, que diz: “Deixar o médico, professor ou responsável por estabelecimento de atenção à saúde e de ensino fundamental, pré-escola ou creche, de comunicar à autoridade competente os casos de que tenha conhecimento, envolvendo suspeita ou confirmação de maus tratos contra criança ou adolescente. Pena - multa de três a vinte salários de referência, aplicando-se o dobro em caso de reincidência”.



Quando falamos de forma mais específica sobre a criança e o adolescente com Deficiência Intelectual, encontramos no ECA alguns artigos que versam sobre o tema específico dos direitos da criança e do adolescente com deficiência, que buscam contemplar suas necessidades diminuindo a exclusão social e o preconceito, como os artigos a seguir:

## DO DIREITO À VIDA E À SAÚDE

**Art. 11.** É assegurado acesso integral às linhas de cuidado voltadas à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, observado o princípio da equidade no acesso a ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016)

§ 1º A criança e o adolescente com deficiência serão atendidos, sem discriminação ou segregação, em suas necessidades gerais de saúde e específicas de habilitação e reabilitação. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016)

§ 2º Incumbe ao poder público fornecer gratuitamente, àqueles que necessitarem, medicamentos, órteses, próteses e outras tecnologias assistivas relativas ao tratamento, habilitação ou reabilitação para crianças e adolescentes, de acordo com as linhas de cuidado voltadas às suas necessidades específicas. (Redação dada pela Lei nº 13.257, de 2016)

## DO DIREITO À EDUCAÇÃO

**Art. 54.** É dever do Estado assegurar à criança e ao adolescente:  
III – atendimento educacional especializado aos portadores de deficiência, preferencialmente na rede regular de ensino.

## DO DIREITO À PROFISSIONALIZAÇÃO E À PROTEÇÃO NO TRABALHO

**Art. 66.** Ao adolescente portador de deficiência é assegurado trabalho protegido.

## DAS MEDIDAS SOCIOEDUCATIVAS

**Art. 112.** Verificada a prática de ato infracional, a autoridade competente poderá aplicar ao adolescente as seguintes medidas:

§3º os adolescentes portadores de doença ou deficiência mental receberão tratamento individual especializado, em local adequado às suas condições.

As leis e decretos devem servir para nos nortear, servir como rumo para quais caminhos devemos seguir e, neste caso e sentido, caminhamos para tirar a questão da deficiência da invisibilidade e da exclusão social, investindo na formação de políticas públicas que garantam o exercício pleno da cidadania das pessoas, com liberdade, proteção e participação nas decisões políticas que versam sobre as questões da deficiência e da vida social da pessoa.

A seguir, uma lista resumida das conquistas e dos direitos da pessoa com deficiência, assegurada pela Constituição Federal e por leis complementares.

## DIREITO À VIDA

**Art. 10.** Compete ao poder público garantir a dignidade da pessoa com deficiência ao longo de toda a vida. (LBI, Lei 13.146/2015)

A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (CDPD) descreve os direitos civis, culturais, políticos, sociais, e econômicos, das pessoas com deficiência, com o objetivo de “promover, proteger, e garantir o usufruto pleno e igualitário de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por parte das pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente” (CDPD, 2006 / Relatório Mundial Sobre a Deficiência, 2012)

## DIREITO À ACESSIBILIDADE

**Art. 53.** A acessibilidade é direito que garante à pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida viver de forma independente e exercer seus direitos de cidadania e de participação social. (LBI, Lei 13.146/2015)



LEI Nº 9.086, de 03 de março de 1995, Diário Oficial do Estado de São Paulo, 04 de março de 1995. Determina aos órgãos da Administração Direta e Indireta a adequação de seus projetos, edificações, instalações e mobiliário ao uso de pessoas portadoras de deficiências. (Remete a Norma ABNT 9050)

**Art. 41. § 3º** As cidades de que trata o **caput** deste artigo devem elaborar plano de rotas acessíveis, compatível com o plano diretor no qual está inserido, que disponha sobre os passeios públicos a serem implantados ou reformados pelo poder público, com vistas a garantir acessibilidade da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida a todas as rotas e vias existentes, inclusive as que concentrem os focos geradores de maior circulação de pedestres, como os órgãos públicos e os locais de prestação de serviços públicos e privados de saúde, educação, assistência social, esporte, cultura, correios e telégrafos, bancos, entre outros, sempre que possível de maneira integrada com os sistemas de transporte coletivo de passageiros. (Incluído pela **Lei nº 13.146, de 2015**) (Estatuto da Cidade - LEI Nº 10.257/2011)

## DIREITO A IGUALDADE E A NÃO DISCRIMINAÇÃO

**Art. 4º** Toda pessoa com deficiência tem direito à igualdade de oportunidades com as demais pessoas e não sofrerá nenhuma espécie de discriminação. (LBI, Lei 13.146/2015).

**Art. 5º** A pessoa com deficiência será protegida de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, tortura, crueldade, opressão e tratamento desumano ou degradante. (LBI, Lei 13.146/2015).

**Art. 6º** A deficiência não afeta a plena capacidade civil da pessoa, inclusive para: casar-se e constituir união estável; exercer direitos sexuais e reprodutivos; exercer o direito de decidir sobre o número de filhos e de ter acesso a informações adequadas sobre reprodução e planejamento familiar; conservar sua fertilidade, sendo vedada a esterilização compulsória; exercer o direito à família e à convivência familiar e comunitária; e exercer o direito à guarda, à tutela, à curatela e à adoção, como adotante ou adotando, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. (LBI, Lei 13.146/2015).

## DIREITO À EDUCAÇÃO

A educação constitui direito da pessoa com deficiência, assegurando o sistema educacional inclusivo em todos os níveis e aprendizado ao longo de toda a vida, de forma a alcançar o máximo desenvolvimento possível de seus talentos e habilidades físicas, sensoriais, intelectuais e sociais, segundo suas características, interesses e necessidades de aprendizagem. (art. 27, LBI, Lei 13.146/2015)

A pessoa com deficiência tem direito à educação pública e gratuita, preferencialmente na rede regular de ensino e, se for o caso, ao Atendimento Educacional Especializado (AEE) no contra turno escolar. Como previsto no Art. 54 do Estatuto da Criança e do Adolescente.

**Art. 4. III** - Atendimento educacional especializado gratuito aos educandos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, transversal a todos os níveis, etapas e modalidades, preferencialmente na rede regular de ensino; (Redação dada pela Lei nº 12.796, de 2013). (LDB, Lei 9394 – 1996)

Universalizar, para a população de 04 a 17 anos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades ou superdotação, o acesso à educação básica e ao atendimento educacional especializado, preferencialmente na rede regular de ensino, com a garantia de sistema educacional inclusivo, de salas de recursos multifuncionais, classes, escolas ou serviços especializados, públicos ou conveniados. (Meta 4 - Plano Nacional de Educação 2014 – 2024).

É importante incentivar e criar condições para que a pessoa com deficiência frequente o ambiente escolar da pré-escola ao ensino superior.

## DIREITO À SAÚDE

De acordo com a Constituição Federal, todos têm direito a saúde pública e gratuita. Direito ao diagnóstico correto, à informação e aos tratamentos necessários. Os planos de saúde suplementares não podem recusar a adesão da pessoa com deficiência, sob o risco de configurar discriminação (Lei Federal 7.853/89).

**Art. 18.** É assegurada atenção integral à saúde da pessoa com deficiência em todos os níveis de complexidade, por intermédio do SUS, garantido acesso universal e igualitário. (LBI, Lei 13.146/2015)

LEI Nº 3.914, de 14 de novembro de 1983

Diário Oficial do Estado de São Paulo, de 15 de novembro de 1983

Diário Oficial do Estado de São Paulo, de 3 de abril de 1984, **Artigo 1º** - É obrigatória nos hospitais e maternidades do Estado de São Paulo, quer da rede pública, quer da rede privada, a realização de provas para o diagnóstico precoce de Fenilcetonúria (FNC) e do Hipotireoidismo Congênito (HC) em todas as crianças nascidas em suas dependências.

PORTARIA Nº 1.434, de 19 de dezembro de 2012 que altera a Lei Nº 3.914. Resolve que: estabelecimento de saúde com serviço próprio dispondo de equipe multiprofissional especializada nos atendimentos, acompanhamentos e tratamentos aos recém-nascidos com diagnósticos nas doenças fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, doenças falciformes e outras hemoglobinopatias, fibrose cística, hiperplasia adrenal congênita e deficiência de biotinidase detectado em laboratório próprio ou terceirizado capacitados de acordo com as normas estabelecidas no Programa Nacional de Triagem Neonatal.

## DIREITO À HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO

**Art. 14.** O processo de habilitação e de reabilitação é um direito da pessoa com deficiência.

**Parágrafo único.** O processo de habilitação e de reabilitação tem por objetivo o desenvolvimento de potencialidades, talentos, habilidades e aptidões físicas, cognitivas, sensoriais, psicossociais, atitudinais, profissionais e artísticas que contribuam para a conquista da autonomia da pessoa com deficiência e de sua participação social em igualdade de condições e oportunidades com as demais pessoas. (LBI, Lei 13.146/2015)

**Artigo 1º.** Fica instituída, no âmbito do Estado de São Paulo, a Rede de Reabilitação “Lucy Montoro”, estruturada na forma do disposto neste decreto.

**Parágrafo único.** A Rede de Reabilitação “Lucy Montoro” integrará, nos termos da Política Estadual de Saúde da Pessoa com Deficiência, a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência Física do SUS/SP. (Decreto nº 52.973/2008).

## DIREITO À MORADIA

**Art. 31.** A pessoa com deficiência tem direito à moradia digna, no seio da família natural ou substituta, com seu cônjuge ou companheiro ou desacompanhada, ou em moradia para a vida independente da pessoa com deficiência, ou, ainda, em residência inclusiva. (LBI, Lei 13.146/2015).

LEI Nº 7.859, de 25 de maio de 1992

Diário Oficial do Estado de São Paulo, de 26 de maio de 1992, dispõe sobre a inserção de campo destinado ao registro de família de portador de deficiência física, nas fichas de inscrição para aquisição de casa própria.

De acordo com o Plano Viver Sem Limites, as Residências Inclusivas tem a finalidade de acolher pessoas com deficiência, a partir dos 18 anos.

**Residências Inclusivas:** unidades de oferta do Serviço de Acolhimento do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) localizadas em áreas residenciais da comunidade, com estruturas adequadas, que possam contar com apoio psicossocial para o atendimento das necessidades da pessoa acolhida, destinadas a jovens e adultos com deficiência, em situação de dependência, que não dispõem de condições de autossustentabilidade e com vínculos familiares fragilizados ou rompidos. (LBI, Lei 13.146/2015).

**Moradia Para a Vida Independente da Pessoa com Deficiência:** moradia com estruturas adequadas e capazes de proporcionar serviços de apoio coletivos e individualizados, que respeitem e ampliem o grau de autonomia de jovens e adultos com deficiência. (LBI, Lei 13.146/2015).

**Art. 19.** Os Estados partes desta Convenção reconhecem o igual direito de todas as pessoas com deficiência de viver na comunidade, com a mesma liberdade de escolha que as demais pessoas, e tomarão medidas efetivas e apropriadas para facilitar às pessoas com deficiência o pleno gozo desse direito e sua plena inclusão e participação na comunidade, inclusive assegurando que:

a) as pessoas com deficiência possam escolher seu local de residência e onde e com quem morar, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, e que não sejam obrigadas a viver em determinado tipo de moradia;

b) as pessoas com deficiência tenham acesso a uma variedade de serviços de apoio em domicílio ou em instituições residenciais ou a outros serviços comunitários de apoio,



inclusive os serviços de atendentes pessoais que forem necessários, como apoio para que vivam e sejam incluídas na comunidade e para evitar que fiquem isoladas ou segregadas da comunidade;

c) os serviços e instalações da comunidade para a população em geral estejam disponíveis às pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades, e atendam às suas necessidades. (Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, – Decreto Legislativo nº 186/2008 – Decreto nº 6.949/2009)

**Art. 32.** Nos programas habitacionais, públicos ou subsidiados com recursos públicos, a pessoa com deficiência ou o seu responsável goza de prioridade na aquisição de imóvel para moradia própria, observado o seguinte:

I - reserva de, no mínimo, 3% (três por cento) das unidades habitacionais para pessoa com deficiência. (LBI, Lei 13.146/2015).

## DIREITO AO TRANSPORTE

**Art. 46.** O direito ao transporte e à mobilidade da pessoa com deficiência ou com mobilidade reduzida será assegurado em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, por meio de identificação e de eliminação de todos os obstáculos e barreiras ao seu acesso. (LBI, Lei 13.146/2015)

**PASSE LIVRE** - Lei 8.899/94 - Transporte rodoviário, ferroviário e aquaviário interestadual gratuito à pessoa com deficiência física, intelectual, auditiva ou visual, múltiplo deficiente e surdo cego, comprovadamente carentes ou deficientes (renda per capita até um salário mínimo).

**SPTRANS** - (São Paulo) Lei 11.250/92 - Transporte público e gratuito dentro do município de São Paulo.

O direito ao transporte da pessoa com deficiência é garantido pelo transporte público municipal.

**Isenção fiscal para compra de veículo** – Lei 8.989/95

Dentre todos os impostos que incidem na compra de veículos automotores, o único dedutível para aquisição da pessoa com Deficiência Intelectual é o Imposto sobre Produto Industrializado (IPI). Este desconto é dado na compra do veículo por pessoa com deficiência.

**Suspensão do rodízio de carros** - A pessoa com deficiência ou seu representante legal pode solicitar junto ao DETRAN de São Paulo, a liberação da restrição de circulação de veículos.

## DIREITO AO TRABALHO

Todos, sem distinção, têm direito ao trabalho, segundo a Constituição Federal de 1988, desde que tenham as habilidades e a qualificação profissional exigida para as funções a serem exercidas.

**Art. 34.** A pessoa com deficiência tem direito ao trabalho de sua livre escolha e aceitação, em ambiente acessível e inclusivo, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. (LBI, Lei 13.146/2015)

O jovem com deficiência ainda encontra respaldo no ECA (Art. 66) com a garantia de trabalho protegido.

A Organização Internacional do Trabalho - OIT - assegura muitos direitos da pessoa com deficiência, por exemplo, a acessibilidade, a adaptação do local de trabalho para o livre trânsito, além de igualdade nas oportunidades de trabalho, sem distinção por sua condição.

**Art. 36.** O poder público deve implementar serviços e programas completos de habilitação profissional e de reabilitação profissional para que a pessoa com deficiência possa ingressar, continuar ou retornar ao campo do trabalho, respeitados sua livre escolha, sua vocação e seu interesse. (LBI, Lei 13.146/2015)

**Art. 37.** Constitui modo de inclusão da pessoa com deficiência no trabalho a colocação competitiva, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, nos termos da legislação trabalhista e previdenciária, na qual devem ser atendidas as regras de acessibilidade, o fornecimento de recursos de tecnologia assistiva e a adaptação razoável no ambiente de trabalho. (LBI, Lei 13.146/2015)

**Art. 41.** A pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social (RGPS) tem direito à aposentadoria nos termos da Lei Complementar no 142, de 8 de maio de 2013. (LBI, Lei 13.146/2015)



LEI COMPLEMENTAR Nº683 de 18 de setembro de 1992 e Diário Oficial do Estado de São Paulo de 19 de setembro de 1992, dispõe sobre reserva, nos concursos públicos, de percentual de cargos e empregos para portadores de deficiência e dá providências correlatas.

**Art. 21 – A § 2º** A contratação de pessoa com deficiência como aprendiz não acarreta a suspensão do benefício de prestação continuada, limitado a 2 (dois) anos o recebimento concomitante da remuneração e do benefício (Incluído pela Lei nº 12.470, de 2011) (LOAS, Lei 8742, 1993)

O emprego apoiado é uma metodologia com planejamento individualizado e centrado na pessoa, possibilitando uma visão mais ampla das habilidades de cada pessoa. Seu diferencial destaca-se em detectar as potencialidades de cada um, na busca dos apoios ou tecnologias para tornar as pessoas mais independentes, articulando a rede da pessoa na comunidade e no campo empresarial. (ABADS - <http://www.abads.org.br/>)

## DIREITO AO VOTO

A pessoa com deficiência pode exercer livremente o seu direito de votar e ser votado, desde que não tenha sido decretada por qualquer motivo, sua interdição total.

**Art. 84.** A pessoa com deficiência tem assegurado o direito ao exercício de sua capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas. (LBI, Lei 13.146/2015).

## DIREITO À ASSISTÊNCIA SOCIAL

**Art. 39.** Os serviços, os programas, os projetos e os benefícios no âmbito da política pública de assistência social à pessoa com deficiência e sua família têm como objetivo a garantia da segurança de renda, da acolhida, da habilitação e da reabilitação, do desenvolvimento da autonomia e da convivência familiar e comunitária, para a promoção do acesso a direitos e da plena participação social. (LBI, Lei 13.146/2015)

**Art. 2º e)** a garantia de 1 (um) salário-mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família; (Incluído pela Lei nº 12.435, de 2011) (LOAS, Lei 8742, 1993)

O Benefício da Prestação Continuada (BPC) é assegurado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e consiste no pagamento de um salário mínimo à pessoa com deficiência pertencente a uma família que apresenta renda per capita inferior a um quarto de salário mínimo. Este benefício pode cessar em caso de melhoria da renda familiar ou emprego da pessoa com deficiência e, caso necessite novamente, o pedido pode ser refeito.

A legislação específica tem como finalidade assegurar à população com deficiência direitos básicos que permitam o pleno exercício de sua cidadania. As dificuldades de compreensão, a falta de informação e o preconceito ainda são as maiores barreiras para a diminuição da exclusão e a formação sólida de políticas públicas que garantam o sistema de proteção e os direitos de todas as crianças e adolescentes com deficiência.

O Plano Viver Sem Limites investe em Centros-Dia de Referência, que são unidades de serviços com a finalidade de oferecer cuidados às pessoas com deficiência, durante o dia de forma complementar ao trabalho de cuidadores familiares, é um serviço de proteção social especial ofertado pela Política Pública de Assistência Social, por meio do SUAS. Um dos objetivos é dar suporte às famílias, diminuindo estresse pelos cuidados prolongados, o alto custo da atenção, orientação para os autocuidados e favorecendo a inserção produtiva das famílias. (Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limite, Decreto 7.612, 2011)

## DIREITO AO CUIDADOR/ ATENDENTE PESSOAL

**Atendente pessoal:** pessoa, membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, assiste ou presta cuidados básicos e essenciais à pessoa com deficiência no exercício de suas atividades diárias, excluídas as técnicas ou os procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas. (LBI, Lei 13.146/2015).

### PL 2587/2011

Pretende regulamentar o exercício da profissão de atendente pessoal de pessoas com deficiência.

### PEC 433/2014

A proposta de emenda à Constituição em exame visa estender aos cuidadores e atendentes pessoais das pessoas com deficiência a adoção de requisitos e critérios diferenciados para a concessão de aposentadoria.

## DIREITO À CULTURA, AO ESPORTE, AO TURISMO E AO LAZER

**Art. 42.** A pessoa com deficiência tem direito à cultura, ao esporte, ao turismo e ao lazer em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. (LBI, Lei 13.146/2015)

**Art. 44. § 1º** Os espaços e assentos dos locais de lazer e cultura são distribuídos em locais diversos de boa visibilidade em todos os setores, próximos aos corredores devidamente sinalizados, evitando-se áreas segregadas de público e obstrução das saídas, em conformidade com as normas de acessibilidade. (LBI, Lei 13.146/2015)

## 6 - Violações de Direitos e Fatores de Risco

**As** violações de direitos e os fatores de risco associados à pessoa com deficiência aparecem em diversas situações, das mais simples às mais complexas, desde o momento da notícia à família sobre a deficiência, até os cuidados com o envelhecimento.

Tratar dos direitos e de suas violações estritamente pelas questões legais e jurídicas é restringir a compreensão do fenômeno.

Há violações mais sutis e mais difíceis de serem verificadas e talvez até mais graves, com repercussão na vida da pessoa com deficiência e na construção da imagem social da deficiência.

Estes sinais estão presentes no preconceito e na discriminação. O discurso assim construído na cultura, cujo ideal é a produção e o consumo, muitas vezes oprime e exclui aqueles que não se adaptam, não se adequam a essa concepção de ser humano definido por aquilo que faz ou produz, e não pelo que é.

No Brasil e no mundo, a questão dos direitos da pessoa com deficiência tem ganhado espaço e notoriedade, aumentando a visibilidade e melhorando a acessibilidade para as pessoas com deficiência, principalmente com deficiência física e sensorial.

Porém, a invisibilidade da pessoa com deficiência ainda afeta a legitimidade de seus direitos e dificulta a construção de políticas públicas que possibilitem a inclusão social e a diminuição do preconceito. Muitos passos foram dados, embora o caminhar pudesse ser a passos mais largos, rumo a uma sociedade mais justa que respeitasse e emancipasse todos os cidadãos, por meio do exercício de seus direitos e deveres.



## 7 - Violência

**D**efinir violência não é uma tarefa simples, talvez nem mesmo seja possível buscar uma única definição que possa esclarecer a questão da violência contra crianças e adolescentes, com especial enfoque, neste caso, ao grupo com deficiência.

A violência está presente na vida privada e social de todos. Os macros sistemas sociais ditam normas e regras, desde estéticas até de consumo que excluem e oprimem pessoas fora do padrão ideal de saúde e de beleza, assim como aquelas com menor capacidade de consumo ou produção.

No microsistema familiar, está a forma de violência mais difícil de ser identificada e por isso, mais difícil de intervir, ainda que seja a mais denunciada e encontrada na saúde, na educação, na assistência social e na justiça: a violência doméstica.

Todas as formas e manifestações de violência descritas a seguir podem ocorrer tanto no ambiente extrafamiliar como intrafamiliar, sendo verificada uma incidência maior dentro das famílias, que também são responsáveis pelos cuidados e pela proteção de crianças e adolescentes.

O tema é complexo pelas questões multifatoriais que a determinam. Um dos fatores que dificulta a verificação e a constatação dos casos de violência, principalmente os de violência doméstica, é a existência de relações de afeto e de dependência entre o agressor (familiar) e a criança ou o adolescente, dificultando que a vítima ou outro familiar denuncie o agressor. Frequentemente, em caso de denúncia, as ações violentas são acompanhadas de ameaças de morte, abandono e separação.

Nos sistemas violentos, principalmente nos sistemas familiares, costumam funcionar a lei do silêncio e da mordida, aprofundando o sentimento de impotência e desamparo. Quanto maior a solidão e o tempo de duração das relações violentas, maior a repercussão na constituição da subjetividade de crianças e adolescentes.

Quanto mais tempo perdurar a violência, mais difícil se torna romper o ciclo violento e restabelecer relações de cuidado e confiança.

A informação é a maior aliada no enfrentamento à violência e violações de direitos contra criança e adolescente com deficiência. Assim, algumas modalidades de violência foram conceituadas para auxiliar na identificação e possíveis intervenções.

### 7.1 - VIOLÊNCIA FÍSICA

Caracteriza-se pelo emprego de força física nas relações interpessoais. O enfrentamento às situações de agressão física é sempre uma tarefa difícil e delicada, pois a violência é naturalizada, explicitada diariamente e exaustivamente na mídia e veiculada pela cultura.

É utilizada como método educativo (colocação de limites), para resolução de conflitos ou para subjugação. A educação tradicional incluía e legitimava o “tapa pedagógico”, parte da aprendizagem por meio da intimidação, do medo e da dor. A transformação deste modelo de educação largamente utilizado no passado e reafirmado nos dias de hoje por parte de profissionais, pais e professores como eficaz, tem se mostrado um grande desafio no enfrentamento à violência e violações de direito contra a criança e o adolescente.

A violência física não se restringe a surras e espancamentos. Ocorre toda vez que uma criança ou adolescente sofre qualquer ação, única ou repetida, realizada por um adulto ou pessoa mais velha e/ou mais forte que infrinja dor ou marcas no corpo, sob o pretexto de punir, machucar, coagir e até mesmo com a justificativa de ensinar e educar, corrigindo comportamentos inadequados ou desviantes. Ex: tapas, socos, puxões de cabelo, queimaduras, beliscões, empurrões, mordidas, chutes, arranhões, traumas, sacudir, apertões ou uso de objetos para coação e castigo (cintas, varinhas e outros).

Alguns traumas são tão severos que podem deixar marcas físicas por toda a vida e, em alguns casos, podem levar à morte.

### 7.2 - VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA

Está presente em todas as outras formas de violência, mas pode também aparecer separadamente em relações interpessoais que inferiorizam, humilham ou desvalorizam a criança ou o adolescente, incluindo desmerecimento por características físicas ou psíquicas. A violência psicológica compromete o desenvolvimento da criança e do

adolescente, tanto quanto as outras modalidades, embora seus efeitos sejam de difícil detecção. Ex: xingar, gritar, humilhar, fazer solicitações inviáveis para a pessoa, ameaçar de abandono ou de perda do amor parental, superproteger, impedir a autonomia e a independência, dentro das possibilidades da pessoa.

Os efeitos sobre a pessoa, assim como ocorre nas outras modalidades de violência, dependem da recorrência e da importância do agressor na vida da criança e do adolescente.

Acontece normalmente acompanhada por outras formas de violência, principalmente da física e do abuso sexual. A violência psicológica deixa marcas sim, na vida e nas relações sociais da vítima, diminuindo a autoconfiança e a autoestima.

### 7.3 - NEGLIGÊNCIA E ABANDONO

São duas modalidades de violência que acontecem frequentemente juntas:

*"Omissão moderada ou severa, aguda ou crônica em prover as necessidades físicas e emocionais de crianças e adolescentes. A forma extrema dessa modalidade de violência é o abandono total" (KIT RESPEITAR – para profissionais, 2008, p. 13).*

A negligência configura-se como uma omissão em termos de prover as necessidades físicas e emocionais, como também garantir o acesso à saúde, educação, assistência social, convivência familiar e comunitária.

A negligência talvez seja uma das modalidades de violência mais importantes a ser combatida, pois fica mascarada por certa permissividade social que tenta justificá-la, fazendo-a perdurar por longos períodos. Aparece em falas, como: "cada um cria como pode" ou "mas também olha que vida difícil esta família tem".

Apesar de não deixar marcas no corpo, a negligência inscreve na "alma" da pessoa uma maneira de estar no mundo e de se relacionar com seus pares de forma insegura e, em muitos casos, violenta, repetindo o padrão aprendido de comportamento.

Em alguns casos, a negligência ocorre por falta de informação ou imperícia e, em outros, por imprudência mesmo de pais ou responsáveis. Situações nas quais os pais

ou responsáveis não possuem condições físicas, psicológicas, econômicas, sociais ou culturais para realizar o cuidado e o provento da criança ou adolescente. Outros atores da rede de atenção devem participar e intervir para garantir o direito da criança, do adolescente e de sua família.

No ambiente doméstico, as atividades cotidianas e a higiene pessoal da criança e adolescente precisam ser supervisionadas, visando também à prevenção de situações de risco pessoal e acidentes. Ex: sequelas causadas por falta de cuidados com a higiene, alimentação (excesso ou falta), medicação (alta e baixa dosagem ou ausência), falta de inserção na rede de serviços de atenção básica.

### 7.4 - VIOLÊNCIA SEXUAL

A violência sexual talvez seja a expressão de violência contra a criança e o adolescente mais complexa e com marcas mais profundas na subjetividade do sujeito e, sendo assim, é a modalidade de violência contra crianças e adolescentes mais estudada e com maior número de definições e categorias.

Conceitualmente, a violência sexual contra a criança e o adolescente pode ser dividida em: abuso sexual e exploração sexual. Podemos entender o abuso a partir de duas definições, que não esgotam o tema, mas ajudam a compreendê-lo:

*"Todo ato ou jogo sexual, relação hetero ou homossexual entre um ou mais adultos e uma criança menor de dezoito anos, tendo por finalidade a estimulação sexual sobre sua pessoa ou de uma outra pessoa." (AZEVEDO E GUERRA, 2007)*

*"Em síntese, o abuso sexual deve ser entendido como uma situação de ultrapassagem [além, excessiva] de limites: de direitos humanos, legais, de poder, de papéis, do nível de desenvolvimento da vítima, do que esta sabe e compreende, do que o abusado pode consentir, fazer e viver, de regras sociais, familiares e de tabus." (FALEIROS, 2000).*

O abuso sexual pode encontrar várias formas de expressão e pode ocorrer com ou sem contato físico, com ou sem uso de força ou ameaça, como a sedução, o abuso virtual, a exploração sexual comercial, manipulação, carícias e o estupro.

O abuso acontece quando a criança ou adolescente é invalidado em sua sexualidade



e subjetividade sendo utilizado pelo adulto para o prazer sexual. Ocorre então a transformação do sujeito em objeto, este último destituído de desejo e vontade, a ser utilizado como instrumento de dominação e satisfação do adulto ou de pessoa mais velha. Normalmente o abuso acontece dentro de uma relação de confiança e poder, seja ela pelo uso da força física, ameaças de morte ou abandono, seja pelo uso das relações afetivas e de sedução entre o abusador e a criança ou sua família.

O abuso sexual pode ser intrafamiliar (quando acontece com pessoas que possuem laços familiares e/ou de cuidados) ou extrafamiliar (quando o abusador não possui laços familiares com o abusado).

Outra modalidade de violência sexual é a Exploração Comercial da Criança ou Adolescente (ESCCA), definida como toda a prática que se utiliza do corpo da criança e do adolescente em troca de ganhos financeiros ou materiais. O corpo é tratado como uma mercadoria capaz de auferir renda à criança e ao adolescente e lucro para aquele que a explora. A ESCCA pode ser encontrada em quatro modalidades, a seguir.

**Pornografia:** produção, exibição e comercialização de material pornográfico (fotos, vídeos) com apelo sexual, que normalmente serve para abastecer as redes de pedófilos que se articulam pelo mundo;

**Turismo sexual:** acontece toda vez que há o deslocamento de pessoas, de ambos os sexos, para cidades ou países em busca de encontros eróticos. Existe uma rede mundial organizada de hotéis, restaurantes, agências de turismo e casas noturnas que organizam os roteiros e os encontros dos meninos e meninas;

**Trafico para fins sexuais:** aliciamento de crianças, adolescentes e famílias com o intuito de exploração sexual em outras cidades ou países;

**Prostituição:** exploração sexual da criança e do adolescente em troca de favores ou dinheiro. Devemos ficar atentos, pois nestes casos a palavra prostituição tem problemas conceituais muito importantes por já possuir um significado social difundido e trazer junto a ela uma conotação de responsabilização da situação para a criança ou o adolescente, o que não é correto. Devemos nos orientar para compreender o lugar desses jovens como prostituídos, ou seja, explorados e abusados por pessoas ou organizações. Ainda assim, devemos atentar e buscar compreender o lugar da criança e do adolescente não como vítimas passivas, incapazes de mudar e transformar sua realidade e sim como pessoas em situação de vulnerabilidade, que necessitam de apoio social como saúde, educação e renda que possibilitem uma mudança de realidade.

A exploração sexual comercial encontra na miséria, na pobreza, na falta de assistência, educação, renda e equipamentos básicos de atenção à criança e à família sua maior fonte de mão de obra. Diferentemente do abuso sexual, a exploração sexual comercial tem uma incidência significativamente maior nas populações mais desfavorecidas.

Um fator que parece afetar a incidência da violência e do abuso contra a criança e o adolescente é a vergonha e o silêncio da família e dos conhecidos sobre o assunto, já que os laços de lealdade, a coação, o medo e a vergonha muitas vezes fazem com que a violência sexual se perpetue ao longo do tempo e, em muitos casos, perdure por gerações.

Quando voltamos nosso olhar às pessoas com Deficiência Intelectual, principalmente às crianças e adolescentes, encontramos um público com alto índice de vulnerabilidade à violência física, sexual, psicológica e negligência, sendo marcante nestas relações violentas a assimetria de força e poder. Esta assimetria tem seu fator aumentado se a pessoa com deficiência pertencer ao grupo de mulheres ou crianças.

Podemos verificar nas relações violentas dois aspectos que se repetem e que nos permitem uma compreensão do fenômeno da violência e abuso sexual: a assimetria nas relações, com desigualdade das forças físicas e econômicas e também o tratamento do indivíduo não como sujeito, mas sim como um objeto destituído de subjetividade e por isso a disposição do uso para o prazer e satisfação do abusador.

A maior vulnerabilidade das crianças e adolescentes com Deficiência Intelectual reside no lugar histórico de invisibilidade vivido por elas, além da pouca credibilidade dada às suas falas, gestos e comportamentos, sendo na maioria dos casos interpretados como comportamentos disfuncionais ou falas fantasiosas que devem ser coibidas e repreendidas e não acolhidas e compreendidas.

O “não escutar”, o “não enxergar”, o “não dar valor” a fala ou ao comportamento das pessoas com deficiência é reproduzir diariamente a violência vivida por elas, contribuindo para a perpetuação e retificação da cultura de exclusão e violência vivida e sentida por essa população.

Neste sentido, ficar atento a alguns sinais e dar voz ao que é comunicado pela criança ou adolescente, com ou sem deficiência, pode significar a ruptura do ciclo violento e a proteção de sua integridade física, psicológica e social.

Alguns sinais e comportamentos das crianças e adolescentes quando em dificuldade ou em situação de risco e vulnerabilidade são mais comuns e podem nortear nossa atenção na identificação de casos suspeitos.

No momento de identificar sinais que conduzam a situações de violência em crianças e adolescentes é importante atentar para as seguintes situações:

- mudanças bruscas de comportamento;
- medos exagerados em determinadas situações;
- autodepreciação;
- comportamentos heteroagressivos ou auto-agressivos;
- sinais físicos como lesões, marcas, hematomas, arranhões, roupas rasgadas e sujas;
- descuido com a própria higiene;
- mudanças significativas nos hábitos alimentares;
- alterações de sono;
- enurese e encorpe-se persistente;
- erotização acentuada e fora do esperado para a faixa etária;
- ganho ou perda de peso, visando afetar a atratividade diante do agressor;
- frequência escolar irregular;
- dificuldade de concentração e aprendizagem além do esperado;
- tendência ao isolamento social quando não associado à deficiência ou transtorno mental.

Estes são alguns sinais de que algo pode não estar indo bem com a criança ou adolescente, mesmo os com Deficiência Intelectual, por isso, devemos estar atentos e sempre que tivermos dúvidas ou desconfiar buscar ajuda, denunciar, acolher e proteger a criança ou o adolescente.

## 7.5 - DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E VIOLÊNCIA

A violência sob suas diversas formas: física, negligência, psicológica, institucional e a negação dos direitos sexuais e reprodutivos das pessoas com deficiência ainda são recorrentes na sociedade. Entre os profissionais, a desinformação sobre a questão das deficiências contribui para a formação de ideias preconceituosas.

A pessoa com Deficiência Intelectual é ainda pouco representada dentro do próprio movimento das pessoas com deficiência, mas está começando a ocupar o seu espaço, a falar por si, a participar de grupos de autodefensoria. A sociedade, por sua vez, precisa superar o olhar cristalizado historicamente que cria estereótipos e enxerga as pessoas com deficiência como sujeitos de direitos.

A maior vulnerabilidade exige esforço e mobilização de todos: família, sociedade civil e governos, tanto na proteção básica, quanto na proteção especial da criança e adolescente com Deficiência Intelectual. É nesta perspectiva de união de esforços e integralidade da proteção e garantia de direitos que se insere o programa "Todos pelos Direitos", propondo o atendimento e a articulação da rede de serviços.

## 7.6 - A INTERVENÇÃO SOCIAL COMO MÉTODO PARA PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA

A palavra "intervenção", neste contexto, é a interferência de uma pessoa ou instituição na vida de outra pessoa ou família, na tentativa de esclarecer, barrar, cessar ou alterar uma situação ou experiência violenta.

O Programa "Todos Pelos Direitos", a partir da experiência nos territórios (municípios paulistas) desde 2012, construiu estratégias de intervenções em situações de violência ou violação de direitos, onde foram levantadas três possibilidades de intervenção, percebidas como as mais próximas do cotidiano dos atores da rede e também aquelas que respondiam as maiores dificuldades:

- notificação/denúncia;
- acolhimento/encaminhamento;
- atendimento.

Todas as ações de intervenção convergiram para iniciar com a denúncia/notificação, que tem a finalidade de trazer o relato da situação vivida pela criança ou adolescente,



informar os serviços de atenção e proporcionar a inserção dos envolvidos na rede de proteção e de responsabilização.

A ação de acolhimento tem a intenção de proporcionar à criança, ao adolescente ou a família um espaço de escuta e proteção, um vínculo para o cuidado. Em seguida, é preciso pensar no acompanhamento do caso, em quais atores e serviços da rede devem participar.

Por fim, o atendimento que, além de cuidar e tratar do acontecido, busca prevenir a perpetuação de ciclos violentos, principalmente quando ocorre dentro da família. O trabalho visa desenvolver recursos de autocuidado e autoproteção.

As primeiras ações de intervenção, nos casos de violência e violação de direitos, têm o objetivo de proteger a criança e o adolescente, interrompendo o ciclo violento.

Após garantir a proteção, a intervenção tem o papel de acolher para diminuir o impacto emocional, não só da violência, mas também de todo o caminho entre a denúncia e a responsabilização, passando pelo processo da investigação, do acompanhamento médico de lesões e nos casos de abuso sexual, do atendimento preventivo contra DST/AIDS e contra a gestação.

Feitos os cuidados emergenciais, inicia-se o atendimento incluindo todos os envolvidos no processo: a vítima, a família e o agressor.

A melhoria e a ampliação dos vínculos familiares e sociais da criança e do adolescente diminuem o isolamento da vítima e da família, reduzindo também a vulnerabilidade e as oportunidades de repetição dos ciclos violentos. Quanto maior a rede de contato em que a família, a criança e o adolescente estiverem inseridos, menor sua vulnerabilidade.

Em casos de confirmação e suspeita de violência e violação de direitos à Criança e Adolescente com Deficiência, a intervenção segue alguns princípios previstos na Constituição Federal (1988) e no ECA (Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990). Dentre eles, destaca-se o princípio da incompletude dos serviços e da integralidade da proteção: a criança, o adolescente e a família não serão acompanhados por um único serviço da rede ou por um único profissional, mas sim por um conjunto articulado de serviços e pessoas. Em outras palavras, o atendimento deverá ser realizado em rede, onde cada ator e cada serviço terá ação no atendimento integral às necessidades da criança e do adolescente.

Outro princípio norteador para os atores da rede e aquele que consta no art. 13 do ECA: “Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais”. Este artigo garante que a criança e o adolescente sejam inseridos na rede de proteção, possibilitando as intervenções propostas anteriormente.

Esse caminho pretende uma melhor articulação da rede de proteção para a garantia de intervenções mais qualificadas às crianças e aos adolescentes com deficiência, nos casos de violência e de violações de direitos.

## 8 – Prevenção

O programa Todos pelos Direitos visa o enfrentamento da violência contra a criança e adolescente na perspectiva da prevenção, por meio do conhecimento e da reflexão como elementos capazes de influenciar a cultura, mudar hábitos e transformar paradigmas.

Educar e disponibilizar a informação para o maior número possível de atores, fomentar uma rede de proteção mais abrangente, crítica e preparada para identificar e intervir nos casos de violência contra a criança e o adolescente, acolhendo, protegendo e encaminhando.

Prevenir é intervir para que determinado fenômeno ou ação não aconteça. Neste sentido, prevenir a violência contra a criança e o adolescente com Deficiência Intelectual é levar informação e conhecimento sobre esta população, tornando-a visível, assim como denunciando a violência sofrida por ela. Além disso, a estratégia preventiva passa pela renovação de políticas públicas no enfrentamento à violência e garantia de direitos da criança e adolescente com ou sem deficiência.

A violência existe em todas as classes sociais, culturais, econômicas, sem distinção de gênero, idade ou condição física, sensorial e intelectual. Com o reconhecimento do problema e de suas sérias consequências para a vida pessoal e familiar da criança e do adolescente com Deficiência, ações educativas, informativas e preventivas podem ser mais bem elaboradas.

O que se quer evitar? O que se quer promover? Compreender a multicausalidade das situações de violência para a construção histórica e social da deficiência contribui para a disseminação de ações que possam atingir o maior número possível de crianças, adolescentes, famílias, profissionais de saúde, educação, assistência social e garantia de direitos.

Conversar, expor e debater com os atores locais da rede de atendimento e garantia de direitos, educação, saúde, assistência, justiça e segurança pública, e uma ação de prevenção.

O Programa “Todos pelos Direitos” acredita que o caminho mais eficiente para enfrentar e prevenir a violência é articulando a rede de proteção à criança e ao adolescente por meio da mobilização, formação e articulação de rede.



## 9 - Articulação em Rede

### O QUE É UMA REDE?

**E**timologicamente, a palavra “rede” origina-se do latim rete, retis, com o sentido de: teia (de aranha); rede, laço; sedução. (GONCALVES e GUARA, 2010).

O conceito de rede utilizado neste caderno é aquele que articula intencionalmente pessoas, grupos e instituições com uma estratégia organizativa, com interesses ou objetivos comuns. A rede de profissionais nas políticas sociais visa à promoção, o desenvolvimento pessoal e social de crianças, adolescentes e famílias.

Essa percepção permite entender a rede como um espaço de expectativas, culturas, valores, temores, e não apenas de comunicação objetiva, de informações e projetos comuns. O direcionamento de ações dos atores das redes revela suas intenções e resistências que nem sempre são perceptíveis nos seus discursos.

De acordo com Motti & Santos, a ideia de rede é muito antiga na história da humanidade, já presente, inclusive, na forma de organização da natureza. Contudo, foram as mobilizações sociais, com o consequente processo de democratização da sociedade brasileira, no final dos anos setenta e início dos anos oitenta, que trouxeram à tona a reivindicação pela plena participação, pela construção de uma cidadania que tivesse na base a garantia de direitos coletivos e individuais.

A regra básica é que a criança e o adolescente devem ter todos os direitos que tem os adultos e que sejam aplicáveis a sua idade. E, além disso, devem ainda, ser-lhes garantidos direitos especiais decorrentes de sua caracterização como pessoa em condição peculiar de desenvolvimento pessoal e social.

Os autores citados anteriormente fizeram uma interessante analogia entre as redes de pescar e a de dormir, dois modelos de rede bastante conhecidos na cultura popular brasileira, com a Rede de Proteção Social.

Os modelos ajudam a visualizar as características da Rede de Proteção Social que pode ser construída. Sobre a rede de pescar, interessa a atitude do pescador antes

de sair para o mar, o seu cuidado com a rede. Ele abre, estende a rede e verifica se tem condições de ser usada ou se está furada, esgarçada, enroscada. A forma da rede de pescar é muito interessante, porque não tem início, nem meio, nem fim. É um entrelaçamento de pontos separados por distâncias mais ou menos equitativas. Tem flexibilidade para tomar a forma do pescado e resistência para suportar o balanço das águas e a força dos peixes. Outro modelo é a rede de dormir, muito usada no Centro-Oeste, no Norte e no Nordeste do Brasil. A rede de dormir oferece proteção, cuidado, acolhimento e por isso, precisa ser muito forte e resistente. O peso fica distribuído e ela se molda ao corpo de quem a está utilizando. É muito confortável.

### 9.1 - ATORES PRINCIPAIS

O Sistema de Garantia de Direitos da Criança e do Adolescente:

- Conselhos Tutelares;
- Poder Judiciário, Ministério Público, Defensoria Pública;
- Poder Executivo e Organizações Não Governamentais;
- Poder Legislativo e Conselhos de Direitos (CONANDA - Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente, CONDECA - Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente, CMDCA - Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente) e Setoriais (CONADE - Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, CEAPCD - Conselho Estadual para Assuntos da Pessoa com Deficiência, CMPD - Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência, Conselhos Municipais, Estaduais e Nacionais da Assistência Social, Saúde, Educação e Sociedade em Geral).

Segue a descrição dos atores desse sistema, conforme foi especificado no Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária:

**Conselho Tutelar:** órgão independente, não subordinado a nenhum Poder do Estado. Conta com boa estrutura logística, capacitação de profissionais para o exercício da função e respaldo do Poder Executivo local. Articula-se com toda a rede local de serviços e demais atores do Sistema de Garantia de Direitos;

**Poder Executivo:** responsável pela execução de políticas públicas que:

**a)** permitam o efetivo exercício, por todas as crianças e adolescentes, de seu direito à convivência familiar e comunitária; **b)** garantam o adequado atendimento, através da intervenção de equipes profissionais que, atuando em estreita parceria com o

Conselho Tutelar, realizem o diagnóstico e o acompanhamento às famílias de forma preventiva e protetiva;

**Organizações não governamentais:** complementam o atendimento oferecido pelo Poder Executivo e requisitam a participação ativa da comunidade na solução de problemas. Atuam de forma integrada com as demais organizações da rede de atendimento, de acordo com a sua missão institucional e as necessidades locais de trabalho especializado;

**Sociedade Civil Organizada:** participam ativamente nos Conselhos de Direitos e Setoriais, deliberando e monitorando as políticas públicas, sobretudo em nível municipal;

**Poder Judiciário e Ministério Público:** aplica as medidas legais de proteção; contando com equipe técnica interdisciplinar própria, eficientemente articulada com todos os atores sociais da região, monitorando a aplicação das medidas legais deliberadas em Juízo. Trabalha em estreita articulação com o Conselho Tutelar, o Poder Executivo e a sociedade civil organizada, promovendo a proteção das crianças e adolescentes e prestando atendimento efetivo a suas famílias;

**Conselhos de Direitos e Setoriais:** responsáveis pela discussão democrática de elaboração de políticas públicas destinadas a crianças, adolescentes e suas famílias. Participam do processo de elaboração e discussão das propostas de leis orçamentárias e controlam as ações do Poder Executivo, visando à implementação das referidas políticas e das ações, serviços e programas de atendimento respectivos. Mobilizam a sociedade civil organizada, na busca de conscientização e efetiva participação na solução dos problemas existentes;

**Famílias:** participam ativamente da rede de atendimento, sendo protagonistas na defesa e garantia dos direitos para si e sua comunidade;

**Sociedade mobilizada por meio de campanhas de divulgação:** cobram dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário o efetivo cumprimento de seus deveres, de forma a garantir a implementação e a continuidade das políticas públicas;

**Participação popular** no processo de elaboração e controle social (execução dos programas) e dos orçamentos públicos.

## 9.2 - CONVERGÊNCIA FRENTE ÀS DIFERENÇAS

Trabalho em rede depende de um esforço conjunto de pessoas e de áreas diferentes, que pensam a partir de variados pontos de vista, para constituir acordos coletivos. A articulação da rede permite a circulação de ideias, opiniões e propostas, facilitando o objetivo.

A proposta de articulação em redes funda-se numa intencionalidade, que estabelece pactos necessários à continuidade de cada ação.

Esses pactos são importantes para o funcionamento das redes e se concretizam por meio de regras mínimas para o desenvolvimento do trabalho coletivo. Eles descrevem como proceder no atendimento, desde o momento em que o caso é identificado, passando pelas responsabilidades de cada ator da rede, até o encaminhamento.

Segundo GONCALVES & GUARA (2010), a rede supõe disposição para uma articulação socioeducativa que:

- acolha diversas políticas públicas setoriais;
- rompa com os limites de serviços que agem isoladamente;
- insira a participação da sociedade, comunidade, famílias e;
- atenda o território onde estão localizadas as crianças e os adolescentes.

## 9.3 - INTERSETORIALIDADE NECESSÁRIA

De acordo com o PNAS - Plano Nacional de Assistência Social (2004) - cabe ao poder público conferir os esforços sociais a fim de compor uma rede de proteção social, rompendo com a prática de ajudas parciais e fragmentadas, caminhando para consolidação de direitos de forma integral, com padrões de qualidade passíveis de avaliação.

A atuação em rede é uma nova concepção para a gestão pública que:

- reforça a ideia de programas atuando em parceria, agregando diversos serviços, projetos e organizações;
- introduz a cultura política da descentralização do poder, onde existe compartilhamento de informação, trabalho com autonomia e flexibilidade nos processos de ação;



- cria fluxos de circulação interserviços e programas;
- envolve participação, articulação, integração, complementaridade, cooperação e parcerias entre todos os responsáveis pela execução da ação.

A busca da intersetorialidade entre as diferentes áreas do governo, otimizando espaços, serviços e competências, é condição essencial para que as crianças e os adolescentes sejam atendidos de modo integral, como prevê o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990).

A ação articulada entre políticas intersetoriais e intergovernamentais permite uma atuação efetiva sobre a realidade, ampliando o desempenho de cada política pública.

Contudo, essa prática articulada entre as diferentes políticas setoriais ainda é relativamente incipiente. Para que tal articulação aconteça, torna-se imprescindível estabelecer vínculos entre as redes institucionais e temáticas, não apenas entre a comunidade e o município, ou seja, exige uma mudança cultural na concepção de relação entre comunidades locais, regionais e nacionais, bem como entre programas e serviços de instituições governamentais e não governamentais.

O apoio e a articulação das redes de proteção é uma das atribuições do Conselho Municipal e Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente, que juntamente com fóruns de direitos, simpósios e debates, articulam e rearticulam as redes de proteção, dando visibilidade para as demandas locais com a participação da sociedade civil.

Nessas redes, encontram-se pessoas atuantes em diferentes ciclos reivindicativos, com participação continuada em diversos espaços (pastorais, sindicatos, assessorias, ONGs etc.). São profissionais que se identificam politicamente com grupos e que se organizam para transformar suas reivindicações e propostas numa bandeira comum, visando à superação dos limites das políticas públicas setoriais.

## 9.4 - PERSPECTIVA MOBILIZADORA

Em muitos municípios, a rede de proteção social é formada, organizada e qualificada. Em outros municípios, os objetivos da rede e o modo de se organizar frente às demandas de atuação precisam ser fortalecidos e desenvolvidos. Tanto as redes articuladas quanto aquelas que estão se organizando precisam se mobilizar frente às demandas locais e refletir sobre temas específicos, como a questão da violência contra as pessoas com deficiência.

Inojosa (in GONCALVES e GUARA, 2010, p.25) refere-se ao trabalho em rede como um trabalho de compromisso social, lembrando o caráter mobilizador da rede:

*“A rede de compromisso social é aquela que se tece com a mobilização de pessoas físicas e/ou jurídicas, a partir da percepção de um problema que rompe ou coloca em risco o equilíbrio da sociedade ou as perspectivas de desenvolvimento social”.*

O trabalho em rede proposto neste caderno visa mobilizar os profissionais e grupos que atuam no Sistema de Garantia de Direitos de crianças e adolescentes para a temática da violência e demais violações dos direitos de criança e adolescente com deficiência. A mobilização da rede aumenta a visibilidade da temática que quase não é abordada nas pautas.

Priorizar essa discussão auxilia na identificação de casos suspeitos e quando já houver violação, amplia as possibilidades de uma intervenção articulada e efetiva.

## 9.5 - PRINCÍPIOS DE FORTALECIMENTO E MOBILIZAÇÃO DA REDE

**Descentralização do poder:** as redes se organizam em relações horizontais, ou seja, não supõem hierarquias, chefes ou estrutura deste tipo. Cada ator da rede é livre para tomar suas próprias decisões a partir de diferentes conhecimentos e responsabilidades. As atividades são compartilhadas, mas não necessariamente uma ação depende da outra, elas estão baseadas no compromisso do grupo, na lealdade entre as pessoas, na sua capacidade e iniciativa.

**Reconhecimento da rede:** conhecer, reconhecer e respeitar mutuamente todos os participantes, garantindo a troca de informações entre os atores da rede. Fazer parte de uma rede com um objetivo em comum representa a valorização da singularidade de

cada participante. Validando as “diferenças”, um espaço favorável para o conhecimento surge, assim como a possibilidade de rever práticas institucionais.

**Diálogo:** comunicação e articulação são fundamentais no trabalho em rede. A liberdade de expressar ideias, opiniões e propostas, bem como o exercício de escutar e acolher o outro, contribui para um melhor diálogo no trabalho em rede.

Os profissionais envolvidos no acompanhamento de casos de violação de direitos devem estreitar o contato a fim de, por exemplo, evitar de re-vitimizar a criança e o adolescente. O trabalho é combater estigmas e preconceitos, assegurar proteção social imediata e atendimento interdisciplinar.

**Estratégia de comunicação permanente:** é essencial na interatividade entre pessoas e instituições que integram as redes. A ampla comunicação facilita a circulação e o compartilhamento de conhecimento entre todos os integrantes da rede, auxiliando a realização dos objetivos comuns. Atualmente, as tecnologias contribuem para agilizar a comunicação: antecedem, sucedem e mantêm as relações, criando memória, identidade e ampliando as redes, garantindo que a informação chegue aos atores da rede, no ritmo, frequência e modo adequado. Embora as relações virtuais encurtem as distâncias, não substituem as relações diretas.

**Disponibilidade:** atitude que aparece no engajamento e na abertura para participar de encontros, conversar e pensar em conjunto, na valorização de esforços coletivos, no compartilhamento das ações e de aprendizagens. A disponibilidade desenvolve a confiança e o sentimento de pertencer ao grupo, promovendo a formação de identidades coletivas e a mobilização social.

**Comprometimento com a causa:** é a vontade coletiva de realizar determinado objetivo. As trocas entre a rede fortalecem tanto a autoestima dos atores singulares, quanto alimentam a rede toda. As redes sociais são como um organismo vivo e aberto às interferências do meio. Têm caráter democrático e capacidade infinita para crescer. Sentir-se parte da rede é estar conectado ao processo.

## 9.6 - DICAS

Para fortalecer o caráter mobilizador da rede de proteção social:

- a adesão é livre, mas os atores precisam conhecer a proposta para poderem aceitar ou recusar e por isso, convidar e promover a participação, é interessante;
- garantir a presença de facilitadores ou mediadores que acolhem, (re)organizam, motivam, planejam e facilitam a comunicação da rede. Outros objetivos: organizar as pautas, de acordo com as propostas coletivas, moderar as discussões nos encontros e realizar os diferentes encaminhamentos;
- definir o objetivo e o foco de atuação da rede;
- aprofundar conhecimentos na área em que se pretende atuar;
- propor formação específica sobre o tema a ser priorizado para os integrantes, de acordo com a necessidade identificada;
- incentivar o estudo e a pesquisa para enriquecer o debate, antes da tomada de decisão;
- definir papéis e responsabilidades por períodos ou tarefas. Tais papéis são modificados no processo por meio de revezamento, que possibilita o desenvolvimento permanente de seus participantes, evitando o desgaste;
- refletir sobre o funcionamento e as diferentes estratégias empregadas na mobilização com o suporte de uma equipe que se dedique ao trabalho de articulação e animação do processo;
- flexibilidade para se adequar às novas necessidades;
- evitar a generalização, a dispersão do foco e dos objetivos, porque pode descaracterizar e enfraquecer a rede;
- realizar registros com o histórico e as avaliações das reuniões como instrumento para preservar a identidade da rede;



- estabelecer parcerias internas, que aproximam os profissionais entre si e com a rede, e externas, realizadas com outras redes, assegurando representatividade da rede em fóruns maiores da temática específica.

## 9.7 - CONTROLE SOCIAL DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

O controle social é um elemento fundamental para o bom desempenho dos serviços e das políticas públicas em qualquer país. Ele deve ser exercido por todos os membros dentro da concepção de um estado democrático de direito.

No Brasil, a participação popular é uma prerrogativa constitucional e de outras normas (Constituição Federal, Convenção sobre os Direitos da Criança e do Adolescente, ECA, LOAS, LDB e LOS). O controle do Estado deve ser exercido pelos cidadãos conscientes de seus direitos e deveres para assegurar os direitos fundamentais e os princípios democráticos no processo de gestão político administrativa-financeira e técnico-operativa.

O país abriu espaços para a participação das pessoas nos Conselhos Setoriais de políticas públicas, por exemplo, nos Conselhos de Direitos de Criança e do Adolescente e suas respectivas Conferências que são espaços privilegiados de participação para discussão de novas práticas e ideias.

O papel das Conferências e dos Conselhos é avaliar a situação das políticas públicas, assegurar os direitos, definir diretrizes, discutir os entraves e seus avanços.

Diferente das Conferências, os Conselhos ainda têm a responsabilidade de formular, deliberar e fiscalizar a política de atendimento e normatizar, disciplinar, acompanhar e avaliar os serviços prestados pelos órgãos e entidades encarregados de sua execução, conforme aponta o Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária. Com a organização desses espaços, há o fortalecimento da participação popular, que busca a integração das políticas sociais nos três níveis de governo: federal, estadual e municipal.

A mudança ocorre a partir de novas representações sociais, da família e da sociedade.

A mudança cultural, que é apontada como a grande esperança para a melhoria dos direitos das crianças e adolescentes, vem do controle social que e o fortalecimento por meio de práticas e discussões das políticas públicas, baseadas na ética e no respeito da defesa e promoção de direitos.

Os Conselhos Setoriais, como os Conselhos da Pessoa com Deficiência devem suscitar a participação dos vários segmentos da sociedade nos debates das diversas políticas, principalmente da questão da inclusão, por meio de propostas de leis orçamentárias e de todos os recursos necessários para a concretização de seus direitos.

## 9.8 - A TRANSVERSALIDADE DAS POLÍTICAS PÚBLICAS

De acordo com o SINASE (Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo), a transversalidade, a interação dialógica entre as políticas públicas, é exercida em três eixos:

- **transversalidade interna e externa** na construção de políticas públicas de governo;
- **participação e controle social** para garantir os benefícios do poder compartilhado e diluído e;
- **sustentabilidade**, incluindo a sociedade civil no controle social.

Com base nas diretrizes do SINASE, o trabalho com as problemáticas sociais tem mais êxito se for estruturado por áreas temáticas ou por áreas de políticas tradicionalmente adotadas.

As questões que precisam ser levantadas são: há interação entre as políticas já existentes? Os arranjos institucionais permitem a transversalidade? Num cenário de descentralização, qual o melhor arranjo?

A organização das políticas pode ser realizada considerando alguns eixos:

- a desigualdade social e a política afirmativa sobre as diferenças: a desigualdade como parte da questão e não apenas algo a ser evitado, banido. Por exemplo, a construção de políticas a partir da questão de gênero, etnia ou das deficiências;
- o SINASE alerta que as legislações (Lei Orgânica da Saúde, ECA, Lei Orgânica da Assistência Social, Lei de Diretrizes e Bases da Educação) das áreas estabelecidas pelas políticas seriam capazes de provocar novos arranjos institucionais, se fossem executadas de forma transversal. As políticas setoriais (políticas e programas de saúde, educação, habitação, idosos, crianças e adolescentes, pessoas com deficiência, entre outros) são exemplos disso;

- sustentabilidade, ou seja, o respeito à diversidade cultural, ao meio ambiente com propostas de desenvolvimento viáveis, como a economia solidária, entre outras;

- eixos temáticos e temas transversais que, segundo o SINASE, teriam centralidade: eixos temáticos - os Direitos Humanos e o Combate à Violência; Temas Transversais - "continuidade e descontinuidade de políticas", "incorporação da perspectiva de gênero por políticas públicas locais", "novos arranjos institucionais", "parcerias no combate à pobreza", ética, educação ambiental e orientação sexual".

Para a efetivação das políticas públicas é necessário que a transversalidade supere as superposições de atribuições, compartimentação, serialização, verticalização, enfim, a fragmentação que se encontra diluída nas diversas áreas, como nos Ministérios, Secretarias, Departamentos, Conselhos Setoriais, entre outras esferas governamentais e não governamentais.

A finalidade é a integração das políticas nacionais articuladas com as políticas locais, sejam elas regionais, municipais ou estaduais.

Outro aspecto complementar a transversalidade é a própria superação da especialização das áreas. As práticas baseadas em um único saber mostram-se cada vez mais obsoletas, pois não contemplam a compreensão da totalidade. Novas práticas que constituam novas realidades pedem a aprendizagem com experiências exitosas, pedem qualificação e capacitação dos planejadores e executores das políticas públicas.

Uma cultura de participação, solidariedade e cooperação pode ser gerada por meio de projetos e parcerias que criem interfaces entre o público e o particular nos diversos segmentos como Fóruns, Redes, Secretarias, Ministérios, Conselhos, entre outros.

Pensar a transversalidade entre o Estado de direito, a sociedade civil organizada e a avaliação global da gestão envolvem todos os participantes deste processo. O desafio é encontrar ferramentas e atores que possam incrementar e garantir os avanços dos direitos sociais e políticos.

## 9.9 - ATUAÇÃO DA REDE

O termo "articular" remete-nos à ideia de unir pontos, ligar nós, juntar pessoas, conectar as instituições, mas não simplesmente colocar lado a lado. Articular supõe esforço de interação entre o que foi reunido, conversa, compreensão, troca, convite e adesão. Encontro para a realização de determinada tarefa, a fim de alcançar um objetivo comum.

A rede é formada por todos que quiserem contribuir com o trabalho, tem caráter democrático, a participação é livre e voluntária. A principal característica é a flexibilidade nas conexões. Os atores entram e saem de cena, de acordo com a necessidade e possibilidades de ação, sem que a movimentação das conexões desfaça a rede.

Embora a participação seja livre, a rede precisa ser constantemente estimulada por árduo trabalho para que não esmoreça. A articulação da rede é permanente, porque em cada caso modifica-se com a saída ou entrada de novas pessoas. A alteração de atores não significa sucesso ou fracasso da articulação, mas o próprio *modus operandi* da rede. Quanto maior a complexidade da situação, quanto maior a vulnerabilidade social associada aos casos de violência e violação de direitos, maior a necessidade de articular e ampliar a rede de proteção.

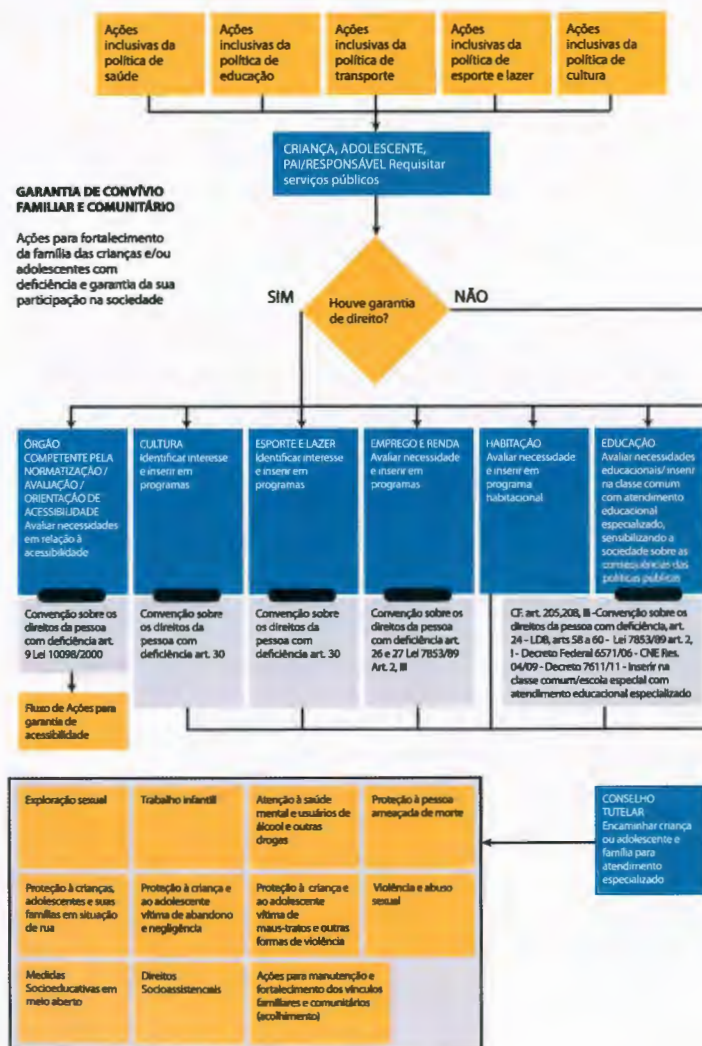
Quando os processos de comunicação e de transmissão de informação entre os elos da rede são livres e eficientes, contribuem para uma participação mais democrática de seus atores.

A ampliação da rede de proteção fortalece o capital social da criança, do adolescente ou da família, diminuindo sua vulnerabilidade social e o risco da perpetuação do ciclo violento.

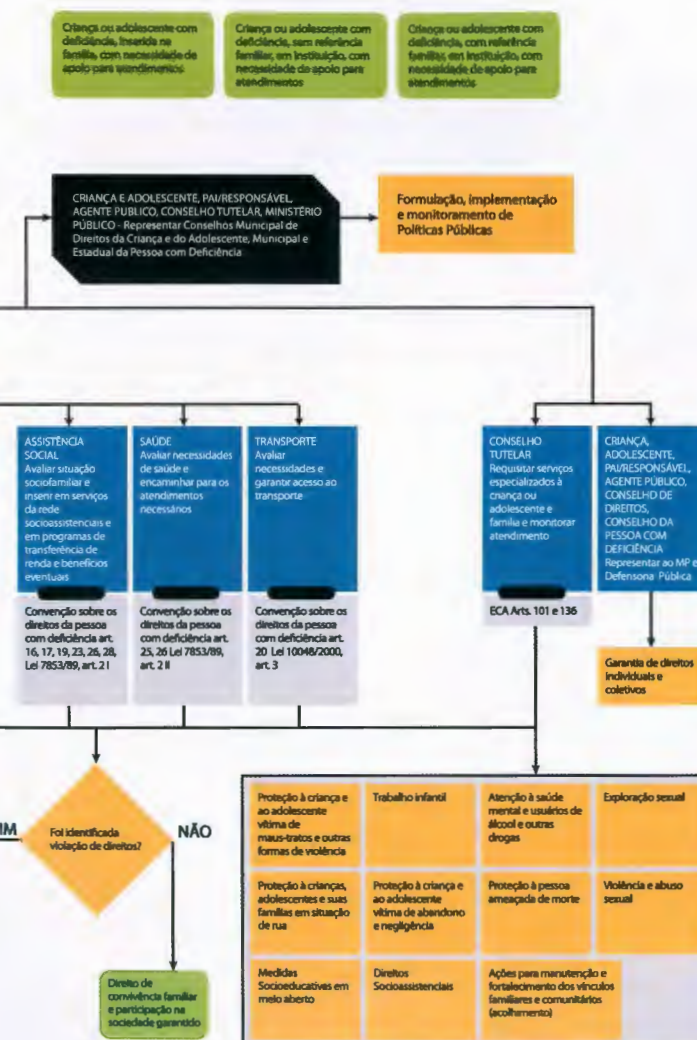
A identificação dos processos e das situações de violência e violação de direitos é fundamental para interromper esses ciclos e para buscar o melhor acolhimento e encaminhamento. O conhecimento que cada ator da rede tem de profissionais e serviços, onde e como trabalham e como fazer para contatá-los, facilita o diagnóstico e o desenvolvimento de um plano de atendimento integrado, com as ações de cada setor. Atores e serviços envolvidos em todas as etapas e no monitoramento levam a desfechos efetivos dos casos para crianças e adolescentes.



## 10 - Fluxos



É importante o atendimento à família, visando sua inserção nas políticas de atendimento adequadas a suas necessidades (básica ou especial) de proteção social e garantia dos direitos de todos os seus integrantes. O quadro proposto pela ABMP ilustra o modelo de fluxo proposto no Plano Nacional de Convivência Familiar e Comunitária da criança e do adolescente:



Nos casos de violação de direitos ou de violência contra criança e adolescente, o primeiro encaminhamento é para o Conselho Tutelar, conforme o artigo 13 do ECA.

É importante o acompanhamento contínuo do caso e, se houver dificuldades no funcionamento da rede de proteção, não deve ser excluída a possibilidade de encaminhamento direto para a Delegacia de Polícia ou especializada, Ministério Público e Vara da Infância e Juventude.

O disque 100 é um recurso importante para a denúncia anônima de casos com suspeita de violência para os órgãos competentes.

## 11 - Assistência Social

A Assistência Social no Brasil tem sua origem histórica baseada na caridade, filantropia e na solidariedade religiosa. A Constituição Federal de 1988 é o marco legal para a compreensão das transformações e redefinições do perfil histórico da assistência social no país, como um direito do cidadão e dever do Estado (artigo 194 CF).

A partir de 1993, com a publicação da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS é definida como Política de Seguridade Social, compondo o tripé da Seguridade Social, juntamente com a Saúde e Previdência Social, com caráter de Política Social articulada a outras políticas do campo social.

A Assistência Social deve atender a todos os cidadãos que dela necessitarem. Realiza-se a partir de ações integradas entre a iniciativa pública, privada e da sociedade civil, tendo por objetivo garantir a proteção social à família, à infância, à adolescência, à velhice; amparo a crianças e adolescentes carentes; à promoção da integração ao mercado de trabalho e à reabilitação e promoção de integração à comunidade para as pessoas com deficiência e o pagamento de benefícios aos idosos e as pessoas com deficiência.

Em 2005, é instituído o Sistema Único de Assistência Social – SUAS, descentralizado e participativo, que tem por função a gestão do conteúdo específico da Assistência Social no campo da proteção social brasileira.

### 11.1 – SISTEMA ÚNICO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS)

Foi implantado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, a partir do previsto na lei federal nº 8.742 de sete de dezembro de 1993.

O SUAS é um conjunto de serviços, programas, projetos e benefícios para a assistência social. Com um modelo de gestão participativa, ele articula os esforços e recursos dos três níveis de governo para a execução e o financiamento da Política Nacional de



Assistência Social (PNAS), envolvendo diretamente as estruturas e marcos regulatórios nacionais, estaduais, municipais e do Distrito Federal.

Objetivos que contribuem para fortalecer a cultura democrática, do direito e da cidadania:

- Consolidação e democratização de Conselhos, ampliando a participação e o controle social;
- representação dos usuários;
- participação nos debates sobre o SUAS (Sistema Único de Assistência Social), a NOB (Norma Operacional Básica), os CRAS (Centro de Referência de Assistência Social) e os CREAS (Centro de Referência Especializado de Assistência Social).

## 11.2 - FUNCIONAMENTO DO SUAS

O SUAS organiza as ações da assistência social em dois tipos de proteção social.

- Proteção Social Básica, destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios (BPC Benefício de Prestação Continuada) a indivíduos e famílias (PAIF- Programa de Atenção Integral à Família) em situação de vulnerabilidade social, sob responsabilidade dos CRAS;
- Proteção Social Especial, destinada a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados, por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros aspectos. Estes programas são geridos pelos CREAS. O SUAS concede Benefícios Assistenciais a públicos específicos de forma articulada entre os serviços, contribuindo para a superação de situações de vulnerabilidade.

Média Complexidade: direitos violados, mas vínculos familiar e comunitário não rompidos; Alta Complexidade: sem referência e, ou, em situação de ameaça, necessitando ser retirados de seu núcleo familiar e, ou, comunitário.

## 11.3 - O SUAS E A DEFICIÊNCIA

O SUAS apoia e financia serviços destinados ao desenvolvimento de ações de proteção social e inclusão de pessoas com deficiência e de suas famílias. Tem como objetivo assegurar os direitos sociais de pessoas com deficiência, criando condições para promover sua autonomia, inclusão social e participação efetiva na sociedade.

## 12 - Saúde

**S**aúde é “um estado de bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de doença”. Boa saúde é um pré-requisito para a participação em diversas atividades, incluindo educação e emprego. A saúde integra a Seguridade Social, juntamente com a Previdência e a Assistência Social. Nem sempre a saúde no Brasil foi um direito. Até 1989 a assistência médica era responsabilidade do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) que atendia os contribuintes da Previdência Social. Os demais eram atendidos apenas em serviços filantrópicos, como as Santas Casas.

### 12.1 - SUS – LEI FEDERAL 8080/90

O SUS ou Sistema Único de Saúde é um conjunto de normatizações, regras e modelos criados para que toda a população brasileira tenha acesso ao atendimento público de saúde. O SUS fundamenta-se em três princípios: universalidade, igualdade e equidade no atendimento. Chegar à universalidade do serviço com qualidade é até hoje a grande questão do SUS. Estes princípios norteiam-se por quatro diretrizes.

- 1 - Descentralização dos serviços;
- 2 - Participação democrática na gestão dos recursos da comunidade;
- 3 - Conselhos de Saúde;
- 4 - Atendimento integral a saúde, ou seja, prover as ações curativas e as ações preventivas necessárias à melhoria da saúde.

### COMO FUNCIONA O SUS?

O SUS desenvolve suas atividades em três níveis de atenção:

- **a atenção básica:** é o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde, realizada pela UBS. A atenção básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária;

- **procedimentos de média complexidade:** cirurgias ambulatoriais especializadas; próteses e órteses; odontologia; terapias especializadas, entre outros;

- **alta complexidade:** organizada em rede, oferece alta tecnologia e especificidade. Ex: diálise; assistência ao paciente oncológico; distrofia muscular progressiva; procedimentos em fissuras lábio-palatais para citar alguns.

### 12.2 - O SUS E A PESSOA COM DEFICIÊNCIA

Ver a deficiência como uma questão de direitos humanos não é incompatível com a prevenção de problemas de saúde, se a prevenção respeitar os direitos e a dignidade das pessoas com deficiência.

Prevenir a deficiência é uma estratégia multidimensional que inclui a prevenção de barreiras incapacitantes, além da prevenção e o tratamento dos problemas de saúde subjacentes.

O Art. 25 da Convenção das Nações Unidas sobre os Direitos das Pessoas com Deficiências (CDPD) reforça o direito dessas pessoas em alcançar atendimentos com qualidade para a saúde, sem discriminação. O Relatório Mundial sobre a Deficiência mostra que várias pessoas com deficiência enfrentam barreiras aos serviços de saúde: o isolamento social foi um fator gerador de grande desigualdade na saúde; pessoas com transtornos mentais e deficiências de aprendizagem encontram-se em alto risco de pobreza; falta de acesso a serviços e tratamento igualitário também foram citadas como obstáculos significativos. Exemplo: falha na comunicação e mascaramento de diagnóstico, medo, ignorância e treinamento inadequado.

#### Recomendações do Relatório:

- acesso de todos a todos os serviços de saúde regulares;
- serviços específicos para pessoas com deficiência;
- melhorar a competência de funcionários da saúde;
- inclusão social e econômica das pessoas com deficiência;
- aumento da conscientização pública e do entendimento das deficiências;
- apoio a pesquisas sobre deficiência.



## 13 - Educação Especial e Inclusiva

**A** Educação Especial foi concebida para atender alunos que não conseguiam – ou eram impedidos de – acompanhar uma classe regular. Na escola especial, crianças e adolescentes com deficiência auditiva, física, visual e intelectual recebiam atendimento, atenção e instrumentos específicos que se adequavam às suas necessidades, facilitando a aprendizagem.

Por um lado, a educação especial significou uma conquista da sociedade, na medida em que houve sensibilização e adaptação da Pedagogia às diferentes necessidades individuais.

Por outro lado, reforçou a discriminação e legitimou o despreparo das instituições de ensino para trabalhar com alunos diferentes da média, separando-os das outras crianças.

Mais fácil excluir do que modificar o Sistema Educacional. Contudo, o desajuste escolar seguiu aumentando. Com os crescentes diagnósticos de déficit de atenção, tratados com medicação desde a mais tenra idade, a intolerância da Escola com alunos que se desviassem do aluno ideal, ficou evidente. O discurso é: os alunos precisam se adaptar à escola e não o contrário.

É importante a aprendizagem da convivência social, o respeito às regras e limites, mas igualmente fundamental é o reconhecimento e acolhimento da singularidade. O bom desenvolvimento passa por essas condições.

O resultado dessa pedagogia que transmite para alunos comportados e medicados apenas conteúdo formal, técnico, muitas vezes sem reflexão, sem ensinar a pensar, sem valores, sem preparar efetivamente para a vida é a massificação da educação e do pensamento. A escola, nessa perspectiva, serve à ideologia quando impede que as singularidades desafiem e provoquem alterações no sistema educacional, trazendo algo novo. As instituições tendem à repetição, à acomodação e ao engessamento, que podem ser revertidos se o hábito de realizar revisões, avaliações e mudanças periódicas no sistema pedagógico for instaurado.

Nem seria preciso exigir trabalho de tal magnitude com tanta frequência, se cada aluno fosse observado diariamente e sua singularidade fosse respeitada. Os conteúdos escolares juntamente com os culturais poderiam ser ensinados de maneira apropriada às necessidades de cada um e não apenas àqueles com características diferentes.

Embora as classificações sejam úteis, são sempre provisórias e incompletas, demandando atenção para o ser singular que foi classificado em diferentes categorias cuja soma costuma não ser igual à pessoa concreta. Todas as pessoas têm necessidades especiais, únicas, não apenas as pessoas com deficiência. A questão da inclusão escolar veio apenas enfatizar essas questões.

A educação inclusiva discute a escola: relações, currículo, métodos, avaliações, propondo uma educação mais responsiva às necessidades de todas as crianças. O novo paradigma exige novas relações entre a escola e a sociedade e vice-versa.

A modificação depende de outra compreensão sobre a função da educação. Se apenas o conteúdo é privilegiado, a sociedade passa a ser constituída por cidadãos técnicos, que alimentam a necessidade de mão de obra, levando a um tipo de progresso baseado no individualismo, na exclusão, na adequação como forma de poder, no consumo. Se outros valores, como a convivência com as diferenças, a valorização do aprendizado por meio da diversidade, da aceitação e enfrentamento de desafios e impasses forem objetivos da educação, a perspectiva muda: nem todos se interessam pelo mesmo assunto e nem todos aprendem da mesma forma.

A sociedade cujos cidadãos sejam frutos da escola inclusiva tem chances de progredir de maneira sustentável e democrática com a participação de todos nas decisões, resultando no bem-estar da coletividade.

É muito provável que a mudança esperada seja lenta e gradual, porque o estabelecimento de parâmetros novos não se dá por saltos, mas por meio de processos. Contudo, a alteração não pode mais esperar a conscientização coletiva, principalmente porque ela pode ser atrasada por aqueles que se beneficiam com a inércia e têm poder de impedir as transformações. Assim, as novas diretrizes para a educação com a PNE 2011-2020 (Plano Nacional de Educação) são um passo importante na direção da educação universal. Não só pelo que propõe, mas pela possibilidade de se ampliar o debate na construção de um modelo de educação que acompanhe os anseios da sociedade.

## 14 - Deficiência, Preconceito e Inclusão

Quando se pensa em violências e violações de direitos contra crianças, adolescentes, a primeira delas é a questão da inclusão social e escolar, que é foco de resistência, principalmente a inclusão da pessoa com Deficiência Intelectual no ensino regular.

O discurso, sobre a falta de preparo das instituições de ensino e do seu corpo docente é comum e permanece forte. Em algumas cidades, há situações ainda mais complicadas sobre a questão da inclusão da pessoa com Deficiência Intelectual na escola regular.

Um discurso perverso de proteção da família e da pessoa com deficiência propõe-se a manutenção dos serviços especializados intramuros como a melhor maneira de se oferecer um atendimento de qualidade a esta população e seus familiares, pois, fora dos muros da instituição, as crianças e adolescentes estariam correndo risco de sofrerem abusos, bullying, agressões, e outros tipos de violência. Desta forma, justifica-se a violência do preconceito e da segregação social pela ótica da proteção e do cuidado, impedindo que a pessoa com deficiência usufrua de sua cidadania, assim como seus pares sem deficiência. É violência também, negar as pessoas com deficiência à possibilidade do desenvolvimento de habilidades de autodefesa e proteção, impedindo ou dificultando sua emancipação e autonomia, tornando-as assim, por mais uma geração, dependentes dos serviços especializados e excluídos das experiências sociais comuns.

Ainda sobre a questão da Inclusão, talvez a posição mais difícil que encontramos é de que a inclusão da pessoa com Deficiência Intelectual, física e sensorial dependa do grau de deficiência que a pessoa possui, e as comorbidades associadas. Então, se a pessoa tem uma Deficiência leve ou deficiência física leve, por exemplo, pode estar inserida na escola regular, incluída na sala de aula, usufruindo do currículo e dos espaços públicos, da convivência familiar e comunitária; agora, se a deficiência é considerada grave ou múltipla, é recorrente o discurso de se fazer uma “meia” inclusão, ou melhor dizendo, uma pseudoinclusão, restringindo o acesso da pessoa e propondo sua participação somente em serviços especializados ou acompanhado por “técnicos” especialistas.

*Uma sociedade inclusiva se fundamenta numa filosofia que reconhece e valoriza a diversidade, como característica inerente à constituição de qualquer sociedade. Partindo desse princípio, e tendo como horizonte o cenário ético dos Direitos Humanos, sinaliza a necessidade de se garantir o acesso e a participação de todos, a todas as oportunidades, independentemente das peculiaridades de cada indivíduo. (Patrícia Candido Moreno, 2009)*

Quando se reflete com mais profundidade a respeito da deficiência, não é possível desassociá-la da visão da incompletude humana. O homem é finito de saberes, por isso não sabe atender a tudo que lhe aparece. Quando nos deparamos com algo que temos e/ou não temos conhecimento, costumamos criar barreiras e obstáculos para nos protegemos.

Sendo assim, é preciso uma mudança de atitude que envolva a pessoa com deficiência, sua família, a instituição especializada e a comunidade, bem como a atualização e elaboração de políticas públicas, que precisam passar, portanto, pela questão da inclusão social.

Este caminho é coerente com as recentes tendências mundiais no enfrentamento de desafios ligados a inclusão e aceitação da diversidade humana e das diferenças individuais em todos os campos de atividade humana.

É urgente a criação de políticas públicas que viabilizem recursos técnicos e financeiros para o investimento em formação continuada, tecnologia e adequação de espaços e conteúdos.

A inclusão pode deixar de ser uma política afirmativa para fazer parte natural de nossa vida e cotidiano.



## 15 - Negligência

A questão da negligência exige uma compreensão integral e integrada deste fenômeno, sob o risco de aproximá-la exclusivamente dos aspectos ligados à pobreza ou à carência. A negligência está associada à ausência de recursos não só materiais e econômicos, mas afetivos, sociais e culturais, nos cuidados básicos da criança e do adolescente com deficiência.

A negligência ocorre quando existe a possibilidade de proteção e de recursos para os cuidados básicos e ainda assim isto não é feito.

Este fenômeno é observado tanto nas famílias, como nas instituições, por meio de profissionais, e serviços públicos e privados que negam acesso, direitos e cuidados, a famílias, crianças e adolescentes.

Encontramos um conjunto de legislações no ECA, que buscam garantir os direitos das crianças e o adolescentes com deficiência. Porém, ao entrar na vida adulta, padecem de ações e políticas públicas de proteção à família e a pessoa com deficiência.

Na velhice, ou mesmo com a morte dos pais ou tutores, a pessoa com deficiência pode ser cuidada por pessoas estranhas à sua rotina, ficando, assim, em situação de maior vulnerabilidade e sujeita a um número maior de violência e violações de direito, como: mau uso dos recursos financeiros, falta de lares adaptados, dificuldade de administração de medicação.

Outras histórias narram casos em que crianças e adolescentes com Deficiência Intelectual são mantidos dentro de suas casas, restritos a atividades repetitivas e de pouca estimulação, como assistir televisão, sem receber quaisquer estímulos para desenvolverem-se e sem investimento em suas habilidades.

Minimizar suas dificuldades e limitações, levando-as à maior autonomia e independência, deve ser objetivo das ações de prevenção à violência e violação de direitos.

Somando-se às privações afetivas e de desenvolvimento, a maioria dos jovens com Deficiência não frequenta qualquer instituição de ensino regular. Ficam excluídos da convivência com as demais pessoas de sua idade. Excluídos do acesso ao conhecimento e aprendizado de valores e regras sociais, transmitidos e vivenciados na escola.

A negligência é intencional ou um infeliz resultado da falta de condições psicológicas, econômicas, sociais e culturais que podem impedir os pais de crianças com Deficiência Intelectual de usufruírem dos equipamentos municipais destinados à efetivação dos direitos das pessoas?

Nas discussões com as redes municipais, nota-se que as condições psicossociais em que se encontram as famílias interferem diretamente na qualidade e quantidade de cuidados oferecidos às crianças e adolescentes com deficiência. Pode-se compreender que esta interferência encontra-se nas raízes das ações e omissões cometidas pelos familiares e cuidadores das crianças e adolescentes, tomadas como intencionais, sendo a violência atribuída diretamente e somente à família.

A estrutura de trabalho em rede, cuja concepção é oferecer atenção, atendimento, orientação e acompanhamento integral às crianças, aos adolescentes, às famílias e à comunidade, pode atuar como referência e apoio para as necessidades apresentadas pelas famílias.

Em situações nas quais a família ou o responsável pelo cuidado da criança e adolescente não tem acesso aos meios que lhe permitiriam suprir as necessidades biológicas, psicológicas e afetivas deles não se configura negligência. Esta modalidade de violência é reconhecida na presença de condições para suprir e oferecer o que a pessoa necessita, mas que lhes são negadas, por alguma razão e há uma omissão voluntária.

Quando chegam ao conhecimento dos atores da rede de proteção, as situações de negligência já são muito graves. Os casos menos evidentes costumam ser tolerados e desconsiderados. O que os profissionais devem observar ao receberem um caso, é que aquela, muitas vezes, não é uma situação isolada.

A negligência e a violência, em geral, vêm acompanhadas de outras formas de violação de direitos, que levou a vítima ao serviço da rede de proteção, como constrangimentos, humilhações, privações, agressões, entre outros.

Nossa cultura, historicamente, é tolerante com determinadas modalidades de violência, como exemplo a violência doméstica e contra a mulher. São tratadas de forma branda, a ponto de não serem caracterizadas como tal. Principalmente, quando não há marcas evidentes como hematomas ou outras escoriações facilmente identificáveis.

Neste caso, valoriza-se a imagem, o visual, a marca, o hematoma, o ferimento, em detrimento das consequências psicológicas e afetivas que a falta de carinho, a ausência de uma figura de identificação, a ameaça e o abandono podem causar.

Muitas situações de omissão e abandono resultam da dificuldade de familiares ou cuidadores de entrarem em contato com a realidade da criança ou adolescente com deficiência. Perceber que a pessoa precisa de outros cuidados e mais atenção, principalmente nos primeiros anos de vida, pode gerar, em alguns momentos, sentimentos ambíguos de: amor com culpa, raiva, frustração, tristeza e ansiedade.

É comum que os cuidadores se distanciem da capacidade que possuem de identificar a necessidade daquela criança, naquele momento.

Por isto, é importante que a família tenha acesso à rede de atenção e proteção mais próxima a sua residência, para se sentirem mais amparados e apoiados em momentos de maior fragilidade.

Cabe aos profissionais da rede se atentarem à forma como a família lida com a deficiência, para que, em caso de necessidade, estejam aptos a intervir com acolhimento, informações e encaminhamentos que auxiliem os pais a compreender de que forma seus filhos podem ser estimulados e cuidados.

Às situações de negligência já instauradas cabem encaminhamentos para o Conselho Tutelar que poderá, através de visitas domiciliares e acompanhamento da família auxiliar na compreensão do contexto familiar e social em que a criança ou o adolescente vítima de violência está inserido. Podendo assim orientar, informar, advertir e encaminhar a família para outros serviços no âmbito social, educacional, de saúde ou justiça.

## 16 - Violência Institucional, Sociedade e Estado Negligente

Outra forma de negligência que, frequentemente, ocorre na vida das crianças, adolescentes e suas famílias é a violência institucional.

Esta modalidade de violência acontece dentro dos serviços de apoio e equipamentos da rede de atenção, por ação ou omissão, principalmente contra parcelas mais vulneráveis da população, como é o caso das crianças e adolescentes com deficiência e sem recursos econômicos e/ou culturais.

Denominamos de vitimação da pessoa com Deficiência Intelectual a ausência de políticas públicas que garantam direitos essenciais da infância à velhice, como o atendimento básico à pessoa com deficiência.

É o atendimento Institucional que mesmo tendo como missão o acolhimento, atendimento, encaminhamento e acompanhamento, reproduz a cultura de violência, segregação e exclusão das pessoas com deficiência.

Filas e esperas, por meses, por um atendimento, uma consulta médica, terapias de estimulação ou de reabilitação, além da exclusão por não ser elegível a determinado atendimento, mesmo podendo se beneficiar com ele, são alguns exemplos desta violência.

Outro aspecto importante que surgiu no encontro das redes dos municípios foi a dificuldade de precisar e acertar um diagnóstico, seja por dificuldades técnicas na formação profissional dos atores da saúde, assistência e educação, seja pela ausência de profissionais que pudessem realizar a tarefa.

A ausência de diagnósticos precisos e claros dificulta o estudo epidemiológico das deficiências e enfermidades, resultando na pequena quantidade de proposição de políticas públicas voltadas à garantia de direitos e enfrentamento da violência e violações associadas às deficiências.



A negligência de alguns equipamentos pode aparecer de outras maneiras, como: inexistência de serviço especializado, má qualidade no atendimento e nas instalações físicas, número insuficiente de profissionais para atender a população e ausência de processo educativo, adaptado e atualizado. Todas essas contingências configuram violações de direito da pessoa, já que todos têm o direito a um atendimento pleno e de qualidade. Quando se reflete sobre a violência institucional, encontra-se a negligência do Estado que é responsável, juntamente com a família e a sociedade, pela defesa e cuidado da criança e do adolescente.

O Estado tem o dever de assegurar a esta população, com absoluta prioridade, todos os direitos previstos na Constituição Federal de 1988, além de colocá-la a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. (Artigo 227 – Constituição Federal Brasileira – 1988).

A falta de acolhimento e suporte dos serviços públicos gera parcial ou total descrença dos familiares e demais cidadãos no Estado, o que por sua vez, impede que novas estratégias para a solução dos problemas sejam pensadas. A vulnerabilidade psicossocial aumenta e a sensação de solidão e abandono se cristaliza na vida das famílias.

Como consequência, a família que deveria ser o continente seguro de seus membros, transforma-se na vilã e maior responsável pela falta de proventos e cuidados em quantidade e qualidade a seus filhos ou dependentes. Por sua vez, a sociedade, também responsável pela garantia dos direitos das crianças e adolescentes, cobra da instituição familiar que busque ferramentas e estratégias de promoção e qualidade de vida às crianças e adolescentes, e assim minimize os possíveis malefícios das ações e omissões do Estado.

Cabe a todos: profissionais, famílias, pessoas com deficiência, sociedade civil e Estado quebrar esse ciclo de violência, possibilitando vidas mais dignas para todos numa sociedade mais justa e inclusiva.

Esta é a linha de atuação do Programa Todos Pelos Direitos, que busca estabelecer diálogos com os segmentos que compõe o Sistema de Garantia de Direitos. Pautando a questão da deficiência, da violência e violações de direitos associadas à deficiência, além do trabalho em rede como eficiente ferramenta de intervenção social, na garantia da Integralidade da proteção e direito de todas as crianças e adolescentes, com ou sem deficiência.

## 17 - Contatos Importantes

### **CRAMI - Centro Regional de Atenção aos Maus Tratos na Infância**

Santo André (11) 4990-8521

Diadema (11) 4051-1234

São Bernardo do Campo (11) 4123-1751

São José do Rio Preto (17) 3227-3484

Sorocaba (15) 3221-2777

Campinas (19) 3251-1234

Bauru (14) 3238-3000

Piracicaba (19) 3302-6797

Botucatu (14) 3882-6555 e 3815-3774 e Itapira.

### **CONDECA Conselho Estadual de Defesa Da Criança e do Adolescente**

Rua Antonio de Godói, 122 7º. Andar - São Paulo

(11) 3222-4441 / 3223-9346 / 3361-3433 / 3361-8451

atendimentocondeca@condeca.sp.gov.br

### **Ministério Público do Estado de São Paulo**

Rua Riachuelo, nº115 – Centro - São Paulo

(11) 3119-9000

### **Ministério Público Federal**

R. Frei Caneca, 1360 – Consolação - São Paulo

(11) 3269-5000

### **Defensoria Pública do Estado de São Paulo**

Avenida da Liberdade, 32 – Centro - São Paulo

<http://www.defensoria.sp.gov.br>

### **CMDCA - Conselho Municipal de Direitos da Criança e do Adolescente**

Rua Líbero Badaró, 119 2º. Andar - São Paulo

(11) 3113-9666 / 3113-9648 / 3113-9651

#### **CPMD – Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência**

Rua Líbero Badaró, 119. 3º. Andar - São Paulo  
(11) 3113-9672 / 3113-9691

#### **Ministério Público Federal**

##### **Promotoria de Justiça da Pessoa Idosa e da Pessoa com Deficiência**

Edifício-Sede do MPDFT, Eixo Monumental, Praça do Buriti, Lote 2, Brasília-DF  
(61) 3343-9500  
Plantão (sábados, domingos e feriados)  
(61) 3214-4444 / 3214-4430 / 3214-4495

#### **Primeira Vara da Infância e Juventude**

Praça João Mendes s/n – Centro - São Paulo  
(11) 2171-6000  
spinf@tjsp.jus.br

## **DENÚNCIA**

**Denúncia de violência contra a mulher** - 180

**Disque denúncia** - 181

**Polícia Militar** - 190

**Polícia Militar Rodoviária** - 191

**DISQUE 100** - Disque Denúncia Nacional (Serviço sigiloso e anônimo)  
disquedenuncia@sedh.gov.br

#### **Internet - Safernet Brasil**

Denúncia de violência e abuso sexual pela internet - [www.safernet.org.br](http://www.safernet.org.br)

**Denúncia de abuso ou exploração sexual** - 0800-990500

## **18 - Referências**

AAIDD, **American Association on Intellectual and Developmental Disabilities Intellectual Disability, Definition, Classification, and Systems of Supports**, 11th edition, 2010. Disponível em: <http://www.aaidd.org>

ADORNO, T. **Educação após Auschwitz**. In: Educação e emancipação. São Paulo/Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1995.

AMARAL, L.A. **Espelho convexo: o corpo desviante no imaginário coletivo**. Tese IPUSP (1992).

AMARAL, L.A. **Conhecendo a deficiência em companhia de Hércules**. São Paulo: Robe Editorial, 1995.

Associação Brasileira de Magistrados, Promotores de Justiça e Defensores Públicos da Infância e Juventude (ABMP). **Proteção Integral e atuação em Rede na Garantia dos Direitos de Crianças e Adolescentes: Caderno de Fluxos Operacionais Sistêmicos**. São Paulo, 2010.

Associação Fazendo História; NECA (Associação dos Pesquisadores de Núcleos de Estudos e Pesquisas sobre a Criança e o Adolescente). Isa Maria F. R. Guará (org.) "Redes de proteção social". In GONÇALVES, A. S.; GUARÁ, I.M.F.R. **Redes de proteção social na comunidade**. 1 ed. (Coleção Abrigos em Movimento). São Paulo, 2010.

AZEVEDO, M. A. **Violência doméstica na infância e na adolescência**. São Paulo, Robe Editorial, 1995.

AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A. "Crianças vitimizadas: a síndrome do pequeno poder" In AZEVEDO, M. A.; GUERRA, V. N. A (Org.) **Vitimação e vitimização: questões conceituais**. São Paulo: Iglu, 2007.

\_\_\_\_\_. **Infância e violência fatal em família**. São Paulo, Iglu, 1998.



\_\_\_\_\_. **Infância e violência doméstica: fronteiras do conhecimento.** São Paulo: ed. Cortez, 1993.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988.** Senado Federal. Brasília/DF, 2010.

BRASIL. Decreto Presidencial nº 6.949 de 25 de agosto de 2009. **Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.** Nova York, em 30 de março de 2007.

Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm)

BRASIL. **Estatuto da Criança e do Adolescente** – Lei 8.069/90. CONANDA. Brasília/DF, 2011.

BRASIL. **Plano Nacional de Promoção, Proteção e Defesa do Direito de Crianças e Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária.** Conselho Nacional de Assistência Social – CNAS. Brasília/DF, 2006.

BRASIL. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS.** Brasília/DF, 2004.

BRASIL. **SINASE - Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo.** CONANDA. Brasília/DF, 2006.

Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente; Centro de Defesa dos Direitos da Criança e do Adolescente Pe. Marcos Passerini. **Observatório Criança. Crianças e Adolescentes no Maranhão: uma prioridade fora do orçamento.** São Luís, 2006.

CROCHÍK J.L. **Preconceito, indivíduo e cultura.** São Paulo: Robe Editorial; 1995.

\_\_\_\_\_. **Preconceito e Conselhos Tutelares.** São Paulo: Projeto CONANDA, 2010.

\_\_\_\_\_. (Org.) **Preconceito e Educação Inclusiva.** Brasília: SHD/PR, 2011.

DELMANTO, C. **Código Penal comentado.** Rio de Janeiro. Renovar: 2000.

ELKAIN, M. **Las prácticas de la terapia De Red,** Barcelona. Gedisa: 1995

FALEIROS, Eva T. Silveira. **Repensando os conceitos de violência, abuso e exploração sexual de crianças e adolescentes.** Brasília: Thesaurus, 2000.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** 4ª edição. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1982.

Instituto Fonte para o desenvolvimento social. OLIVEIRA, M. “A prática de atuação em rede”, 2004.

\_\_\_\_\_. “O processo de construção de parcerias”, 2004.

MOTTI, A.J.A& SANTOS, J.V. **Redes de proteção social à criança e ao adolescente: limites e possibilidades.** Disponível na internet: <http://www.leviad.com.br/pair/public/arquivos/Texto%20m5.pdf> [Acesso em: jan 2014].

NEUMANN, M. M. **Violência sexual: dominação e sexualidade.** Dissertação (Mestrado em Psicologia Social) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo São Paulo, 2002.

\_\_\_\_\_. **O que é violência doméstica contra a criança e o adolescente.** Santo André: CRAMI-ABCD, novembro de 2000.

OLIVEIRA, M. **Atuação em rede por organizações do terceiro setor.** Monografia apresentada ao curso de MBA, como requisito parcial para obtenção do certificado de conclusão FEA – USP, 2000.

OIT **Gestão de questões relativas a deficiência no local de trabalho: Repertório de recomendações práticas da OIT.** – 1. ed., rev. – Brasília: OIT, 2006.

**Revista da Agência de Educação para o Desenvolvimento (AED).** MARTINHO, Cássio. “O projeto das redes: horizontalidade e insubordinação”. Brasília, nº. 2, 2002.

**Revista Mutações Sociais.** WHITAKER, F. “Uma estrutura alternativa de organização”. CEDAC, Rio de Janeiro, ano2, n.3, 1993.

SLUZK, C. – **La red social: frontera de la practica sistematica.** Barcelona, Gedisa, 1996

92

## 92

92

92

92

92

92

92

92

92

## 92

92

## 93



Todos Pelos Direitos



## PROGRAMA TODOS PELOS DIREITOS

---

Rede de Proteção às Crianças e  
Adolescentes com Deficiência



[www.apaesp.org.br](http://www.apaesp.org.br)

Realização



Apoio

