



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CAMPUS DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL**

DAIENE DOS ANJOS MARTINS

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC) NA SAÚDE MENTAL

**CAMPINA GRANDE
2011**

DAIENE DOS ANJOS MARTINS

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC) NA SAÚDE MENTAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Graduação em Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba, em cumprimento à exigência para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

Orientadora: Profa. Ms. Tereza Cristina Ribeiro da Costa

**CAMPINA GRANDE
2011**

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Setorial Luiza Erundina – Serviço Social – UEPB

M386b Martins, Daiene dos Anjos.
Benefício de Prestação Continuada (BPC) na saúde mental [manuscrito] / Daiene dos Anjos Martins. – 2011.
23 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, 2011.

“Orientação: Profa. Ma. Tereza Cristina Ribeiro da Costa, Departamento de Serviço Social”.

1. Benefício de Prestação Continuada. 2. Assistência Social. 3. Centro de Atenção Psicossocial. 4. Serviço Social.
I. Título.

21. ed. CDD 368.4

DAIENE DOS ANJOS MARTINS

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC) NA SAÚDE MENTAL

Trabalho de conclusão de curso apresentado como pré-requisito para obtenção do título de Bacharel em Serviço Social, pelo curso de Serviço Social da Universidade Estadual da Paraíba - UEPB - Campus I - Campina Grande.

Campina Grande, 21 de novembro de 2011.

Nota 10,0 (Dez)

BANCA EXAMINADORA

Tereza Cristina Ribeiro da Costa
Profa. Ms. Tereza Cristina Ribeiro da Costa – CCSA/UEPB
Orientadora

Célia de Castro
Profa. Ms. Célia de Castro – CCSA/UEPB
Membro da Banca Examinadora

Cacilda Lopes da Silva
Esp. Cacilda Lopes da Silva - Assistente Social
Membro da Banca Examinadora

SUMÁRIO

RESUMO	4
1 INTRODUÇÃO	5
2 CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS ACERCA DA SAÚDE MENTAL	6
2.1 Saúde mental em Campina Grande	8
2.1.1 CAPS II – Novos Tempos	10
3 BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC) NA SAÚDE MENTAL	12
4 PROJETO DE INTERVENÇÃO: CAPS II- NOVOS TEMPOS	16
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	21
REFERÊNCIAS	22

BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC) NA SAÚDE MENTAL

Daiene dos Anjos Martins

RESUMO

O presente trabalho de conclusão de curso é fruto de um projeto de intervenção realizado no Centro de Atenção Psicossocial CAPS II – Novos Tempos, da cidade de Campina Grande, durante o período de junho a novembro de 2011. O objetivo geral da proposta buscava contribuir para discussão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) na reabilitação dos portadores de transtornos mentais, usuários do CAPS II. A intervenção foi pautada por uma metodologia participativa, envolvendo usuários e familiares na discussão sobre o BPC instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), seus critérios de inclusão e seu funcionamento, dentro da área da Saúde Mental. O Projeto de Intervenção foi operacionalizado a partir de oficinas, nas reuniões dos Grupos de Família, e trouxe uma breve contextualização sobre os avanços na área da Saúde Mental, aspectos conceituais sobre o BPC, acesso e critérios de inclusão, na perspectiva de observar a relevância do BPC para os portadores de transtornos mentais enquanto um direito vinculado a Assistência Social. A avaliação da intervenção com usuários e familiares aponta que o espaço proporcionou momentos de esclarecimento e explicação no que tange os critérios de concessão do BPC e possibilitaram um fecundo espaço para discussão dos direitos sociais e a concepção do BPC como direito social.

Palavras chave: Benefício de Prestação Continuada. Constituição Federal. Assistência Social. Centro de Atenção Psicossocial.

ABSTRACT

The present work of completion of course of is the result of an intervention project realized in the Psychosocial Attention Center CAPS II(which stands for Centro de Atenção Psicossocial in Portuguese) – Novos Tempos, from the city Campina Grande, during the period of June to November 2011. The general aim of the proposal sought to contribute to discussion of Continuous Cash Benefit Programme (BPC) (which stands for Benefício de Prestação Continuada in Portuguese) in the rehabilitation of people with mental disorders, CAPS II users. The intervention was guided by a participatory methodology, involving users and family members in the discussion of the BPC established by the Federal Constitution of 1988 and regulated by the Organic Law of Social Assistance (LOAS) (which stands for Lei Orgânica da Assistência Social), their inclusion criteria and function, within the Area of Mental Health. The intervention project was operationalized through workshops, meetings of household groups, and brought a brief contextualization about the progress in the area of Mental Health, conceptual aspects of the BPC, access and inclusion criteria with a view to observe the relevance BPC for patients with mental disorders as a right related to Social Assistance. The assessment of an intervention with users and their families shows that the space provided moments of clarification and explanation regarding the criteria for the BPC made possible a fecund area for discussion of social rights and the design of the BPC as a social right.

Keywords: Continuous Cash Benefit Programme. Federal Constitution. Social Assistance. Psychosocial Attention Center.

1 INTRODUÇÃO

O Benefício de Prestação Continuada (BPC), previsto pela Constituição de 1988 e regulamentado em 1993 pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), Lei nº 8.742/93, pelas Leis nº 12.435/11 e nº 12.470/11, que alteram dispositivos da LOAS e pelos Decretos nº 6.214, de 26 de setembro de 2007 e nº 6.564, de 12 de setembro de 2008, é a garantia de um salário mínimo à pessoa com deficiência e ao idoso, com sessenta e cinco anos ou mais, que comprovem não deter meios para prover sua manutenção e nem tê-la provida por sua família e que se encaixem dentro dos critérios.

O referido Benefício foi criado visando o enfrentamento da pobreza, à garantia da proteção social, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais. BPC é considerado como fator preponderante no reconhecimento e consolidação do direito e da cidadania, pois vem promovendo “autonomia”, inclusão e participação efetiva dos idosos e das pessoas com deficiência na sociedade.

Com o objetivo de ampliar a discussão sobre o BPC, seus dilemas e desafios, trataremos alguns apontamentos sobre o mesmo, a partir da experiência do estágio curricular e do Projeto de Intervenção realizado no CAPS II- Novos Tempos, da cidade de Campina Grande, direcionado aos usuários, familiares e profissionais do serviço.

Para tanto, inicialmente trataremos uma contextualização histórica a cerca dos avanços na área da Saúde Mental, a partir da Reforma Psiquiátrica e as Legislações vigentes na Área da Saúde Mental, que possibilitaram o reconhecimento de direitos e novas práticas voltadas aos portadores de transtornos mentais. Em seguida, esboçaremos breves considerações sobre a saúde mental na Paraíba, mais especificamente sobre Campina Grande e o CAPS II. Após esse resgate histórico trataremos aspectos conceituais sobre o BPC, acesso e critérios de inclusão, na perspectiva de propiciar o debate e esclarecimento sobre tais, finalizando com a análise dos relatos e experiências sobre o BPC a partir do Projeto de Intervenção, realizado no Centro de Atenção Psicossocial CAPS II – Novos Tempos, durante o período de junho a novembro de 2011, que tinha como objetivo ampliar a discussão do BPC na saúde mental, pautada por uma metodologia participativa, envolvendo usuários e familiares na discussão.

2 CONSIDERAÇÕES HISTÓRICAS ACERCA DA SAÚDE MENTAL

Ao longo dos séculos vem se modificando a percepção social da loucura, e nas últimas décadas em especial, podemos visualizar mudanças também no que diz respeito ao tratamento voltado aos portadores de transtornos mentais. Por muito tempo os portadores de transtornos mentais foram tratados em condições desumanas. Segundo Amarante (1995), somente no século XIX, período marcado pela extensão da psiquiatria ao espaço público, há a produção de uma percepção dirigida pelo olhar científico sobre o fenômeno da loucura e sua transformação em objeto de conhecimento: a doença mental. O período pós-guerra tornou-se cenário para o projeto de Reforma Psiquiátrica contemporâneo, atualizando críticas e reformas da instituição asilar. Conforme Amarante (2007), as duas Grandes Guerras Mundiais fizeram com que a sociedade passasse a refletir sobre a natureza humana, sobre a concepção da loucura e as práticas psiquiátricas exercidas. Com o fim da Segunda Guerra Mundial, visualizamos um desencadeamento de diversos movimentos reformistas. Neste sentido, no século XX o modelo de internação começa a ser questionado resultando em transformações substanciais na área da saúde mental (AMARANTE, 1995).

No Brasil, o início do processo de Reforma Psiquiátrica foi marcado pela denúncia da violência dos manicômios, da mercantilização da loucura, da hegemonia de uma rede privada de assistência e a crítica ao chamado saber psiquiátrico e ao modelo hospitalocêntrico na assistência às pessoas com transtornos mentais. Tal processo tem como estopim a crise da Divisão Nacional de Saúde Mental- DINSAM, órgão do Ministério da Saúde, responsável pela formulação das políticas de saúde do subsetor de saúde mental, que eclode em 1978. Os profissionais da área denunciavam as péssimas condições da maioria dos hospitais psiquiátricos do Ministério da Saúde no Rio de Janeiro e vários foram demitidos. No mesmo ano, no V Congresso Brasileiro de Psiquiatria, uma caravana de profissionais da saúde demitidos no processo de lutas da Dinsam divulgou o Manifesto de Camboriú e marcou o I Encontro Nacional de Trabalhadores em Saúde Mental, realizado em São Paulo, em 1979. Neste processo, conforme Amarante (1995), surge o principal protagonista da reforma psiquiátrica brasileira, o Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental (MTSM), o primeiro movimento em saúde com participação popular.

O II Congresso dos Trabalhadores em Saúde Mental realizado em Bauru em 1987 foi um marco decisivo para a constituição do Movimento Nacional da Luta Antimanicomial, pois a partir dela o movimento assumiu o lema "por uma sociedade sem manicômios", criando o

Dia de Luta Antimanicomial. Neste sentido, o MTSM virou Movimento Nacional de Luta Antimanicomial- MNLA, possibilitando discussões sobre o reconhecimento da cidadania dos portadores de transtornos mentais e o desenvolvimento de pontos extremamente importantes para a desinstitucionalização de pessoas.

A desinstitucionalização de pessoas com longo histórico de internação passa a tornar-se política pública no Brasil a partir da década 1990, e ganha grande impulso em 2002 com uma série de normatizações do Ministério da Saúde, repercutindo em mudanças na rede de saúde. Após 12 anos de tramitação no Congresso Nacional é sancionada a Lei Federal nº 10.216, de abril de 2001 (BRASIL, 2001), que regulamenta o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil. Nesta direção, em 2002, foi aprovada a Portaria 336/02, que “dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental” (BRASIL, 2002), e cria normas e diretrizes para a organização dos Centros de Atenção Psicossocial e estabelece distintas modalidades. No Art.1º vem estabelecer que os Centros de Atenção Psicossocial poderão constituir-se nas seguintes modalidades de serviços: CAPS I, CAPS II e CAPS III, definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional, conforme disposto nesta Portaria. E no capítulo 1º traz:

As três modalidades de serviços cumprem a mesma função no atendimento público em saúde mental, distinguindo-se pelas características descritas no Artigo 3º desta Portaria, e deverão estar capacitadas para realizar prioritariamente o atendimento de pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em sua área territorial, em regime de tratamento intensivo, semi-intensivo e não-intensivo, conforme definido adiante (BRASIL, 2002).

Definindo assim, CAPS I como um Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 20.000 e 70.000 habitantes. CAPS II como um Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população entre 70.000 e 200.000 habitantes. CAPS III como um Serviço de atenção psicossocial com capacidade operacional para atendimento em municípios com população acima de 200.000 habitantes, se constitui serviço ambulatorial de atenção contínua, durante 24 horas diariamente, incluindo feriados e finais de semana. CAPS I e II como um Serviço de atenção psicossocial para atendimentos a crianças e adolescentes, constituindo-se na referência para uma população de cerca de 200.000 habitantes, ou outro parâmetro populacional a ser definido pelo gestor local, atendendo a critérios epidemiológicos. E CAPS ad II como um Serviço de atenção psicossocial para atendimento

de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004), Os Centros de Atenção Psicossocial- CAPS, entre todos os dispositivos de atenção à saúde mental, têm valor estratégico para a Reforma Psiquiátrica Brasileira. Com a criação desses centros, possibilita-se a organização de uma rede substitutiva ao Hospital Psiquiátrico no país. Tais Centros têm como objetivo oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários.

2.1 Saúde mental em Campina Grande

A Reforma Psiquiátrica no estado da Paraíba se constitui como um processo de luta contínua e de desconstrução do tratamento baseado no isolamento e medicalização, que fortalece a rede privada de assistência psiquiátrica. De acordo com Braga (2003), é a partir de 1970, através de denúncias da imprensa local, que vão ocorrer mudanças na área da saúde mental no Estado da Paraíba. Tais denúncias acusavam o Hospital Colônia Juliano Moreira e do Sanatório Clefford, ambos em João Pessoa, de tratarem os portadores de transtornos mentais em condições degradantes, o que ocasionou discussões acerca de mudanças nesta área, a exemplo do I Fórum Estadual de Trabalhadores em Saúde Mental em 1992 e a I Conferência Estadual de Saúde mental.

A cidade de Campina Grande, localizada no interior da Paraíba e com uma população de aproximadamente 400 mil habitantes também tem vivenciado tal processo. Historicamente o município contava com duas instituições para o tratamento psiquiátrico, o Instituto de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional- ICANERF, popularmente conhecido como Hospital João Ribeiro, criado em 1963, e o Instituto de Neuropsiquiatria de Campina Grande S/C Ltda., conhecido como Clínica Dr. Maia, criado em 1966.

Apesar das discussões a partir de 90 em torno das necessárias mudanças no âmbito da assistência psiquiátrica, o processo de reorientação da assistência à saúde mental iniciou-se somente a partir da III Conferência Nacional de Saúde Mental, realizada em dezembro de 2001, ano da aprovação da Lei 10.216, em Brasília. Inspirada nessa conferência foi

sancionada, em 30 de dezembro de 2002, a Lei Municipal de Saúde Mental n.º 4.068, de autoria da vereadora Maria Lopes Barbosa, que dispõe sobre a promoção e a reintegração social do portador de transtorno mental, como também determina a implantação de ações e serviços que substituam o atendimento centrado nos hospitais psiquiátricos. Entre 2003-2004, com o processo de intervenção no Instituto de Neuropsiquiatria e Reabilitação Funcional-ICANERF, após várias avaliações negativas do Programa Nacional de Avaliação dos serviços Hospitalares- PNASH, é que o processo de Reforma Psiquiátrica ganhou impulso em Campina Grande.

Este período foi marcado pela denúncia local, sob o título “Doentes nus e abandonados levam o Ministério Público a intervir no Hospital João Ribeiro”, que relatava os problemas existentes no hospital: “Criado para tratar doentes mentais, o João Ribeiro não vinha cumprido seu papel como deveria. Embora não seja privilégio de Campina Grande o caso [...] extrapolou a tolerância humana” (MAGNO, 2005).

O Relatório Técnico, realizado em abril de 2005, período da Intervenção, causou choque na população ao detalhar como o Hospital funcionava de forma desastrosa, em que os usuários viviam em condições insalubres, sem acompanhamento e tratamento adequado (ROSAS, 2008).

De acordo com o Relatório Técnico do PNASH/PSIQUIATRIA, o ambiente era fechado e com grades, fazendo com que os usuários ficassem confinados. Não possuía higienização do ambiente e tão pouco dos usuários, visto que, se tratando do ambiente o que se percebeu foram fortes odores de fezes e urina, já no que tange à higienização dos usuários o que se presenciou foram banhos coletivos, com mangueiras e sem material de limpeza, prejudicando desta forma também a saúde física dos usuários. Não dispunha de alimentação e remédios para todos, grande parte das camas não possuíam colchões, sem falar na estrutura física totalmente comprometida com rachaduras (ROSAS, 2008; MAGNO, 2005).

Diante do exposto, começa a tomar curso o processo de desinstitucionalização dos 176 pacientes do Hospital ICANERF e de descredenciamento do serviço da rede Sistema Único de Saúde- SUS. O ministério da saúde passou a administrar o hospital ao mesmo passo em que se iniciava um processo de mudança na rede com a implantação e ampliação de serviços substitutivos como CAPS, residências terapêuticas, centros de convivência, etc.

A expansão da rede CAPS foi fundamental para as visíveis mudanças que estão em curso na assistência às pessoas com transtornos mentais em campina Grande. A implantação e ampliação dos serviços de atenção diária tem mudado radicalmente o quadro de desassistência que caracterizava a saúde mental pública em Campina e no Brasil.

Atualmente o município conta com um CAPSad Campina Grande (Álcool e drogas), um CAPS II- Novos Tempos, um CAPS III- Reviver, dois CAPS infantis o VIVA GENTE e o Centro de Intervenção precoce, o CAPS I – Cuidar e viver, de São José da Mata, o CAPS Galante- Bem viver, que se diferenciam pelo porte, capacidade de atendimento e clientela atendida, conforme determina Portaria 336/02 (BRASIL, 2002). Ainda conta com 06 (seis) residências terapêuticas, a Emergência Psiquiátrica e um Centro de Convivência.

2.1.1 CAPS II – Novos Tempos

O CAPS II do município de Campina Grande, situado na Avenida Elpídio de Almeida, nº 1600, no bairro do Catolé, foi o primeiro serviço substitutivo implantado no município. Inaugurado em 2003, teve suas atividades iniciadas no início de 2004. É um serviço gratuito oferecido pelo Serviço municipal de Saúde, atende a portadores de transtornos mentais adultos de ambos os sexos e atualmente conta com aproximadamente 400 usuários. Conta com uma equipe multidisciplinar que trabalham com uma proposta terapêutica comum, é composta por: três Assistentes Sociais, um Psiquiatra, quatro Psicólogos, vários Terapeutas ocupacionais, dois Enfermeiros, dois Médicos, um Educador Físico, um Fisioterapeuta, dois Pedagogos, entre outros. Totalizando 36 (trinta e seis) profissionais, sendo 18 de nível superior e o restante de níveis médio e fundamental.

Neste serviço o usuário pode vir espontaneamente ou ser encaminhado por outro serviço, como Programa de Saúde da Família, hospitais, etc. Seu tratamento se inicia com o acolhimento, geralmente realizado por Assistentes Sociais. O acolhimento é um procedimento padrão onde o técnico vai conhecer o usuário, é a escuta inicial com objetivo de identificar sua história de vida para assim construir uma proposta terapêutica adequada. O CAPS II oferece: Atendimento médico, através de consultas e acesso a medicamentos voltados para o tratamento; Atendimento psicológico, através de terapia individual; Oficinas Terapêuticas como as de adaptação, relaxamento, alongamento, jogos, bijuterias, atividades manuais, entre outras; Grupo de Família, onde os familiares poderão compartilhar suas vivências e dúvidas, e assim poder, através da participação familiar, contribuir para o tratamento do usuário; Visitas domiciliares: realizadas por Assistentes Sociais, psicólogos e técnicos de referência em casos de denúncias, abandono do tratamento ou somente de rotina; Assembleias Semestrais: instrumento utilizado para avaliação contínua, nesta participam familiares e usuários, é um

momento destinado ao debate, no intuito de propor melhorias para o serviço e para um tratamento de qualidade.

O objetivo do Projeto Terapêutico do CAPS é promover a manutenção dos usuários no melhor nível de funcionamento e máximas condições de autonomia possível, para cada caso, evitando novas internações, visando a reintegração no seu grupo social e integrar a família ao tratamento. E conforme o Ministério da Saúde:

O objetivo do CAPS é oferecer atendimento à população, realizar o acompanhamento clínico e a reinserção social dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários (BRASIL, 2004).

Serviços substitutivos, a exemplo do citado, comprovam avanços no tratamento dos portadores de transtornos mentais tanto em Campina Grande, como em todo Brasil, e representam uma ampla mudança no atendimento à saúde mental, possibilitando desta forma, o acesso aos serviços e o respeito aos direitos dos portadores de transtornos mentais. A desinstitucionalização se constitui em reconhecer novos direitos e novas práticas voltadas para aqueles que sem justificativas foram excluídos dos direitos e da cidadania, isto é, o reconhecimento de formas dignas de tratamento, sendo direcionado a eles o direito de liberdade, ações para o desenvolvimento das suas potencialidades e o aumento da sua autonomia pessoal (AMARANTE, 1995).

A Lei Orgânica da Assistência Social é considerada uma dessas ferramentas de inclusão social. Também nesta perspectiva se encontra o Benefício de Prestação Continuada (BPC), previsto na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), instituída pela lei n.º 8742, de dezembro de 1993, que determina que a assistência social seja operacionalizada por meio do BPC, possibilitando a garantia de um (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família. É um direito garantido pelo Governo Federal de todo cidadão brasileiro que dele necessita e que esteja e acordo com seus critérios. E que dentro da saúde mental, se constitui em um grande avanço dentre os direitos sociais, visto que proporciona o reconhecimento da cidadania ao viabilizar de uma renda mínima para que os “excluídos” tenham seu direito à Assistência assegurada.

3 BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC) NA SAÚDE MENTAL

A Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988) é considerada um marco do restabelecimento da democracia brasileira ao estabelecer direitos civis, políticos e sociais a todos os cidadãos. Consolidou um sistema de proteção social fundamentado nos princípios da universalidade e da seguridade. Possibilitando ainda, significativas mudanças no que tange aos direitos sociais, principalmente no que diz respeito aos direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência a partir da criação de leis e decretos que regulamentaram instrumentos legais de acessibilidade e assistência social. Conforme nossa Lei Maior, se tratando dos direitos e deveres individuais e coletivos, baseado numa nova visão a partir da Reforma Psiquiátrica, traz no Inciso III do Art. 5º que: “ninguém será submetido à tortura nem a tratamento desumano ou degradante”.

Como medida de proteção social, na seção IV artigos 203 e 204 da Constituição Federal, é determinado que seja concedido um salário mínimo à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuírem meios de prover sua própria manutenção. Neste sentido foi criada a Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), instituída pela lei n.º 8742/93, regulamentando esses artigos e objetivando garantir as necessidades básicas e os direitos dos cidadãos. A LOAS garante um tipo de seguridade social não contributiva, que busca proteger a família, a infância, a adolescência, a velhice, tendo como objetivo a integração no mercado de trabalho, habilitando e reabilitando pessoas portadoras de deficiência, promovendo-as na vida comunitária. Conforme a LOAS:

Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Art. 2º A assistência social tem por objetivos:

- I- a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;
- II- o amparo às crianças e adolescentes carentes;
- III- a promoção da integração ao mercado de trabalho;
- IV- a habilitação e a reabilitação das pessoas portadoras de deficiências e promoção de sua integração à vida comunitária;
- V- a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portador de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou tê-la provida por sua família (BRASIL, 1993).

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um direito constitucional regulamentado pela LOAS, pelas Leis nº 12.435/11 e nº 12.470/11, que alteram dispositivos

da LOAS e pelos Decretos nº 6.214, de 26 de setembro de 2007 e nº 6.564, de 12 de setembro de 2008. O BPC garante um salário mínimo à pessoa com deficiência e ao idoso, com sessenta e cinco anos ou mais, que comprovem não deter meios para prover sua manutenção e nem tê-la provida por sua família. Foi implantado em 1996, visa ao enfrentamento da pobreza, à garantia da proteção social, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais (BRASIL, 2007).

Integra a proteção social básica no Âmbito do Sistema Único de Assistência Social-SUAS, coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome, por meio da Secretaria Nacional de Assistência Social, em consonância com o estabelecido pela Política Nacional de Assistência Social- PNAS e financiado pelo Fundo Nacional de Assistência Social. Apesar de ser um programa assistencial, sua operacionalização é responsabilidade do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, ou seja, o INSS fica responsável pelo processo de concessão, revisão e pagamento dos benefícios, a partir do repasse de verbas efetuado pelo Fundo Nacional de Assistência Social.

A grande novidade deste benefício, conforme Sposati (2004) é que o BPC é o primogênito dentre os mínimos sociais, não sendo vinculado à relação de trabalho. Neste sentido a autora aponta o benefício como uma conquista dos movimentos em prol da pessoa com deficiência, visto que foi através das reivindicações na arena política que houve o cumprimento constitucional de tal direito. De acordo com Sposati (2004, p. 129):

Receber, acessar um benefício social como um direito constitucional, independente do vínculo de trabalho, é sem dúvida, um marco significativo na extensão com contrato social brasileiro. Este, e talvez só este, seja o grande caráter inaugural desse benefício. A legislação social brasileira sempre exigiu a apresentação prévia da condição de trabalhador formal, com carteira assinada para ter afiançado o acesso social. A distribuição não-redistributiva perversamente própria do modelo concentrador de renda adotado no Brasil sempre exigiu que o “suor do rosto”, provocado pelo esforço do trabalho, e formalmente atestado por outro, e não só pelo cidadão demandatário, chegasse antes de qualquer acesso a um benefício.

Todavia, para concessão e reconhecimento do direito ao Benefício, são necessárias comprovações quanto à renda familiar e quanto à incapacidade. De acordo com o inciso IV do Art. 4º do Decreto nº 6.214/07 (BRASIL, 2007), considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência e idosa, a família cuja renda mensal bruta familiar dividida pelo número de seus integrantes seja inferior a um quarto do salário mínimo. Conforme disposto no § 1º do Art. 20º da Lei nº 8.742/93, entendia-se por família a unidade

mononuclear, vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes. Tal noção foi alterada e atualmente para concessão do BPC, entende-se por família:

O conjunto de pessoas que vivem sob o mesmo teto, assim entendido, o requerente, o cônjuge, a companheira, o companheiro, o filho não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido, os pais, o irmão não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido (BRASIL, 2007).

Ainda conforme o mesmo artigo, inciso II, considera-se pessoa com deficiência aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho. Com relação a crianças e adolescentes fica determinado:

Para fins de reconhecimento do direito ao Benefício de Prestação Continuada às crianças e adolescentes menores de dezesseis anos de idade, deve ser avaliada a existência da deficiência e o seu impacto na limitação do desempenho de atividade e restrição da participação social, compatível com a idade, sendo dispensável proceder à avaliação da incapacidade para o trabalho (BRASIL, 2008).

No que diz respeito aos Portadores de Deficiência em específico, é necessário para concessão do BPC que o mesmo se enquadre em um perfil que é determinado no §2º do Art.20 da Lei 12.470/11:

Para efeito de concessão deste benefício, considera-se pessoa com deficiência aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2011a).

Ainda conforme o mesmo artigo, §10: Considera-se impedimento de longo prazo, para os fins do §2º deste artigo, aquele que produza efeitos pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos. Quanto à avaliação da renda para concessão do benefício, exceto para o Idoso, conforme o Art. 4º, inciso VI do mesmo Decreto considera-se:

Renda mensal bruta familiar: a soma dos rendimentos brutos auferidos mensalmente pelos membros da família composta por salários, proventos, pensões, pensões alimentícias, benefícios de previdência pública ou privada, comissões, **pró-labore**, outros rendimentos do trabalho não assalariado, rendimentos do mercado informal ou autônomo, rendimentos auferidos do patrimônio, Renda Mensal Vitalícia e Benefício de Prestação Continuada, ressalvado o disposto no parágrafo único do art. 19 (BRASIL, 2011a).

Vale salientar que, anteriormente, a avaliação para a concessão do benefício ficava sujeita exclusivamente a exame médico e laudo pericial, realizado pelo INSS. E com a criação do Decreto citado, algumas alterações foram definidas a partir de 2007:

A avaliação da deficiência e do grau de incapacidade será composta de avaliação médica e social; A avaliação médica da deficiência e do grau de incapacidade considerará as deficiências nas funções e nas estruturas do corpo, e a avaliação social considerará os fatores ambientais, sociais e pessoais, e ambas considerarão a limitação do desempenho de atividades e a restrição da participação social, segundo suas especificidades; As avaliações de que trata o § 1º deste artigo serão realizadas, respectivamente, pela perícia médica e pelo serviço social do INSS, por meio de instrumentos desenvolvidos especificamente para este fim (BRASIL, 2007).

Tais mudanças, levando em consideração os aspectos sociais, além das limitações físicas, foram essenciais para que possamos ter uma visão ampla do Benefício como sendo um Direito Social, que prevê a inclusão social e não apenas a transferência de renda.

Com relação à revisão do BPC: “O benefício de prestação continuada deve ser revisto a cada 2 (dois) anos para avaliação da continuidade das condições que lhe deram origem” LOAS, Art. 21 (BRASIL, 1993). Esta reavaliação é uma exigência legal, feita de forma disciplinada, em ato conjunto das três esferas do governo: Federal, Estadual e Municipal, que objetiva: verificar a manutenção ou não das condições que geraram o benefício; Manter sob proteção, aqueles que dependem do benefício; Corrigir distorções na operacionalização do benefício; possibilitar a oferta de serviços de habitação, reabilitação e integração social aos beneficiários e desenvolver ações de apoio às famílias dos beneficiários visando à promoção social. Tal revisão compreende a avaliação médico pericial e social, e caso seja comprovado alguma irregularidade, morte do usuário ou superação das condições que lhe deram origem, se fará assim a cessação do mesmo.

Para que seja concedido o Benefício, também não é permitido ao usuário acumular qualquer outro benefício no âmbito da Seguridade Social ou de outro regime, sendo exceção neste caso, o da assistência médica e de pensão indenizatória. O benefício é intransferível, não está sujeito a descontos e nem pode ser antecipado seu pagamento. Salvo estas questões, vale salientar que a partir da Lei nº 12.435/11, Art. 20, § 5º: A condição de acolhimento em instituições de longa permanência não prejudica o direito do idoso ou da pessoa com deficiência ao benefício de prestação continuada.

A cessação do Benefício se dará em casos de irregularidades ou caso sejam superadas as condições iniciais que lhe deram origem. Todavia, conforme o §1º do Art.47: Ocorrendo as situações previstas no caput será concedido o prazo de dez dias, mediante notificação por via postal com aviso de recebimento, para oferecer defesa, provas ou documentos de que dispuser. Caso não seja manifestada a defesa por parte do requerente, o beneficiário será informado e o pagamento será assim suspenso. Entre os motivos para que seja cessado o BPC, conforme o Art. 48, estão: a superação das condições que lhe deram origem; em caso de morte do beneficiário; ausência ou morte presumida, declarada em juízo. Ainda se tratando da cessação, é importante destacar que a partir da Lei 12.470/11, foi incluído o Art. 21-A que traz: O benefício de prestação continuada será suspenso pelo órgão concedente quando a pessoa com deficiência exercer atividade remunerada, inclusive na condição de micro empreendedor individual. E no mesmo artigo, §1º traz que:

Extinta a relação trabalhista ou a atividade empreendedora de que trata o caput deste artigo e, quando for o caso, encerrado o prazo de pagamento do seguro-desemprego e não tendo o beneficiário adquirido direito a qualquer benefício previdenciário, poderá ser requerida a continuidade do pagamento do benefício suspenso, sem necessidade de realização de perícia médica ou reavaliação da deficiência e do grau de incapacidade para esse fim, respeitado o período de revisão previsto no caput do art. 21. (BRASIL, 2011a).

Portanto, apesar de poder ser cessado, a suspensão poderá ser reversível conforme explicitado no Art. 21º, § 4º da Lei 12.470/11: A cessação do benefício de prestação continuada concedido à pessoa com deficiência não impede nova concessão do benefício, desde que atendidos os requisitos definidos em regulamento.

4 PROJETO DE INTERVENÇÃO: CAPS II- NOVOS TEMPOS

Os novos moldes de como tratar a saúde mental necessitam de equipes multiprofissionais que deem conta das demandas em todos os seus níveis e especificidades. É nesta perspectiva que o Serviço Social se insere nos serviços de saúde mental, em especial no CAPS- serviço gratuito, inserido dentro das novas modalidades de atenção à saúde mental proposta pela Reforma Psiquiátrica.

Nesta área os Assistentes Sociais trabalham com as famílias proporcionando suporte acerca do transtorno e ações terapêuticas dentro da instituição, visando, principalmente, a manutenção dos usuários dentro dos moldes do tratamento atribuídos pelos profissionais de psiquiatria, através de terapias que contemplem as questões sociais, buscando soluções quanto aos interesses do portador de transtorno mental, quer seja na saúde psicossocial, quer seja na viabilização de seus direitos.

Neste sentido, o profissional deve estar comprometido com as políticas públicas, em que suas ações estejam pautadas no Código de Ética da profissão de 93 que tem como princípios norteadores: A defesa da Liberdade; Universalidade de Direitos e Serviços e lutar pela eliminação de qualquer tipo de preconceito.

A partir do convívio e acompanhamento do trabalho realizado pela Assistente Social do CAPS II, durante a experiência do estágio curricular, de agosto de 2010 a novembro de 2011, despertou-nos o interesse de trabalhar com os direitos dos portadores de transtornos mentais (público alvo da instituição) em especial sobre o Benefício de Prestação Continuada, visto o papel fundamental que o Assistente Social tem na garantia de tal direito.

Nossa motivação com a temática surgiu das observações cotidianas, através de participações em oficinas, em atendimentos individuais e em grupos de família, a necessidade de um maior aprofundamento sobre o BPC, visto que um número reduzido de usuários e familiares têm conhecimento sobre tal benefício e destes, a maioria tem uma noção equivocada do mesmo, denominando-o muitas vezes de aposentadoria.

Com o intuito de ampliar a discussão e esclarecimentos acerca do Benefício de Prestação Continuada, seu funcionamento e critérios de inclusão, assim como socializar informações do benefício para quem mais dele necessita, realizamos o Projeto de Intervenção, ora denominado: A Relevância do Benefício de Prestação Continuada na reabilitação dos portadores de transtornos mentais, no Centro de Centros de Atenção Psicossocial- CAPS II da cidade de Campina Grande.

Nosso projeto contou com seis oficinas, uma realizada na Assembleia Semestral e as demais em diferentes Grupos de Família, do período de junho a novembro de 2011, com o objetivo metodológico de agregar o maior número de usuários e familiares, assim como abarcar um público diferenciado em cada oficina. Nestas, pudemos resgatar um pouco da história da saúde mental, os avanços e desafios, chegando ao BPC como direito constitucional voltado ao idoso e ao portador de deficiência, com ênfase ao público alvo do serviço: o portador de transtorno mental.

Sabendo que o BPC é um direito assistencial assegurado pela Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei Orgânica de Assistência Social, um benefício não contributivo da Assistência Social, iniciamos nossos encontros perguntando se os familiares e usuários sabiam diferenciar benefício social de aposentadoria, propositalmente devido o desconhecimento sobre tal diferença. Vejamos algumas falas:

“Pelo que eu sei, a aposentadoria todo mundo recebe quando ficar velho, e tem uns de nós que também já se aposentou por causa da doença, só que benefício não sei o que é não!” (Usuária A).

“Eu pensava que era uma aposentadoria pra quem tava doente, aí eles não precisavam trabalhar [...]” (Familiar B).

Ao analisarmos as falas, percebemos que apesar de alguns usuários do serviço já serem contemplados com o BPC, tanto os mesmos, quanto os familiares não sabem o que de fato é o BPC, fazendo na maioria dos casos uma confusão quando abordados se o benefício é o mesmo que aposentadoria.

“Meu filho tem esse direito, mas a diferença dele pra aposentadoria é que não sei” (Familiar A).

Conforme explicitado na fala cima, alguns dos familiares, quando indagados sobre qual a diferença entre BPC e Aposentadoria, sabem informar que o BPC é um direito, no entanto, não tem um conhecimento aprofundado de que direito se tratava.

Esclarecido que o BPC é um direito social, explicamos a quem se destina: idosos com 65 anos ou mais que não recebam qualquer outro benefício no âmbito da Seguridade Social ou de outro regime, salvo o da assistência médica e de pensão indenizatória, e às pessoas com deficiência incapacitada para a vida independente e para o trabalho. Ambos comprovando não deter meios para prover sua manutenção e nem tê-la provida por sua família, em que a renda mensal bruta familiar dividida pelo número de seus integrantes deve ser inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, que atualmente equivale à R\$ 545,00, correspondendo assim à R\$ 136, 25 no máximo para cada integrante da família.

Exposto este requisito, muitos familiares criticaram a exigência de somente ter direito a família que contiver quatro ou mais pessoas vivendo com um salário mínimo. Visto a dificuldade sobreviver atualmente somente com um salário mínimo, principalmente se levamos em consideração, sem contar com a manutenção das necessidades básicas, todos os

gastos que uma família de um portador de transtorno mental tem com passagens para o tratamento e em alguns casos, com a compra de medicamentos.

“Mas também tem que ser muito pobre pra ter esse benefício né?!” (Familiar C).

“Será que usuária C tem direito? Eu sou aposentado e moro com ela e mais minha mulher, mas você sabe né, é muita despesa com ônibus, com tudo [...]” (Familiar D).

Neste sentido, Sposati (2004) afirma: Além de ser idoso ou pessoa com deficiência, é preciso ser pobre e ter uma família que viva em completa miséria, cuja vitimização, neste caso é duplicada, tanto no critério da renda, quanto na incapacidade para a vida independente. Tal exigência tem restringido ainda mais o acesso ao benefício, gerando discussões com relação a tais aspectos “[...] a forma seletiva e residual de acessá-lo não parece corresponder ao disposto constitucional que afiança um salário mínimo ao idoso e à pessoa portadora de deficiência sem renda a que dele necessitar” (SPOSATI, 2004, p. 126).

Após realizarmos uma explanação e discussão sobre o benefício, seus critérios, documentos exigidos, comprovação do CID¹, revisão, perícias e laudos que precisam ser realizados para se ter acesso, entregamos um panfleto informativo a cada familiar que continha todas as informações explanadas, além de informações como telefone Serviço de Atendimento gratuito e site do INSS, para que os familiares e usuários pudessem levar para casa as informações e consultar em caso de dúvida. Optamos por assim fazer, pois como são informações densas e a maioria das pessoas que fazem tratamento em serviços gratuitos como o CAPS é de baixa renda, logo, ter acesso a essas informações através do site ou ter que ir até uma agência do INSS para ter essas informações, ficaria pouco viável.

“Mas também, é coisa que não acaba mais.” (Familiar E).

“No meu caso, meu filho não precisa não! Graças á Deus! mas foi bom saber por que eu tenho dois vizinhos que são velinhos e pelo que eu sei vivem da boa vontade dos outros.” (Familiar F).

¹ A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde, frequentemente designada pela sigla CID (em inglês: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD) fornece códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças

As falas acima nos mostram a importância não só das informações relatadas oralmente, como também das informações detalhadas no panfleto, seja como um subsídio ou para socialização dos dados trazidos para outro público que também se encaixe no benefício.

Com relação à revisão, explicamos que a cada dois anos esta era realizada no intuito de averiguar se a pessoa contemplada com o benefício continua necessitando do mesmo, ou seja, se ainda está na mesma condição que lhe deu origem através de uma avaliação médico pericial e social. E que no caso de ser comprovada alguma irregularidade, morte do usuário ou superação das condições que lhe deram origem, o benefício será cessado.

“Minha filha tem esse benefício, será que quando fizerem essa revisão vão querer tirar?” (Familiar G).

A fala acima nos mostra a preocupação dos familiares quando se trata de uma revisão em que poderá ou não ser cessado o benefício, pois para muitos, a exemplo do citado, o BPC significa um renda mensal certa, e para a grande maioria a única condição básica de sobrevivência. Muitos familiares também questionaram da dificuldade de ter direito ao BPC

“[...] é difícil demais de conseguir, toda vez que eu vou tentar pra meu pai, não dá certo!” (Familiar H).

Apesar das inquietações quanto às restrições e limitações do BPC e aos casos relatados, visto ser considerado o BPC por muitos autores como celetista, imediatista e focalizado:

Trata-se de uma verdadeira armadilha da pobreza, dado o conjunto de critérios a que submete o candidato, seu grau de seletividade e cobertura, abrangendo situações de vulnerabilidades praticamente irreversíveis, bem como sua condição de direito solitário, desgarrando da assistência social e das demais políticas de proteção social. Suas potencialidades e suas possibilidades de contribuir para autonomia dos beneficiários ficam, assim, comprometidas (GOMES, 2004, p. 216).

Podemos visualizar ao passo de cada oficina, em cada relato e em cada caso, porque o BPC é considerado a maior expressão da política de Assistência Social:

“Hô dotora Cacilda! Eu já tenho meu dinheirinho todo mês. Eu consegui porque eu passei muito tempo lá no João Ribeiro, levando choque na cabeça todo dia, mas no CAPS num é assim não!” (Usuário B).

O relato acima nos revela como o BPC, mesmo com tantas críticas, é de suma importância para as pessoas excluídas da sociedade em que vivemos, como idosos e portadores de deficiência, principalmente para pessoas com longo histórico de internação em hospitais psiquiátricos, a exemplo da grande maioria dos usuários do CAPS, que devido ao seu histórico de vida e o uso de fortes medicamentos não podem usufruir de uma vida “normal”: *“Está muito complicado, usuário I não dormi à noite, passa a noite toda acordado, fazendo barulho... e quando é de dia, passa o dia dormindo...”* (Familiar I). Ficando assim, na maioria das vezes, excluídos do mercado de trabalho e da vida social.

Neste sentido, acreditamos que a experiência do Projeto de Intervenção, nos permitiu ter uma nova percepção acerca do BPC, dentro de um cenário tão complexo que é a vida e o tratamento de um portador de transtorno mental, pois permite de certa forma, a reintegração e autonomia destes, a partir do pressuposto da inclusão social preconizado na Reforma Psiquiátrica. Assim como foi de grande relevância para nossa formação, enquanto futuros profissionais de Serviço Social, uma profissão interventiva que busca diminuir as disparidades sociais e que têm papel estratégico na garantia dos direitos por meio de políticas sociais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante dos pontos abordados, percebemos que apesar do BPC ser considerado um avanço constitucional, sua regulamentação acabou não contemplando os preceitos e dispositivos constitucionais para o acesso ao programa. Resultando em várias críticas quanto à formulação, operacionalização e critérios exigidos para se acessar o benefício. De acordo com a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), o benefício seria garantido aos idosos e aos portadores de deficiência, que comprovassem não possuir meios de prover a própria subsistência e nem tê-la provida por sua família, não mencionando critérios de impossibilidade para o trabalho, apenas destinava a Assistência Social a quem dela necessitar. Com a implantação da LOAS em 93, o acesso passa a ser restrito, principalmente para as pessoas portadoras de deficiência, pois além de comprovarem renda familiar, também passam a partir da LOAS a ter que comprovar à incapacidade para a vida independente e para o trabalho.

Outra dificuldade quanto ao acesso ao BPC é pouca divulgação e esclarecimentos no que tange acerca de tal direito, sendo assim um entrave para que beneficiários da Lei

Orgânica da Assistência Social (LOAS), conheça ou tenham acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC). Neste sentido, acreditamos que nosso Projeto de Intervenção possibilitou um fecundo espaço para a ampliação da discussão dos direitos sociais e a concepção do BPC como direito social.

Mesmo com avanços legislativos no campo da saúde mental, sabemos que um benefício que permita aos portadores de transtornos mentais exercerem sua cidadania ainda é um impasse nos dias atuais. Neste sentido, evidenciamos a importância da sociedade civil em geral, em especial dos profissionais, estudantes e teóricos para ampliação desta discussão, no sentido de ressaltar que os portadores de transtornos mentais têm direito à assistência social, direito à cidadania e especialmente direito à humanidade no tratamento de acordo com a Lei Federal de Saúde Mental, nº 10.216, de abril de 2001, que regulamenta o processo de Reforma Psiquiátrica no Brasil e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais. Pois acreditamos que um dos maiores desafios postos na construção de uma sociedade de direitos é a garantia e a socialização dos mesmos no intuito de fortalecer a luta por uma sociedade mais justa e que preze pela dignidade pela emancipação de todos.

REFERÊNCIAS

- AMARANTE, Paulo. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- _____. (Coord.). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº. 8.472, de 7 de dezembro de 1993 (LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social). Dispõe Sobre a Organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 8 dez. 1993.
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- _____. Decreto 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo do Art. 162 do decreto nº 3.048, de 06 de maio de 1999, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 26 set. 2007.
- _____. Decreto nº 6.564, de 12 de setembro de 2008. Altera o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto no 6.214, de 26 de setembro de 2007, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 12 set. 2008.

_____. Lei nº. 12.435, de 06 de julho de 2011. Altera a Lei nº. 8.742, de 07 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, 6 jul. 2011b.

_____. Lei nº 10.216, de 06 de 2001. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 09 de abril de 2001.

_____. Lei nº. 12.470, de 31 de agosto de 2011. Altera os Art. 20 e 21 e acrescenta o art. 21-A a Lei no 8.742, de 07 de dezembro de 1993 - Lei Orgânica de Assistência Social, para alterar regras do benefício de prestação continuada da pessoa com deficiência. **Diário Oficial da União**, Brasília, 31 ago. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002. Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. **Diário Oficial da União**, Brasília, 19 fev. 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde Mental no SUS: os Centros de Atenção Psicossocial**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRAGA, João Euclides Fernandes. **Ensino de Graduação em enfermagem psiquiátrica e saúde mental no contexto da reforma psiquiátrica**. 2003. 132 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Estadual da Paraíba, João Pessoa, 2003.

GOMES, Ana Lígia. O benefício de prestação continuada: uma trajetória de retrocessos e Limites- construindo possibilidade de Avanços. In: SPOSATI, Aldaíza (Org.). **Proteção social de cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal**. São Paulo: Cortez, 2004.

MAGNO, Carlos. Doentes nus e abandonados levam o MS intervir no JR. **Correio da Paraíba**, Campina Grande, b4, 28 abr. 2005.

ROSAS, Kalina Kátia Figueiredo. **BPC e saúde mental: uma contribuição para inclusão social em Campina Grande – PB**. 2008. 105 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social) – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2008.

SANTOS, Marisa Ferreira. Benefício de Prestação Continuada e Proteção social no Brasil. Limites e perspectivas. In: SPOSATI, Aldaíza (Org.). **Proteção social de cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal**. São Paulo: Cortez, 2004.

SPOSATI, Aldaíza. Benefício de Prestação Continuada como mínimo Social. In: SPOSATI, Aldaíza (Org.). **Proteção social de cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal**. São Paulo: Cortez, 2004.