



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL – PPGPS

Camila Lima Nogueira

A AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA NA TRAJETÓRIA DO BENEFÍCIO DE
PRESTAÇÃO CONTINUADA

Brasília - DF
2020

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB

Camila Lima Nogueira

**A AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA NA TRAJETÓRIA DO BENEFÍCIO DE
PRESTAÇÃO CONTINUADA**

Dissertação apresentada para banca de defesa como requisito para obtenção de título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Política Social - PPGPS do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília- UNB.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Lívia Barbosa

**Brasília - DF
2020**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente,
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

NN778a Nogueira, Camila
A AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA NA TRAJETÓRIA DO BENEFÍCIO DE
PRESTAÇÃO CONTINUADA / Camila Nogueira; orientador Livia
Barbosa. -- Brasília, 2020.
81 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Política Social) --
Universidade de Brasília, 2020.

1. Assistência Social. 2. Pessoa com Deficiência. 3.
Benefício de Prestação Continuada. 4. Avaliação da
deficiência. I. Barbosa, Livia, orient. II. Título.

Camila Lima Nogueira

**A AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA NA TRAJETÓRIA DO BENEFÍCIO DE
PRESTAÇÃO CONTINUADA**

Dissertação apresentada para banca de defesa como requisito para obtenção de título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Política Social - PPGPS do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília- UNB.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Livia Barbosa

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Livia Barbosa
Orientadora - PPGPS/SER/UNB

Dr^a Thaís Imperatori - SER/UNB

Prof. Dr. Wederson, dos Santos –
Instituto Nacional do Seguro
Social/INSS

Prof^a. Dr^a. Lucélia Pereira
Membro Suplente –
PPGPS/SER/UNB

A minhas mulheres Neide, Laudelina e Maria das Dores.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a minha orientadora, professora Livia Barbosa, pelo meu acompanhamento durante os últimos anos de minha vida acadêmica me apresentando o debate sobre deficiência, e pelo suporte atencioso e cuidadoso.

A Thaís Imperatori, ao Wederson Santos por contribuírem para a realização desse estudo, com seus conhecimentos na banca de qualificação e por aceitarem generosamente o convite para comporem a banca de defesa desta dissertação, assim como a professora Lucélia Pereira.

A Domingas Carneiro por estar sempre à disposição em relação aos trâmites necessários para o desenvolvimento do mestrado.

A minha família, sempre a postos em todos os momentos de alegrias e desesperos, que exigiram todo tipo de apoio.

Aos meus companheiros diários, Matheus e Rafael, por entenderem meu processo de imersão nos estudos e escritas e por me darem o apoio incondicional e fundamental para a caminhada até aqui.

A minha amiga Ana Carolina Cunha, pelos ouvidos, pelos conselhos, pelas sugestões que perduram desde a graduação.

A minha equipe de profissionais e amigas Andreia, Francisca, Jéssica e Lura por me apoiarem e serem essenciais na fase final do mestrado.

RESUMO

Este estudo tem por objetivo analisar a trajetória da avaliação da deficiência no BPC, desde o ano de 1996, ano de implementação, até o ano de 2019 com a finalidade de compreender em que medida essa avaliação amplia ou não o acesso ao direito, assim como a justiça social. É um estudo de abordagem qualitativa, que tem como método a Análise de Política Pública a partir dos marcos conceituais de proteção social e do modelo social de deficiência. A análise de conteúdo foi a tipologia da Análise de Política Pública escolhida para determinar o surgimento, a implementação e os resultados referentes à avaliação da deficiência no BPC. O trabalho de campo se deu por meio da análise documental e bibliográfica a partir de legislações referentes ao benefício, de documentos institucionais, governamentais e voltados para os movimentos das pessoas com deficiência e de estudos relativos à área da deficiência e do BPC, desencadeando um conjunto de dados divididos em 3 instrumentos de avaliação para fins de análise: o Laudo multiprofissional, o Acróstico Avaliemos e a Avaliação médica e social. Os resultados encontrados sugerem uma constante evolução do conceito de deficiência a nível mundial e nacional que refletiu diretamente na formulação de instrumentos de classificação e valoração da deficiência e, conseqüentemente no processo de avaliação da deficiência para fins de concessão do BPC. O estudo permitiu concluir que, apesar das contradições inerentes à trajetória do BPC, os avanços no conceito da deficiência vêm permitindo a ampliação dos direitos das pessoas com deficiência e da proteção social daquelas mais necessitadas, no entanto reforçam a necessidade de reafirmar cada vez mais o modelo social de deficiência.

Palavras-chave: Assistência Social; Benefício de Prestação Continuada; Deficiência; avaliação da deficiência.

ABSTRACT

This study aims to analyze the trajectory of disability assessment at BPC, from 1996, the year of implementation, until 2019 in order to understand to what extent this assessment expands or not access to the law, as well as social justice. It is a study with a qualitative approach, whose method is the Analysis of Public Policy from the conceptual frameworks for social protection and the social model of disability. Content analysis was the typology of the Public Policy Analysis chosen to determine the appearance, implementation and results related to the assessment of disability in the BPC. The fieldwork took place by means of documentary and bibliographic analysis based on legislation regarding the benefit, institutional, governmental documents and geared to the movements of people with disabilities and studies related to the area of disability and BPC, triggering a series of data divided into 3 assessment instruments for analysis purposes: the Multiprofessional Report, the Acrostic Evaluate and the Medical and Social Assessment. The results found suggest a constant evolution of the concept of disability worldwide and nationally, which directly reflected in the formulation of disability classification and valuation instruments and, consequently, in the disability assessment process for the purpose of granting BPC. The study allowed to conclude that, despite the contradictions inherent to the BPC's trajectory, the advances in the concept of disability have allowed the expansion of the rights of people with disabilities and the social protection of those most in need, however they reinforce the need to reaffirm more and more the social disability model.

Keyword: Social Assistance; Continuous Cash Benefit; Disability; Disability assessment.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CNAS - Conferência Nacional de Assistência Social

e-SIC - Sistema Eletrônico do Serviço de Informações ao Cidadão

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

ICIDH - Classificação Internacional de Lesão, Deficiência e Handicap

IFBr - Índice de Funcionalidade Brasileiro

INSS - Instituto Nacional do Seguro Social

LBA - Lei Brasileira de Assistência

LBI - Lei Brasileira de Inclusão

LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social

MDS - Ministério de Desenvolvimento Social e combate à fome

NOB/SUAS - Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social

OMS - Organização Mundial de Saúde

ONU - Organização das Nações Unidas

PNAS - Política Nacional de Assistência Social

RMV - Renda Mensal Vitalícia

SUS - Sistema Único de Saúde

UPIAS - Liga dos Lesados Físicos contra a Segregação

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	10
CAPÍTULO I	18
O Debate sobre Deficiência	18
CAPÍTULO II	24
Proteção Social das Pessoas com Deficiência no Brasil	24
CAPÍTULO III	34
O Benefício de Prestação Continuada	34
CAPÍTULO IV	39
Metodologia	39
4.1 A pesquisa	41
CAPÍTULO V	44
A avaliação da deficiência no BPC	44
5.1 “Laudo de avaliação para pessoa portadora de deficiência”	48
5.2 Acróstico AVALIEMOS	53
5.3 Avaliação Social e Médico-Pericial da Pessoa com Deficiência	55
5.4 Índice de Funcionalidade Brasileiro – IFBr como proposta para modelo único de avaliação da deficiência	61
5.5 Outras dimensões da avaliação da deficiência no BPC	63
CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS	68
ANEXO I - Laudo de avaliação (1996-1997)	75
ANEXO II - Acróstico: AVALIEMOS (primeira versão)	77
ANEXO III - Acróstico: AVALIEMOS (primeira versão)	78
Anexo IV - Avaliação Social	80

INTRODUÇÃO

O Benefício de Prestação Continuada – BPC é um benefício que faz parte de um dos objetivos da política de Assistência Social que, juntamente com a Saúde e a Previdência Social compõe a Seguridade Social estabelecida pela Constituição Federal da República Federativa Brasileira, promulgada em 1988.

A previsão constitucional do benefício prevê que para a pessoa com deficiência¹ ou para o idoso que não possui meios de prover sua manutenção ou de tê-la provida por sua família será garantido mensalmente o valor referente a um salário-mínimo, devendo sua regulamentação ser efetuada por meio de lei. É com a criação da Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS em 1993 que o BPC passa a ter definidos os primeiros critérios de elegibilidade, delimitando a idade mínima dos idosos e o valor da renda familiar mensal per capita inferior a ¼ do salário mínimo, definindo as características principais de família e da pessoa com deficiência, assim como a forma de comprovar a deficiência, de manter o benefício e de cancelamento do mesmo.

Depois de diversas alterações ao longo dos 27 anos de previsão do BPC na LOAS, atualmente o benefício tem como público-alvo pessoas com deficiência e idosos com 65 anos ou mais. A definição de família atualizada como aquela “composta pelo requerente, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto” (BRASIL, 2011), é utilizada para o cálculo da renda familiar per capita. A LOAS, a partir da promulgação da Lei Brasileira de Inclusão – LBI que utiliza o conceito de deficiência da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com deficiência, define pessoa com deficiência como aquela

que tem impedimentos 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 (BRASIL, 2015).

Para a comprovação do critério da condição de pessoa com deficiência a LOAS vincula a avaliação da deficiência e do grau de impedimento que produz efeitos por no mínimo 2 anos

¹ A terminologia “pessoa com deficiência” é a utilizada nas legislações e definições mais recentes, e foi definida a partir de diversos estudos e debates sobre a deficiência que evoluíram ao longo do tempo. Como este trabalho exige o tratamento de informações históricas, em alguns momentos serão utilizadas outras terminologias próprias do período, tais como: “pessoa deficiente”, “pessoa portadora de necessidades especiais”, “pessoa portadora de deficiência”.

às avaliações médica e social realizadas por médicos peritos e assistentes sociais do Instituto Nacional de Seguro Social – INSS.

Considerando tais características e que o BPC compõe a política de assistência social, “integrada às políticas setoriais, garantindo mínimos sociais e provimento de condições para atender contingências sociais e promovendo a universalização dos direitos sociais” (BRASIL, 2011), o *objeto* deste estudo refere-se à relação entre o BPC e a avaliação da deficiência para fins concessão do benefício na garantia da proteção social das pessoas com deficiência.

Para isso, o estudo se desenvolveu na temática da avaliação da deficiência na trajetória da concessão do BPC, que tem início no ano de 1996, ano de implementação do benefício, após a regulamentação do benefício por meio do Decreto nº 1744/1995, até o ano de 2019. Ao longo das duas últimas décadas, diferentes contextos políticos, sociais, culturais e conceituais exerceram influências no processo de modificações da regulamentação e implementação do BPC, tendo este trabalho um destaque para o aprofundamento nas questões referentes à avaliação da deficiência.

Para dimensionar a importância desse benefício para as pessoas com deficiência, alguns dados devem ser considerados. O Censo 2010, elaborado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, identificou que mais de 12,5 milhões de brasileiros se declararam como pessoas com deficiência, categorizando como aquelas que tinham grande ou total dificuldade para realizar algumas atividades como enxergar, caminhar, subir degraus ou que tinham alguma deficiência mental ou intelectual (IBGE, 2010). Considerando que o número de pessoas com deficiência possa ter aumentado em dez anos, existe uma significativa necessidade de formulação e implementação de políticas públicas para a garantia dos direitos dessa população.

Outro dado a ser considerado para este estudo é o referente ao número de pessoas com deficiência beneficiárias do BPC. Em junho deste ano, foram contabilizados mais de 4,6 milhões de benefícios ativos, sendo 55,18% deles destinado às pessoas com deficiência (BRASIL, 2020). Se considerados os 12,5 milhões de pessoas com deficiência em 2010, cerca de 20% dessa população seria beneficiário do BPC. Apesar do caráter impreciso dessa porcentagem, tendo em vista a desatualização dos dados referentes ao total de pessoas com deficiência no Brasil, ainda assim, é uma quantidade expressiva e que está associada diretamente aos contextos de desigualdades sociais que assolam o país. E chama ainda mais atenção quando são associados os dados sobre rendimento do trabalho das pessoas com deficiência, uma vez que, à época do Censo 2010, 29,1% da população com algum tipo de

deficiência possuía rendimentos entre 1 salário mínimo e 2; 10,6% tinha renda até ½ salário mínimo, e 9,6% não tinha nenhum rendimento (BRASIL, 2020).

De acordo com Santos (2009), a deficiência sem tratamentos equitativos e a pobreza representam dois aspectos da desigualdade e da opressão social, que passaram a ser enfrentados por meio de políticas públicas recentemente. Nesse sentido, o BPC “parte do reconhecimento de que a experiência de pessoas com deficiência na pobreza significa um tipo de desigualdade que deve ser reparado por meio de uma política social” (SANTOS, 2010, p. 119) Para tanto, os paradigmas da igualdade e da equidade se fazem presentes no processo de formulação dessas políticas que alcançam o debate sobre universalização e focalização (MEDEIROS; DINIZ, 2008). Enquanto a universalização garante o acesso de todos as pessoas a um serviço público, a focalização concentra os recursos disponíveis em beneficiários específicos, que são aqueles “em maior desvantagem, como os pobres, ou as minorias sociais, mas podem também ser algum grupo com atributos particulares, como idosos, certos grupos profissionais, etc” (MEDEIROS; DINIZ, 2008, p. 26). Na distribuição focalizada, como é o caso do BPC, as diferenças entre os indivíduos é utilizada como critério de seletividade dos seus beneficiários e, dentre os fatores utilizados para diferenciar os indivíduos estão as necessidades e os recursos, que permitem definir a prioridade para o acesso ao benefício (MEDEIROS; DINIZ, 2008) por meio da avaliação da deficiência e do grau de impedimento, assim como a renda inferior a ¼ de salário mínimo.

Dessa forma, o *problema de pesquisa* definido para este estudo se dá no sentido de entender como a avaliação da deficiência se desenvolveu ao longo dos anos de implementação do BPC, considerando as implicações de suas transformações que podem interferir na ampliação ou não do acesso de pessoas com deficiência em vulnerabilidade socioeconômica ao direito social.

O objetivo deste estudo, então, é analisar a trajetória da avaliação da deficiência no BPC, desde o ano de 1996, ano de implementação, até o ano de 2019, limite de duração dessa pesquisa com a finalidade de compreender em que medida essa avaliação amplia ou não o acesso ao direito, assim como a justiça social. Para isso, colocam-se como pontos primordiais a serem considerados neste estudo: o conceito de deficiência utilizado durante esses anos; o conjunto de normativas referentes ao BPC e às formas de avaliação da deficiência, a influência dos gestores, da sociedade civil e dos movimentos sociais no processo de definição das avaliações da deficiência; além dos contextos sociais, econômicos e políticos vivenciados no Brasil e que podem ter afetado direta ou indiretamente a construção das avaliações da deficiência.

Outro fator de relevância para o projeto é o destaque da construção de um modelo único de classificação e valoração da deficiência que possa ser utilizado em todo o território nacional e para todas as políticas de proteção social das pessoas com deficiência, recomendação colocada pela Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e exigida pela LBI. Em vista disso, o estudo proporcionará subsídios para reflexão em relação ao modelo único do instrumento brasileiro, tanto por parte dos gestores, quanto por parte da equipe de profissionais que avaliam a deficiência no BPC, além da própria pessoa com deficiência, uma vez que abordará o percurso da avaliação que deve se adaptar às exigências conceituais, e, conseqüentemente, às leis e normas.

A origem do estudo se deu por estar dentro do debate sobre deficiência, categoria em constante evolução e objeto de diversos estudos em todo o mundo que buscam a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência por meio da sua participação plena em igualdade com as demais pessoas e por meio de políticas de proteção social. Tal debate foi referência na trajetória acadêmica da autora e se originou a partir de um grupo de estudos sobre o tema ligado ao Departamento de Serviço Social da UnB, e que foi idealizado e mediado pela Prof^a Dr^a Livia Barbosa. Considerando que o processo de avaliação da deficiência, a partir da Convenção, vem sofrendo transformações significativas dentro de todas as políticas públicas federais brasileiras voltadas para as pessoas com deficiência, o BPC foi escolhido por se tratar de um benefício de relevante impacto no que diz respeito à proteção social das pessoas com deficiência. Todos esses pontos se encontram dentro de um contexto atual de grandes desafios, tendo em vista a disputa de interesses em jogo colocada principalmente a partir de contrarreformas, dentre elas a da Previdência Social, que também abordou pontos importantes sobre o BPC. Isto, somado ao fato de que há uma escassez de estudos voltados para a avaliação da deficiência e, mais especificamente a avaliação da deficiência para acesso ao BPC, determinaram a iniciativa para este estudo.

Por isso, a compreensão desse processo parte de reflexões iniciais acerca da Política Social em uma relação dialeticamente contraditória entre Estado e sociedade (PEREIRA, 2008). Isso porque, tal relação apresenta benefícios tanto positivos quanto negativos a interesses antagônicos de classes. Um exemplo se dá diante de crises capitalistas, com altos níveis de pobreza e carência, que faz com que a política neoliberal e neoconservadora levante a tese de que os programas para a população pobre se tornam inadiáveis, inclusive no que se refere aos mecanismos para aliviar as tensões e para evitar mais misérias (DRAIBE, 1993).

De acordo com Pereira, a política social “é identificada como uma política de ação, que tem perfil, funções e objetivos próprios e produz impactos no contexto em que atua” (2008, p. 166), e como política “ela também é fruto de escolhas e de decisões definidas nas arenas conflituosas do poder” (2008, p.166). Nesse sentido, estudar *deficiência* e seus assuntos correlatos, que nesse projeto refere-se à avaliação para o acesso ao BPC, no viés da política social, requer um compromisso de busca pela ampla participação de todos os indivíduos dentro da sociedade.

Dessa forma, é relevante considerar os aspectos que diferem a política pública da política social abordados por Pereira (2008). Enquanto a política pública compromete o Estado para intervir em seu objeto, a política social se caracteriza por ser uma espécie do gênero da política pública, porque esta requer uma participação ativa do Estado. A autora afirma que o termo *público* se refere à *coisa pública*, ou seja, o compromisso é de todos em relação às necessidades sociais, atribuindo-lhe um sentido de universalidade e totalidade.

É na esfera pública que a relação entre Estado e sociedade apresenta conflitos e diferentes demandas no que se refere aos direitos que suprem as necessidades sociais (PEREIRA, 2008). Nesse sentido, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu como sistema de proteção social o conjunto de políticas sociais que formam a Seguridade Social, dividida em: Previdência Social, Saúde e Assistência Social. Boschetti (2009) afirma que a Seguridade Social brasileira pode tanto garantir mais, quanto menos acesso a direitos, porque a lógica do seguro e a lógica social dependem da organização social do trabalho. A autora complementa dizendo que

a existência da lógica do seguro e a impossibilidade de sua manutenção para todos os trabalhadores, sobretudo para os desempregados, empurram esse trabalhador para demandar outra lógica do seguro, a lógica social, do direito não-contributivo. Assim, aqueles que não estão inseridos em uma relação de trabalho estável e que não têm direito ao benefício contributivo, tornam-se potenciais demandantes da lógica social, do benefício não contributivo (BOSCHETTI, 2009, p. 327).

Um dos benefícios não contributivos garantidos pela CF/88 e que refletem o que Boschetti constata é aquele que garante um salário-mínimo mensal ao idoso e à pessoa com deficiência que comprovar não possuir meios de se manter ou de ser mantida pela família. Assim, o benefício representa um direito social, que protege somente aquelas pessoas que não trabalham (MEDEIROS; DINIZ; BARBOSA, 2010), e que comprovam ser extremamente pobres.

Desde 1995, o BPC vem se aperfeiçoando por meio de mudanças em seu conteúdo, sua execução e, conseqüentemente, em suas avaliações para definir a elegibilidade de seus requerentes. Ivo e Silva consideram que

a implementação institucional do direito à assistência social para idosos e pessoas com deficiência em situação de pobreza apresenta movimentos de expansão e restrição desse direito, como resultado de operações que redefinem critérios – como idade mínima, natureza e âmbito da perícia – e conceitos – como família e incapacidade -, os quais acabam por influenciar o cálculo de renda, alterando as condições de elegibilidade, o número de beneficiários e os gastos do programa (2001, p.33).

É importante observar como o programa tem tido significado para a vida dos beneficiários demonstrada por Santos (2007), em seu artigo “Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas”. O autor releva três aspectos centrais de sua pesquisa no que se refere ao impacto que o BPC causa na vida de seus beneficiários, sendo o primeiro relacionado com a segurança de renda e garantia do consumo de bens para alimentação, tratamentos de saúde e moradia; o segundo referente ao aumento da independência social e financeira em relação às suas famílias; e o terceiro relacionado à proteção contra a situação de vulnerabilidade social gerada pela pobreza, desemprego, emprego informal.

Além das alterações conceituais referentes à deficiência que foram adotadas nas normas que regem o BPC, ao longo de sua trajetória, também ocorreram diversas modificações na idade mínima, no conceito de família e na conceituação de pessoa com deficiência a fim de se estabelecer critérios de elegibilidade. Draibe classifica essa seletividade como sendo uma focalização que “direciona o gasto social a programas e público-alvo específicos, escolhidos pela sua maior necessidade e urgência” (1993, p. 97). E afirma que existem

dois tipos de justificativas que apoiam essa tese: aquela de Friedman, de que o Estado deve entrar apenas residualmente e tão somente no campo da assistência social, e a que argumenta com o fato de que em geral os mais necessitados não são, em princípio, os que efetivamente beneficiam-se do gasto social; conseqüentemente deve-se redirecionar este gasto, concentrando-o em programas dirigidos aos setores mais pobres da população (1993, p. 97).

Outras modificações se deram também em relação à avaliação da deficiência, sobretudo quanto à definição dos profissionais que utilizam o instrumento para avaliar (médicos peritos e assistentes sociais), aos critérios elegíveis da própria deficiência e quanto aos instrumentos utilizados na avaliação. A Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência – LBI, destinou alguns de seus artigos para a avaliação da pessoa com deficiência que, se necessária, deverá ser de caráter biopsicossocial, a ser realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar e que

deve considerar os impedimentos nas funções e estruturas do corpo; os fatores socioambientais, psicológicos e pessoais; a limitação no desempenho de atividades; e a restrição de participação, tomando como referência a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Além disso, a LBI estabelece que “o Poder Executivo criará instrumentos para avaliação da deficiência” (Artigo 2º, §2º).

A mesma lei estabelece em seu artigo 92 a criação do Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Cadastro-Inclusão), que é um registro de informações essenciais para identificar e caracterizar o contexto socioeconômico “da pessoa com deficiência, bem como das barreiras que impedem a realização de seus direitos”.

O segundo parágrafo do artigo citado acima diz que

os dados constituintes do Cadastro-Inclusão serão obtidos pela integração dos sistemas de informação e da base de dados de todas as políticas públicas relacionadas aos direitos da pessoa com deficiência, bem como por informações coletadas, inclusive em censos nacionais e nas demais pesquisas realizadas no País, de acordo com os parâmetros estabelecidos pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo.

Para a estabelecer diretrizes e procedimentos relativos ao Cadastro-Inclusão, o Decreto n. 8.954 de 10 de janeiro de 2017 instituiu o seu Comitê que também tem como finalidade criar instrumentos para a avaliação biopsicossocial da deficiência.

Nesse sentido, o estudo elaborado focou atenção na política de Assistência Social, e mais especificamente ao programa do BPC, considerando as particularidades do benefício e de seus requerentes na aplicação do instrumento de avaliação a ser adotado por todas as políticas públicas federais que se destinam às pessoas com deficiência. Ou seja, foi necessário um esforço no sentido de traçar um caminho de investigação que, a partir da Análise de Política Pública, possibilitou compreender o processo de formulação e implementação, assim como as influências políticas, as relações de poder e a participação dos diferentes atores sociais na trajetória do BPC.

O trabalho se divide em 5 capítulos, sendo o primeiro destinado ao Debate sobre Deficiência no qual são explorados o modelo biomédico e o modelo social de deficiência; o segundo que aborda a Proteção Social das Pessoas com Deficiência no Brasil; o terceiro que trata do BPC em si; o quarto aborda a metodologia utilizada para o desenvolvimento do estudo

e o quinto, dividido em três subitens correspondentes aos instrumentos de avaliação da deficiência no BPC, que corresponde à análise de dados do estudo.

CAPÍTULO I

O Debate sobre Deficiência

No Brasil, outros conceitos foram e ainda são utilizados para definir deficiência a partir de uma concepção biomédica, tendo como exemplos os conceitos da Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Decreto 3298/1999) que considera deficiência “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função [...] que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano” (BRASIL, 1999), e do Decreto 5296/2004 que regulamenta a prioridade de atendimento às pessoas específicas, dentre elas a pessoa portadora de deficiência “que possui limitação ou incapacidade para o desempenho de atividade (BRASIL, 2004).

Em 2008, o conceito de deficiência passa a ser entendido a partir de uma perspectiva biopsicossocial por meio da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência que a define como o resultado “da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas” (BRASIL, 2014, p. 22).

Embora seja uma definição que entende a deficiência na perspectiva de justiça social e de garantia de direitos, muito ainda deve ser feito para que ela seja praticada nas variadas nuances da vida cotidiana das pessoas com deficiência. Tal desafio se apresenta devido à histórica supressão dos espaços de debate e protagonismo das pessoas com deficiência no âmbito do Estado e na sociedade em geral. Isso porque a deficiência, desde o século XVIII, vem sendo tratada como característica de um corpo que não se encaixa nos padrões estabelecidos pela sociedade (DINIZ, 2007). O corpo normal é considerado como aquele sem deficiência, e aquele que não se adequa ao padrão é julgado moralmente e excluído da sociedade.

Nesse sentido, Le Breton (2010) se utiliza da expressão “liberação do corpo” utilizada pela sociedade para questionar e refletir de qual corpo se trata. Seu argumento é de que o corpo liberado é aquele considerado jovial e impecável. Le Breton demonstra assim, o quanto a expressão é limitada em relação, por exemplo, à pessoa com deficiência, marginalizada em razão de seu corpo. O autor complementa afirmando que “só haverá liberação do corpo quando

a preocupação com o corpo tiver desaparecido” (2010, p. 11), já que é por meio do corpo que o indivíduo expressa suas diferenças.

Assim, os *disability studies* (estudos sobre deficiência) consideram que a diversidade humana é desconsiderada, assim como a vida das pessoas com deficiência, que pertencem a uma “desigualdade natural ou inerente aos impedimentos corporais” (BARBOSA et al, 2010, p. 50). Em contraposição, a perspectiva do modelo social da deficiência defende que viver com deficiência é estar submetido a diferentes formas de opressão, inclusive àquela relacionada unicamente à responsabilização da capacidade do indivíduo de exercer suas atividades cotidianas com a sua condição física, desresponsabilizando o Estado ou a sociedade em si de prover as condições necessárias para tal. Nesse sentido, a medicina tem um papel importante e dominante em relação à definição e intervenção sobre a deficiência., entendendo-a única e exclusivamente como lesão pertencente ao corpo do indivíduo e interessando-se apenas pela sua reabilitação, mas não pelo ser humano e sua singularidade inseridos em uma sociedade permeada de desigualdades e contradições (LE BRETON, 2010).

É por meio do desenvolvimento do diagnóstico, tratamento e cura, com uso de tecnologias e conhecimentos cada vez mais avançados que a medicina tenta reinserir o corpo com deficiência no grupo de pessoas consideradas “normais”. Essa normalização dos corpos está associada a uma “técnica positiva de intervenção e de transformação” (FOUCAULT, 2001, p. 62). Assim, para Foucault (2001), o princípio da correção, ou, quando se trata da deficiência, o princípio da cura, coloca a medicina como heroína, uma vez que supostamente por meio dela os corpos passam a viver de igual para igual com os demais.

Sob este raciocínio, a deficiência era vista a partir da perspectiva biomédica de forma predominante até 1960. Tal perspectiva, denominada de modelo biomédico, enxerga a deficiência como uma desvantagem individual e ao mesmo tempo natural (DINIZ, 2007) que faz parte do corpo do indivíduo (BARBOSA; DINIZ; SANTOS, 2009) sendo determinada por uma lesão corporal que deve ser tratada e curada para que o corpo passe a obedecer aos padrões normativos impostos pela sociedade sem, contudo, considerar a realidade do indivíduo e suas singularidades (BARBOSA; PEREIRA; RODRIGUES, 2018).

Com a intenção de romper com esse modelo biomédico de deficiência, um modelo social começa a ser discutido pela primeira organização de um grupo de deficientes, sociólogos, na década de 1970, denominado Liga dos Lesados Físicos contra a Segregação (UPIAS). Para tanto, utilizaram o materialismo histórico de Karl Marx em suas análises (DINIZ, 2007) trazendo o entendimento de uma realidade a partir da história da sociedade e suas

transformações, assim como as relações sociais de produção como formadoras da consciência. Para Barnes (2013), entender a deficiência requer a reflexão sobre a lógica mercadológica da sociedade capitalista que impõe diversas desvantagens, tendo como consequência uma sociedade não igualitária e opressora contra as diferentes minorias.

Dessa forma, a UPIAS conceituou a deficiência como uma forma de opressão social perante a diversidade da espécie humana. Opressão que foi definida por Abberley (1987) como a imposição ideológica da característica de inferioridade voltada para as pessoas com deficiência em relação às demais pessoas da sociedade, por conta da deficiência, e que também era exercida sobre outras minorias, como as mulheres e os negros. Tal como afirma Diniz (2007, p. 15) “a experiência da deficiência não era resultado de suas lesões, mas do ambiente social hostil à diversidade física”. Ou seja, essa desvantagem não é nem natural, nem inevitável, por ser uma consequência de diversas práticas sociais (ABBERLEY, 1987).

Ao formularem as críticas dos elementos oriundos do modelo biomédico da deficiência, os integrantes da UPIAS, começaram a construir o debate sobre a deficiência em outra perspectiva. Assim, eles argumentaram que um indivíduo com algum tipo de lesão vivenciaria a deficiência a partir do momento em que sofresse alguma desvantagem ou restrição de atividade ocasionada pela sociedade (DINIZ, 2007).

Portanto, a intenção da UPIAS, que representou a primeira geração do modelo social, ao produzir conhecimento constituindo a perspectiva do modelo social da deficiência, foi demonstrar que a deficiência é ocasionada em virtude de uma sociedade insensível, que ignora a diversidade humana nos diversos âmbitos da vida, e ao mesmo tempo produz barreiras que impedem as pessoas com deficiência de viverem em igualdade com as demais, de forma a restringi-las e excluí-las da participação social. O modelo social percebe a deficiência como uma forma de opressão ao corpo, reconhecendo o impedimento corporal, destituindo-o do viés da desvantagem natural (BARBOSA; DINIZ; SANTOS, 2009). A UPIAS desenvolveu uma forma politizada de entender a deficiência, mostrando que ela deveria ser reconhecida como uma questão sociopolítica (BARNES, 2013).

Essa primeira construção do modelo social da deficiência é criticada pelas teorias moderna e feminista em relação ao tema (DINIZ, 2007). Dentre as críticas está o fato de que a única solução proposta para a questão da deficiência seja a eliminação das barreiras sociais que poderia garantir para as pessoas com deficiência a independência e o retorno da capacidade de realização das tarefas cotidianas em uma sociedade devidamente adaptada. Além disso, não

eram consideradas no debate aquelas pessoas que mesmo com a eliminação das barreiras continuariam dependentes.

Para as teóricas feministas, que fizeram parte da segunda geração do modelo social, deveriam ser incluídos na definição da deficiência pessoas que não possuem as denominadas deficiências clássicas, tais como o envelhecimento e as doenças crônicas. Também deveriam ser consideradas as variáveis de raça, gênero, orientação sexual ou idade na discussão sobre deficiência, além do cuidado, que deveria ter uma atenção maior já que muitas cuidadoras também compartilhavam da opressão social pela qual as pessoas com deficiência vivenciavam (DINIZ, 2007).

De acordo com Barbosa (2013), a perspectiva feminista a partir da experiência do cuidado passa a mostrar que as “pessoas são interdependentes e precisam considerar adequadamente as particularidades umas das outras na sua convivência”(BARBOSA, 2013, p.124), o que não foi debatido na perspectiva da primeira geração. Assim, a segunda geração do modelo social passou a agregar à construção da primeira geração elementos não considerados para que houvesse uma mudança de paradigma da deficiência que incluísse outras pessoas vítimas de opressão. Uma de suas críticas aos primeiros teóricos era em relação à busca somente pela independência de um corpo que poderia vir a ser produtivo, sem considerar aquelas pessoas que não queriam ou não podiam alcançar a independência. Conforme apontado por Diniz (2007), havia a necessidade da defesa pela igualdade, sem atingir o nível de pluralidade encontrado na sociedade. Dessa forma, uma revisão do modelo social da deficiência deveria incorporar para as feministas: “a centralidade da dependência nas relações humanas; o reconhecimento da vulnerabilidade das relações de dependência; e o impacto da dependência sobre nossas obrigações morais” (DINIZ, 2007, p. 70).

Esse conjunto de percepções sobre a deficiência provocou uma mudança de paradigma, dando destaque para a importância da categoria Justiça Social. Martha Nussbaum (2013) utiliza a abordagem da Justiça Social em uma ideia sobre capacidades necessárias para se atingir a dignidade humana que deve ser respeitada e garantida pelos governos de todas as nações. São dez as capacidades centrais colocadas pela teórica para uma vida com dignidade: a vida; a saúde física; a integridade física; os sentidos; imaginação e pensamento; emoções; razões práticas; afiliação; outras espécies; lazer; e controle sobre o próprio ambiente. Para Nussbaum (2013), quando não realizadas uma dessas capacidades, a dignidade humana não se faz apropriada. Dessa forma, é necessário que se consiga colocar os cidadãos acima do nível mínimo de capacidade, principalmente quando esses cidadãos possuem algum tipo de impedimento e que,

por isso, são colocados em posição desigual perante as demais pessoas, sob a forma da opressão. Para Barbosa, Diniz e Santos (2009), no modelo social, a deficiência é entendida como uma questão de justiça social, em que os saberes biomédicos e os ambientes modificados e acessíveis a todas as pessoas devem trabalhar juntos na melhoria das condições de vida das pessoas com deficiência.

É com base no modelo social da deficiência que, atualmente, o conceito de deficiência vem sendo adotado em diferentes leis, para definir direitos, desenvolver políticas, programas e projetos. A contribuição do modelo social subsidiou os debates mundiais sobre os direitos das pessoas com deficiência. Um dos primeiros avanços a nível mundial foi em 2001 com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), como uma revisão da Classificação Internacional de Lesão, Deficiência e Handicap (ICIDH), de 1980, construída exclusivamente pelo modelo médico, que classificava a deficiência como consequência da doença, de acordo com documento da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2004, p. 8).

De acordo com esse documento, elaborado em Lisboa, o principal objetivo da classificação é “proporcionar uma linguagem unificada e padronizada assim como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde” (OMS, 2004, p. 7). Assim, a classificação é composta por domínios que consideram o corpo, o indivíduo e a sociedade.

A CIF foi construída tomando por base, além do modelo médico, o modelo social. Por isso, alguns conceitos-chaves acerca da deficiência foram revistos e orientados para categorias como a restrição de participação, fatores ambientais, limitações de atividades. Foram mantidas as categorias das estruturas e funções do corpo no seu texto. Dessa forma, a CIF afirma ser um terceiro modelo na definição sobre deficiência denominado biopsicossocial, que orienta o processo de classificação da deficiência (OMS, 2004).

No entanto, de acordo com Santos (2016), na caracterização das deficiências, a CIF desconsiderou as causas das deficiências dando ênfase somente nas suas manifestações que foram divididas em nove domínios relativos à saúde² e na forma como esses domínios podem refletir o desempenho das atividades, afetando a participação social.

Os debates sobre deficiência não se encerraram com a CIF, outro avanço observado e considerado um marco, aconteceu durante a Assembleia-Geral das Nações Unidas, em 2006,

² Aprendizado e aplicação dos conhecimentos; tarefas e demandas gerais; comunicação; mobilidade; cuidado pessoal; vida doméstica; interações e relacionamentos interpessoais; principais áreas da vida; e vida comunitária, social e cívica.

que ocorreu na cidade de Nova York, nos Estados Unidos. Durante a ocasião, foi aprovada a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, com o Brasil sendo um dos países signatários. Assim, no Brasil, em julho de 2008 a Convenção teve seu texto aprovado pelo Decreto Legislativo nº 186, sendo decretada sua vigência em 25 de agosto de 2009 por meio do Decreto nº 6949, que concedeu poder constitucional equivalente a uma Emenda Constitucional, significando um grande avanço no que diz respeito à dignidade e à igualdade de direitos das Pessoas com Deficiência no País. Para além do avanço conceitual em relação à deficiência, a Convenção representou um avanço quanto à representatividade das pessoas com deficiência em seu processo de construção, sendo reconhecida pela sociedade em geral e pela comunidade científica (BARBOSA; PEREIRA; RODRIGUES, 2018).

De acordo com Barbosa et. al (2018, p. 911)., o conceito de deficiência adotado pela Convenção serve de “base para todo o sistema de proteção social público brasileiro” No entanto, cabe ressaltar a observação de Santos (2016) de que a Convenção, muito embora represente um passo adiante, ainda encontra um longo caminho para que seus princípios estruturantes e demais estipulações sejam aplicados, necessitando de uma força maior por parte dos Estados Partes para encontrar os melhores caminhos que considerem as realidades específicas de cada país. Além disso, deve-se considerar as disputas de saberes e poderes envolvidos como obstáculos nas diferentes decisões relativas às políticas públicas que adotem o modelo social da deficiência obedecendo à Convenção. São desafios a serem enfrentados e que perduram ao longo do tempo, ou seja,

quase quarenta anos se passaram até a mudança paradigmática da deficiência alcançar o cotidiano das pessoas com deficiência. Mesmo assim, esse alcance está longe de ser definitivo, homogêneo e livre de controvérsias nos países que o promovem (SANTOS, 2016, p. 3008).

Considerando as realidades particulares de cada nação, suas formas de governar, as disputas de interesses envolvidas, situações socioeconômicas, suas características populacionais, de participação social, e de iniciativa dos atores políticos, faz-se necessário um recorte do sistema de proteção social brasileiro voltado para a população com deficiência.

CAPÍTULO II

Proteção Social das Pessoas com Deficiência no Brasil

Os sistemas de proteção social existem em todas as sociedades humanas de formas diferenciadas, podendo ser mais institucionalizados ou menos (SILVA et.al., 2008). De acordo com os autores, eles são desenvolvidos com o objetivo de enfrentar os males biológicos ou sociais que põem em risco os indivíduos de uma sociedade. Diferentemente da família, das igrejas ou das comunidades que formavam a proteção próxima abordada por Castel (2008) a partir da sociabilidade primária prestando assistência dentro de uma rede de trocas, nas sociedades complexas, o sistema de proteção social se caracteriza pelo nível elevado de institucionalização, se tornando um “significativo e importantíssimo ramo da divisão social do trabalho e da economia” (Silva, 2008 p. 17-18). Mesmo com tais diferenciações, em todos os sistemas de proteção social é presente a transferência de recursos sociais, seja de esforço ou trabalho, de bens e serviços ou de dinheiro.

Os sistemas de proteção social pública surgiram, originalmente, nos países capitalistas da Europa Ocidental, com a regulação estatal desenvolvida a partir da crise de 1929 (BOSCHETTI, 2016). Tais sistemas se caracterizam não somente pelo complexo de políticas sociais existentes, mas também por

um conjunto organizado, coerente, sistemático, planejado de diversas políticas sociais, financiado pelo fundo público e que garante proteção social por meio de amplos direitos, bens e serviços sociais, nas áreas de emprego, saúde, previdência, habitação, assistência social, educação, transporte, entre outros bens e serviços públicos. Tem como premissa o reconhecimento legal de direitos e garantias de condições necessárias ao exercício do dever estatal de garanti-los (Boschetti, 2016 p. 26).

Uma das primeiras medidas do Estado em relação à proteção social teve por objetivo preservar o mundo do trabalho (BOSCHETTI, 2006). Nesse sentido, as legislações se voltavam para trabalhadores de alguns setores de produção, garantindo-lhes em princípio a aposentadoria.

Antes de 1930, de acordo com Boschetti (2006), não existia uma distinção entre a política social de assistência social e a de previdência. O que era presente se simplificava em torno de uma contribuição prévia que substituía a renda e que se definia como modelo previdenciário. O Estado passa a regular diretamente na organização econômica e social, de forma a distinguir a “assistência” (com os termos *assistência médica* e auxílios) da “previdência” (como sinônimo de *seguro* em relação às aposentadorias e pensões).

O Estado Social passou por mudanças na sua forma de intervir em relação à regulação das relações sociais capitalistas quando, depois da crise de 1929, colaborou para a criação de políticas keynesiano-fordistas nos países capitalistas avançados, conforme Boschetti (2006). Essas mudanças nas relações de produção também foram acompanhadas de mudanças na área social, sendo que o sistema de proteção social deveria prioritariamente proteger o mundo do trabalho (BOSCHETTI, 2006).

Dentro do sistema de proteção social as políticas sociais significaram a instituição de direitos e deveres que “alteraram o padrão de desigualdade entre as classes sociais, sobretudo a partir de sua expansão na segunda metade do século XX” (BOSCHETTI, 2016, p. 25). A autora salienta que os sistemas de proteção social proporcionaram, a partir de 1945, tanto a manutenção do pleno emprego por meio das políticas sociais, quanto a ampliação do consumo, pois parte dos salários eram destinados para a aquisição de mercadorias.

Assim, a política social representa um conjunto de medidas do Estado e requeridas pela sociedade para suprir necessidades sociais de forma a prevenir contingências do trabalho ou da insegurança social e combatê-las. Ela surge em razão das desigualdades geradas pelo sistema dividido em classes (PEREIRA, 2013).

No Brasil, a proteção social teve um caráter assistencial, de modo fragmentado, eventual e por isso descontínuo (YASBEK, 2008), apoiado por uma burguesia dirigente com ideologia liberal. Seu marco inicial teve como destaque o período entre 1930 e 1943, de transformações socioeconômicas em que um desenvolvimento urbano-industrial passou a substituir o modelo agroexportador existente. As funções do Estado também sofrem mudanças no que diz respeito à ampliação de seu papel de regulador e provedor da educação, saúde, previdência, alimentação, habitação, saneamento e transporte público.

Diferentemente dos países Europeus de capitalismo avançado, no Brasil, a proteção social não se firmou em elementos como o pleno emprego, a universalização dos serviços sociais ou a prevenção do crescimento de um estrato social da população que pudesse viver em pobreza extrema (PEREIRA, 2008). De acordo com Yasbek (2008), não houve no Brasil a construção de uma sociedade salarial, assim como também não se estabeleceu o “Welfare State”, construídos pelos “países desenvolvidos”.

Além dos aspectos colocados, o período histórico no Brasil em que a proteção social surgiu apresenta a peculiaridade de ter sido um momento em que o regime autoritário imposto por um governo conservador eliminou valores como o da cidadania. Ou seja, a proteção social

prevalecente à época se caracterizou pelos seguintes elementos, conforme apontado por Pereira (2008):

ingerência imperativa do poder executivo; seletividade dos gastos sociais e da oferta de benefícios e serviços públicos; heterogeneidade e superposição de ações; desarticulação institucional; intermitência da provisão; restrição e incerteza financeira. (PEREIRA, 2008, 125-126)

Apesar de apresentar características diferenciadas em relação aos países capitalistas avançados, no Brasil houve uma preocupação em garantir uma proteção social que respondesse às pressões dos trabalhadores em prol de melhores condições de vida e de trabalho. Nesse sentido, foi publicado em 1943 o relatório do Plano Beveridge de Seguridade Social elaborado em 1942, na Inglaterra. Ele se caracterizou por introduzir o conceito de seguridade social oposto à lógica do seguro, do sistema alemão conhecido como modelo bismarckiano, de 1883 em que restringia o acesso à proteção social aos trabalhadores assalariados e seus dependentes que contribuíssem previamente.

A influência do modelo beveridgiano de seguridade social nas políticas sociais de previdência e assistência social brasileiras, para Boschetti (2006), é objeto de controvérsias. Isso porque o cenário da proteção social passou a se caracterizar por um sistema previdenciário baseado em uma lógica do seguro, mas também por uma lógica assistencial em que as ações se concentravam em torno da Legião Brasileira de Assistência (LBA) que passou a prestar atendimentos para as pessoas mais vulneráveis por não serem cobertas pelo sistema de previdência ou por serem cobertas de forma precária. Tais ações eram voluntárias, sem caráter técnico ou sistemático, e representaram uma imbricação entre a previdência e a assistência social (BOSCHETTI, 2006). A LBA foi se constituindo como instituição paralela ao sistema previdenciário brasileiro,

se consagrou assim, como uma “estranha” instituição pública de assistência social que executava ações em todo o país com recursos orçamentários e doações, mas que sustentava sua intervenção, fundamentalmente, em princípios da beneficência e benevolência privadas. Talvez ela represente o mais nítido exemplo da simbiose público-privado que marca as relações sociais brasileiras no campo da assistência social. Os relatórios anuais da instituição afirmavam que seu objetivo era estender alguns serviços sociais aos trabalhadores e à população pobre excluída da previdência social. (BOSCHETTI, 2006, p. 52)

Antes do processo de redemocratização do Brasil, a saúde também passou a seguir rumo a uma universalização e a uma ideia de cidadania, apresentando debates e discussões em torno

de um direito que deveria ser devido a todos e não somente a determinadas categorias de trabalhadores com carteira assinada. A assistência social continuava com seu desenvolvimento por meio dos benefícios assistenciais da previdência e por meio das ações da LBA. Essas políticas públicas eram praticadas sempre sobre o viés da seletividade e da meritocracia, e sob um financiamento público em presença contínua com a filantropia e o clientelismo político (BOSCHETTI, 2006).

Assim, Boschetti (2006) destaca duas filosofias pelas quais o sistema de proteção social no Brasil foi se consolidando: a filosofia cujo princípio se voltava para o seguro social, por meio das aposentadorias, pensões e auxílios pecuniários, em que as pessoas protegidas eram os trabalhadores; e a segunda que se baseava na assistência médica à saúde que passou a ser reconhecida como direito de cidadania. A assistência social se limitou às camadas mais vulneráveis da população, se direcionando às pessoas “inaptas ao trabalho”, como as crianças, os idosos e as pessoas com deficiência.

As décadas de 1970 e 1980 representaram o avanço para a consolidação e expansão desse sistema de proteção social, sob orientação do autoritarismo, que tinha o intuito de compensar por meio dos programas e serviços sociais a forte repressão praticada contra os movimentos sociais e o movimento sindical (YASBEK, 2008).

O período de transição democrática se caracterizou por uma reorganização institucional na qual se estabeleceu uma convocação por uma Assembleia Nacional Constituinte em 1986 e por uma proteção social pautada nos direitos sociais e políticos (PEREIRA, 2008). A rearticulação da sociedade civil brasileira, nos anos 1980, “colocou a luta política por direitos sociais básicos” (YASBEK, 2008, p.20). A questão da cidadania é destacada, passando a exercer um papel essencial na definição dos direitos sociais na Constituição Federal, assim como os deveres do Estado se ampliam em relação aos cidadãos, e as questões sociais passam a ganhar maior visibilidade (Yasbek, 2008). Foi incluída nesse período, pela primeira vez na história do país, a assistência social como promotora da satisfação dos mínimos sociais em uma Constituição Federal, enquanto uma componente do Sistema de Seguridade Social e enquanto um direito de cidadania, (Pereira, 2008) em um contexto que,

graças à mobilização da sociedade, as políticas sociais tornaram-se centrais, nessa década, na agenda de reformas institucionais que culminou com a promulgação da Constituição Federal de 1988. Nesta Constituição, a reformulação formal do sistema de proteção social incorporou valores e critérios que, não obstante antigos no estrangeiro, soaram, no Brasil como inovação semântica, conceitual e política. Os conceitos de direitos sociais, seguridade social, universalização, equidade, descentralização político-administrativa, controle democrático, mínimos sociais,

dentre outros, passaram, de fato, a constituir categorias-chave norteadoras da constituição de um novo padrão de política social a ser adotado no país (YASBEK, 2008, p. 152).

As três políticas que passaram a integrar o sistema de proteção social pública sob a perspectiva da cidadania, representando do ponto de vista conceitual e institucional para a Constituição um processo de inovação da experiência de bem-estar brasileira (PEREIRA, 2008). Essa reunião entre saúde, previdência e assistência social destacou um sistema de proteção social mais amplo, que garantiu a Seguridade Social estabelecida na Constituição Federal de 1988 (BOSCHETTI, 2006).

No entanto, um caminhar que aparentava seguir rumo a uma universalização de direitos sociais básicos, como resposta a uma necessidade colocada pelo discurso popular de um resgate da dívida social, a partir de 1990, passou a ser atacado por um projeto neoliberal, em um contexto de crise fiscal do Estado, em que o Governo brasileiro passa a limitar programas sociais e a implementar um processo de desmonte dos direitos sociais conquistados por meio de contrarreformas da Constituição Federal (Yasbek, 2008).

De acordo com Pereira (2008, p.159), “o período neoliberal foi o período da história da proteção social brasileira que mais enfaticamente incorporou as determinações externas de mudanças econômicas e políticas”. O argumento principal era o de que o cenário de crise fiscal impedia a presença excessiva do Estado, estimulando o processo de privatização como chave para a crise posta, que a nível mundial, requer uma inserção do Brasil na “competitividade da economia globalizada” (Yasbek, 2008, p. 27). Assim, como resultado, houve uma modificação da relação entre Estado e sociedade quanto ao avanço da proteção social, prejudicando os avanços conquistados em relação à qualidade de vida dos brasileiros e à cidadania (PEREIRA, 2008).

Couto (2008), em sua análise sobre o processo sociohistórico brasileiro de 1930 até a promulgação da Constituição Federal possibilita uma síntese do que esse processo significou para a população brasileira. Ele foi marcado por diversas etapas em relação aos direitos da população. Nesse período ocorreram mudanças no sistema econômico de produção, passando do agroexportador para o industrial; ditaduras militares com fortes repressões à classe trabalhadora; governos paternalistas, desenvolvimentistas e democráticos. Quanto aos direitos, muito embora os avanços fossem inegáveis, o único interesse prevaemente era o da classe

dominante, que exigia do Estado ações em prol dos trabalhadores para a busca da manutenção de sua ideologia.

Até que, por meio de um processo constituinte com forte participação popular foi promulgada a Constituição da República Federativa Brasileira, da qual, entre tantos direitos, aqueles da Seguridade Social serão destacados nesse trabalho. No que se refere à introdução da assistência social como política social, Couto (2008) afirma que na área da seguridade social, há uma inovação conceitual, muito embora esta carregue consigo elementos culturais da política brasileira. Assim, “quanto à inovação conceitual, a mesma pode ser compreendida na sua dimensão *latu sensu*” (Couto, 2008:162), porque é garantida legalmente e porque integra políticas de proteção social. E, “quanto à manutenção das velhas concepções históricas, [...] reitera a forma restritiva da mesma” (Couto, 2008, p. 162), combinando assistencialismo e formas emergenciais de atender à população sob vínculo absoluto da pobreza.

No Brasil, a assistência social representou um processo de transformação, que passou a diferenciar a Constituição Federal de 1988 das demais, em relação a um direito considerado desde sempre como favor, reconhecendo as pessoas desamparadas como sujeitos de direitos (Pereira, 2008). O estabelecimento da política de assistência social como garantidora de direitos, delimitou para a política a incumbência de concretizar “direitos devidos a determinados segmentos sociais (família, gestante, nutriz, criança, adolescente, idoso, pessoa com deficiência, desempregado afetado em suas necessidades básicas), visando à melhoria de suas condições de vida e de cidadania” (PEREIRA, 2008, p. 156).

A política de assistência social, além de ter como objetivo enfrentar a pobreza absoluta, também passou a romper com o preconceito de que pobre não sabe gastar dinheiro, “instituindo uma tardia espécie de política de renda mínima ou de manutenção de renda” (PEREIRA, 2008, p. 156). Nesse sentido, a partir da CF/88 estabeleceu-se que “a assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social” (BRASIL, art. 203).

Em uma análise crítica sobre a política de Assistência Social, Sposatti (2001) discorre sobre o caráter seletivo da política que é entendida de forma equivocada quanto ao fato de que ela “opera em todas as necessidades de reprodução social dos cidadãos excluídos” (Sposatti, 2001, p.61). Neste sentido,

a denominação “necessitado social”, transmitida para cidadão excluído, não resolve a velha questão da ocorrência da cidadania invertida. Trata-se neste caso, de operá-la como uma política seletiva em que primeiro é preciso mostrar que não se tem algo,

que se é incapacitado ou não-cidadão, para depois poder acessá-lo e ser incluído. Por esta razão defendo que a assistência social é política com conteúdo próprio voltado para a previsão de seguranças e de vigilância da universalização de mínimos sociais entendidos como padrões básicos de inclusão. Esta provisão opera diretamente para a superação de algumas vulnerabilidades que fragilizam o cidadão em sua sobrevivência, existência, autonomia, relacionamentos bem como no enfrentamento das adversidades do viver (SPOSATTI, 2001, p. 61).

Dessa forma, é possível observar algumas críticas quanto à forma com que a Assistência Social é prestada para o cidadão brasileiro. Sposatti (2001) encontra um potencial para a política uma vez que é por meio dela que se encontram meios para alcançar a superação das vulnerabilidades. A autora exemplifica com uma comparação da exclusão social no Brasil e na França e conclui que, aqui, não é uma perda de estatuto, mas sim uma “reiteração da invisibilidade de uma massa populacional a ser incluída na agenda pública de direitos e garantias” (p. 59). Faz-se necessário que, no Brasil ocorra a criação de formas de inclusão social coletivas, que só serão possíveis com a mudança do Estado, sua economia e sua política, por meio da pressão social.

Outro elemento que se destaca na análise de Sposatti (2001) é a relação entre a Assistência Social e a cidadania. Ela considera que qualquer política social deve buscar a “universalidade da cidadania” (Sposatti, 2001, p. 58). Assim, quando a vulnerabilidade reduz, quando há uma transição “de miserabilidade e pobreza para uma situação de não pobreza e de não-exclusão” (Sposatti, 2001, p. 58), há um direito de cidadania. É nesse sentido que, a Assistência Social como política de proteção social que atinge o nível das necessidades para além da dimensão biológica, alcançando o nível da “autonomia, convívio social e equidade” (Sposatti, 2001, p. 62), se torna um direito de cidadania.

Barbalet (1989) considera que o Estado é categoria fundamental para o desenvolvimento da cidadania, porque ele é expressão do poder político em sociedades, funciona como rede de relações entre diferentes poderes que envolvem uma lei e, porque não pode governar sem um apoio de grupos e classes importantes. O autor salienta que, por mais que haja muitas lutas, disputas, movimentos pelos direitos de cidadania, é o Estado quem tem o poder de decisão.

O Estado brasileiro, nesse sentido, apesar de historicamente estar apoiado na lógica do desenvolvimento econômico e do mercado, apresenta a característica de ser responsável pela promoção do bem-estar social (SILVA, et. al.), fruto de movimentos trabalhistas. Originalmente, este bem-estar social era destinado para o mercado do trabalho, devido à lógica produtiva, estabelecendo um primeiro padrão de cidadania, em que eram considerados cidadãos

apenas aqueles que possuíam carteira de trabalho. Com o tempo, outras garantias de bem-estar social foram conquistadas no sentido de construir uma Constituição que pudesse abranger a todos os indivíduos, e que mais tarde foi apelidada como Constituição Cidadã.

Porém, diversos teóricos analisam a categoria cidadania e apontam para o fato de que historicamente ela apresenta uma dimensão retórica quando se trata do Brasil, tal qual afirma Porto (2010). Isso porque o real sentido de cidadania não ocorreu devido à limitada proteção social implementada pelo Estado brasileiro, sendo caracterizada inclusive como (des)proteção social uma vez que as políticas sociais não são plenas e contrariam a Seguridade Social prevista na Constituição Federal (PORTO, 2001). Ou seja, cabe a reflexão sobre o que faz um indivíduo ser um cidadão e de que forma essa cidadania é exercida no contexto brasileiro.

Em outra perspectiva, a relação dos direitos de cidadania com a Assistência Social abrange a compreensão sobre as necessidades humanas daquelas pessoas que não acessam o mercado, ou seja, não são consumidoras. Assim, os aspectos que envolvem a cidadania das pessoas com deficiência representam o contexto da deficiência no Brasil, principalmente daquelas em que se encontram em uma situação de vulnerabilidade e que não podem exercer o trabalho.

Nesse sentido, Pereira (2008) contribui no debate sobre *necessidades humanas* como uma forma de criticar os *mínimos sociais* colocados pelas leis de proteção social brasileira. Ela defende que é necessário que haja uma distinção entre mínimo (que seria uma provisão de bens) e básico (o atendimento de necessidades básicas).

O mínimo é caracterizado por Pereira (2008) como tendo uma conotação de menos, em que a satisfação de necessidades é irrisória. Além disso, o mínimo pressupõe os cortes de investimento e conseqüentemente de atendimentos ou a negação de ótimos atendimentos, seguindo a lógica neoliberal. Já o básico, de acordo com Pereira (2008), expressa “algo fundamental, principal, primordial, que serve de base de sustentação indispensável e fecunda ao que a ela se acrescenta” (Pereira, 2008, p. 26). Por isso, o básico exige o investimento social que permite o maior e melhor atendimento.

Para demonstrar a pertinência dos argumentos de Pereira, buscou-se a Lei Orgânica de Assistência Social - LOAS, que em seu artigo 1º define Assistência Social “ como política de Seguridade Social não contributiva, que provê os *mínimos sociais*, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às *necessidades básicas*” (BRASIL, 1993). Assim, dentro de um mesmo artigo de lei, percebe-

se a utilização de dois termos que remetem a sentidos diversos, tal como analisa Pereira (2008). Por isso, “para que a provisão social prevista na LOAS seja compatível com os requerimentos das necessidades que lhe dão origem, ela tem que deixar de ser mínima ou menor, para ser básica, essencial ou precondição à gradativa otimização da satisfação das necessidades” (PEREIRA, 2008, p. 27).

É com o conceito de mínimo que as políticas sociais podem garantir os direitos fundamentais dos quais todos os cidadãos podem ser titulares, usufruindo da cidadania. Os que não podem acessar bens e serviços sociais básicos e de direitos, também não usufruem da cidadania porque não “desfrutam uma vida prolongada e saudável, conhecimento, liberdade política, segurança social, participação cumulativa, direitos humanos e respeito a si próprio” (PEREIRA, 2008, p. 27).

Pereira (2008), em estudos sobre os programas existentes em todo o mundo que são voltados para as necessidades humanas afirma que, por regra, todos eles se orientam por critérios específicos, tais como: a focalização na pobreza, o direito deve ser demandado pelo interessado, a condicionalidade, a renda como complementar e a sujeição dos interessados ao processo de comprovação da pobreza. Ou seja, não podem ser configurados como programas redistributivos e são estigmatizados, “um efeito abominável das práticas assistenciais do capitalismo liberal, hoje recuperadas” (PEREIRA, 2008, p. 115).

Medeiros e Diniz (2008) se propõem a discutir sobre a justiça distributiva, que seria um elemento de análise sobre a Assistência Social. Nesse sentido, no Brasil, os motivos para a dependência de serviços prestados pelo Estado são a escassez de recursos disponíveis e a baixa renda de grande parte da população, o faz com que a alocação dos recursos passe a representar um grande impacto na vida dos cidadãos, uma vez que o princípio da universalidade não é efetivo por conta da classificação de quem tem direito de acesso ou não às políticas e do quanto é destinado a cada um (Medeiros e Diniz, 2008).

Para os autores, o debate sobre justiça distributiva voltado para as políticas sociais envolve dois paradigmas: “igualdade no tratamento e equidade no tratamento recebido pelo Estado” (Medeiros; Diniz, 2008, p. 22). A igualdade pressupõe que o tratamento entre todos os indivíduos deve ser o mesmo, porque todas as pessoas são iguais e possuem os mesmos direitos, assim como devem receber os mesmos recursos do Estado. Já a equidade é uma forma de reconhecimento de que os indivíduos são diferentes entre si e por isso o tratamento deve ser

diferenciado conforme suas especificidades para que não exista desigualdade ou para que ela se reduza (MEDEIROS e DINIZ, 2008).

De acordo com Medeiros e Diniz (2008), tais paradigmas se encontram na discussão sobre as divergências entre a universalização e a focalização. A universalização garante que todos os indivíduos possuem acesso a determinados serviços públicos, enquanto a focalização determina que os recursos disponíveis sejam destinados para determinados beneficiários que geralmente são aqueles em situação de desvantagem (como os pobres) ou com atributos específicos, tais como os idosos. A distinção entre focalização e universalização

é a maneira como cada procedimento trata desigualdades de recursos, necessidades ou capacidades, a depender do enfoque utilizado. Os indivíduos são diferentes em termos daquilo que podem utilizar para promover seu próprio bem-estar, daquilo que necessitam para viver adequadamente e na capacidade que têm de fazer escolhas e alcançar objetivos que podem ser considerados legítimos, mas cada paradigma trata essa diferenciação a seu próprio modo.[...] A principal distinção entre eles está muito mais na forma como cada paradigma trata as diferenças individuais. A distribuição focalizada usa as diferenças entre os indivíduos como critério de seletividade de beneficiários de uma determinada política. A distribuição universal, no limite, não leva essas diferenças em consideração. (MEDEIROS e DINIZ, 2008, p. 26)

À luz dessas análises, pode-se dizer que a política de Assistência Social se encontra hoje, no Brasil, como uma política de focalização em que utiliza o paradigma da equidade para definir seus beneficiários em seus diversos programas, tendo como principal critério o de menor nível de pobreza ou de renda mínima.

A Assistência Social é colocada por Pereira (2008) como um processo complexo que tem um caráter racional, ético e cívico. Racional porque envolve diversas decisões coletivas baseadas em indicadores científicos que são avaliadas constantemente; ético porque visa ao combate de iniquidades sociais, constituindo-se em uma responsabilidade moral de todo governo; e cívico porque possui uma vinculação aos direitos de cidadania, em que os direitos sociais devem ser prestados à população como dever do Estado respondendo às necessidades sociais do país. O BPC, como benefício da Assistência Social, é um dos programas que articula dois critérios para elegibilidade de acesso baseados na equidade: a renda mínima familiar e a especificidade do idoso e da pessoa com deficiência.

CAPÍTULO III

O Benefício de Prestação Continuada

A proteção social se estabelece com o objetivo de reconhecer de forma justa às diferentes necessidades, e é com a deficiência que a provocação de um dos fundamentos do que é justo surge, uma vez que não existe um padrão pelo qual uma distribuição de mínimos iguais consiga proteger as necessidades (Penalva, Diniz, 2012).

Diferentemente deste conceito, o contexto brasileiro de proteção social para pessoas com deficiência, anterior à Constituição Federal, se caracterizou como assistencialista, voltado para o voluntariado em relação àquelas pessoas que se encontravam em extrema vulnerabilidade social. Ou seja, às pessoas com deficiência, socialmente vulneráveis, lhes cabia apenas a lógica da ajuda oferecida pela sociedade, sem a atenção de um Estado garantidor de direitos que reconhecesse as diferentes necessidades.

É na década de 1980 que o debate sobre deficiência no Brasil passa a se fortalecer por meio de reivindicações de movimentos sociais das pessoas com deficiência influenciados principalmente pela previsão do Ano Internacional das pessoas com deficiência proposta pela Organização das Nações Unidas (ONU) (SANTOS, 2010) e que tinha o propósito de “dar condições para a implementação das resoluções anteriores, através da conscientização do mundo todo quanto à problemática das pessoas portadoras de deficiência” (SILVA, 1987, p. 329).

Assim, essa década representou para a população com deficiência uma maior aproximação ao debate da deficiência e da justiça social sob a forma de pressão social – concomitantemente com a abertura democrática - que acabou resultando em uma atenção maior no processo Constituinte com reflexos expressivos no texto da Constituição Federal de 1988 relativo a diversas áreas: educação, seguridade social, trabalho, etc. (SANTOS, 2010).

Mas somente 10 anos depois da CF/88 que os direitos relativos às pessoas com deficiência passaram a se constituir materialmente por meio de determinados instrumentos (SANTOS, 2010). Dentre eles, a Política Nacional para Integração das Pessoas com Deficiência, em 1999, e a Lei de Acessibilidade, em 2004, que trouxeram o fortalecimento de novas perspectivas sobre a deficiência, inclusive a de que ela não seria mais objeto de “responsabilidade individual, mas matéria na alçada da justiça social, resultando no esforço da sociedade em garantir os direitos básicos de todas as pessoas” (SANTOS, 2010, p. 123).

Também a Convenção, em 2008, foi um marco importante no avanço dos direitos relativos às pessoas com deficiência, inclusive o da Assistência Social. Assim, conforme análise elaborada por Penalva e Diniz (2012): “a aproximação permanente entre deficiência, pobreza e discriminação no texto da Convenção são domínios da vida interconectados, em que a proteção de um deles não prescinde do enfrentamento dos outros” (p. 265).

Nesse sentido, a Assistência Social representa um direito básico no tocante à população com deficiência por estabelecer o princípio da igualdade baseado na concepção de deficiência adotada pela Convenção por meio da Lei Orgânica de Assistência Social (PENALVA e DINIZ, 2012).

Conforme a Convenção, por meio das diversas políticas públicas, a proteção social das pessoas com deficiência deve se dá no sentido de promover padrões adequados de vida, entendendo como adequado um estado do qual não há limite mínimo de sobrevivência, determinado apenas pela renda, mas também pelo usufruto de educação, mobilidade, trabalho, saúde (Penalva e Diniz, 2012), dos quais qualquer outro cidadão tem direito.

Ian Gough (1978) aborda a questão relativa às atividades de bem-estar relacionadas com as funções do Estado de bem-estar, que envolvem aqueles referentes à acumulação por meio da produção e da reprodução da força de trabalho. Porém, o autor destaca o fato de que em uma sociedade capitalista, as funções do Estado de bem-estar também se voltam para indivíduos que não fazem parte da força de trabalho. Por isso, considera que a segunda função deste Estado é manter os grupos que não trabalham na sociedade, como por exemplo, as crianças, os doentes e as pessoas com deficiência. E salienta que “se aceitamos que todas as sociedades incluam indivíduos que não trabalham, a consequência é que todas as sociedades devam criar mecanismos para transferir parte do produto social dos produtores a estes grupos” (1978, p. 115)

Contudo, é importante salientar que o pensamento apontado por Gough (1978) leva em consideração da Grã-Bretanha e dos países capitalistas avançados, no segundo pós-guerra. Mas a obra se faz relevante para o contexto brasileiro quando se trata de benefícios assistenciais para pessoas com deficiência.

Seguindo parcialmente esta lógica, mas com contradições, em 1974 foi criado o benefício da Renda Mensal Vitalícia – RMV, que serviu de amparo previdenciário e assistencial para maiores de 70 anos de idade e para pessoas com deficiência. Suas contradições se deviam ao fato de seguir elementos do seguro social, ou seja, para receber o benefício correspondente a

50% do salário mínimo da época, o cidadão deveria ter contribuído por no mínimo 12 meses, ou ter exercido atividade remunerada por pelo menos 5 anos ainda que sem contribuição (BOSCHETTI, 2006).

Após a instituição da RMV, somente em 1988 constrói-se como pauta política a transferência de renda para os idosos e para a “pessoa portadora de deficiência” por meio da Constituição Federal. Em 1991, o valor do benefício da RMV passa a aumentar para um salário mínimo, sendo extinto em 1993 com a aprovação da Lei Orgânica de Assistência Social.

É com a LOAS que se observa o início da regulamentação, do Benefício de Prestação Continuada, devido à “pessoa portadora de deficiência” e ao idoso com 65 anos ou mais. Em 1994, o Decreto 1.330 de 8 de dezembro, dispunha especificamente sobre o BPC previsto na LOAS e que foi revogado exatamente após um ano pelo Decreto nº 1744 de 8 de dezembro.

Atualmente, o BPC é “uma das principais políticas de proteção social para pessoas com deficiência e tem sido, nos últimos anos, importante instrumento de combate à pobreza e de redução das desigualdades sociais no país” (SANTOS, 2010, p. 125). No entanto, o BPC vem sofrendo reiteradas restrições que reduz cada vez mais a quantidade de novos beneficiários sob o argumento de contenção de gastos públicos e busca pelo equilíbrio orçamentário da política de ajuste fiscal determinada por concepções neoliberais (PEREIRA, 2008).

Não obstante tais desafios, a Emenda Constitucional n. 95 de 2016 e a Emenda Constitucional n. 103 de 2019, representam grandes desafios para as políticas da Seguridade Social. Isso porque a EC 95/2016 estabelece um novo regime fiscal congelando os gastos orçamentários por 20 anos. Em uma crítica à EC, Mariano (2017) salienta que

o teto de gastos públicos do governo federal brasileiro, implementado pela EC 95/2016, é, portanto, uma ofensiva conservadora de retirada de direitos sociais, tendo como alvo prioritário o projeto constituinte de 1988, que exige a intervenção do Estado para a redução das severas desigualdades sociais e econômicas, necessária para uma economia verdadeiramente soberana. O ataque também é à concepção neo-desenvolvimentista desse mesmo projeto constituinte, que reserva ao investimento público papel essencial ao estímulo do investimento privado e do crescimento do setor produtivo nacional, com o intuito de reduzir a dependência do país às potências estrangeiras hegemônicas (2017, p. 279).

Já a EC 103/2019 representa uma contrarreforma por meio de alterações dos dispositivos da Constituição Federal e do sistema de Previdência Social sem atingir contudo as regras do BPC, conforme previsto no protejo original.

Em relação aos critérios de acesso e permanência do BPC atualmente o benefício é a garantia de um salário-mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso, com idade de

sessenta e cinco anos ou mais, que comprovem não possuir meios para prover sua própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

A renda mensal bruta familiar é definida pelo Decreto 6214/07 como

a soma dos rendimentos brutos auferidos mensalmente pelos membros da família composta por salários, proventos, pensões alimentícias, benefícios de previdência pública ou privada, seguro-desemprego, comissões, pro-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. (BRASIL, 2007)

Para acessar o direito ao BPC, alguns requisitos são elencados pelo Decreto. Em relação ao idoso, este deverá comprovar sua idade de 65 anos ou mais, sua renda mensal bruta familiar que deverá ser dividida pelo número de seus integrantes, obtendo um total inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, além de comprovar não possuir outro benefício oriundo da Seguridade Social ou de outro regime. Já a pessoa com deficiência, para usufruir do direito ao BPC deverá comprovar a existência de impedimentos de longo prazo, de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, a renda mensal bruta familiar dividida entre os integrantes e inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo e o não recebimento de outro benefício no âmbito da Seguridade Social.

As informações sobre a renda são declaradas no momento do requerimento do benefício, ficando sujeito a punições em caso de omissão de informação ou declaração falsa. Além disso, o requerente deverá estar inscrito no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico, sendo o benefício suspenso caso não seja feito.

O critério de elegibilidade referente à incapacidade de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou idosa resulta em críticas no que se refere à exclusão de pessoas com deficiência ou idosas pelo critério de extrema pobreza. Entre essas críticas, se encontra a colocada por Pereira (2013) ao tratar da discussão sobre meritocracia no âmbito da política social. Conforme a autora, o indivíduo que necessitar de proteção social terá de

provar a sua derrota e incapacidade de superá-la via empenho próprio. E, ao proceder dessa maneira, os direitos sociais arduamente conquistados perdem seu caráter civilizador, transformando-se em ajuda ou favor ofertado não aos que tem acesso à cidadania, mas aos que provam estar à margem dela. Neste caso, o mérito é da necessidade, da privação (Pereira, 2013, p. 59).

A situação de vulnerabilidade dos requerentes do BPC exige dessas pessoas um conjunto de necessidades especiais que sobrecarregam as condições de existência. Assim, “no

limite da indigência, é forçoso reconhecer, por um lado, que essa provisão é um direito por demais necessário e legítimo e, por outro, que seu valor é insuficiente e seu alcance limitado é excludente” (GOMES, 2001, p. 116).

Além dessas reflexões sobre a renda, as constantes obrigações referentes a atualizações cadastrais possibilitam a crítica de que podem ser meios para dificultar o acesso e até mesmo a manutenção do BPC, já que exigem o deslocamento para uma agência do INSS, a atualização permanente sobre informações do benefício, e prazos cada vez menores para regularização da situação cadastral, além da necessidade de revisão a cada 2 anos. Em um contexto de mundialização do capital, financeirização da economia que refletem o novo estágio de acumulação do capital, a expressão da Questão Social é um reflexo das mudanças na relação entre Estado e sociedade civil, que sofre interferências do neoliberalismo com medidas que reduzem a ação do Estado e restringem gastos sociais (IAMAMOTO, 2001).

Para o acesso ao benefício das pessoas com deficiência, também é prevista a avaliação da deficiência e do grau de impedimento, realizada por avaliação social e médica, que estiverem a todo tempo em processo de modificação, conforme a análise dos dados deste estudo.

CAPÍTULO IV

Metodologia

O estudo realizado encontra-se dentro da abordagem qualitativa que compreende um “conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam a descrever e a decodificar os componentes de um sistema complexo de significados” (NEVES, 1996, p. 1). A proposta, nesse sentido, é de entender o BPC e a especificidade da avaliação da deficiência em seu contexto a partir dos dados coletados e suas respectivas interpretações em vista de um aprofundamento de seus significados (NEVES, 1996; MINAYO, 1993). O objeto de estudo é a relação entre a avaliação da deficiência na concessão do BPC desde sua implementação - que começa a partir da previsão deste benefício na Constituição Federal de 1988 - e o acesso das pessoas com deficiência ao direito social da assistência social. Assim, optou-se como método de pesquisa a Análise de Política Pública, que tem como marcos conceituais a proteção social e o modelo social da deficiência.

A Análise de Política Pública é tida não apenas como o entendimento do processo de formulação e implementação da política pública, mas também de como ela é influenciada pelos processos políticos, disputas políticas e relações de poder (FREY, 2000). Mais do que uma decisão isolada, a política pública envolve uma teia de decisões que deve ter atenção da análise de política pública (DAGNINO, 2016). Dessa forma, ela compreende “o exame da engenharia institucional e dos traços constitutivos dos programas” (ARRENTCHE, 2013, p.127). São diversas categorias a serem reconstituídas pela análise de política pública, dando sentido à ação pública (ARRENTCHE, 2013), que, “colocando-se do ponto de vista daquilo que se tornou centro de gravidade da esfera política, a saber, a implementação das políticas públicas” (MULLER e SUREL, 2002 , p. 10).

Dagnino (2016) elenca algumas características que conceituam política, sendo elas: a política se origina a partir de uma série de decisões que envolvem, conscientemente ou não, a participação de diferentes atores sociais; nela estão compreendidas tanto intenções quanto comportamentos; promove tanto ação como não-ação; pode gerar impactos não esperados; se estabelece ao longo do tempo; suas relações são inter e intraorganizacionais; e se define a partir de conceitos subjetivamente adotados. A política pública é assim, “a proposta de resolução dos problemas trazidos pelos atores que o governo tem que implementar mediante o Estado” (DAGNINO, 2016, 189).

Considerando o estudo em questão e a classificação da Análise Política em duas grandes categorias colocadas por Ham e Hill (1993), a descritiva e a propositiva, optou-se pela primeira abordagem por ter como objetivo conhecer as características das políticas, assim como a sua elaboração que é dividida em formulação, implementação e avaliação.

Dentro da tipologia utilizada para a Análise de Política pública se encontram sete caminhos: o estudo do conteúdo das políticas, o estudo do processo das políticas, o estudo do resultado das políticas, o estudo de avaliação, a informação para elaboração de políticas, a defesa de processos e a defesa de políticas. Para a compreensão e a análise da avaliação da deficiência no BPC, o tipo de análise de política que melhor se encaixa é o estudo do conteúdo das políticas, uma vez que seu foco em determinar o surgimento, a implementação e o resultados delas (DAGNINO, 2016), que constituem elementos-chave para identificar o processo histórico e a influência da avaliação da deficiência no desenvolvimento do BPC.

No estudo sobre a avaliação da deficiência na trajetória do BPC que compõe a proteção social das pessoas com deficiência por meio da Assistência Social, cabe destacar a diferença entre política pública e política social. De acordo com Pereira, a política social “é identificada como uma política de ação, que tem perfil, funções e objetivos próprios e produz impactos no contexto em que atua” (2008, p. 166), e como política “ela também é fruto de escolhas e de decisões definidas nas arenas conflituosas do poder” (PEREIRA, 2008, p.166). Enquanto a política pública compromete o Estado para intervir em seu objeto, a política social se caracteriza por ser uma espécie do gênero da política pública, porque esta requer uma participação ativa do Estado (PEREIRA, 2008). O termo *público* se refere à *coisa pública*, ou seja, o compromisso é de todos em relação às necessidades sociais, atribuindo-lhe um sentido de universalidade e totalidade (PEREIRA, 2008).

O BPC como direito da Assistência Social se encontra na determinação da política social por depender diretamente da atuação estatal, cujas ações são demandadas a serem focalizadas, no sentido de atribuir recursos públicos a populações prioritárias, como é o caso das pessoas com deficiência e idosos mais pobres.

A análise de política pública, então, dará subsídios para a compreensão da especificidade da avaliação da deficiência no processo de garantia de direitos das pessoas com deficiência, permitindo compreender as influências políticas, os conflitos de interesses, e os jogos de poder perante a implementação da política. Assim, a hipótese formulada para o estudo é a de que os diferentes contextos sócio-políticos, os movimentos de pessoas com deficiência, o debate sobre

deficiência em constante evolução, e os estudos acadêmicos promovem a qualidade da avaliação da deficiência no processo de concessão do BPC, ampliando o acesso das pessoas com deficiência ao direito.

4.1 A pesquisa

De acordo com Laville, para o processo de verificação da hipótese, o primeiro passo do pesquisador é “o de colher a informação requerida pela hipótese” (1999, p. 140). Para isso, a pesquisa caminhou em alinhamento com a proposta de Minayo (2013) que a divide em três etapas: “fase exploratória, trabalho de campo, análise e tratamento do material empírico e documental” (MINAYO, 2013, p. 27).

A fase exploratória se deu com a produção do projeto de pesquisa, que previu os procedimentos de entrada de campo, definindo os elementos necessários para identificar as avaliações da deficiência ocorridas ao longo da história do BPC. Delimitou-se o espaço temporal da pesquisa a partir do ano de previsão do benefício pela LOAS, que deu previsão ao BPC e previu a avaliação da deficiência como critério de concessão do benefício, apesar de não ter especificado a forma pela qual a avaliação da deficiência deveria ocorrer. Além disso, o ano final do recorte temporal foi definido como o de 2019, que representa o ano de previsão para o término da pesquisa. Com o problema de pesquisa, o objeto de investigação, a hipótese e o recorte temporal delimitados, seguiu-se para o planejamento do desenvolvimento teórico e metodológico da pesquisa, dando o primeiro passo para elaborar todos os procedimentos necessários da entrada em campo.

De acordo com Minayo (2013), a segunda fase da pesquisa qualitativa é o trabalho de campo que se utiliza da construção teórica da fase exploratória para levantar os dados empíricos, que fundamentaram a construção da demonstração da pesquisa (LAVILLE, 1999). Assim, o primeiro contato com os fundamentos da política de Assistência Social, com a definição do BPC, seus critérios de seletividade do público-alvo, assim como os debates sobre deficiência formaram um conjunto que apontou para a definição da estratégia de coleta de dados: a pesquisa de base documental. De acordo com Laville (1999), todo tipo de informação existente sobre o objeto, compõe a pesquisa documental que se utiliza de fontes já existentes de dados. Por meio de pesquisas em base de dados científicos e de legislações referentes ao BPC foi selecionado o primeiro bloco de informações que teve os seguintes documentos norteadores:

legislação atualizada da regulamentação do BPC (Decreto 6214/2007) juntamente com suas alterações posteriores ao ano de aprovação do decreto, a aprovação pela Assembleia Mundial da Saúde da Classificação Internacional de Funcionalidade em 2001, a Convenção Internacional dos direitos da pessoa com deficiência e Protocolo Facultativo de 2006, e a Lei Brasileira de Inclusão da pessoa com deficiência, aprovada em 2015. Esses quatro documentos possibilitaram uma coleta de dados que partisse de seus elementos para um maior nível de aprofundamento do qual a pesquisa exige. Além deles, buscou-se conhecer estudos científicos e governamentais, além do posicionamento do movimento das pessoas com deficiência que tratassem da avaliação da deficiência propriamente dita, considerando a avaliação médica e a avaliação social, assim como os instrumentos utilizados ao longo desses anos nessas avaliações.

Uma das etapas dessa fase decorreu da pesquisa documental nos órgãos federais de administração do BPC, sendo eles o atual Ministério da Cidadania e o INSS. Após tentativa de coleta de informações nas dependências da Secretaria Especial de Desenvolvimento Social do referido ministério, a orientação se deu para que a consulta fosse realizada com pedido via Sistema de Informação ao Cidadão online (e-SIC). No entanto, as informações alcançadas foram consideradas limitadas, exigindo um esforço na coleta de informações em arquivos públicos digitais e em outros estudos relacionados à avaliação da deficiência.

A partir dos documentos orientadores selecionados, partiu-se para a investigação de dados relacionados à avaliação da deficiência no BPC de acordo com os períodos e contextos explorados direta ou indiretamente nos documentos. Outro conjunto de dados importante se sobressaiu: a sequência de Portarias Conjuntas entre o antigo Ministério do Desenvolvimento Social e o INSS assinadas nos anos de 2009, 2011 e 2015, instituindo modelos de avaliação da deficiência e seus respectivos instrumentos.

Assim como as portarias, também foram consultados os relatórios das Conferências Nacionais de Assistência Social, que somam um total de 12 encontros desde 1995 até 2019, e as Conferências Nacionais dos Direitos das Pessoas com Deficiência, ocorridas nos anos de 2006, 2008, 2012 e 2018. Tais espaços de participação e deliberação foram escolhidos para constituírem partes integrantes dos dados desta pesquisa por promoverem debates entre os/as trabalhadores/as, entre os/as gestores/as e os/as usuários/as das políticas públicas em questão, tornando-se “instrumentos de democratização da gestão pública” (CFESS, 2019, p. 2). Além disso, as expectativas das pessoas atingidas diretamente por uma política pública são objeto de debate nas conferências, e se caracterizam por serem decisivas para a configuração do processo político das decisões e implementações (FREY, 2000). Nos relatórios, foram pesquisados

termos específicos sobre o BPC, assim como os debates relacionados à sua implementação, e à forma de avaliação da deficiência por meio das avaliações médicas e sociais.

A terceira fase da pesquisa qualitativa refere-se à análise e tratamento dos dados coletados, compreendendo “um conjunto de procedimentos para valorizar, compreender, interpretar os dados empíricos, articulá-los com a teoria que fundamentou o projeto com outras leituras teóricas e interpretativas cuja necessidade foi dada pelo trabalho de campo” (MINAYO, 2013, p. 27). Os dados foram ordenados de acordo com a evolução histórica, delineando uma linha do tempo, momento que em foram selecionadas as informações mais pertinentes para a pesquisa, tomando como base os conteúdos dos documentos e levando em consideração a importância da descrição dos elementos de forma fiel para essa etapa.

A partir daí, os dados sobre a avaliação da deficiência no BPC foram decompostos para que pudessem ser classificados e sequenciados por meio da análise de conteúdo, que possibilita a extração da significação e a inferência de conhecimentos que estão por trás dos conteúdos das mensagens, permitindo ir além do que está sendo comunicado (BARDIN, 1979; LAVILLE, 1999; GOMES, 2013). A partir da decomposição dos dados, deu-se início à categorização dos mesmos em unidades de registro que seguiram os critérios de pertencerem a um marco regulatório, a um contexto político e social específico, aos espaços de participação social, ao conceito de deficiência e à avaliação da deficiência.

Com o intuito de adequar a análise do material às intenções da pesquisa, optou-se por reagrupar esses dados em 3 gêneros relacionados aos instrumentos de avaliação adotados na trajetória de implementação do BPC: Avaliação multiprofissional, Avaliemos, Avaliação médica e social. Tais categorias genéricas foram pensadas para que os resultados pudessem ser analisados e interpretados com base na fundamentação teórica adotada (BARDIN, 1979; LAVILLE, 1999; GOMES, 2013), constituindo centros de análise de um processo mais amplo que é a avaliação da deficiência para a garantia da proteção social das pessoas com deficiência.

CAPÍTULO V

A avaliação da deficiência no BPC

A palavra “avaliar” tem origem no Latim “Valere”, que significa “ter saúde, vigor, força”. De acordo com o dicionário Michaelis, avaliar tem algumas definições, dentre as quais “considerar(-se), julgar(-se), ter(-se) em conta de”, expressões que melhor se encaixam quando o que é avaliada é a deficiência. Avaliar a deficiência seria então considerá-la, julgá-la.

Considerar a deficiência e julgá-la é para muitas políticas públicas um dos pré-requisitos de acesso. Mas a avaliação da deficiência não se faz somente para determinar quem tem direito aos benefícios de uma política pública ou não, muito menos é aplicada em tempos recentes ou por profissionais específicos. O que se percebe é que desde a prática higienista do século XIX no Brasil, que se utiliza da avaliação para classificar a deficiência e para evitar sua reprodução, ou desde a identificação das pessoas com deficiência para as atrações de espetáculos, e para excluir algum indivíduo com deficiência por estar fora dos padrões da normalidade (LOBO, 2015; FOUCAULT,), a deficiência sempre foi palco para “julgamento”, sempre foi algo a se “considerar”.

De acordo com Lobo (2015), a deficiência avaliada pela biomedicina começa com a identificação de características físicas, por meio de estigmas. Mas alguns profissionais passaram a necessitar de maiores informações que passariam a ser identificadas com a utilização de instrumentos capazes de classificar os graus. Assim, os médicos do século XIX começaram a se preocupar com a organização da vida urbana e a saúde das elites iniciando

a caça aos degenerados, começando por elaborar as primeiras classificações dos graus de degenerescência e os diagnósticos de cura com base na causa oculta de quase todas as doenças: a hereditariedade. Sexo e procriação passaram a ser a nova atenção dos julgamentos médicos. Sífilis, tuberculose e alcoolismo estavam incluídos em uma mesma categoria, levavam fatalmente a ele (como a tuberculose e o alcoolismo), e todos produziam frutos degenerados da raça (LOBO, 2015: 73).

A partir da industrialização e da urbanização que, de acordo com Lobo (2015), os “degenerados” passam a ser avaliados pela sociedade no século XX como um “fardo social” composto por “corpos inúteis para o trabalho”, buscando alternativas de prevenção à reprodução desses corpos por meio da esterilização, da recuperação e do controle dos casamentos. Nesse contexto, junto “aos degenerados inferiores, estiveram os cegos, surdos-mudos, os aleijados, os doentes, as crianças que não aprendiam, determinados tipos de delinquentes, principalmente os juvenis” (LOBO, 2015, p. 103). Assim,

tanto o ideal de reclusão punitiva e vigilância eugênica quanto o ideal piedoso-filantrópico e médico-pedagógico de institucionalização e recuperação não sucederam um ao outro. Apenas se adicionaram e talvez estejam mais ou menos vigentes até hoje nas práticas constitutivas da categoria de deficiência no Brasil. (LOBO, 2015: 103)

É com base nessa lógica que no Brasil a Medicina Legal se instituiu, com o emprego de conhecimentos científicos para formar juízos que pudessem contribuir com autoridades, que a princípio foram voltadas para as policiais e judiciárias (MIZIARA et al 2012; NAKANO et al 2012). De acordo com Miziara et al. (2012), os estudos de Nina Rodrigues (século XX) representaram a introdução da “assistência médico-legal a doentes mentais, além de defender a aplicação da perícia psiquiátrica não apenas nos manicômios, mas também nos tribunais” (p. 70). O estudioso também construiu obras consideradas extremamente racistas, por estabelecerem uma relação entre o negro e a inferioridade brasileira, conforme Miziara et al (2012). Ou seja, a avaliação era formada pelo julgamento dos corpos, considerados os infames da história: pobres, escravos e deficientes (LOBO, 2015).

Afrânio Peixoto, na década de 1920, contando com as influências das obras de Flamínio Fávero que desencadearam a instituição da Medicina Legal no Brasil, também vai denominar a disciplina como Medicina Social, por incluir “os acidentes de trabalho, a avaliação de incapacidades, o prognóstico legal, a invalidez operária, o seguro social” (MIZIARA et al, 2012: 71).

A perícia médica como ramo da Medicina legal, de acordo com Nakano et al. (2012), tem o objetivo de esclarecer fatos de acordo com o comando judicial ou administrativo, sendo o perito capaz de produzir provas sem caráter fiscalizatório, por meio de exames específicos em documentos, objetos ou pessoas. Assim, consiste no exame de pessoas (ou cadáveres), com a finalidade de avaliar lesões, causas, quantificar sequelas e disfunções para fins de indenização, mensurar comprometimento de capacidade laborativa em trabalhadores ou atestar capacidade para ato ou função (NAKANO et al, 2012: 27).

Na Previdência Social, a carreira de Perito Médico Previdenciário é regida por leis que conferem duas funções a este servidor: a análise da incapacidade laborativa voltada para o reconhecimento de direitos previdenciários, e a avaliação da deficiência para a concessão do BPC e para a aposentadoria das pessoas com deficiência.

Assim como o perito médico, os/as assistentes sociais representam grande influência nos serviços previdenciários. Enquanto uma categoria defensora dos direitos sociais, sua

instituição se deu com o objetivo de “esclarecer ao usuário seus direitos sociais e os meios de exercê-los, estabelecendo de forma conjunta, o processo de superação das questões previdenciárias, tanto no âmbito interno quanto no da dinâmica da sociedade” (INSS, 2010). Além disso, a Instrução Normativa do INSS nº 45 de 2010, prevê a atuação do Serviço Social por meio do instrumento de avaliação social da pessoa com deficiência, utilizado para fins de concessão do BPC.

Tanto na avaliação médica, quanto na social, os/as profissionais utilizam instrumentos, sob a forma de questionário, que alimenta um sistema com os dados coletados para gerar uma pontuação que definirá se o requerente pode ou não receber o benefício.

Mas a avaliação nem sempre foi assim. A deficiência sempre foi avaliada pela biomedicina, considerando apenas os aspectos físicos, dos quais poderiam ou não interferir na vida das pessoas. No Brasil, em 2007, a legislação do BPC previu a utilização da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), e os critérios para definir uma pessoa com deficiência passaram a considerar a “relação entre um corpo com impedimentos e a sociedade, ou seja, a deficiência é avaliada com base na participação de uma pessoa com impedimentos corporais na vida social” (SANTOS et. al, 2009, p. 380), ampliando o conceito de deficiência por meio de uma abordagem biopsicossocial que permite entender os ambientes sociais “na determinação da experiência dos corpos com impedimentos” (SANTOS, 2009, p. 83).

O que se observa em uma análise preliminar sobre a história do BPC e de alguns teóricos que debatem deficiência é que diversas foram as modificações ao longo do tempo em diferentes partes nas legislações que regem o benefício, inclusive e, talvez principalmente, sobre o conceito de deficiência. Santos (2009) demonstra a importância da definição de deficiência considerada no BPC porque ela tem promove dois efeitos, tanto em relação aos objetivos da assistência social de “combater a desigualdade, opressão ou discriminação de determinado grupo de pessoas deficientes e não de outro” (SANTOS, 2009, p. 95), quanto em relação ao alcance que a política pode ter, com a possibilidade de ultrapassar a política assistencial promovendo a articulação do BPC com outras políticas públicas para pessoas com deficiência.

Embora a adoção da CIF como parâmetro para a legislação do BPC possa representar desafios sobre como as perícias devem ser realizadas, a adoção do marco conceitual dessa classificação no Brasil trouxe novas perspectivas para o modo como as concepções do modelo social de deficiência podem influenciar as demais políticas públicas no país.

Silva e Diniz (2012), em torno do debate sobre os critérios de avaliação da deficiência colocados pela Lei Orgânica de Assistência Social – LOAS, assim como pela legislação própria do BPC e sobre as definições relacionadas à deficiência se propõem a realizar críticas a esse processo. Dentre as críticas, encontra-se aquela relacionada ao que a LOAS considera como impedimentos de longo prazo, caracterizados como aqueles que interferem na participação plena na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas, por no mínimo 2 anos. E, apesar de ter excluído o critério da incapacidade para o trabalho e para a vida independente utilizados nas avaliações anteriores do BPC, as autoras concluem que a LOAS “inverte o sentido da deficiência ao qualificar o impedimento de longo prazo com a exigência de produção de efeitos por dois anos” (2012, p. 264), além de ferir os princípios da Convenção, no intuito de “reduzir o impacto orçamentário do BPC para a política de assistência social, pela imposição do mínimo social” (2012, p. 267), insuficiente para alcançar as necessidades.

De acordo com Santos (2016), desde 2007 o governo brasileiro vem estudando ações no sentido de criar outras formas de avaliar a deficiência em que considerem os parâmetros do modelo social. Assim, foi instituído um Grupo de Trabalho Interministerial cuja função, dentre outras, se voltou para a elaboração de um modelo único que pudesse ser aplicado em todo o país, originando, em 2013, no Índice de Funcionalidade Brasileiro - IFBr. Este instrumento passou por uma validação em meados de 2015 realizada por uma equipe da Universidade de Brasília – UnB e fez parte da avaliação da deficiência como requisito para acesso à aposentadoria para pessoa com deficiência da Lei Complementar nº 142 de 2013.

O IFBr, haja vista sua potencialidade, também passou há dois anos por um processo de validação decorrente da implementação do Modelo Único de Avaliação da Deficiência proposta pela Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência. A construção do instrumento se deu por meio da Secretaria Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência com o objetivo de

auxiliar na identificação e seleção apenas daquelas pessoas que se adequem ao conceito constitucional. A metáfora da ponte representa bem o papel do instrumento, o IFBr é como uma ponte entre o candidato e o conceito da Convenção: só conseguirá atravessar a ponte aqueles que se adequam ao conceito (Barbosa et. al., 2017, 912).

Assim, levando em consideração os diversos elementos que estão envolvidos na avaliação da deficiência para o acesso às políticas públicas brasileiras e, mais especificamente para o acesso ao BPC, constata-se um extenso caminho de investigação que considere as contradições de uma realidade política, social, econômica e conceitual específica e que

principalmente reitere a importância de considerar a deficiência como uma categoria que representa a diversidade, a dignidade, o respeito e os direitos humanos.

A proposta do capítulo é abordar separadamente os três instrumentos formulados para avaliação da deficiência no BPC, apenas para fins de sistematização, já que a compreensão é a de que os elementos do primeiro (Laudo Multiprofissional), do segundo (AVALIEMOS) e do terceiro (Avaliação Social e Médico-Pericial da Pessoa com Deficiência – versão atual) são interligados e fluidos. Assim, os instrumentos terão o papel de centro de análises desencadeadas a partir de suas características intrínsecas. Como quarto elemento a ser abordado, o Instrumento de Funcionalidade Brasileiro – IFBr terá seu protagonismo, mesmo sem ainda ser utilizado nas avaliações do BPC. Isso porque ele foi pensado para ser um modelo único de avaliação da deficiência a ser utilizado por todas as políticas públicas brasileiras voltadas para as pessoas com deficiência. A divisão foi estabelecida tendo como critérios os contextos políticos e sociais, e conseqüentemente econômicos, o debate sobre o conceito de deficiência, assim como a articulação dos movimentos sociais.

5.1 “Laudo de avaliação para pessoa portadora de deficiência”

Destacar o instrumento de avaliação da deficiência para fins do acesso ao BPC como um dos centros desse estudo foi a forma escolhida para desmembrar, esmiuçar um amplo contexto que envolve a história da Constituição brasileira, do movimento político das pessoas com deficiência, e da própria conceituação da deficiência, além da gênese do benefício.

A gênese do BPC se dá no contexto do processo constituinte que, de acordo com Miranda (2012), deu aos segmentos sociais um contexto favorável para que as suas preferências tivessem força na construção da Constituição Federal. Para o segmento das pessoas com deficiência não foi diferente. Em um caminho de fortalecimento do movimento dessas pessoas, que vinha ocorrendo desde abertura política, o ano de 1981 se destacou por possibilitar a organização política das pessoas com deficiência a partir da promulgação pela ONU do Ano Internacional da Pessoa *Deficiente* (MAIOR, 2017).

Foi no processo constituinte que o movimento político das pessoas com deficiência mais avançou e demonstrou força em relação à defesa de seus direitos de cidadania. As reivindicações previam a ênfase na autonomia das pessoas, e não em suas tutelas, tendo como pauta um texto constitucional com igualdade de direitos, integrando os dispositivos voltados

para as pessoas com deficiência naqueles dirigidos a toda a população, de forma que “o tema deficiência fosse transversal no texto constitucional” (LANNA JÚNIOR, 2010, p. 67).

Apesar de suas justificativas colocadas em suas propostas, as mesmas não foram incorporadas de acordo com o esperado pelo movimento das pessoas com deficiência, o que exigiu uma Emenda Popular com arrecadação de mais de 30 mil assinaturas. Tal emenda propôs a substituição da “aposentadoria por invalidez” em seguro-reabilitação, cujo objetivo seria garantir um seguro na situação de desemprego em virtude da reabilitação. De acordo com Lanna Júnior (2010), essa proposta foi alterada para o pagamento de um “salário mínimo mensal às pessoas com deficiência sem meios de se manter” (LANNA JÚNIOR, 2010, p. 68), dando o primeiro passo para a construção do BPC. Parte do movimento se posicionou contrário ao BPC, por estimular a tutela, e não a autonomia. A autoria da proposta partiu de uma mulher que lutava por direitos para seu filho com deficiência, e que conseguiu o número de assinaturas exigidas para a Emenda Popular (LANNA JÚNIOR, 2010) e, posteriormente, a aprovação como parte do texto constitucional e como um dos direitos sociais das pessoas com deficiência.

O tempo disponível para conclusão do texto constitucional não possibilitou, apesar disso, maiores decisões sobre o benefício, ficando a cargo de legislação infraconstitucional a instituição de elementos centrais para a implementação do BPC, tais como as definições de idade mínima para acesso ao benefício por idade, dos critérios de elegibilidade da pessoa detentora desse direito e, por fim, de qual seria o mínimo de renda necessário à manutenção da pessoa com deficiência e do idoso (MIRANDA, 2012, p. 16).

Os interesses em jogo colocaram em conflito as questões da justiça social, que foi reforçado com a crise fiscal. De acordo com Miranda (2012), o BPC tem sua regulamentação firmada em uma conjuntura política de disputa ideológica sobre o papel do Estado. A partir de 1990, o processo de ampliação dos direitos sociais foi alvo de contrarreformas, tanto no governo Collor quanto no de Fernando Henrique Cardoso, que adotaram medidas neoliberais para comporem o projeto de desenvolvimento econômico do Brasil frente à competitividade da economia globalizada (PEREIRA, 2000; SILVA E SILVA). Estando no comando do governo o Presidente Fernando Collor de Melo, o início da década de 1990 foi marcado pela imposição de políticas neoliberais, sob o argumento da necessidade de reformas em prol do Estado mínimo que pudessem reverter os efeitos da crise econômica, com a redução dos direitos sociais aos princípios da focalização e da pobreza absoluta, agravando ainda mais as expressões da questão social das quais a desigualdade social e a pobreza refletira na piora nas condições de vida da população (GOMES, 2008).

A regulamentação dos direitos elaborados no processo constituinte e que passaram a compor a CF/88 foi designada a ser regida por legislações infraconstitucionais, em virtude de esgotamento do prazo da elaboração da Carta, entre eles, questões específicas do BPC fundamentais para sua implementação (MIRANDA, 2012). Mas, em um contexto mais amplo que o benefício, faltava também definir a estruturação da política de Assistência Social, que foi pensada por meio do envolvimento de diferentes atores sociais, tais como segmentos sociais, parlamentares e o Poder Executivo e que representaram os diferentes interesses em jogo, com forte influência do Presidente da República (MIRANDA, 2012). Dentre 40 projetos a proposição de uma LOAS, em 1993, foi criada e aprovada pela Lei nº 8742, conforme Miranda (2012).

É a partir da LOAS que se estabeleceram alguns elementos do Benefício de Prestação Continuada, referentes ao processo de concessão do benefício, tais como quem seria a pessoa com deficiência e de que forma a deficiência seria comprovada. Assim, em seu texto original, publicado há 27 anos atrás, a “pessoa portadora de deficiência” seria “aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho” (BRASIL, 1993) e a deficiência seria “comprovada através de avaliação e laudo expedido por serviço que conte com equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde – SUS ou do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS, credenciados para esse fim pelo Conselho Municipal de Assistência Social” (BRASIL, 1993).

Em setembro de 1994, foi impetrado o Mandado de Injunção nº 448 junto ao Supremo Tribunal Federal que ressaltou a falta de regulamentação do inciso V do artigo 203 da Constituição Federal, no qual é previsto o BPC, destacando a mora do Congresso Nacional, e recomendando a regulamentação do inciso. No final desse mesmo ano, o Decreto n. 1330 passou a tratar da concessão do benefício, estabelecendo para isso a mesma definição de pessoa com deficiência da LOAS, e incluindo a previsão de entidade credenciada para avaliar a deficiência juntamente com a equipe multiprofissional do SUS e do INSS.

Um ano depois, o decreto mencionado é revogado por um novo (Decreto 1744), que objetivou regulamentar o BPC, em um contexto de ofensa neoliberal de ataque aos direitos sociais constitucionais promovido na gestão FHC (ALVES, 2007). Assim, diferentemente da LOAS e do decreto anterior, em seu artigo 2º, inciso II, a “pessoa portadora de deficiência” passa a ser definida como “aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho em razão de anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditária, congênitas ou adquiridas, que impeçam o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho” (BRASIL, 1995). Tal conceito é considerado pelos estudos sobre deficiência baseados no modelo social como restrito

uma vez que privilegia o diagnóstico da doença sem compreender a influência do meio (BRASIL, 2007), além disso, centraliza a incapacidade para o trabalho como critério de elegibilidade, o que foi alvo de questionamentos, por ser um desafio definir categorias como trabalho cuja complexidade estaria sob responsabilidade de julgamento dos médicos peritos, além de que “muitas das restrições para o trabalho ou para a vida independente não estão no indivíduo, mas na interação com o meio em que vive” (SQUINCA; MEDEIROS, 2007, p. 2593).

É nesse ano também que ocorre a I Conferência Nacional de Assistência Social (CNAS) com o objetivo de “avaliar a situação e propor diretrizes para aperfeiçoamento do sistema descentralizado e participativo da Assistência Social” (BRASIL, 1995: 7). Em seu relatório, há o destaque para o consenso entre os participantes da conferência de que existia naquela época a necessidade de reafirmar a política de assistência social como direito social, de forma a romper com o seu caráter filantrópico. Seguindo esta lógica, já na primeira conferência uma das deliberações ocorridas se deram em torno do BPC e as diferentes demandas relacionadas a ele, inclusive a de revisar os critérios de concessão, que seriam vinculados somente à condição de deficiência severa e profunda, como demonstrado nas especificações sugeridas no verso do instrumento de avaliação (ANEXO I). Também foi colocada a discussão referente à equipe multidisciplinar do SUS, cuja proposta seria incluir na equipe um profissional da Educação Especial na avaliação das pessoas com deficiência.

Seguindo a LOAS no que se refere à comprovação da deficiência, o decreto acrescenta que se não havendo equipe multiprofissional no município, o requerente teria a alternativa de apresentar 2 pareceres técnicos, sendo um emitido por médico e outro por profissional das áreas terapêutica ou educacional, ou por entidade reconhecida por sua competência técnica, conforme o parágrafo 1º do artigo 14. O anexo I – “Laudo de avaliação para pessoa portadora de deficiência”³ exemplifica um laudo expedido por médico e outros profissionais a partir dessa primeira forma de avaliação, que foi utilizada até agosto de 1997. Percebe-se um instrumento conciso, no qual são colocadas informações sobre os dados pessoais básicos, a história da doença, o diagnóstico, a pergunta se “o examinado acima é portador de deficiência e está incapacitado para o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho?”, assim como sua respectiva conclusão (sim ou não), e os dados do profissional da área médica, estando separados da avaliação por profissionais da área terapêutica ou educacional, onde eram descritas a situação

³ Documento disponibilizado no estudo intitulado “Concessão de benefícios assistenciais, morbidade e mortalidade em pessoas com deficiência no Brasil”, de Sérgio da Cunha Falcão.

da doença, a conclusão de acordo com a mesma pergunta feita ao médico e a identificação do profissional e/ou instituição que avalia.

Levando em consideração o tempo de regulamentação do BPC desde sua previsão constitucional, e a pouca experiência em avaliações da deficiência, alguns pontos podem ser debatidos. O primeiro deles é a simplicidade do instrumento, com espaços pequenos para o levantamento da história da deficiência e suas características que eram divididos por 2 ou mais profissionais. Além disso, foi utilizada a terminologia “pessoa portadora de deficiência” adotada nas legislações e no instrumento, que é resultante de um movimento de evolução do conceito no Brasil muito influenciado pela articulação política das pessoas com deficiência. Ressalta-se, no entanto, que tal instrumento estava em consonância com a legislação vigente à época.

De acordo com Santos (2010), o Brasil demonstra ter sensibilidade em relação às reivindicações das pessoas com deficiência desde 1988. Assim, substituindo a terminologia “pessoas deficientes” utilizada até meados de 1987 (SASSAKI, 2003), por “pessoa portadora de deficiência” a Constituição passa a utilizar o termo, mesmo com o questionamento do movimento sobre a condição de “portador”, uma vez que algo que se porta, não faz parte da pessoa (SIQUEIRA, 2010). Dessa forma, o estabelecimento das legislações em relação aos direitos das pessoas com deficiência pouco abordaram as concepções defendidas pelo modelo social da deficiência debatido a partir de 1960 (SANTOS, 2010), de forma a entendê-la para além de uma questão de saúde, ligando-a a causas sociais que permitem desvincular da noção de tragédia pessoal para compreendê-la enquanto uma forma de habitar o corpo (SANTOS, 2010).

Em seu corpo, o instrumento (Anexo I) preenchido por um médico do Sistema Único de Saúde traz como primeiro espaço de preenchimento a “História da doença”, explorando um conceito de deficiência exclusivamente biomédico. Apesar de o segundo espaço ser destinado a outros profissionais de equipe multiprofissional pertencente a instituições da sociedade civil, o caráter da avaliação permanecia centrado na questão da saúde, sem considerar os “arranjos sociais não inclusivos à diversidade expressa pelos impedimentos corporais” (SANTOS, 2010, p. 118).

Em suas disposições finais, o Decreto 1477 estabelece que a abertura de requerimentos para o BPC ocorreria somente em 1º de janeiro de 1996, competindo ao INSS a expedição de instruções e instituição de formulários. Assim, a primeira forma de avaliação da deficiência se

deu com o Laudo de Avaliação para Pessoa Portadora de Deficiência e que foi utilizado até agosto de 1997, sendo substituído por uma nova forma de avaliação (Anexo II) que contasse com a apreciação da perícia médica do INSS prevista pela Resolução n. 435 do INSS de 1997 como um formulário de enquadramento da deficiência, constituindo o denominado Avaliemos (acróstico), a ser explorado no próximo tópico.

5.2 Acróstico AVALIEMOS

A partir da edição da Medida Provisória n. 1473 de setembro de 1997, a avaliação da deficiência prevista originalmente na LOAS passou a ter sua redação alterada no sentido de estabelecer a função do exame médico pericial e do laudo exclusivamente aos serviços de perícia médica do INSS. Essa e outras alterações passaram a ser objeto de lei (Lei n. 9720/1998), firmando o protagonismo médico na avaliação da deficiência para fins de concessão do BPC, e desconsiderando a participação de equipe multiprofissional (GOMES, 2008), o que poderia restringir cada vez mais o acesso ao benefício, por excluírem da avaliação uma visão comprometida com uma visão menos concentrada no aspecto biomédico da compreensão da deficiência.

Isso é reforçado pela proposta de contenção de gastos em virtude do ajuste fiscal, que passou a incrementar critérios mais seletivos que excluíssem beneficiários da concessão ou até mesmo que evitassem a entrada de novos. Assim, em vista de “combater fraudes”, FHC recomendou medidas operacionais que passaram a modificar alguns pontos da LOAS (GOMES, 2008), entre eles a avaliação da deficiência que passa a ser responsabilidade exclusiva dos serviços de perícia médica do INSS (BRASIL, 1998).

A fim de auxiliar a avaliação, foi recomendado o uso do instrumento Acróstico Avaliemos (anexo II), pela Resolução n. 435 do INSS de 1997, que enquadrava a deficiência em indicadores que pontuavam de acordo com critérios biomédicos (GOMES, 2008: 120), e possibilitava a conclusão da perícia em Laudo de Avaliação. Nessa versão do instrumento Avaliemos, pensado por meio do acróstico A – Aptidão para o trabalho, V – Visão, audição e palavra, A – Atividades de vida diária, L – Locomoção, I – Instrução, E – excretores, M – Manutenção permanente de cuidados médicos, de enfermagem ou de terceiros, O – Oligofrenia e deficiência mental e S – Síndrome e quadros psiquiátricos, de acordo com a Resolução, o preenchimento por técnicos da Reabilitação Profissional do INSS era feito com a marcação de pontuação específica para cada característica elencada pelo instrumento. Assim, para o enquadramento da deficiência deveriam ser contabilizados ao total 17 pontos ou mais. Para

Gomes, há limitações do instrumento que não abrange a diversidade de deficiência, muito menos quando é utilizado por profissionais não envolvidos na problemática da deficiência e que lidam na maior parte do tempo com avaliações para invalidez e incapacidade para o trabalho de segurados (GOMES, 2008).

A aprovação da Política Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência por meio do Decreto 3298 de 1999, introduz para o âmbito das políticas públicas brasileiras um novo conceito de pessoa portadora de deficiência que passa a ser definida como

aquela que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidade de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gera incapacidade para o desempenho de atividades, dentro do padrão considerado normal para o ser humano (BRASIL, 1999).

Baseado nessa definição, a Orientação Interna do INSS n. 58 de 2001, apresenta uma nova versão do instrumento “Avaliemos” (Anexo III), modificando alguns elementos e acrescentando outros. A Tabela de Dados permanece com os mesmos indicadores, no entanto o indicador Atividades de vida diária do instrumento anterior é modificado retirando a palavra “diária” da expressão. No indicador “Instrução”, são elencados os graus de escolaridade em 1º, 2º e 3º graus completos ou incompletos, de acordo com a organização do ensino à época, para além da condição de não alfabetizado. E no indicador “Síndromes e quadros psiquiátricos” é adicionada a pontuação para aquela pessoa que “não apresenta”.

Uma outra inclusão importante do instrumento é a Avaliação Social (apesar de ser no processo de revisão bianual do benefício) compondo juntamente ao parâmetro médico-pericial, o parâmetro social. Assim, a avaliação social era realizada, de acordo com o verso do próprio instrumento (Anexo III),

por assistentes sociais das Secretarias Municipais de Assistência Social ou congêneres, do Município onde reside o beneficiário, por meio da realização de visitas a domicílio, utilizando instrumento instituído para esta finalidade, com o objetivo de avaliar os aspectos socioeconômicos, pessoais, culturais e do entorno onde vive o beneficiário e o impacto no nível de incapacidade para a vida independente e para o trabalho, carência e vulnerabilidade da pessoa afetada (INSS, 2001).

A partir dessa visita domiciliar pela(o) assistente social, a situação social ou nível de vulnerabilidade era pontuado em 2 para “baixo, em 5 para “médio” e em 7 para “alto”, definindo o resultado da avaliação social e se somando à pontuação gerada pela Tabela Avaliemos para gerar a pontuação total. Também foi adicionado um campo de interpretação de modo a definir o grau de incapacidade de acordo com a pontuação total gerada. Dessa forma, para pontuação até 09, não havia incapacidade apreciável; entre 10 e 16 pontos a incapacidade era moderada, de 17 a 23 pontos severa e acima de 23 pontos a incapacidade era extrema (profunda).

Da primeira versão da Tabela Avaliemos para essa de 2001, observa-se um relevante avanço tanto em relação ao conceito de deficiência em constante evolução e que foi definitivo para as devidas modificações do instrumento, quanto em relação à avaliação social, mesmo em um contexto revisional, mas que ampliava a avaliação para o contexto para além da biomedicina, compreendendo também a realidade da pessoa requerente do benefício.

Outra Orientação Interna importante é a n. 81 de 2003, que definiu orientações para avaliações referentes a pessoas com deficiência menores de 16 anos, que deveria ser verificado se “a deficiência encaixa nos requisitos, considerando que a incapacidade para a vida independente e para o trabalho, em face da tenra idade, é presumida” (INSS, 2003)

Nas orientações de 2001 e 2003 são disponibilizados modelos de Avaliação Social (Anexo IV), quase iguais. O único elemento diferente na avaliação de 2003 é a inclusão pela(o) assistente social de indicação para perícia médica voltados para os benefícios concedidos antes de 1997 e “beneficiários que aparentem ter superado sua condição de incapacidade” (INSS, 2003). O que se observa nas orientações é de que a avaliação social é obrigatória nas revisões do BPC, justificando a inclusão da indicação de nova perícia médica no instrumento de 2003, mas não impedindo que seja utilizada pelas Secretarias Municipais de Assistência Social.

De 2003 até o ano de 2009, depois de diversos avanços nos debates e estudos sobre deficiência, a avaliação da deficiência para concessão do BPC pautada na Tabela Avaliemos é substituída por outra denominada Avaliação Social e Médico-Pericial da Pessoa com Deficiência, discutida a seguir.

5.3 Avaliação Social e Médico-Pericial da Pessoa com Deficiência

A partir de 2001, a nível mundial, alguns avanços ocorreram em relação aos direitos das pessoas com deficiência e ao próprio conceito e classificação da deficiência. Em maio deste ano, na oportunidade da 54^a Assembleia Mundial da Saúde foi aprovada a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, “constituindo a base conceitual para definição, mensuração e formulação de políticas nesta área” (NUBILA, 2010, p. 122). De acordo com Nubila (2010), a CIF pode coletar dados sobre tipos e níveis de incapacidade de modo consistente e comparável internacionalmente, fornecendo a base para compor dados em nível nacional, ajudando a guiar o desenvolvimento de políticas nesta área.

Também em outubro de 2001 foi promulgada a Convenção Interamericana para Eliminação de todas as formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, apontando para um novo conceito de deficiência, compreendendo “uma restrição física, mental ou sensorial, de natureza permanente ou transitória, que limita a capacidade de exercer uma ou mais atividades essenciais da vida diária, causada ou agravada pelo ambiente econômico e social” (BRASIL, 2001).

O ano de 2003 foi o primeiro ano de gestão do governo Lula, que apresentou como plano de governo “a inclusão social, a redução da desigualdade, o crescimento com geração de emprego e renda, ambientalmente sustentável – redutor das desigualdades regionais –, promoção e expansão da cidadania e fortalecimento da democracia” (BRASIL, 2010, p. 15). E também foi publicada a tradução da CIF no Brasil.

Em 2004 é criado o Ministério de Desenvolvimento Social e combate à fome (MDS), que teria a competência de coordenação geral, financiamento, monitoramento e avaliação do BPC. Também neste ano, foi aprovada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS), que “busca incorporar as demandas presentes na sociedade brasileira no que tange à responsabilidade política, objetivando tornar claras suas diretrizes na efetivação da assistência social como direito de cidadania e responsabilidade do Estado” (BRASIL, 2004, p. 8). A PNAS possibilitou a implementação do Sistema Único de Assistência Social, estabelecendo seus princípios e diretrizes, pensados coletivamente por atores sociais empenhados na consolidação da política de Assistência Social prevista pela CF/88 como direito social e de cidadania (TORRES, 2007). O SUAS representa assim a reorganização da política de seguridade social, descentralizando seus serviços, benefícios, ofertas entre as três esferas de governo, e tendo como elementos centrais a família e o território.

A partir desse processo de reforma da política de assistência social, foram pensadas outras propostas para o seu avanço. Assim, em relação ao BPC a V Conferência Nacional de Assistência Social (2005) representou um significativo espaço de participação social, com delegados de todo o Brasil e suas experiências respectivas.

A V CNAS, por meio de oficinas divididas em temáticas da assistência social, possibilitou a discussão em grupos com integrantes interessados direta ou indiretamente pelo assunto tratado. E uma dessas oficinas tratou especificamente da gestão dos benefícios de prestação continuada, tendo como questão de partida “*Qual o compromisso da Política Pública de Assistência Social em relação aos usuários do Benefício de Prestação Continuada?*”, de

acordo com o compilado de transcrições das oficinas (BRASIL, 2004). Embora o tempo de discussão tenha sido limitado, o que ficou claro nos questionamentos e respectivas respostas dos gestores vinculados ao MDS e ao INSS é que mudanças devem ocorrer em relação à centralidade médica na avaliação da deficiência para acesso ao BPC, e que naquele momento, estavam sendo feitos estudos para a construção de um instrumento que abarcasse uma análise da realidade social do requerente do BPC, buscando as devidas adaptações dentro de um contexto de poucos profissionais do próprio INSS e de pouca qualificação e engajamento no que diz respeito ao conceito de deficiência e ao preenchimento de laudos. Nessa oficina também foi colocado o trabalho envolvendo o Grupo de trabalho Interministerial (GTI) no sentido de criar e testar um instrumental mais adequado para avaliar a deficiência, o que passa a exigir um esforço maior da gestão do BPC como um todo, seja no nível federal, no estadual ou no municipal (BRASIL, 2004).

O GTI citado na oficina foi instituído pela Portaria Conjunta MDS/MPS n. 001 com o objetivo de desenvolver estudos e pesquisas sobre instrumentos de avaliação das pessoas com deficiência para acesso ao BPC. Assim, o instrumento pensado seria testado e passaria a compor um novo conjunto de normas, substituindo aquelas do Decreto 1744 e suas derivadas. A CIF foi utilizada como documento orientador na construção da proposta de metodologia de avaliação voltada para identificar e valorar a “incapacidade” para a concessão do BPC, tendo em vista o seu caráter comprovadamente técnico e científico (BRASIL, 2007).

É a partir desse movimento, que em 2007 é assinado o Decreto 6214, que substitui o Decreto 1744, trazendo novos elementos para a regulamentação do BPC. Em relação ao benefício concedido às pessoas com deficiência, o artigo 16 desse decreto inova no sentido de trazer para a implementação do benefício as orientações internacionais da Organização Mundial de Saúde (2001) quanto à utilização da CIF para a avaliação da deficiência e do grau de “incapacidade”, que propôs uma avaliação biopsicossocial englobando tanto a perícia médica quanto a avaliação do serviço social. Assim, o parágrafo 2º do artigo 16 prevê que

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 de participação social segundo suas especificidades (BRASIL, 2007).

O Decreto estabelece então o prazo até julho de 2008 para que o MDS e o INSS implementem a nova avaliação, assim como as “condições necessárias para a realização da

avaliação social e a integração à avaliação médica” (BRASIL, 2007). É assim que, em 2008 um Grupo de Trabalho Interministerial é instituído para elaborar proposta de Instrução Normativa para os procedimentos referentes à operacionalização do BPC.

Em 2009, a Portaria MDS n. 44 estabelece instruções sobre o BPC visando orientar gestores da Assistência Social quanto às ações de atenção e de acompanhamento dos beneficiários do BPC e de suas famílias tendo em vista a NOB/SUAS 2005. Também é publicada a Portaria Conjunta MDS/INSS N. 01 em maio de 2009, que institui instrumentos para avaliação da deficiência e do grau de incapacidade de pessoas requerentes do BPC. Em setembro de 2009 é implantado o novo modelo de avaliação do grau de incapacidade das pessoas com deficiência requerentes do BPC, passando o INSS a atender de acordo com os novos critérios. O BPC passa então a adotar em suas avaliações o modelo social de deficiência que “resulta das interações entre um corpo com uma condição de saúde específica e as diversas barreiras ambientais e atitudinais” (SANTOS, 2016, p. 3091), identificadas pela CIF a partir de cinco dimensões: o acesso a produtos e tecnologias; os apoios e relacionamentos, o ambiente natural; as atitudes; e o acesso a serviços, sistemas e políticas (OMS, 2015; SANTOS, 2016, p. 30091).

Uma nova fase para a avaliação da deficiência se dá em 2011 quando o Brasil estabelece o Decreto 7617 que altera o regulamento do BPC. Tal decreto introduz oficialmente o modelo social para a conceituação da deficiência conforme a Convenção Internacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, tendo seu Protocolo Facultativo assinado em 2008 pelo Brasil.

A partir disso, em 2011, a Portaria conjunta MDS/INSS altera o instrumento de avaliação da deficiência que passa a avaliar também o grau de “incapacidade”, inclui a adoção da verificação referente ao período de impedimentos (inferior ou superior a 2 anos) com o argumento de estar em conformidade com o conceito de impedimentos de longo prazo estabelecido pela Convenção para definir “pessoa com deficiência”. Nesse sentido, a portaria passa a excluir dos critérios de concessão do BPC as pessoas que tiverem “impedimentos incapacitantes classificados como curto ou médio prazo, independente do grau de incapacidade existente no momento da avaliação” (BRASIL, 2011). Os impedimentos de longo prazo passam a fixar, assim que uma dependência em relação à restrição de participação com durabilidade definida, o que choca com os princípios previstos na Convenção (PENALVA; DINIZ, 2012), tais como o “respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade, a igualdade de oportunidades”, etc (BRASIL, 2009).

Novamente o instrumento de avaliação passa por outras modificações em 2015 por meio da Portaria Conjunta MDS/INSS n. 02. Tal portaria se propõe a adaptar seus conceitos de acordo com a Convenção mais efetivamente que a Portaria de 2011, de forma a adotar os termos e definições da Convenção referentes à deficiência ou à pessoa com deficiência.

O ano de 2015 também foi o ano da criação da Lei Brasileira de Inclusão da pessoa com deficiência que estabelece que a avaliação da deficiência como um todo deverá ser biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interprofissional, devendo o Poder Executivo criar um modelo único de instrumento de avaliação da deficiência para ser utilizado em todas as políticas públicas que necessitem de sua utilização. A tabela a seguir compara os elementos das portarias, destacando a sua descrição, seu objetivo, forma de avaliação, instrumento, conceito de deficiência e conceito de incapacidade:

Tabela 1: Caracterizações das Portarias que instituíram os instrumentos de avaliação social e médico-pericial das pessoas com deficiência

CARACTERÍSTICAS	PORTARIA CONJUNTA MDS/INSS N. 01 DE 24/05/2009:	PORTARIA CONJUNTA MDS/INSS N. 01 DE 24/11/2011	PORTARIA CONJUNTA MDS/INSS N. 02 DE 30/03/2015
FINALIDADE DA PORTARIA	Art. 1º Ficam instituídos os instrumentos para avaliação da deficiência e do grau de incapacidade, composta de avaliação médica e social	Art. 1º Estabelecer os critérios, procedimentos e instrumentos para a avaliação social e médico-pericial da deficiência e do grau de incapacidade da pessoa com deficiência	Art. 1º Estabelecer os critérios, procedimentos e instrumentos para a avaliação social e médica da pessoa com deficiência
COMPONENTES DE AVALIAÇÃO	NÃO CITA COMPONENTES DA AVALIAÇÃO	PREVÊ COMPONENTES DA AVALIAÇÃO SEM CITAR A CIF: I - Fatores Ambientais; II - Funções e Estruturas do Corpo; e III - Atividades e Participação.	PREVÊ COMPONENTES DA AVALIAÇÃO, CITANDO A CIF. I - Fatores Ambientais; II - Funções e Estruturas do Corpo; e III - Atividades e Participação.
FINALIDADE DO INSTRUMENTO	Art. 2º Os instrumentos para avaliação da deficiência e do grau de incapacidade destinam-se à utilização pelo assistente social e pelo médico perito , ambos do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, SEM FINALIDADE PREVISTA	Art. 2º Os instrumentos para avaliação da deficiência e do grau de incapacidade destinam-se à utilização pelo Assistente Social e pelo Perito Médico , do quadro do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, com a finalidade de qualificar a deficiência, as barreiras e dificuldades	Art. 3º Os instrumentos para avaliação da pessoa com deficiência destinam-se à utilização pelo Assistente Social e pelo Perito Médico, do quadro do INSS , com a finalidade de qualificar as barreiras enfrentadas, as alterações de funções e/ou Estruturas do Corpo, as limitações de

		encontradas pela pessoa na interação com seu meio	atividades e restrições à participação social, em igualdade de condições com as demais pessoas.
PRINCÍPIOS UTILIZADOS PARA AVALIAÇÃO	princípios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF No que se refere aos princípios, a única Portaria que utiliza mais do que a CIF é a de 2015, que inclui também a Convenção, a LOAS, e o Decreto de regulamentação do BPC.	princípios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF	nos princípios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde , nos princípios da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e no estabelecido pela Lei 8.742 de 7 de dezembro de 1993 e pelo Decreto 6.214, de 26 de setembro de 2007 e respectivas alterações
CONCEITO DEFICIÊNCIA	III - deficiências: são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como um desvio importante ou uma perda;	III - deficiências: são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda	III – deficiências (segundo a CIF e “Impedimentos” segundo a Convenção da ONU): são problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio significativo ou uma perda (doravante tratadas pelos instrumentos de avaliação como “alterações de funções e/ou estruturas do corpo”);
CONCEITO INCAPACIDADE	XI - incapacidade: é um termo genérico envolvendo deficiências, limitação de atividades e restrição da participação, indicando os aspectos negativos da interação entre um indivíduo e seus fatores ambientais e pessoais	XI - incapacidade: é um termo genérico envolvendo deficiências nas funções ou nas estruturas do corpo, limitação de atividades e restrição da participação, indicando os aspectos negativos da interação entre um indivíduo e seus fatores ambientais e pessoais;	XI – incapacidade (segundo a CIF e “Deficiência” segundo a Convenção da ONU): é um termo genérico envolvendo alterações nas funções ou nas estruturas do corpo, limitação de atividades e restrição da participação, indicando os aspectos negativos da interação entre um indivíduo, com uma condição de saúde, e seus fatores ambientais e pessoais (doravante o termo adotado pelos instrumentos de avaliação será “Deficiência”)

A Tabela 1 permite visualizar as modificações ocorridas ao longo de 6 anos nas normas estabelecidas para instituírem os instrumentos de avaliação. Assim, já no que se referente à finalidade das Portarias, do ano de 2009 para o de 2011 foram acrescentadas as avaliações sociais e médico-periciais como centrais, e nos dois anos a avaliação se direcionava à deficiência e ao grau de incapacidade. Já em 2015, a Portaria apresenta sua finalidade para definir critérios e instrumentos para avaliação social e avaliação médica da pessoa com deficiência, eliminando a avaliação do grau de incapacidade, que utiliza o conceito de impedimentos adotado pela Convenção. As Portarias de 2011 e 2015 abordam a CIF para definir os componentes da avaliação, enquanto a de 2009 não explora tais componentes.

Sobre a finalidade dos instrumentos, o ano de 2009 é omissivo, o de 2011 releva a finalidade de qualificar a deficiência e dificuldades enfrentadas pelas pessoas e a de 2015 refere a finalidade de qualificar as barreiras e as funções e estruturas do corpo, assim como as limitações de atividade, utilizando definitivamente as diretrizes da Convenção.

Os conceitos de deficiência e de incapacidade apresentam uma particularidade. Os anos de 2009 e 2011 definem deficiência de acordo com a CIF, conceito este que é entendido pela Convenção como “impedimentos”. E incapacidade também é definida a partir da CIF em 2009 e 2011, mas utilizada em 2015 como “Deficiência”, conforme as definições da Convenção.

Essas modificações relavam o compromisso do Estado em adotar as definições e os procedimentos mais adequados e correspondentes aos documentos orientadores para a definição da deficiência, para sua classificação e para sua valoração.

5.4 Índice de Funcionalidade Brasileiro – IFBr como proposta para modelo único de avaliação da deficiência

O IFBr é um instrumento planejado, formulado e construído a partir da recomendação do Grupo de Trabalho Interministerial instituído pela Presidência da República em 2007, sendo possibilitado por meio da então Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência. A proposta da construção de um instrumento baseado em um modelo único de classificação e valoração das deficiência que possa ser utilizado pelas políticas públicas de todo o Brasil correspondeu às demandas colocadas pela Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, de forma a ampliar a proteção social brasileira para essas pessoas (FRANZOI et al, 2013; PEREIRA; BARBOSA, 2018). O desenvolvimento do IFBr ficou a cargo do Instituto

de Estudos do Trabalho e Sociedade, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, que baseado principalmente na CIF, teve seu início em 2011, tendo sido finalizado em 2012. Para Sabariego (2016), o IFBr é um instrumento moderno que se destaca por satisfazer amplamente os requerimentos da Convenção, sendo um deles a adoção de novas formas de avaliação da deficiência de acordo com os seus princípios e com o conceito de deficiência adotado a partir de um novo paradigma (BRASIL, 2018).

Concomitantemente ao processo de formulação dos instrumentos de avaliação da deficiência do BPC baseados nas proposições da CIF, o movimento de formulação do modelo único de classificação e valoração da deficiência se ampliou com a instituição da LBI a partir da Lei 13.146, de 2015. Isso porque, amparada na CIF e nos pressupostos da Convenção (BRASIL, 2018), ela determinou a criação de instrumento específico pelo Poder Executivo de “avaliação biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar” (BRASIL, 2015), para identificação das pessoas com deficiência apresentado o potencial de ser base para todas as políticas do Brasil (PEREIRA; BARBOSA; 2016).

Um Comitê multissetorial foi instituído em 2017, pelo Decreto n. 8954, que o denominou Comitê do Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência e da Avaliação Unificada da Deficiência, para desenvolver os instrumentos para a avaliação biopsicossocial requisitados pela LBI. O Comitê foi composto pelos principais Ministérios dos quais mantinham política voltadas para a pessoa com deficiência, assim como o IBGE, o INSS e o Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – CONADE, totalizando representantes de 31 políticas, ações e serviços para a população com deficiência (BRASIL, 2018). Dentre suas competências relativas à avaliação estão a criação de instrumentos para a avaliação da deficiência; o estabelecimento de ações para subsidiar a validação técnico-científica dos instrumentos, indicando o IFBr como base, garantir a multiprofissionalidade e interdisciplinaridade na avaliação estabelecer diretrizes; definir estratégias e adotar medidas para subsidiar a validação técnico-científica dos instrumentos de avaliação biopsicossocial da deficiência, com base no Índice de Funcionalidade Brasileiro; articular a implantação da avaliação na administração pública federal; acompanhar a implementação dos instrumentos de avaliação em cada política, considerando as suas especificidades (BRASIL. 2017).

Um modelo baseado no IFBr passou então por um processo de validação promovido pelo antigo Ministério da Previdência Social e pela UnB a partir de 2017, que se desenvolveu em 3 etapas: conteúdo, face e acurácia). Para a primeira fase, foram analisados instrumentos de

avaliação da deficiência já criados, tais como o IFBr, o IFBRA e o instrumento de avaliação social e médico-pericial da pessoa com deficiência do BPC (BRASIL, 2017).

Vale destacar alguns pontos do processo de validação e implementação do modelo único de avaliação da deficiência no Brasil. O MDH, por meio de Nota Técnica destaca a necessidade da criação de um sistema unificado de avaliação que permita a inclusão das informações pelas políticas voltadas para a população com deficiência e que representem um número significativo. Outro desafio encontra-se no fato de já existirem avaliações realizadas pelo Estado a partir da obrigatoriedade instituída por lei, tal como o BPC, e outras realizadas em serviços privados. E também a existência de legislação que define o acesso aos serviços federais e que têm dispersas suas normas, exigindo alterações dos dispositivos legais e que podem requerer projetos de lei perante o Congresso Nacional.

Mas para além dos aspectos administrativos, legislativos e burocráticos na implementação do modelo único, as disputas teóricas e discursivas sobre a “autoridade da deficiência pelos profissionais de saúde e pelos movimentos sociais” (BARBOSA, 2017, p. 2) também têm sua parcela na complexidade desse processo. De acordo com Barbosa (2017), pelo fato de não haver uma autoridade técnica e discursiva sobre a deficiência, surgem posicionamentos à favor do modelo biopsicossocial e comprometidos com a implementação da avaliação nas políticas públicas, mas também posicionamentos que questionam a validade técnica da avaliação biopsicossocial de forma a reclamarem a centralidade da autoridade biomédica. Também entram em disputa os discursos produzidos pela população a partir das diversas formas de vivenciar e definir a deficiência (BARBOSA, 2017). São aspectos a serem considerados nas ações do Estado na constituição de políticas públicas para as pessoas com deficiência e que estão vinculados direta ou indiretamente à proteção social dessas pessoas.

5.5 Outras dimensões da avaliação da deficiência no BPC

Esta pesquisa proporcionou a compreensão de outras dimensões pertencentes ao processo avaliativo da deficiência para fins de acesso ao BPC identificadas a partir de outros estudos sobre a perícia médica, principalmente. Tais dimensões refletem os desafios impostos no cotidiano dos profissionais avaliadores, servidores do INSS, que variam desde condições materiais, físicas e institucionais, até o contexto da interpretação subjetiva referente ao conceito de deficiência ou à moralidade envolvida nas decisões avaliativas.

Santos (2016) salienta a importância do esforço teórico-metodológico dos profissionais que avaliam a deficiência nas políticas de Assistência Social e Previdência. Em relação aos médicos, o desafio está no esforço para relacionar o processo saúde-deficiência, suas implicações no cotidiano da pessoa avaliada e as diretrizes da CIF (SANTOS, 2016). Já para as(os) assistentes sociais o esforço está em intermediar a dimensão técnico-operativa na relação existente entre questão social e funcionalidade de forma a caracterizar a deficiência da melhor forma (SANTOS, 2016).

Nesse aspecto, uma outra problematização é colocada por Macedo e Oliveira (2015) sobre como e o que orienta a fundamentação teórico-metodológica e ético-política dos profissionais. Conforme o estudo de Macedo e Oliveira (2015), a constatação é de que dentre as(os) assistentes sociais entrevistadas(os), “a maioria das assistentes sociais pondera a relevância de compreender a ação para além do instrumental, sendo este apenas um norte para a avaliação não ser fragmentada, descolada da processualidade histórica da qual o/a requerente é parte” (2015, p. 35). Assim, o que se identifica é que o esforço de entender as dimensões críticas na avaliação da deficiência é fundamental, uma vez que

são múltiplas as mediações constitutivas do tecido das relações sociais envolvendo esse processo de produção e reprodução social da vida em suas diversas expressões. São essas relações que constituem a sociabilidade humana, implicam âmbitos diferenciados e uma trama que envolve o social, o político, o econômico, o cultural, o religioso, o gênero, a idade, a etnia etc., dimensões que o/a profissional, no manejo do instrumental avaliativo, defronta-se cotidianamente, exigindo conhecimento e posicionamento críticos, tanto na dimensão explicativa quanto na interventiva. Tudo isso sem perder de vista o contexto institucional, por vezes, adverso (MACEDO; OLIVEIRA, 2015, p. 37).

Dessa forma, os autores consideram a importância de discutir sobre como as(os) profissionais estão se percebendo capacitados para avaliarem a pessoa com deficiência, e apontam a necessidade de capacitação continuada tendo em vista as constantes alterações nos instrumentos (MACEDO; OLIVEIRA, 2015), apontadas neste estudo.

Outro ponto a ser considerado é o caráter interpretativo da avaliação da deficiência elaborada pelos profissionais, havendo, “inevitavelmente, a participação pessoal da interpretação” (MELO; ASSUNÇÃO, 2003, p.), que direciona o ato de avaliar à percepção de semelhança a um julgamento, principalmente quando as decisões são permeadas de incerteza ou dúvida, e que demandam dos(as) profissionais uma ação subjetiva, pautada em convicções políticas (MELO; ASSUNÇÃO, 2003). Nesse ponto, Melo e Assunção (2003) ressaltam a importância do reconhecimento do caráter político e não neutro das interpretações feitas pelos(as) profissionais na avaliação da deficiência, e que é construído a partir das vivências

peçoais dos avaliadores. Por isso, a reavaliação do processo de trabalho dessas pessoas é essencial, como demonstrado na seguinte reflexão de Melo (2014):

[...] impor aos médicos a “escolha de Sofia” entre a proteção ao indivíduo, o exercício do cuidado, a segurança do Estado e o zelo medicalizado dos recursos, não carregaria os dedos além dos anéis? Mas, a quem mais delegar tal escrutínio? O peso das decisões, o temor de prejudicar, a emoção diante da necessidade e vulnerabilidade do outro, assim como as disfunções, falam de um lugar arriscado.

Risco de banalizar a doença e a incapacidade, de fazer da exclusão o lugar comum, de se deixar instrumentalizar sem resistir, sem insistir em indagar para quê? Linha de produção, de inspeção médica. Aqui, para nossa proteção, o pensamento, a reflexão ativa e o julgamento consciencioso devem substituir o trabalho burocratizado, de ninguém. Desta forma não se elimina o risco moral, mas tornamos evidentes as condições de sua emergência e a necessidade de considerá-lo seriamente ao lidar com essas práticas de controle sobre a população. Práticas médicas, engendramentos securitários, biopolítica (MELO, 2014, p. 62)

Seguindo no âmbito do caráter interpretativo, também o elemento de disputa entre a perspectiva biomédica e o caráter biopsicossocial dos instrumentos de avaliação da deficiência para os benefícios do INSS são intrínsecos ao processo avaliativo, exigindo posicionamentos claros das concepções que revelam as condições subjetivas da avaliação e esforço para adequar o olhar sobre a concepção de deficiência aproximado ao modelo social (MELO, 2014; PEREIRA; BARBOSA, 2016). Isto exige que sejam propostos constantes debates tanto entre os profissionais, quanto com a participação da sociedade civil (MACEDO; OLIVEIRA, 2015).

Para além dessas questões, as condições materiais e institucionais influenciam diretamente a qualidade da avaliação da deficiência, sendo apontados em estudos os seguintes desafios: inadequação dos ambientes de trabalho, sem padronização, estrutura e equipamentos adequados dos consultórios/salas de atendimento nas Agências de Previdência Social (MELO, 2014); tempo disponível para avaliação limitado, tanto do ponto de vista da duração, com 20 minutos para uma avaliação complexa (LISE et al, 2013), quanto do ponto de vista da rotina institucional, tendo os profissionais que alternarem seus turnos entre avaliação para pessoas com deficiência que trabalham e para aquelas incapazes para o trabalho, exigindo a capacidade para se utilizarem de instrumentos diferentes com abordagens diferentes (PEREIRA; BARBOSA, 2016); falta de área destinada exclusivamente para a realização das avaliações que esteja separada da sala de espera dos segurados, possibilitando uma avaliação sem interrupções (LISE et al, 2013); subordinação dos profissionais ao INSS, abrindo espaço para a possibilidade do conflito de interesses entre a instituição pagadora dos benefícios e as decisões avaliativas que concedem ou não o benefício (LISE et al, 2013).

Esses entre outros elementos que perpassam a avaliação da deficiência não só para o BPC, mas para outras políticas públicas, demonstram a complexidade do processo avaliativo que envolve muito mais que o âmbito instrumental, mas também o subjetivo e institucional e que atuam diretamente na proteção social brasileira das pessoas com deficiência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo confirmou a hipótese inicial de que a influência dos diferentes contextos sócio-políticos, dos movimentos de pessoas com deficiência, do debate sobre deficiência em constante evolução, e dos estudos acadêmicos para a qualidade da avaliação da deficiência no processo de concessão do BPC, e para a ampliação do acesso das pessoas com deficiência à proteção social. Mas para além desses aspectos, foi demonstrada uma complexidade ainda maior compreendida a partir de aspectos envolvidos nos diversos fatores referentes também à própria aplicação dos instrumentos estipulados pela legislação voltadas para o BPC.

O que se percebeu é que dentro da trajetória sócio-histórica do BPC, a evolução do processo de avaliação da deficiência se adaptou aos conceitos de deficiência internacionalmente discutidos e normatizados, exigindo para isso a permanente atualização dos instrumentos e dos profissionais avaliadores. Tais adequações e atualizações foram possíveis principalmente a um movimento de pessoas com deficiência ativo, às influências políticas que possibilitaram diversos avanços referentes à política de assistência social e aos profissionais médicos e assistentes sociais do INSS que participaram diretamente dessa trajetória, no todo ou em parte, por meio de discussões, capacitações, e da própria experiência enquanto utilizadores dos instrumentos.

No entanto, apesar dos avanços, muitos desafios ainda permeiam a avaliação da deficiência. Em um contexto neoliberal perpetrado desde a década de 1990 até os dias atuais, as políticas sociais vêm sofrendo ataques constantes, por meio de contrarreformas que evidenciam um investimento público instável refletindo diretamente na concessão dos benefícios de proteção social e na execução dos serviços destinados para o BPC e para a Seguridade Social em geral. Além disso, a disputa discursiva sobre o conceito de deficiência entre o modelo biomédico e o social ainda existe e gera posicionamentos voltados para a afirmação da autoridade biomédica no processo de avaliação da deficiência.

Assim, as inúmeras contradições decorrentes da avaliação da deficiência na trajetória do BPC sugerem a necessidade da reafirmação dos direitos das pessoas com deficiência, pautados de forma ampliada pela Convenção, de forma a avançar cada vez mais na busca pela garantia de que as pessoas com deficiência participem plena e efetivamente na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas

REFERÊNCIAS

ARRETCHE, Marta T. S. Tendência no estudo da avaliação. In: RICO, Elizabeth Melo (Org.), Avaliação de Políticas Sociais: uma questão em debate, 6ª ed., São Paulo: Cortez, Instituto de Estudos Especiais, 2009, p. 29-40.

ASSUNÇÃO, Ada A.; MELO, Maria da Pensa P. A Decisão Pericial no Âmbito da Previdência Social *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 13(2):105-127, 2003

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

_____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Decreto nº. 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei no 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.interlegis.gov.br/cidadania/inclusoes/inclusao-social/legislacao/decreto-no-3-298-de-20-de-dezembro-de-1999>. Acesso em 2 de dezembro de 2008.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Benefício de Prestação Continuada. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas/protacao-social-basica/beneficio-deprestacao-continuada-bpc>.

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

_____. Dados Pessoa Portadora de Deficiência e Idoso, extraídos em 18 de março de 2002. GeBPC/SEAS/MPAS/DATAPREV - SINTESE GOLD - dados extraídos em 18.03.2002 ESPÉCIE B87 - PPD - PESSOA PORTADORA DE DEFICIENCIA ESPECIE B88 – IDOSO. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/relecrs/bpc/indice.htm>

_____. Decreto legislativo nº 186, de 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/CONGRESSO/DLG/DLG-186-2008.htm

_____. Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3298.htm

_____. Decreto nº 3.956, de 8 de outubro de 2001. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/2001/D3956.htm

_____. Lei nº 12.435, de 6 DE julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm

_____. Nota Técnica no 10/20 18/SEI/CGPDPD/DPTDPD/SNDPD/MDH MINISTÉRIO DOS DIREITOS HUMANOS COORDENAÇÃO-GERAL DE PROMOÇÃO DOS DIREITOS DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=C2BB2B56BC4FF8A1E64468C7F8BB4D50.proposicoesWebExterno2?codteor=1758656&filename=Tramitacao-RIC+3382/2018

_____. Orientação Interna nº 81/DIRBEN/INSS de 15 de janeiro de 2003. Define os procedimentos para a concessão, atualização e revisão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) de que trata a Lei nº 8.742, de 07 de dezembro 1993, LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social e dá outras providências. Disponível: <http://www.consultaesic.cgu.gov.br/busca/dados/Lists/Pedido/Item/displayifs.aspx?List=0c839f31%2D47d7%2D4485%2Dab65%2Dab0cee9cf8fe&ID=440256&Web=88cc5f44%2D8cfe%2D4964%2D8ff4%2D376b5ebb3bef>

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução Nº 466 de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre a proteção aos participantes de pesquisas científicas envolvendo humanos. Conselho Nacional de Saúde, Brasília, DF, 11 e 12 de dez. 2012. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html; Acesso em 04 de setembro de 2017.

_____. Decreto Legislativo n. 186, de 10 de julho de 2008. Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 20 de março de 2007. Brasília: Senado Federal, 2008.

_____. Decreto n. 1744, de 8 de dezembro de 1995. Regulamenta o Benefício de Prestação Continuada devido à pessoa portadora de deficiência e ao idoso.

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

_____. Decreto n. 7.617, de 17 de novembro de 2011. Altera o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto no 6.214, de 26 de setembro de 2007.

_____. Decreto n. 8.954, de 10 de janeiro de 2017. Institui o Comitê do Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência e da Avaliação Unificada da Deficiência e dá outras providências.

_____. Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm

_____. Decreto nº 7.617, de 17 de novembro de 2011. Altera o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7617.htm. Acesso em: 06 de março de 2019.

_____. Lei n. 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência).

_____. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências.

_____. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2015/lei/l13146.htm. Acesso em: 06 de março de 2019.

_____. PORTARIA Nº 44, DE 19 DE FEVEREIRO DE 2009 Estabelece instruções sobre Benefício de Prestação Continuada - BPC referentes a dispositivos da Norma Operacional Básica - NOB/SUAS/2005. Disponível em: http://www.mds.gov.br/webarquivos/legislacao/assistencia_social/portarias/2009/Portaria%20no%2044-%20de%2019%20de%20fevereiro%20de%202009.pdf. Acesso em: 06 de março de 2019.

259. Rio de Janeiro, 2000.

BAPTISTA, Rodrigo. BPC é um dos pontos polêmicos da Reforma da Previdência. Disponível em: <https://www12.senado.leg.br/noticias/materias/2019/05/09/bpc-e-um-dos-pontos-polemicos-da-reforma-da-previdencia>

BARBALET, J. M. A Cidadania. Editora Estampa. Lisboa, 1989.

BARBOSA, Lívia; DINIZ, Debora; SANTOS, Wederson Rufino dos. Diversidade corporal e perícia médica: novos contornos da deficiência para o Benefício de Prestação Continuada. No prelo.

BARBOSA, Lívia; PEREIRA, Éverton; RODRIGUES, Daniela. LC 142: desafios da avaliação da deficiência em um marco de justiça. Cad. Bras. Ter. Ocup., São Carlos, v. 25, n. 4, p. 909-915, 2017.

BARBOSA, Maria Madalena M., SILVA, Maria Ozanira da S. e. O Benefício de Prestação Continuada – BPC: desvendando suas contradições e significados. Rev. Ser Social n. 12. 2003, pp. 221-244. Disponível em: http://www.repositorio.ufma.br:8080/jspui/bitstream/1/424/1/2003_Art_SILVA_BARBOSA_Beneficio_prestacao_continuada_BPC.pdf Acesso em: 05 de setembro de 2017.

BOSCHETTI, Ivanete. Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília: LetrasLivres, 2006.

_____. Seguridade Social no Brasil: direitos sociais e competências profissionais. Brasília, UnB/CFESS, 2009.

- BUCCI, Maria Paula Dallari. O conceito de política pública em direito. In BUCCI, Maria Paula Dallari (org.). Políticas Públicas: reflexões sobre o conceito jurídico. São Paulo, Saraiva: 2006.
- CASTEL, Robert. A insegurança social: o que é ser protegido? Petrópolis: Vozes, 2005
- CRESWELL, John W. Projeto de pesquisa: método qualitativo, quantitativo e misto. 3. Ed. – Porto Alegre: Artmed, 2010.
- DAGNINO Renato; Thomas; Hernan; COSTA, Greiner; GOMES, Erasmo. Metodologia de Análise de políticas públicas. In: Costa, GREINER; Dagnino, Renato (Orgs.) Gestão Estratégica pública – São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo, 2016. 496 p.
- DESLANDES, Suely F.; GOMES, Romeu; MINAYO, Cecília de Souza. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 28 Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009. 109 p.
- DINIZ, Debora. O que é Deficiência. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Editora Brasiliense, 2007.
- DINIZ, BARBOSA, Livia; SANTOS, Wederson Rufino dos. Deficiência, Direitos Humanos e Justiça. 2009. No prelo.
- DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; SQUINCA, Flávia. Reflexões sobre a versão em português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Cad. de Saúde Pública, v. 23, n. 10, p. 2507-2510, out. 2007.
- DINIZ, Debora; SQUINCA, Flávia; MEDEIROS, Marcelo. Deficiência, Cuidado e Justiça Distributiva. In COSTA, Sérgio; FONTES, Malu e SQUINCA, Flávia. Tópicos em Bioética. Brasília: LetrasLivres, 2006.
- DINIZ, Debora; SQUINCA, Flávia; MEDEIROS, Marcelo. Qual Deficiência? Perícia Médica e Assistência Social no Brasil. In Cad. Saúde Pública. Vol. 23. Nº 11, p.2589- 2596. Fiocruz: Rio de Janeiro, 2007.
- DRAIBE, Sônia M. As políticas sociais e o neoliberalismo. Revista USP. 1 993, n. 17 – Dossiê, pp. 86-101.
- DRAIBE, Sônia, AURELIANO, L. A especificidade do welfare state brasileiro. In MPAS/CEPAL. Economia e Desenvolvimento, n. ° 3. Brasília. Item II. A historicidade da Política Social brasileira, p. 120 a 178. Brasília, 1989.
- FOUCAULT, Michel. O Nascimento da Clínica. São Paulo: Editora Forense Universitária. 2004.
- _____. Os Anormais. São Paulo: Martins Fontes, 2001.
- FREY, Klaus. Políticas públicas: um debate conceitual e reflexões referentes à prática da análise de políticas públicas no Brasil. Planejamento e Políticas Públicas, 21: 211-

HAM, Christopher; HILL, Michael. O processo de elaboração de políticas no estado capitalista moderno. Tradução de Renato Amorim e Renato Dagnino. São Paulo: [s.n.], 1993.

IBGE. Censo demográfico de 2010, apresentação, dimensões e aperfeiçoamentos. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo2010>. Acesso em 18 de janeiro de 2020.

IVO, Anete Brito Leal; SILVA, Alessandra Buarque de A. O hiato do direito dentro do direito: os excluídos do BPC. Rev. Katálysis [online]. 2011, n. 106, pp. 365-387. ISSN 101-6628

LANNA JUNIOR, M. C. M. (Comp.). História do movimento político das pessoas com deficiência no Brasil. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas.— Porto Alegre : Artmed; Belo Horizonte: Editora UFMQ 1999.

LISE, Michelle Larissa Zini et al . Isenção e autonomia na perícia médica previdenciária no Brasil. Rev. Bioét., Brasília , v. 21, n. 1, p. 67-74, Apr. 2013 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-80422013000100008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de janeiro de 2020. <https://doi.org/10.1590/S1983-80422013000100008>.

MACEDO, Alano do Carmo; OLIVEIRA, Lucia Conde de. Benefício de prestação continuada: perspectivas na avaliação médico-social. Rev. katálysis, Florianópolis , v. 18, n. 1, p. 32-40, June 2015 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802015000100032&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 21 de janeiro de 2020. <https://doi.org/10.1590/1414-49802015000100004>.

MAIOR, Izabel M. Movimento político das pessoas com deficiência: reflexões sobre a conquista de direitos. Inc.Soc., Brasília, DF, v.10 n.2, p.28-36, jan./jun. 2017

MARIANO, Cynara M. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. Revista de Investigações Constitucionais , Curitiba, vol. 4, n. 1, p. 259-281, jan./abr. 2017.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Débora. Paradigmas de justiça distributiva em políticas sociais. Revista de Estudos Universitários, Sorocaba, SP, v.34, n.1, p.19-31, junho 2008.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora; BARBOSA, Lívia. Deficiência e igualdade: o desafio da proteção social. In. Deficiência e Igualdade. Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2010.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora; SQUINCA, Flávia. Estudo do Programa Brasileiro de Transferência de Rendas para a População com Deficiência e Suas Famílias: uma análise do Benefício de Prestação Continuada. Texto para discussão nº. 1184, IPEA. Brasília, 2006. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/Destaques/BPC_Relatorio_TDIpea_Medeiros_Diniz_Squinca.p

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ; Debora. Paradigmas de justiça distributiva em política social. Sorocaba: Revista de Estudos Universitários. Volume 34. Número 1, 2008.

MEDEIROS, Marcelo; NETO, Melchior Sawaia; GRANJA, Fábio Henrique. A distribuição das transferências, público-alvo, cobertura do benefício de prestação continuada. IPEA. Brasília, 2009. (Textos para discussão).

MELO, Maria da Penha Pereira de. Governo da população: relação médico-paciente na perícia médica da previdência social. *Interface (Botucatu)*, Botucatu, v. 18, n. 48, p. 23-36, 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832014000100023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 de janeiro de 2020. <https://doi.org/10.1590/1807-57622014.0592>.

MELO, Maria da Penha Pereira de. Moralidade e risco na interface médico-paciente na perícia médica da Previdência Social. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 49-66, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312014000100049&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 de janeiro de 2020.

MULLER, Pierre; SUREL, Yves. A Análise das Políticas Públicas. [traduzido por] Agemir Bavaresco, Alceu R. Ferraro. - Pelotas: Educat, 2002. 156p.

NEVES, José L. Pesquisa qualitativa – características, usos e possibilidades. *CADERNOS DE PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, SÃO PAULO*, V. 1, Nº 3, 2º SEM./1996.

NUBILA, Heloisa B. V. Di. Uma introdução à CIF: classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. *Rev. bras. saúde ocup.*, São Paulo, v. 35, n. 121, p. 122-123, June 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0303-76572010000100013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 12 de dezembro de 2020. <http://dx.doi.org/10.1590/S0303-76572010000100013>.

OMS, Organização Mundial da Saúde, CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde [Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais]. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo – EDUSP; 2015

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS [ONU]. 2006a. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Doc. A/61/611, Nova Iorque, 13 dez.

PENALVA, Janaína; DINIZ, Débora. Mínimo social e igualdade: deficiência, perícia e benefício assistencial na LOAS. *R. Katál.*, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 262-269, jul./dez. 2012.

PENALVA, Janaína; DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. O Benefício de Prestação Continuada no Supremo Tribunal Federal. *Soc. estado*. Brasília, v. 25, n. 1, p. 53-70, Abril 2010. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69922010000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 21 de janeiro de 2020 <https://doi.org/10.1590/S0102-69922010000100004>.

PEREIRA, Éverton Luís; BARBOSA, Livia. Índice de Funcionalidade Brasileiro: percepções de profissionais e pessoas com deficiência no contexto da LC 142/2013. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3017-3026, Oct. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 20 de janeiro de 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.18352016>.

- PEREIRA, Livia Barbosa. Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e justiça: novos contornos das necessidades humanas para a proteção social dos países signatários. 2013. 170 f. Tese (Doutorado em Política Social)—Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- PEREIRA, Potyara A. P. Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 5. ed.- São Paulo: Cortez, 2008. 215p.
- PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. Política Social: temas & questões. São Paulo: Cortez, 2009. 205p.
- PORTO, Maria Célia da Silva. Cidadania e “(des)proteção social”: uma inversão do Estado brasileiro? *Revista Serviço Social e Sociedade*, Brasília, n. 68, p. 17-33, 2001
- SANTOS, Wederson Rufino dos. Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas? In *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*: Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3011. Acesso em 2 de dezembro de 2008.
- _____. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro , v. 21, n. 10, p. 3007-3015, Oct. 2016 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232016001003007&lng=en&nrm=iso>. 08 de dezembro de 2019 <https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.15262016>.
- SASSAKI, R. K. Terminologia sobre deficiência na era da inclusão. In: VIVARTA, V. (Org.) *Mídia e Deficiência*. Brasília: Andi; Fundação Banco do Brasil, 2003. p. 160-165.
- SILVA, Maria Ozanira da Silva e; YAZBEK, Maria Carmelita; DI GIOVANNI, Geraldo. *A Política Brasileira no Século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda*. São Paulo: Cortez, 2004.
- SILVA, Maria Ozanira S; YASBEK, Maria Carmelita; DI GIOVANNI, Geraldo. *A política social brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda*. 4. ed. rev. e atual. – São Paulo: Cortez, 2008
- SOARES, et al. PROGRAMAS DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NO BRASIL: IMPACTOS SOBRE A DESIGUALDADE. Brasília, outubro 2006. Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1228.pdf
- SPOSATTI, Adailza. Desafios para fazer avançar a política de Assistência Social no Brasil. In: *Serviço Social e Sociedade* n. 68. Ano XXII, nov. 2001. Cortez Editora.
- TANEZINI, Thereza. Parâmetros teóricos e metodológicos para análise de políticas sociais. In: *Revista Ser Social* nº 14 (jan/jun. 2004), p.13-44. Brasília, SER Social UNB, 2004.

ANEXO I - Laudo de avaliação (1996-1997)



180
X

ANEXO IV
LAUDO DE AVALIAÇÃO PARA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA
(VER ESCLARECIMENTOS NO VERSO - LEI 8.742/93)

DADOS PESSOAIS	NOME _____ MÃE _____ PAI _____ IDENTIDADE _____ D.N. 24/04/1966 SEXO <u>Feminino</u> EST. CIVIL <u>solteira</u> NACIONALIDADE <u>Brasileira</u> ENDEREÇO <u>Cardealheira da Guará</u> CIDADE <u>Palmitinha</u> CEP <u>92430-912</u>
PROFISSIONAL DA AREA MEDICA	HISTORIA DA DOENÇA <u>parto normal sem alterações complicadas</u> <u>parto e desenvolvimento com alterações</u> <u>intelectual após um diagnóstico</u> <u>de 10 meses.</u> DIAGNOSTICO <u>Deficiência Mental.</u> CID <u>319.912</u> CONCLUSÃO: O EXAMINADO ACIMA É PORTADOR DE DEFICIÊNCIA E ESTA INCAPACITADO PARA O DESEMPENHO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA E DO TRABALHO? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO LOCALIDADE E DATA <u>Palmitinha 20/03/96</u> NOME _____ INSTITUIÇÃO <u>MPAS</u> ASSINATURA _____ CARIMBO E REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL
PROFISSIONAIS DA AREA TERAPEUTICA OU EDUCACIONAL	SITUAÇÃO DA DEFICIÊNCIA <u>Deficiência mental e psicose</u> CONCLUSÃO: O EXAMINADO ACIMA É PORTADOR DE DEFICIÊNCIA E ESTA INCAPACITADO PARA O DESEMPENHO DAS ATIVIDADES DA VIDA DIÁRIA E DO TRABALHO? <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO LOCALIDADE E DATA <u>Palmitinha 20 março de 1996</u> NOME _____ INSTITUIÇÃO <u>APAE</u> ASSINATURA _____ CARIMBO E REGISTRO NO CONSELHO PROFISSIONAL

92405083/0001-17
 APAE - ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS
 RUA SANTOS BUCHART, 820
 CEP 92420
 PALMITINHA - RS

Laudo de avaliação (1996-1997) - VERSO

ESCLARECIMENTOS AOS EMISSORES DE LAUDOS

De acordo com Decreto nº 1.741, de 08 de dezembro de 1995, Art. 2º, inciso II - **pessoa portadora de deficiência incapacitada para a vida independente e para o trabalho** é aquela que em razão de anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditária, congênita ou adquirida, esteja impedida de desempenhar as atividades da vida diária e de trabalhar.

Relação das situações em que a pessoa portadora de deficiência terá direito ao benefício desde que preenchidas as demais condições, não devendo no entanto, os profissionais se restringirem somente ao discriminado a seguir:

1. Tetraplegia, Paraplegia e Hemiplegia
2. Cegueira total
3. Surdez total
4. Distúrbio psicomotor de natureza grave e irreversível.
5. Deficiências/Doenças que impeçam o desempenho das atividades da vida e do trabalho e/ou exijam permanência contínua no leito.
6. Grande lesionado, com perda de membros, quando a prótese for impossível.
7. Deficiência Mental com grave perturbação da vida orgânica e social.
8. Alteração das faculdades mentais com grave perturbação da vida orgânica e social. (Síndrome e quadros de origem neurológica e/ou psiquiátrica).

OBS.: Todos os campos do laudo de avaliação deverão ser devidamente preenchidos.

ANEXO III - Acróstico: AVALIEMOS (primeira versão)

ORIENTAÇÃO INTERNA/INSS/DIRBEN Nº 58/2001							
 PREVIDÊNCIA SOCIAL		TABELA DE DADOS PARA AVALIAÇÃO DE DEFICIÊNCIA (* Acrósticos: Avaliemos) Instrumento Auxiliar para preenchimento da conclusão da Perícia Médica/Benefício Assistencial Lei nº 8.742/93					
CPM/BA	Gerência	OEPM	Órgão Local	NºBenefício	Espécie	Data DER	
Nome do Beneficiário:					Sexo: F() M()	Data Nascimento	
Endereço:							
Cidade:			Estado:		CEP:		
RG:			Órgão Expedidor:				
AVALIEMOS	APTIDÃO PARA O TRABALHO (0 ou 6)		SIM		0		
			NÃO		6		
	VISÃO, AUDIÇÃO E PALAVRA(0 ou 3)		SEM ALTERAÇÕES		0		
			COM ALTERAÇÕES (definitivas e sem possibilidade de correção)		3		
	ATIVIDADES DE VIDA (0 a 6)		SEM ALTERAÇÕES		- Sem necessidade de acompanhamento		0
					- Mas com necessidade de acompanhamento		2
			COM ALTERAÇÕES		- Higiene		2
					- Alimentação		2
					- Vestuário		2
	LOCOMOÇÃO (0 ou 6)		MARCHA LIVRE E NORMAL		0		
			UTILIZAÇÃO DE ÓRTESE (bengala, muleta)		2		
			UTILIZAÇÃO DE PRÓTESE DE MEMBRO INFERIOR		3		
			UTILIZAÇÃO (definitiva) DE CADEIRA DE RODAS		4		
			SEM NENHUMA POSSIBILIDADE DE LOCOMOÇÃO (imobilizado definitivo)		6		
	INSTRUÇÃO (0 ou 3)		3º GRAU COMPLETO OU IMCOMPLETO		0		
			2º GRAU COMPLETO OU IMCOMPLETO		1		
			1º GRAU COMPLETO OU IMCOMPLETO		2		
			NÃO ALFABETIZADO		3		
	EXCRETORES (0 ou 3)		NORMAIS		0		
			CONTROLES ESFINCTERIANO		3		
	MANUTENÇÃO PERMANENTE DE CUIDADOS MÉDICOS, DE ENFERMAGEM OU DE TERCEIROS (0 ou 4)		NÃO NECESSITA		0		
			NECESSITA		4		
	OLIGOFRENIA E DEFICIÊNCIA MENTAL (1 a 6)**		Não Apresenta		0		
			LEVE		1		
MODERADA			4				
SÍNDROMES E QUADROS PSIQUIÁTRICOS (1 a 6)***		Não Apresenta		0			
		LEVE (INICIAL)		1			
		MODERADA		4			
		GRAVE (DEFINITIVA)		6			
S U B T O T A L							
RESULTADO DA AVALIAÇÃO SOCIAL							
SITUAÇÃO SOCIAL/NÍVEL DE VULNERABILIDADE (MÁXIMO 7)			BAIXO		2		
			MÉDIO		5		
			ALTO		7		
T O T A L G E R A L							
INTERPRETAÇÃO:							
Não há incapacidade apreciável:		Até 09 Pontos		Há incapacidade moderada:		De 10 a 16 Pontos	
Há incapacidade severa:		De 17 a 23 Pontos		Há incapacidade extrema (profunda):		Acima de 23 Pontos	
Local, data, assinatura e carimbo do Médico-Perito							

(VERSO DO ACRÓSTICO AVALIEMOS)**TABELA DE DADOS - AVALIAÇÃO DE DEFICIÊNCIA E NÍVEL DE INCAPACIDADE PARA A VIDA INDEPENDENTE E PARA O TRABALHO(*) BENEFÍCIO ASSISTENCIAL DE PRESTAÇÃO CONTINUADA _ BPC _ LEI N° 8.742/93 – LOAS**

O § 2º, do art. 21 da LOAS, diz que, para efeito da concessão do Benefício de Prestação Continuada - BPC, a Pessoa Portadora de Deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho. Um conceito mais abrangente de Pessoa Portadora de Deficiência consta do Decreto n° 3.298, de 20/12/1999, que define como sendo "aquela pessoa que apresenta, em caráter permanente, perdas ou anormalidade de sua estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, que gera incapacidade para o desempenho de atividades, dentro do padrão considerado normal para o ser humano".

Para efeitos da concessão do Benefício de Prestação Continuada, Pessoa Portadora de Deficiência incapacitada para a Vida Independente e para o Trabalho, é aquela cujo nível de incapacidade impede para a vida independente e o trabalho. O nível de incapacidade para a vida independente e para o trabalho deverá ser avaliado conjuntamente. A avaliação deverá ser baseada em instrumentos específicos instituídos por meio de Portaria do Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS, e deverá ter dois parâmetros:

- a) médico-pericial, realizada pelos serviços de perícia médica do Instituto Nacional de Seguro Social - INSS, com base em instrumento específico, com o objetivo de avaliar anomalias, doenças ou lesões, da estrutura ou da função, de natureza hereditária, congênita ou adquirida que originaram a deficiência e seus efeitos, provocando incapacidade para a vida independente e para o trabalho;
- b) social, realizada por assistentes sociais das Secretarias Municipais de Assistência Social ou congêneres, do Município onde reside o beneficiário, por meio da realização de visitas a domicílio, utilizando instrumento instituído para esta finalidade, com o objetivo de avaliar os aspectos socioeconômicos, pessoais, culturais e do entorno onde vive o beneficiário e o impacto no nível de incapacidade para a vida independente e para o trabalho, carência e vulnerabilidade da pessoa afetada.

TABELA DE DADOS PARA AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA E DO NÍVEL DE INCAPACIDADE PARA A VIDA INDEPENDENTE E PARA O TRABALHO – ACRÓSTICO AVALIEMOS (")

Esta Tabela de Dados constitui instrumento de orientação e apoio à análise Médico-Pericial da Pessoa Portadora de Deficiência, sendo o somatório igual ou superior a 17 pontos, sugestivo de enquadramento da deficiência e do nível de incapacidade exigidos para concessão do Benefício de Prestação Continuada. No caso do menor de 16 anos a pontuação do item Aptidão Para o Trabalho será sempre 6. Nos demais casos esse item deve ser o último a ser pontuado. A incapacidade para a vida independente e para o trabalho pode ser identificada em qualquer tipo de deficiência: Física, Mental, Auditiva, Visual, Múltipla, Doenças Mentais, Doenças Crônicas a Incapacitantes desde que o conjunto das avaliações indique a existência de incapacidade para a vida independente e para o trabalho.

ALGUNS CONCEITOS ()****OLIGOFRENIA E DEFICIÊNCIA MENTAL (interpretação dos níveis)**

LEVE - Apresenta capacidade de desenvolver habilidades sociais, comunicar-se e de exercer atividades sensório-motoras, podendo cuidar de si mesmo.

MODERADO - Apresenta capacidade de socialização mais precária, com pequena capacidade de comunicação, desenvolvimento motor razoável, necessitando de supervisão de terceiros.

GRAVE (Profunda) - Mínima capacidade de socialização (ou inexistente), incipiente atividade sensório-motora, necessidade total de cuidados de terceiros.

(*) SÍNDROMES E QUADROS PSIQUIÁTRICOS (Interpretação dos níveis)**

LEVE - (Inicial) - Circunstância em que existem sinais incipientes de alterações estruturais da personalidade, sem variações dos processos psíquicos.

MODERADO - Início da descompensação da estrutura personalógica, com desorganização dos processos psíquicos, instabilizando de forma conservada, o desempenho social laborativo. Assim, só estariam incluídos no padrão pontual 4, aqueles pacientes que persistam sob estas alterações com tendência expressiva de agravamento.

GRAVE (Definitiva) - Apresentação e alteração definitiva da estrutura personalógica, com evidente desorganização psíquica (cronicidade), com abolição do desempenho social e laborativo.

Os níveis LEVE, MODERADO OU GRAVE tanto na Deficiência Mental, Doenças Mentais quanto nas Doenças Crônicas e Incapacitantes também são determinados pela:

- a) origem e tempo de duração da doença;
- b) pela frequência, duração e gravidade das manifestações da doença nos seus quadros agudos;
- c) e pela possibilidade que a pessoa tem de poder contar com acompanhamento médico, medicação adequada, tratamento e apoio de terceiros.

A avaliação da deficiência e do nível de incapacidade para a vida independente e para o trabalho em bebês, crianças e adolescentes requer observação mais ampla, por tratar-se de beneficiários fora da idade laboral, com alto nível de dependência comum pela idade e, na maioria das vezes, sem diagnóstico e prognóstico definidos. Nestes casos é recomendável, sempre que possível, uma avaliação multiprofissional ou a solicitação de pareceres de outros profissionais de saúde, educação, social e terapêutica, conforme o caso. A obrigatoriedade de revisão do benefício de prestação continuada a cada dois anos permite que, se necessário, ele seja concedido no momento da avaliação, e reavaliado daí a dois anos.

Anexo IV - Avaliação Social



OL/INSS/DIRBEN N° 81/2003
TABELA DE DADOS PARA AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS DA PESSOA
PORTADORA DE DEFICIÊNCIA BENEFICIÁRIA – BPC
(máximo 07 pontos)

Número do Benefício	Espécie	Data de Concessão	Gerência-Executiva:	Órgão/Local
Nome do Beneficiário:		Apelido:	Nome da mãe:	Sexo F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Endereço:			CEP/Cidade	Estado:
Ponto de Referência		Outro Endereço de Referência		Beneficiário Localizado <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Telefone 0 XX ()	RG/ Órgão expedidor	Tipo de Incapacidade Informada pelo Beneficiário ou seu Representante Legal: <input type="checkbox"/> deficiência visual <input type="checkbox"/> deficiência auditiva <input type="checkbox"/> deficiência física (do aparelho locomotor: ausência, amputação ou paralisia dos membros) <input type="checkbox"/> deficiência mental <input type="checkbox"/> paralisia cerebral <input type="checkbox"/> doença mental <input type="checkbox"/> doença crônica e incapacitante <input type="checkbox"/> deficiência múltipla (duas ou mais destas incapacidades) <input type="checkbox"/> outra, especificar:		
CAMPO ELIMINATÓRIO RENDA FAMILIAR PERICUÍTA MENSAL Inferior a 1/4 do Salário Mínimo <input type="checkbox"/> Igual ou Superior a 1/4 do Salário Mínimo <input type="checkbox"/>		A AVALIAÇÃO SOCIAL INDICA REALIZAÇÃO DE PERÍCIA MÉDICA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO (necessita perícia médica: benefícios concedidos antes de 08.08.97 e beneficiários que aparentemente ter superado sua condição de incapacidade)		
Situação Familiar (até 1,0 ponto)	Pessoa em situação de abandono() vivendo na rua () sem estimulação () vítima de maus-tratos () vivendo em cárcere privado () vítima de exploração ()			
	Ausência de um dos membros responsáveis pela pessoa com deficiência (pai, mãe ou companheiro(a))() pessoas residentes em abrigos, asilos ou similares ()			
	Velhice (idade acima de 65 anos) de um dos pais, responsável ou companheiro(a) da pessoa portadora de deficiência			
	Pessoa vivendo em moradia precária ou inadequada() com famílias numerosas () várias famílias vivendo em um único cômodo ()			
	Pessoa vivendo em moradia cedida () de favor ()			
TOTAL DE PONTOS OBTIDOS/MÁXIMO CINCO ESCOLHAS				
Oferta de Serviços Comunitários (até 1,0 ponto)	Inexistência ou insuficiência de infra-estrutura local () transporte adaptado () serviços de atendimento em habilitação ou reabilitação () inserção no mercado de trabalho ()			
	O beneficiário em situação de abrigado, asilado ou sob tutela ou curatela, sem acesso aos serviços que necessita			
	Residência não adaptada () barreiras no entorno () localização em morros () favelas () Invasão () áreas de risco () de difícil acesso () ou área rural ()			
TOTAL DE PONTOS OBTIDOS/ MÁXIMO TRES ESCOLHAS				
Carência Econômica (até 2,0 pontos)	Situação de desemprego de pelo menos um dos pais ou responsáveis pela manutenção do portador de deficiência, inclusive em decorrência de necessidades de cuidados do mesmo			
	Família com mais de 04 integrantes com idade até 18 anos, idosos ou inválidos			
	Gastos com aluguel () ou prestação da casa própria ()			
	Gastos contínuos com tratamentos() medicamentos () órteses e próteses ()			
	O benefício é a única renda de caráter continuado recebido pela família			
A renda que mantém a família é obtida de forma esporádica e insuficiente				
TOTAL DE PONTOS OBTIDOS/MÁXIMO SEIS ESCOLHAS				
Idade (até 1,0 ponto)	Acima de 67 anos			
	Acima de 45 anos até 67 anos			
	Acima de 18 anos até 45 anos			
	0 até 18 anos			
TOTAL DE PONTOS OBTIDOS/ ESCOLHA ÚNICA				
Análise da História da Deficiência (até 1,0 ponto)	Deficiência informada: múltipla () mental () totalmente imobilizada () doença mental ()			
	Incidência de deficiência em parentes de 1º grau (pai, mãe ou irmãos)			
	Deficiência adquirida			
Deficiência congênita				
TOTAL DE PONTOS OBTIDOS / MÁXIMO TRES ESCOLHAS				
Labor e potencial para trabalhar (até 1,0 ponto)	Nunca trabalhou () é totalmente dependente ()			
	Não está em idade laboral (até 18 anos ou idosos)			
	Não tem escolarização			
	Está em idade laboral, tem escolarização e/ou realizou cursos profissionalizantes			
TOTAL DE PONTOS OBTIDOS/ MÁXIMO TRES ESCOLHAS				
TOTAL GERAL				
SITUAÇÃO SOCIAL / NÍVEL DE VULNERABILIDADE A SER INFORMADO Classifique a pontuação obtida em níveis de vulnerabilidade: BAIXO, MÉDIO ou ALTO Considere: até 2,0 - BAIXO / Acima de 2,0 pontos até 4,0 pontos - MÉDIO / Acima de 4,0 pontos até 7,0 pontos - ALTO /				

Local data: