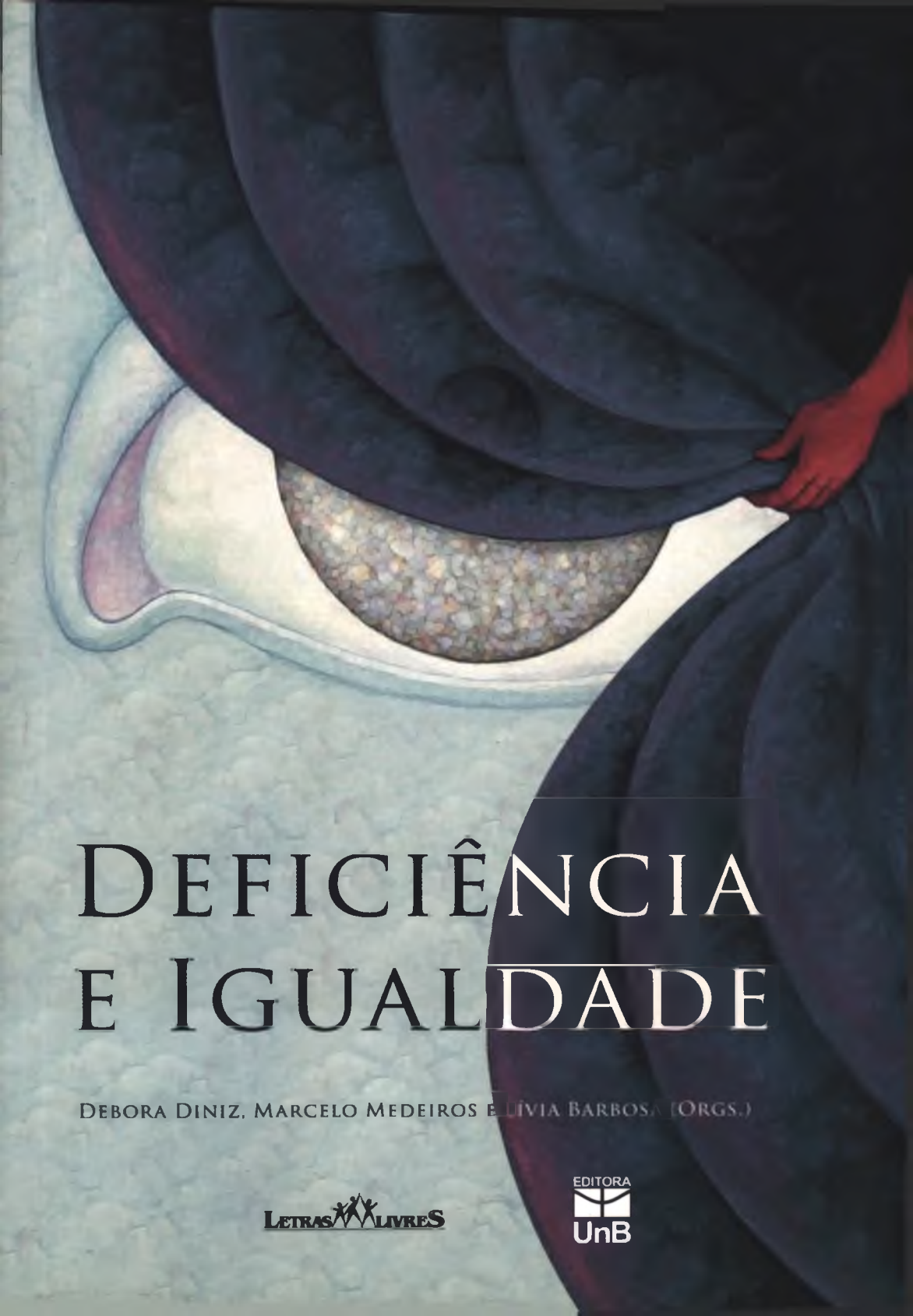




DEFICIÊNCIA E IGUALDADE

DEBORA DINIZ, MARCELO MEDEIROS E LÍVIA BARBOSA (ORGS.)

LETRAS  LIVRES

EDITORA

UnB

Parece não haver desacordo de que a sociedade nacional é plural e de que todas as pessoas, no exercício de suas multifacetadas identidades, são merecedoras de igual respeito e consideração.

A despeito dessa certa obviedade, há uma perplexidade sobre como atuar nesse ambiente de pluralismo. Até 1988, o Direito tinha caráter marcadamente hegemônico e o seu sujeito, em princípio indiferente às diferenças, era resultado dos valores positivos dispersos no ordenamento jurídico: homem, heterossexual, branco, saudável, adulto e proprietário.

Este livro, a um só tempo, faz uma crítica à proteção social às pessoas com deficiência nos moldes em que é concedida e sai em busca das suas potencialidades emancipatórias.

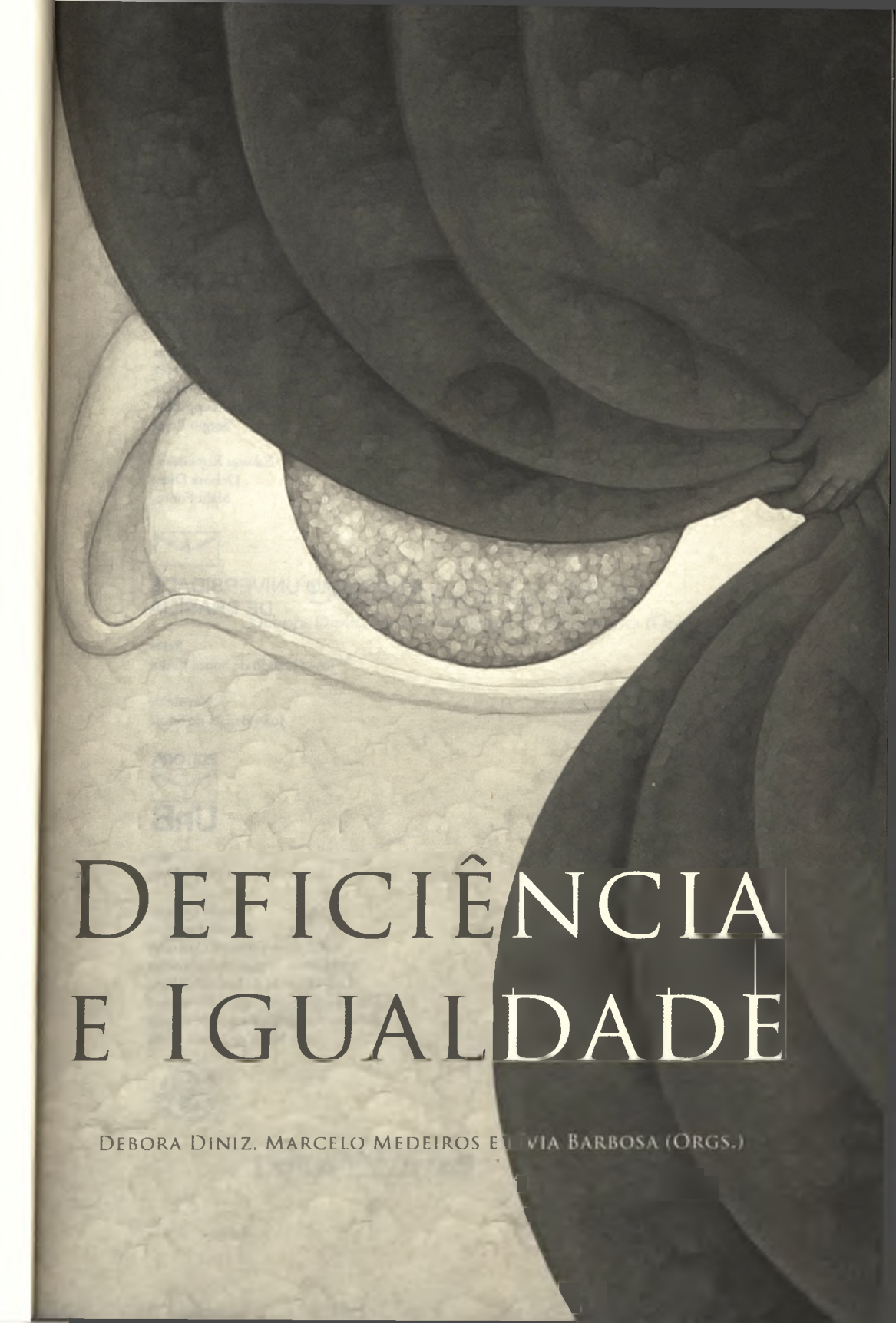
Denuncia, por exemplo, o conceito restritivo de família atualmente adotado pelo Benefício de Prestação Continuada (BPC), distinto daquele usado em estudos sobre desigualdade e pobreza e, especialmente, por outros programas, como o Bolsa Família. Esse dado, aliado à circunstância de que os potenciais beneficiários devem ter renda familiar *per capita* inferior a um quarto do salário mínimo, faz com que o benefício se concentre na parcela mais miserável da população.

Com isso, o BPC definitivamente distancia-se de qualquer papel que vá além da mera transferência de recursos. Não atende, principalmente, o imperativo moral de que as capacidades humanas sejam desenvolvidas.

Em outra vertente, ao considerar o corpo com impedimentos como manifestação da diversidade humana, a obra fragiliza a perspectiva biomédica e desafia a centralidade da perícia médica na concessão do benefício. Esta, por sua vez, além de retirar do sujeito a autoridade sobre o seu corpo, é de viés hegemônico: a incapacidade para o trabalho é definida por contraste a um ideal de sujeito produtivo.

Deficiência e igualdade, além de proporcionar amplo material para discutir caminhos mais adequados para a proteção social brasileira, é instrumento na luta daqueles que seguem reivindicando os direitos que lhes são, de fato, recusados.

Deborah Duprat
Vice-Procuradora-Geral da República



DEFICIÊNCIA E IGUALDADE

DEBORA DINIZ, MARCELO MEDEIROS E LÍVIA BARBOSA (ORGS.)

Ministério
da Saúde



Conselho Editorial

Cristiano Guedes

Florencia Luna

Marilena Corrêa

Paulo Leivas

Roger Raupp Rios

Sérgio Rego

Editoras Responsáveis

Debora Diniz

Malu Fontes



FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE
DE BRASÍLIA

Reitor

José Geraldo de Sousa Júnior

Vice-Reitor

João Batista de Sousa



Diretor

Norberto Abreu e Silva Neto

Conselho Editorial

Denise Imbroisi

José Carlos Córdova Coutinho

José Otávio Nogueira Guimarães

Luís Eduardo de Lacerda Abreu

Norberto Abreu e Silva Neto – Presidente

Roberto Armando Ramos de Aguiar

Sely Maria de Souza Costa



Deficiência e Igualdade

Debora Diniz, Marcelo Medeiros e Livia Barbosa (Orgs.)

Brasília
2010

LETRAS  LIVRES

EDITORA

UnB

© 2010 LetrasLivres.

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

Tiragem: 1ª edição – 2010 – 3.000 exemplares

Este livro obedece às normas do Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa promulgado pelo Decreto n. 6.583, de 29 de setembro de 2008.

Coordenação Editorial

Fabiana Paranhos e Sandra Costa

Coordenação de Tecnologia

João Neves

Revisão de Língua Portuguesa

Ana Terra Mejia Munhoz

Tradução e Revisão da Tradução

Ana Terra Mejia Munhoz e Debora Diniz

Foto da Capa

Vicki Wehrman/Stock Illustration RF/Getty Images

Arte da Capa

Ramon Navarro

Edição Eletrônica e Layout

J. L. Shadow

Apoio financeiro

O projeto que deu origem a esta publicação foi financiado pelo Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde, Convênio n. 2.618/2007.

Equipe de Pesquisa

Cristiane Santos Rocha

Jorge Luiz Ribeiro de Medeiros

Laysse Noleto Balbino

Ludmylla Andrade Fontes

Mana Cristina Fernandes Ferreira

Seanio Sales Avelino

Tatiana Lionço

Tereza Cristina de Lima Oliveira

Thais Kristoseh Imperatori

Vanessa Carrião Torres

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Bibliotecária Responsável: Kátia Soares Braga (CRB/DF 1522)

Medeiros, Marcelo. (Org.)

Deficiência e igualdade / Debora Diniz, Marcelo Medeiros, Livia Barbosa (Organizadores) -- Brasília: LetrasLivres : Editora Universidade de Brasília, 2010. 248p.

Inclui Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009 que promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo.

Conteúdo: Deficiência e igualdade: o desafio da proteção social / Marcelo Medeiros, Debora Diniz, Livia Barbosa; Capacidades e justiça social / Martha Nussbaum; Diversidade corporal e pericia médica no Benefício da Prestação Continuada / Livia Barbosa, Debora Diniz, Wederson Santos; Política assistencial, orçamento e justiça no Benefício de Prestação Continuada / Janaina Penalva, Debora Diniz, Marcelo Medeiros; Distribuição do Benefício de Prestação Continuada / Marcelo Medeiros, Melchior Sawaya Neto, Fábio Granja Barros; Conceito de família do Benefício de Prestação Continuada / Marcelo Medeiros, Fábio Granja Barros, Melchior Sawaya Neto; Renda, idade e corpo para o Benefício da Prestação Continuada / Wederson Santos, Janaina Penalva; Deficiência e pericia médica: os contornos do corpo / Wederson Santos, Debora Diniz, Natália Pereira; O que é incapacidade para a proteção social brasileira? / Wederson Santos.

ISBN 978-85-98070-26-1

ISBN 978-85-230-1247-2

1. Deficiência. 2. Inclusão social. 3. Política social. 4. Justiça social. 5. Assistência e proteção social. 6. Pericia médica. 7. Antropologia do corpo. 8. Benefício de Prestação Continuada (BPC) Brasil. I. Diniz, Debora (Org.). II. Barbosa, Livia (Org.). III. Nussbaum, Martha. IV. Barbosa, Livia. V. Penalva, Janaina. VI. Diniz, Debora. VII. Medeiros, Marcelo. VIII. Sawaya Neto, Melchior. IX. Barros, Fábio Granja. X. Santos, Wederson.

CDD 362.4

CDU 364-056.26

Todos os direitos reservados à Editora LetrasLivres, um projeto cultural da Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero
Caixa Postal 8011 – CEP 70.673-970 Brasília-DF
Tel/Fax: 55 (61) 3343.1731
letraslivres@anis.org.br | www.anis.org.br

A LetrasLivres é filiada à Câmara Brasileira do Livro.

Foi feito depósito legal.

Impresso no Brasil.

Universidade de Brasília	
D.:	Ed Unb
Ex.:	10080001
Data:	

0AE/20
362.31.4
D3131

SUMÁRIO

DEFICIÊNCIA E IGUALDADE: O DESAFIO DA PROTEÇÃO SOCIAL <i>Marcelo Medeiros, Debora Diniz e Livia Barbosa</i>	11
CAPACIDADES E JUSTIÇA SOCIAL <i>Martha Nussbaum</i>	21
DIVERSIDADE CORPORAL E PERÍCIA MÉDICA NO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA <i>Livia Barbosa, Debora Diniz e Wederson Santos</i>	43
POLÍTICA ASSISTENCIAL, ORÇAMENTO E JUSTIÇA NO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA <i>Janaína Penalva, Debora Diniz e Marcelo Medeiros</i>	61
DISTRIBUIÇÃO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA <i>Marcelo Medeiros, Melchior Sawaya Neto e Fábio Granja Barros</i>	85
CONCEITO DE FAMÍLIA DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA <i>Marcelo Medeiros, Fábio Granja Barros e Melchior Sawaya Neto</i>	113
RENDA, IDADE E CORPO PARA O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA <i>Wederson Santos e Janaína Penalva</i>	133
DEFICIÊNCIA E PERÍCIA MÉDICA: OS CONTORNOS DO CORPO <i>Wederson Santos, Debora Diniz e Natália Pereira</i>	153
O QUE É INCAPACIDADE PARA A PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRA? <i>Wederson Santos</i>	175
SOBRE OS AUTORES	195
APÊNDICE Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009	197

Alguns capítulos deste livro foram previamente publicados em periódicos nacionais. Os editores agradecem a cessão para publicação na obra.

Nussbaum, Martha. Capabilities and social justice. *International Studies Review*, v. 4, n. 2 (Blackwell Publishing on behalf of The International Studies Association).

Barbosa, Livia; Diniz, Debora; Santos, Wederson. Diversidade corporal e perícia médica: novos contornos da deficiência para o Benefício de Prestação Continuada. *Revista Textos e Contextos*, v. 8, n. 2, 2009.

Penalva, Janaína; Diniz, Debora; Medeiros, Marcelo. O Benefício de Prestação Continuada no Supremo Tribunal Federal. *Sociedade & Estado*. v. 1, n. 25, 2010.

Medeiros, Marcelo; Sawaya Neto, Melchior; Barros, Fábio Granja. A distribuição das transferências, público-alvo e cobertura do Benefício de Prestação Continuada. *Revista Textos e Contextos*, v. 8, n. 2, 2009.

Medeiros, Marcelo; Barros, Fábio Granja; Sawaya Neto, Melchior. Mudança no conceito de família do BPC. *Revista de Previdência*, v. 8, 2009.

Santos, Wederson; Diniz, Debora; Pereira, Natália. Deficiência e perícia médica: os contornos do corpo. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*, v. 3, n. 2, 2009.

AGRADECIMENTOS

Os organizadores agradecem o financiamento do Ministério da Saúde, por meio do Fundo Nacional de Saúde, Convênio n. 2.618/2007, que possibilitou a realização das pesquisas e a publicação desta obra. Em particular agradecem à Área Técnica Saúde da Pessoa com Deficiência/Dapes/SAS/Ministério da Saúde pelo apoio incondicional às discussões aqui apresentadas. Agradecem ainda à Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social (ANMP), por permitir a coleta dos dados no II Congresso Brasileiro de Perícia Médica Previdenciária, em especial a Bruno Gil de Carvalho Lima, perito médico membro da ANMP. A Alan Teles da Silva, Clarice Vieira, Edilaine Silva, Érika Noleto Balbino, Érika Ramos Andrade, Érika Santos, Ester dos Santos, Gilvana Sousa Silva, Guilherme Gomes, Larissa Alves da Fonseca, Michele Pereira Costa, Renam Antônio, Rosana Castro, Samara Lopes do Nascimento, Priscila Emanuele, Thaís Monteiro Vasconcelos e Vanessa Carrião, pelo trabalho de campo. A Franck Janes, perito médico da agência do INSS Teresina-Leste; Raimundo Nonato, da administração central do INSS em Brasília; e Elaine Andrade Lara Gonçalves, chefe da agência do INSS da cidade de Unaí-MG, pelos dados disponibilizados.

DEFICIÊNCIA E IGUALDADE: O DESAFIO DA PROTEÇÃO SOCIAL

Marcelo Medeiros, Debora Diniz e Livia Barbosa

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

É certo que o objeto de preocupação das medidas igualitaristas não deve ser o que as pessoas têm, mas o que elas de fato são capazes de fazer. Se as pessoas são diferentes é inevitável aceitar que, com os mesmos recursos, elas terão capacidades diferenciadas. No caso das pessoas com deficiência, esse enfoque nas capacidades tem um impacto imediato sobre a forma como

a proteção social deve ser desenhada em uma sociedade justa.¹ Por serem um grupo com características particulares, as pessoas com deficiência merecem, por uma questão de justiça, políticas de proteção social também diferenciadas.

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

Decisões que, à primeira vista, são meramente técnicas podem ter impactos significativos na definição de quem é beneficiado e que volume de benefícios é concedido por uma política social. É por isso que, mesmo quando guiadas por diretrizes amplas, as políticas podem se tornar restritivas em sua operacionalização a depender de como se especificam certos elementos necessários à sua implementação. As microdecisões daqueles encarregados de operacionalizar e gerenciar um benefício têm uma dimensão política, podendo aproximar ou afastar a implementação real do benefício de seus objetivos gerais e, por isso, merecem também a atenção dos analistas.

Essas questões são o plano de fundo desta obra. Embora os capítulos do livro sejam majoritariamente sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC), um benefício de transferência regular de renda para pessoas idosas ou com deficiências mais graves e pobres, o que motiva os capítulos são preocupações sobre como princípios de cunho igualitarista presentes na Constituição Federal de 1988 são atualizados na execução da

política de assistência. Além da perspectiva analítica sobre o marco constitucional, o livro enfrenta a questão de como avançar no desenho do BPC de modo a torná-lo ainda melhor para a população com deficiência sem, com isso, implicar um ônus difícil de sustentar para o restante da sociedade.

A deficiência é, hoje, uma questão central aos debates sobre o justo por pelo menos três razões. A primeira é que uma parcela expressiva das pessoas com deficiência é ameaçada em um dos direitos mais fundamentais à existência, o *direito a estar no mundo*. Essa experiência de solidão e de afastamento da vida social é resultado de ambientes pouco sensíveis aos impedimentos corporais. Deficiência não é um conceito neutro que descreve corpos com impedimentos, mas o resultado da interação do corpo com impedimentos com ambientes, práticas e valores discriminatórios.

Além disso, a experiência da deficiência deslocou-se do espaço simbólico da alteridade para o da possibilidade de futuro compartilhado por todos aqueles que experimentarem o envelhecimento. A condição da velhice é também a alteração nas funcionalidades corporais e para muitas pessoas significará a experiência de impedimentos a serem vivenciados como deficiências. O resultado será um alargamento da população com deficiência entre os velhos, mas também o enfrentamento da deficiência como parte de uma condição humana comum a todas as pessoas.

Por fim, porque a deficiência tem implicações não só para a vida das pessoas deficientes, mas também para a de outras pessoas. A vida social em geral e a vida das pessoas com deficiência em particular está permeada por relações de cuidado. As deficientes cuidam e são cuidadas por outras pessoas e isso tem implicações para aquilo que elas são capazes de fazer. Em seu capítulo, Martha Nussbaum defende que receber e oferecer cuidado é uma necessidade e, portanto, cabe ao Estado assegurar

a possibilidade de que a relação de cuidado se estabeleça sem que isso implique uma carga excessiva para grupos específicos da sociedade, em particular para as mulheres. Para assegurar essa possibilidade, é necessário reconhecer que algumas fases da vida e, principalmente, que algumas vidas geram uma dependência do cuidado maior do que outras. Isso nos leva a concluir que as políticas voltadas à deficiência não devem ser confundidas com políticas para deficientes apenas, e sim abarcar todas aquelas pessoas que fazem parte da esfera de cuidados dos deficientes.

Uma parte não desprezível da vida das pessoas depende do consumo de mercadorias e, para isso, é necessário ter renda. Como as pessoas vivem, se locomovem, se informam, se divertem, se protegem, e até mesmo como elas comem depende, em parte, de seu nível de renda. A inclusão das pessoas deficientes na vida social passa por assegurar-lhes um nível básico de rendimentos e, ao que tudo indica, para os deficientes esse nível pode ser maior que o necessário para as demais pessoas. No entanto, em um mundo hostil a quem tem impedimentos corporais, obter esse rendimento por meio do trabalho não é tarefa fácil, quando não indesejável ou mesmo inviável. Esse é um dos motivos pelos quais os programas de transferência de renda para os deficientes são tão importantes.

O Brasil possui o BPC, uma materialização do direito constitucional à assistência social, implementado na forma de benefício de transferência direta de renda, que neste livro é analisado em detalhes. Diferente de outros programas análogos, o BPC é um benefício para o indivíduo e não para sua família. Tampouco é um benefício condicionado a comportamentos de seus beneficiários, como é o caso do Bolsa Família, que exige contrapartidas tais como a frequência à escola e a visita a postos de saúde. Mais do que isso, o benefício tem uma sólida base legal constitucional, o que assegura sua estabilidade orçamentária de longo prazo. O BPC não é a única ação nacional orientada à

população pobre com deficiência, mas seguramente encontra-se entre as mais importantes em termos de população beneficiada e volume orçamentário.

Diante de tamanha importância, há esforços em diversas direções para melhorar o BPC e aproximá-lo cada vez mais dos objetivos estabelecidos pela Constituição Federal e posteriores pactos internacionais de que o Brasil se tornou signatário, em particular a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aqui publicada no Apêndice. Algumas dessas contribuições são discutidas aqui e merecem uma breve menção nesta introdução; outras encontrarão neste livro material para fundamentar um debate que pode trazer frutos para um grupo bastante vulnerável da população brasileira.

Não há dúvida de que definir deficiência é um passo crucial de uma política voltada aos deficientes. Tradicionalmente essa definição foi tratada como um ato técnico de natureza biomédica, e os reflexos estão na forma como a deficiência é identificada nos censos demográficos ou tratada como critério de elegibilidade para benefícios como o BPC. Porém, à medida que se reconheceu que a deficiência não é dada exclusivamente por uma limitação do corpo, mas pela interação desse corpo com um ambiente hostil, a definição de deficiência se deslocou do *modelo biomédico* em direção a um *modelo social* fundamentalmente preocupado com a relação entre indivíduo e sociedade.

Há uma demanda crescente pela incorporação desse modelo social nas políticas e isso trará, em um futuro próximo, implicações para a base institucional dessas políticas. No caso do BPC, que seleciona pessoas incapazes para o trabalho e a vida independente, a identificação da incapacidade foi tradicionalmente feita por médicos peritos treinados para ver a incapacidade para o trabalho como um fenômeno exclusivamente biológico, cuja intensidade poderia ser determinada em exames clínicos e comparada a um padrão de referência. A nova maneira de entender a deficiência

impõe aos peritos ou a quem mais for responsável pelas avaliações uma preocupação quanto à interação dos atributos corporais com outros atributos individuais, como sexo, idade e educação, e com o mercado de trabalho local.

Já se observa entre os médicos peritos do BPC a emergência de uma tensão entre os modelos biomédico e social de definição da deficiência. O capítulo de Wederson Santos, Debora Diniz e Natália Pereira mostra evidências de que a perícia médica é um momento em que os modelos biomédico e social estão em negociação, especialmente quando os impedimentos corporais têm implicações objetivas para a participação das pessoas na vida social, mas não encontram respaldo nos critérios presentes nos regulamentos utilizados pelos peritos.

Nessa mesma linha argumentativa, Livia Barbosa, Debora Diniz e Wederson Santos apresentam evidências de que, quanto mais a deficiência se aproxima da noção de restrição de participação, mais o modelo biomédico é confrontado no momento da perícia médica do BPC. Em um exemplo paradigmático para outras políticas, os próprios médicos peritos estão assumindo o papel de protagonistas na mudança do modo de operar do BPC em direção a um modelo de compreensão da deficiência que leva em conta a interação com o meio e os demais atributos individuais.

Outro reflexo dessa mudança é a incorporação do novo sistema de classificação de corpos determinado pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que vem a substituir a Classificação Internacional de Doenças (CID). A mera mudança de título já aponta para preocupações com aquilo que o corpo é capaz de fazer e não apenas com características corporais isoladas classificáveis na forma de doenças, como mostra Wederson Santos. Ao que parece, o modelo da CIF ainda favorece que a experiência da deficiência seja avaliada em termos de saúde mais do que em termos sociais, mas seguramente essa adoção representou um passo adiante para uma compreensão

mais justa de o que vem a ser deficiência em geral e como esta está relacionada à participação no mercado de trabalho, no caso específico do BPC. O que apontam Wederson Santos, Debora Diniz e Natália Pereira é que uma nova conceituação de deficiência será um desafio para o BPC, em particular naquilo que diz respeito à explicitação de critérios para o julgamento de elegibilidade.

Mas a deficiência não é o único fator determinante na elegibilidade para o BPC. Por meio da avaliação dos dados de uma agência do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), Wederson Santos e Janaína Penalva argumentam que informações como idade, renda e impedimentos corporais distintos de uma compreensão tradicional de deficiência são relevantes no momento da perícia. A proteção social efetivada pelo BPC avança em uma perspectiva de direitos que sobrepõe a compreensão da assistência social como política criada para proteger unicamente pessoas que não trabalham. A compreensão de deficiência em um sentido mais amplo possibilita a concretização da política em uma perspectiva mais próxima do proposto pela Constituição Federal.

Além do critério de incapacidade para o trabalho e a vida independente, o BPC possui um segundo critério de elegibilidade, o de pobreza: segundo a legislação ordinária atual, apenas famílias extremamente pobres podem ter acesso ao benefício. A focalização na extrema pobreza foi provavelmente determinada para assegurar um baixo custo total ao programa, sem maiores reflexões quanto aos erros implícitos de focalização relacionados a um critério tão restritivo. Todavia, tamanha restrição é contestável. Ela não é exigida pela Constituição Federal e tampouco encontra respaldo nos princípios que inspiram a assistência social brasileira. Por esse motivo, há uma série de projetos de lei e mesmo uma ação no Supremo Tribunal Federal visando alterar o patamar de renda utilizado na prática.

A extrema pobreza é entendida como um fenômeno familiar e, como tal, depende de uma definição de família. Conforme a regulamentação atual, o BPC utiliza um conceito de família que, originalmente, não foi desenhado para analisar pobreza, mas sim para estabelecer uma linha sucessória para a transferência de benefícios previdenciários como, por exemplo, em casos de falecimento do titular de aposentadorias. Sem maiores justificativas, não são contabilizados como membros da família os filhos residentes de mais de 21 anos. Isso desloca o BPC de uma ideia de família mais compatível com os princípios que guiam a assistência social brasileira e traz implicações inclusive para a gestão do benefício, ao impedir, por incompatibilidade conceitual, análises de distribuição de beneficiários ou projeções demográficas com base nas estatísticas nacionais disponíveis.

Três capítulos neste livro tratam dos critérios de pobreza usados no BPC. Marcelo Medeiros, Fábio Granja Barros e Melchior Sawaya Neto defendem que o conceito de família vigente do BPC seja alterado e se aproxime daquele utilizado em outras políticas sociais, apontando dados que sugerem que os impactos sociais e fiscais dessa mudança não seriam expressivos. Por meio de uma análise da distribuição das transferências, do público-alvo e da cobertura atual do BPC, os três autores mostram que o benefício alcança predominantemente a população mais pobre, mas a maior parte de seus beneficiários está logo acima dos níveis legais de elegibilidade. Argumentando sobre as dificuldades de uma focalização perfeita, concluem que esses erros são de baixa intensidade e não devem ser objeto de maiores preocupações dos gestores do benefício.

O fato de a maior parte dos beneficiários já estar acima da linha de corte tem implicações imediatas na discussão sobre a elevação dessa linha. Janaína Penalva, Debora Diniz e Marcelo Medeiros demonstram, com base em estimativas preliminares, que uma elevação no valor do critério de renda para seleção aproximaria o BPC dos objetivos constitucionais que o

determinam sem, no entanto, elevar proibitivamente o custo total do benefício, pois a cobertura acima do nível regulamentar já existe e é grande, não deixando muito espaço para a inclusão de novos beneficiários.

O principal objeto de análise do livro é o BPC e as consequências de sua operacionalização para a proteção social e para a compreensão do significado da deficiência no Brasil. Os capítulos lançam mão de estratégias metodológicas diferentes que analisam espaços distintos da concepção e execução do benefício. São apresentadas, assim, evidências de esferas diferentes da sua operacionalização, o que possibilita a reafirmação ou a identificação dos limites das teses construídas pelos autores. Os capítulos foram escritos em momentos diferentes, com dados de períodos distintos de cobertura do benefício. Muito embora se complementem de uma forma dinâmica, podem ser lidos separadamente, havendo informações básicas sobre a história e as características do BPC em todos eles.

O livro traz uma série de evidências de que o BPC é uma parte bem-sucedida da proteção social brasileira e está enfrentando transformações importantes. No que se refere ao critério de deficiência para o acesso ao benefício, há uma tendência à ampliação da cobertura a corpos tradicionalmente não compreendidos como deficientes, mesmo analisando a parte exclusivamente biomédica da avaliação. Essa tendência está em consonância com um movimento internacional que aproxima a deficiência da cultura dos direitos humanos. Quanto ao critério de renda, as evidências apontam que o BPC está efetivamente direcionado à parcela mais pobre da população, mas que a mudança do recorte de renda e do conceito de família utilizado para o cálculo da renda pode tornar a cobertura do benefício mais justa e eficaz na promoção da igualdade.

Esta obra é o produto do esforço de diversos autores em torno de um objeto comum. Se por um lado as análises do BPC

demonstram bons indicadores da efetividade do benefício, por outro, as evidências e estimativas apresentadas no livro sugerem que a ampliação dos critérios de elegibilidade garantirá uma sociedade mais justa para os deficientes. Examinando como os vários elementos que compõem o BPC afetam seus beneficiários, esse esforço culmina em uma análise ampla que pretende contribuir para que a proteção social das pessoas com deficiência seja um fator de promoção da igualdade.

Os organizadores agradecem ao Fundo Nacional de Saúde pelo apoio à execução do projeto de pesquisa sobre a incorporação da CIF para o Ministério da Saúde e nos programas da previdência e assistência social, por meio do Convênio n. 2.618/2007, que permitiu esta publicação.

¹ Não há um consenso sobre a melhor forma de se referir às pessoas que possuem algum tipo de deficiência. Por essa razão, em todo o livro serão utilizados os termos «deficiente», «pessoa deficiente» e «pessoa com deficiência» de forma indiscriminada.

CAPACIDADES E JUSTIÇA SOCIAL

Martha Nussbaum

Ver-se-á como, no lugar da riqueza e da pobreza da economia política, surge o ser humano rico e a rica carência humana. O ser humano rico é [...] o ser humano carente de uma totalidade de atividades de vida humana

Marx, *Manuscritos econômico-filosóficos*, 1844

Vi-me bela como uma mente humana livre

Mrinal, heroína de *Carta de uma esposa*, de Rabindranath Tagore, 1914

DESENVOLVIMENTO E IGUALDADE SEXUAL

Em muitos lugares, as mulheres não têm apoio para funções essenciais da vida humana. Elas são menos nutridas que os homens, menos saudáveis e mais vulneráveis à violência física e ao abuso sexual. Em comparação aos homens, têm chances menores de serem alfabetizadas, e menores ainda de terem educação técnica ou profissionalizante. Quando tentam ingressar no mundo do trabalho, enfrentam obstáculos maiores, inclusive intimidação da família ou do cônjuge, discriminação sexual na contratação e assédio sexual no trabalho – todos frequentemente sem medidas de proteção legal eficazes. Obstáculos semelhantes costumam impedir sua participação efetiva na vida política.

Em muitas nações, as mulheres não são devidamente iguais perante a lei: não têm os mesmos direitos de propriedade que os homens, os mesmos direitos de firmar um contrato, os mesmos direitos de associação, mobilidade e liberdade religiosa.^{1,2} Frequentemente sobrecarregadas pela dupla jornada de um trabalho fatigante e uma total responsabilidade pelos trabalhos domésticos e pelo cuidado com os filhos, elas perdem oportunidades de lazer e cultivo da imaginação e cognição. Todos esses fatores comprometem o bem-estar emocional: as mulheres têm menos oportunidades que os homens de viverem livres do medo e de desfrutarem de tipos gratificantes de amor – especialmente quando, como frequentemente ocorre, são casadas por obrigação na infância e não têm a quem recorrer diante de um casamento ruim. De todas essas formas, circunstâncias sociais e políticas desiguais dão às mulheres capacidades humanas desiguais.

De acordo com o Relatório do Desenvolvimento Humano de 1999 do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), não existe nenhum país que trate suas mulheres e seus homens do mesmo modo, em áreas que vão de saúde básica e nutrição a participação política e atividade econômica. Uma esfera da vida que contribui de modo especialmente intenso para a desigualdade das mulheres é a do cuidado. As mulheres são, no mundo, as cuidadoras primeiras, e geralmente as únicas, de pessoas em condição de extrema dependência: crianças pequenas, idosos e aquelas cujos impedimentos físicos ou mentais as tornam incapazes de ter a relativa (e frequentemente temporária) independência que caracteriza as vidas humanas consideradas normais. As mulheres exercem esse trabalho crucial, muitas vezes, sem pagamento e sem reconhecimento de que esse é um trabalho. Ao mesmo tempo, o fato de que elas precisam passar longas horas cuidando das necessidades físicas de outras pessoas torna mais difícil que elas façam o que desejam em outras esferas da vida, como trabalho, cidadania, lazer e autoexpressão.³⁻⁶

Meu objetivo neste capítulo é, primeiramente, apontar por que acredito que outras análises dessas desigualdades não são adequadas e por que a perspectiva das capacidades é necessária. Em seguida, mencionarei algumas características gerais da perspectiva das capacidades para mostrar como ela pode lidar com os problemas que outras abordagens não conseguem tratar.

LIMITES DE OUTRAS ABORDAGENS

Antes da mudança de pensamento associada ao trabalho de Amartya Sen⁷⁻¹⁵ e aos Relatórios do Desenvolvimento Humano do Pnud,¹⁶⁻²⁹ a análise dominante para medir a qualidade de vida em uma nação era simplesmente verificar o Produto Nacional Bruto (PNB) *per capita*. Essa abordagem tenta esquivar-se de fazer quaisquer afirmações transculturais sobre o que tem valor – embora assuma o valor universal da opulência. O que ela omite, contudo, é muito mais significativo. Não se fala sobre a distribuição da riqueza e da renda, e países com dados absolutos similares podem exibir grandes variações na distribuição. Daí a África do Sul sempre ter ido muito bem entre as nações em desenvolvimento, a despeito de suas enormes desigualdades e violações de justiça básica.

Sissy Jupe, a garota do circo em *Tempos difíceis*, de Charles Dickens, já vislumbrava o problema dessa ausência de preocupação normativa com a distribuição. Ela conta que suas lições de economia não lhe ensinaram “quem tem o dinheiro e se alguma parte dele é minha”.³⁰ O mesmo vale para as mulheres de todas as partes: o fato de uma nação ou região ser em geral mais próspera que outra é apenas uma parte da história – não nos é dito o que o governo fez pelas mulheres em várias classes sociais, ou como o fez. Para saber isso, precisaríamos observar a vida das mulheres. Mas então teríamos de especificar, para além da

distribuição de riqueza e renda, que aspectos das vidas devemos observar – como expectativa de vida, mortalidade infantil, oportunidades educacionais, cuidados em saúde, oportunidades de emprego, direitos de propriedade de terra, liberdades políticas. Olhar para o que está ausente na abordagem do PNB nos impele fortemente na direção de mapear esses e outros bens básicos de um modo universal, a fim de podermos usar a lista de tais bens para comparar a qualidade de vida entre as sociedades.

Outro problema com todas as abordagens baseadas em recursos, mesmo aquelas sensíveis à distribuição, é que os indivíduos variam em suas habilidades de converter recursos em funcionalidades – esse é o problema que tem sido enfatizado por Amartya Sen em seus escritos sobre a abordagem das capacidades. Algumas dessas diferenças são claramente físicas. Necessidades nutricionais variam com a idade, a profissão e o sexo. Uma mulher que está grávida ou amamentando precisa de mais nutrientes que uma mulher não grávida. Uma criança precisa de mais proteínas que um adulto. Uma pessoa cujos membros do corpo funcionam bem precisa de poucos recursos para se locomover, ao passo que uma pessoa com membros paralisados precisa de muito mais recursos para atingir o mesmo nível de mobilidade. Muitas dessas variações podem passar despercebidas se vivemos em uma nação próspera e capaz de levar todos os indivíduos a um alto nível de desenvolvimento físico; no mundo em desenvolvimento, precisamos estar alertas a essas variações de necessidade.

Além disso, algumas das variações são sociais, ligadas a hierarquias tradicionais. Se desejamos levar todos os cidadãos de uma nação ao mesmo nível de desenvolvimento educacional, precisamos dedicar mais recursos àqueles que encontram os obstáculos da hierarquia tradicional ou do preconceito; logo, a alfabetização das mulheres se mostrará mais cara que a dos homens em muitos lugares do mundo. Se operarmos apenas com um índice de recursos, repetidamente reforçaremos desigualdades

relevantes para o bem-estar. Como sugerem muitos exemplos, as vidas das mulheres são especialmente passíveis de levantar esses problemas; portanto, qualquer abordagem que tente lidar adequadamente com questões das mulheres deve ser capaz de operar bem com essas variações.

Deixando de lado as abordagens baseadas em recursos e voltando-nos para as abordagens baseadas em preferências, encontramos outro conjunto de dificuldades.^{7-15,31} Tais abordagens têm uma maior vantagem sobre a do PNB: elas olham para as pessoas e avaliam o papel dos recursos para a melhoria de suas vidas. Mas os que usam essas abordagens costumam pressupor indiscutidamente que a forma de avaliar o papel dos recursos nas vidas das pessoas é, simplesmente, perguntar a elas sobre sua satisfação quanto às suas preferências. O problema é que as preferências não são exógenas, dadas independentemente de condições econômicas e sociais. Elas são ao menos parcialmente construídas por essas condições. As mulheres frequentemente não têm preferência por independência econômica, até aprenderem sobre como perseguir esse objetivo; elas nem pensam em si mesmas como cidadãs com direitos que estão sendo ignorados, até aprenderem sobre seus direitos e serem encorajadas a acreditar em seu igual valor. Todas essas ideias, e as preferências nelas baseadas, frequentemente tomam forma em programas educativos patrocinados por diferentes organizações de mulheres.

As preferências dos homens também são socialmente formadas e, frequentemente, equivocadas. Os homens costumam preferir que suas esposas sejam responsáveis pelo cuidado com os filhos e pelo trabalho doméstico – além de frequentemente trabalharem oito horas por dia. Tais preferências não estão atreladas à natureza das coisas: são construídas por tradições sociais de privilégio e subordinação. Assim, uma abordagem baseada em preferências tipicamente reforçará desigualdades,

em especial aquelas que já estão tão incrustadas a ponto de se infiltrarem nos próprios desejos das pessoas.

Vale enfatizar que, embora seja amplo, esse problema tem especial importância para as vidas das mulheres. As mulheres foram particularmente privadas de educação e informação, que são necessárias, se não de todo suficientes, para fazer das preferências um indicador confiável do que a política pública deve buscar. Elas também foram socializadas de modo a acreditar que um padrão de vida inferior é o que lhes é certo e adequado, e que determinados bens (por exemplo, educação e participação política) não lhes são destinados. As mulheres podem estar sob considerável pressão social para dizerem que estão satisfeitas sem essas coisas, e nós não devemos prontamente concluir que a política pública não deve trabalhar para estender essas funções a elas. Em síntese, olhar para as vidas das mulheres nos ajuda a ver a inadequação de abordagens tradicionais; e a urgência dos problemas das mulheres motiva a preferir uma abordagem não tradicional.

Por fim, consideremos a perspectiva dos direitos humanos. Essa abordagem tem muito a dizer sobre tais desigualdades, e a linguagem de direitos se provou de enorme valor para as mulheres, tanto por articular suas demandas por justiça como por associá-las a demandas anteriores de outros grupos subordinados. Contudo, a estrutura de direitos é precária em vários aspectos. Em primeiro lugar, é intelectualmente contestada: há muitas concepções diferentes de o que são direitos e de o que significa assegurar um direito a alguém. Seriam os direitos pré-políticos, peças de leis e instituições? Eles pertenceriam somente a indivíduos ou também a grupos? Estariam sempre correlacionados a deveres? E quem teria os deveres correlacionados a esses direitos? Os direitos humanos seriam direitos a quê? Liberdade da interferência estatal, primeiramente, ou também certo nível positivo de bem-estar e oportunidades? Portanto, usar a linguagem de direitos

por si só não ajuda muito: apenas suscita uma série de outras questões sobre o que está sendo recomendado.

Em segundo lugar, a linguagem de direitos tem sido historicamente associada a liberdades políticas e civis, e apenas mais recentemente a titularidades econômicas e sociais. Mas ambas são não apenas igualmente importantes para a vida humana, mas também intimamente relacionadas: as liberdades de expressão e associação, por exemplo, têm pré-requisitos materiais. Uma mulher que não tem oportunidades de trabalhar fora de casa não possui a mesma liberdade de associação que uma mulher que pode trabalhar fora de casa. Mulheres desprovidas de educação são também significativamente desprovidas de participação na política e no discurso.

Em terceiro lugar, a abordagem dos direitos humanos ignorou demandas urgentes de mulheres por proteção contra a violência doméstica e outros abusos à sua integridade física. Também ignorou questões urgentes de justiça na família: a distribuição de recursos e oportunidades entre seus membros, bem como o reconhecimento do trabalho das mulheres como trabalho. Essa negligência não é acidental, pois a abordagem dos direitos está associada à tradição de filosofia política liberal que vê uma distinção clara entre o domínio público e o privado e coloca a família fora da ação estatal.

Em quarto e último lugar, a abordagem dos direitos está frequentemente ligada à ideia de liberdade negativa e à ideia de proteger o indivíduo da ação estatal. Embora os direitos obviamente não precisem ser entendidos dessa maneira, sua história, ao menos na tradição lockeana, leva a esse tipo de interpretação, e o foco nessas áreas de liberdade negativa tem sido um obstáculo permanente ao progresso das mulheres em esferas que vão da educação compulsória à reforma do casamento.

DIGNIDADE HUMANA E CAPACIDADES HUMANAS

Uma resposta razoável a todas essas preocupações – capaz de oferecer boa orientação a governos no estabelecimento de princípios básicos constitucionais e a agências internacionais na avaliação da qualidade de vida – é dada por uma versão da abordagem das capacidades.

A pergunta central feita pela perspectiva das capacidades não é “quão satisfeita está esta mulher?”, nem “quanto ela pode dispor em termos de recursos?”. A pergunta é, na verdade: “O que de fato ela pode ser e fazer?”. Adotando uma posição política sobre uma lista prática de funções que pareceriam de central importância na vida humana, a pergunta seria: “Esta pessoa é capaz disso ou não?”. A pergunta refere-se não apenas à satisfação de uma pessoa com o que faz, mas também ao que ela faz e ao que ela tem a possibilidade de fazer (quais as suas oportunidades e liberdades). Por isso o questionamento tanto sobre os recursos disponíveis quanto sobre como eles são ou não aplicados, habilitando a mulher a exercer suas funcionalidades.

A fim de apresentar a ideia intuitiva por trás dessa abordagem, é útil começar pela seguinte passagem dos *Manuscritos econômico-filosóficos*, texto de Marx de 1844, escrito em um momento em que ele lia Aristóteles e era influenciado pelas ideias aristotélicas de capacidade e funcionamento humano:

É evidente que o olho *humano* se compraz de modo distinto do olho bruto, não humano; que o *ouvido* humano se compraz distintamente do bruto, etc. [...] O *sentido* que é refém da bruta necessidade prática tem apenas um sentido *restrito*. Para o homem faminto, não existe a forma humana da comida, mas apenas sua existência abstrata como comida; esta bem poderia apresentar-se em sua forma mais bruta, e seria impossível dizer em quê essa atividade de alimentar-se difere da atividade *animal* de alimentar-se.

Nessa passagem, Marx seleciona certas funções humanas – comer e utilizar os sentidos, que parecem ter uma centralidade na vida de qualquer indivíduo – para daí afirmar que existe algo que é poder executar essas atividades de um modo inteiramente humano – ou seja, um modo alimentado pela razão e sociabilidade. Mas os seres humanos não têm automaticamente a oportunidade de exercer suas funções de forma inteiramente humana. Algumas condições em que as pessoas vivem – como fome ou privação educacional – fazem com que um ser que é humano tenha de viver de um modo animal. Obviamente, o que Marx quer dizer é que essas condições são inaceitáveis e devem ser mudadas.

De uma maneira semelhante, a ideia intuitiva por trás de minha versão da abordagem das capacidades é dupla: primeiro, haveria certas funções particularmente centrais na vida humana, no sentido de que sua presença ou ausência seria tipicamente entendida como uma marca da presença ou ausência de vida humana; segundo – e isto é o que Marx descobriu em Aristóteles –, haveria algo que seria exercer essas funções de uma maneira verdadeiramente humana, e não meramente animal. Julgamos, com bastante frequência, que determinada vida foi tão empobrecida que não vale a dignidade do ser humano, que é uma vida em que a pessoa segue vivendo, mais ou menos como um animal, sem ser capaz de desenvolver e exercitar seus poderes humanos. No exemplo de Marx, uma pessoa faminta come apenas para sobreviver, e os muitos ingredientes sociais e racionais da alimentação humana não se fazem presentes. Assim também os sentidos de um ser humano podem operar em um nível meramente animal – se não são cultivados por educação apropriada, por lazer para a diversão e autoexpressão, por associações importantes com outros; e deveríamos adicionar à lista alguns itens que Marx provavelmente não endossaria, como liberdade de expressão e associativa e liberdade de culto. A ideia essencial parece corresponder à do ser humano como um ser livre e digno, que define sua própria vida, e não que é passivamente

determinado ou tocado como um animal de um rebanho ou gado pelo mundo.

Em um extremo, podemos julgar que a ausência de capacidade para uma função central é tão aguda que a pessoa não é realmente um ser humano, ou deixa de sê-lo – como no caso de formas muito severas de deficiência mental ou demência senil. Mas estou menos interessada nesse limite (embora ele seja importante para a ética médica) que em um nível mais alto, em que a capacidade de uma pessoa é “verdadeiramente humana”, isto é, *digna* de um ser humano. A ideia, pois, contém a noção de validade ou dignidade humana.

Note-se que a abordagem torna cada pessoa portadora de valor e de um objetivo. Marx, como seus antepassados burgueses, sustenta que é errado subordinar os objetivos de alguns indivíduos àqueles de outros. Isso está no cerne de o que é a exploração – tratar uma pessoa como mero objeto para o uso alheio. O que essa abordagem busca é uma sociedade em que os indivíduos sejam tratados como merecedores, cada um, de consideração, e em que cada um tenha condições de viver realmente humanamente.

Acredito que podemos fazer uma descrição desses elementos necessários ao funcionamento humano que obtenha consenso transcultural, uma lista que possa ser endossada para propósitos políticos por pessoas que têm visões muito diferentes de o que seria uma vida boa e completa para um ser humano. A lista deve oferecer um foco para a avaliação da qualidade de vida e para o planejamento político, e visa selecionar capacidades que sejam de central importância, independentemente de outros objetivos que o indivíduo possua. As capacidades, portanto, têm uma exigência única de serem sustentadas para fins políticos em uma sociedade pluralista.¹

A lista é um rol de componentes separados. Não podemos satisfazer a necessidade de um deles oferecendo às pessoas uma

grande quantidade de outro. Todos são de central importância e todos são distintos em qualidade. A irreduzível pluralidade da lista limita as trocas possíveis e, portanto, restringe a aplicabilidade da análise de custo-benefício.

A intuição básica de onde parte a abordagem das capacidades, na arena política, é a de que se exige moralmente que as habilidades sejam desenvolvidas. Os seres humanos são criaturas tais que, providas do suporte educacional e material adequado, podem tornar-se plenamente capazes de suas funções. Isto é, são criaturas com certas capacidades de nível mais baixo, que chamo de “capacidades básicas”,³² para exercer as funções em questão. Quando essas capacidades são desprovidas do nutriente que as transformaria nas capacidades de alto nível que figuram em minha lista, são infrutíferas, podadas, tornando-se nada além da sombra de si mesmas. Se a uma tartaruga fosse dada uma vida que lhe garantisse um nível meramente animal de funcionamento, não teríamos indignação, nem impressão de desperdício ou tragédia. Mas, quando a um ser humano é dada uma vida que arruína os poderes de ação e expressão humana, isso nos causa o sentimento de desperdício e tragédia – a tragédia expressa, por exemplo, na fala da heroína de Tagore a seu marido, quando ela afirma: “Não sou de morrer fácil”. Em seu ponto de vista, uma vida sem dignidade ou escolha, uma vida em que ela não poderia ser mais que uma coadjuvante, era um tipo de morte de sua humanidade.

FUNCIONALIDADES E CAPACIDADE

Até agora, falei tanto de funcionalidade como de capacidade. Como elas estão relacionadas? Esclarecer isso é crucial para definir a relação da abordagem das capacidades com nossas preocupações sobre paternalismo e pluralismo. Se

fôssemos tomar a funcionalidade por si só como o objetivo da política pública, um pluralista liberal corretamente julgaria que estaríamos excluindo muitas escolhas que os cidadãos podem fazer de acordo com suas próprias concepções de bem. Uma pessoa profundamente religiosa pode preferir não se nutrir bem e engajar-se em um jejum extenuante. Por razões religiosas ou de outra natureza, um indivíduo pode preferir uma vida celibatária a uma contendo expressão sexual. Uma pessoa pode preferir trabalhar com intensa dedicação, privando-se de recreação e diversão. Estaria afirmando, por meu próprio uso da lista, que essas não são vidas plenamente humanas ou prósperas? Estaria recomendando aos governos incitar ou pressionar as pessoas a exercer a funcionalidade de um tipo exigido, independentemente do que elas prefiram? A resposta a essas perguntas é não.

Capacidade, e não funcionalidade, é o objetivo político apropriado. Isso exatamente pela grande importância que se atribui à razão prática, como um bem que tanto incide sobre todas as outras funções, tornando-as totalmente humanas, como também figura, ele próprio, como uma função central na lista. A pessoa com abundância de comida pode sempre escolher jejuar, mas há uma grande diferença entre jejuar e passar fome, e é essa diferença que queremos assinalar. Da mesma forma, a pessoa que tem oportunidades de satisfação sexual sempre pode escolher uma vida celibatária, e não se deve dizer nada contra isso. Aquilo a que me oponho é, por exemplo, a prática de mutilação genital feminina, que priva as mulheres da oportunidade de escolher o funcionamento sexual – e, também, de escolher o celibato.^{33,34} Uma pessoa que tem oportunidades de diversão pode sempre escolher uma vida *workaholic*, pois há uma grande diferença entre a vida escolhida e a vida restringida por garantias insuficientes quanto à jornada máxima de trabalho e/ou pela dupla jornada que impossibilita as mulheres de se divertirem em várias partes do mundo.

Mais uma vez, devemos enfatizar que o objetivo é a compreensão como *capacidades combinadas*. Assegurar uma capacidade a uma pessoa não é suficiente para gerar condições para a ação. É necessário, também, preparar as condições materiais e institucionais de forma que as pessoas estejam de fato aptas a exercer funcionalidades. Mulheres sobrecarregadas pela dupla jornada podem ser *profundamente* incapazes de se divertirem – se, por exemplo, tiverem sido mantidas dentro de casa e zelosamente protegidas desde a infância, casadas aos seis anos, e proibidas de se engajarem no tipo de exploração imaginativa do ambiente da qual as crianças masculinas normalmente gozam. Meninas jovens de áreas rurais pobres do Rajastão, na Índia, por exemplo, têm grande dificuldade em *aprender* a brincar em um programa educacional promovido por ativistas locais – porque sua capacidade de brincar não foi alimentada desde o início da infância. Por outro lado, há também muitas mulheres no mundo que são perfeitamente capazes de se divertirem no sentido profundo, mas que não podem fazê-lo por causa das exigências opressivas da dupla jornada. Essas mulheres não têm a *capacidade combinada* de divertir-se no sentido pretendido pela lista. A capacidade é, portanto, uma noção exigente. Em seu foco sobre o ambiente de escolha, é altamente atenta ao objetivo da funcionalidade e instrui os governos a manterem-se alertas. Contudo, não incita as pessoas à funcionalidade: uma vez organizado o cenário, a escolha é delas.

Poderia surgir o questionamento se a abordagem das capacidades, comprometida em identificar um conjunto de áreas substanciais de ação estatal e em pressionar o Estado a promover a capacidade em todas essas áreas por medidas afirmativas, em vez de apenas negativas, não acabaria passando por cima das liberdades e das preferências dos cidadãos, tornando-se assim uma abordagem restritiva. Há várias formas pelas quais minha versão da abordagem das capacidades tenta responder a esse questionamento. Uma é especificando as capacidades

em um alto nível de generalidade e permitindo uma gama de interpretações de uma capacidade que se encaixe na história e nas tradições de um povo. Um direito à livre expressão que funciona bem nos Estados Unidos pode não dar certo na Alemanha, que se comprometeu com a proibição da literatura e expressão antissemitica, o que parece inteiramente apropriado, dada a sua história. Uma segunda forma, como mostra esse exemplo, é que as liberdades políticas e civis figuram proeminentemente no conteúdo da lista de capacidades. Mas a forma mais importante como a abordagem protege a diversidade e o pluralismo, ao que me parece, é que ela objetiva a capacidade, e não a funcionalidade de fato, o empoderamento dos cidadãos, e não seu subjugamento a um modo de vida pré-estabelecido.

CAPACIDADES E CUIDADO

Retornarei agora às outras abordagens a fim de indicar brevemente como a perspectiva das capacidades vai além delas. Ela parece superior à ênfase na opulência e no PNB, pois a) trata todo e cada ser humano como um fim em si mesmo; e b) concentra-se explicitamente na provisão de bem-estar em uma ampla gama de áreas do funcionamento humano. Ela parece superior às abordagens baseadas em recursos porque olha para as necessidades variáveis que os seres humanos têm de recursos e para os obstáculos sociais que se impõem entre certos grupos e a igual oportunidade de exercer funcionalidades. Ela oferece um embasamento para medidas afirmativas que lidam com essas diferenças. E parece superior às teorias baseadas em preferências porque reconhece que as preferências são endógenas, reconhece a criação de leis, instituições e tradições, e recusa-se a manter a igualdade humana refém do *status quo*. Finalmente, é uma aliada próxima da abordagem de direitos humanos e complementa algumas versões dela. Mas a abordagem das capacidades possui,

acredito, uma clareza superior na forma como define tanto o objetivo da ação política como seu embasamento. E torna claro o fato de que o Estado não cumpre com seu papel se simplesmente não intervém no exercício das funcionalidades humanas: é preciso uma ação afirmativa para levar todos os cidadãos a um nível limiar de capacidade.

Por fim, há uma questão importante em que, ao que me parece, a perspectiva das capacidades vai além de todas as outras abordagens surgidas da tradição liberal: a questão do cuidado e de nossa necessidade tanto de recebê-lo como de oferecê-lo. Todos os seres humanos começam suas vidas como frágeis crianças; se viverem por bastante tempo, são suscetíveis de terminar suas vidas também na fragilidade, quer física, quer mental. No auge da vida, a maioria dos seres humanos encontra períodos de extrema dependência; e alguns permanecem dependentes do cuidado físico diário oferecido por outra pessoa ao longo de toda a sua vida. É claro que falar dessa forma sugere que seres humanos “normais” não dependem de outros para o cuidado físico e a sobrevivência, mas o pensamento político deve reconhecer que algumas fases da vida, e algumas vidas, geram dependência mais profunda que outras.

A perspectiva das capacidades, mais aristotélica que kantiana, vê os seres humanos desde o início como seres animais cujas vidas se caracterizam por profunda carência e por dignidade. Ela lida com a questão do cuidado de várias maneiras: no tocante à “vida”, enfatiza-se que as pessoas devem poder completar um período “normal” de vida humana; no tocante à “saúde” e “integridade física”, as necessidades de diferentes fases da vida são implicitamente reconhecidas; “sentido”, “emoções” e “afiliação” também são direcionados a necessidades que variam conforme o estágio da vida. A “afiliação” é de particular importância, uma vez que menciona tanto a necessidade de compaixão e autorrespeito como a não discriminação. O que

vemos, portanto, é que o cuidado deve ser oferecido de tal forma que a capacidade de autorrespeito daquele que o recebe não seja prejudicada, e que o cuidador não seja explorado nem discriminado por exercer esse papel. Em outras palavras, uma boa sociedade deve organizar-se para oferecer cuidados àqueles em condição de extrema dependência, sem explorar as mulheres como elas foram tradicionalmente exploradas, sendo privadas, assim, de outras importantes capacidades. Esse enorme problema definirá corretamente a forma como os Estados pensam sobre todas as outras capacidades.^{32,35-45}

A abordagem das capacidades tem uma grande vantagem sobre as abordagens tradicionais liberais que usam a ideia de contrato social. Tais abordagens tipicamente geram princípios políticos básicos de uma situação contratual hipotética em que todos os participantes são adultos independentes. John Rawls, por exemplo, usa a expressão “membros da sociedade totalmente cooperativos por uma vida completa”.⁴⁵⁻⁴⁷ Mas é claro que nenhum ser humano é isso. E a ficção distorce a escolha de princípios, apagando a questão da extrema dependência e do cuidado da agenda das partes contratantes, quando escolhem os princípios que definem a estrutura básica da sociedade. No entanto, uma questão fundamental como essa não pode ser adiada para consideração posterior, uma vez que define o modo como as instituições sociais serão delineadas.³ A abordagem das capacidades, usando um conceito diferente de ser humano, um que desenvolve a necessidade e a dependência já nas primeiras fases do pensamento político, é mais adequada a uma deliberação sobre esse conjunto de questões.

A perspectiva das capacidades pode parecer ter uma desvantagem em comparação com algumas outras abordagens: a dificuldade de medir as capacidades humanas. Se essa dificuldade surge já quando pensamos sobre questões óbvias como saúde e mobilidade, aparece de modo notável em minha própria

lista, que adicionou vários itens aparentemente intangíveis, como o desenvolvimento da imaginação e as condições de saúde emocional. Sabemos, porém, que qualquer coisa que valha a pena medir, na qualidade de vida humana, é de difícil mensuração. Abordagens baseadas em recursos simplesmente substituem o que realmente deve ser medido, uma pilha de coisas para a riqueza do funcionamento humano, por algo fácil de medir. Abordagens baseadas em preferências fazem ainda pior, porque não apenas deixam de medir o que deve ser medido, mas também entram em seus próprios dilemas quanto a como agregar preferências – e se há alguma forma de realizar essa tarefa que não vá contra as dificuldades mostradas na literatura sobre escolha social. A perspectiva das capacidades desenvolvida até o presente momento nos Relatórios do Desenvolvimento Humano é imperfeita: anos de escolarização, todos reconheceriam, não correspondem perfeitamente à educação. Podemos esperar que qualquer correspondência que encontremos ao incluir mais capacidades no estudo será também altamente imperfeita – especialmente em se tratando de dados oferecidos pelas nações e nos quais precisamos confiar.

Por outro lado, estamos, ao menos, trabalhando no lugar certo e olhando para a coisa certa; e, com o tempo, à medida que a coleta de dados responder a nossas preocupações, poderemos esperar informações cada vez mais adequadas, e formas melhores de agregar essas informações. Como já ocorreu com abordagens de direitos humanos, precisamos confiar na sagacidade daqueles que sofrem privações: eles nos ajudarão a encontrar formas de descrever, e mesmo de mensurar, suas adversidades.

¹ Obviamente, estou pensando no aspecto político de forma mais abrangente que muitos teóricos na tradição liberal ocidental, para quem o Estado-nação permanece como a unidade básica. Estou vislumbrando não apenas as deliberações domésticas, mas também as avaliações transculturais da qualidade de vida e outras formas de deliberação e planejamento internacional.

REFERÊNCIAS

1. Nussbaum M. The role of religion. In: Nussbaum M. Women and human development: the capabilities approach. Cambridge: Cambridge University Press; 2000. p. 167-235.
2. Nussbaum M. Religion and women's human rights. In: Weithman P, editor. Religion and contemporary liberalism. Notre Dame: University of Notre Dame Press; 1997. p. 93-137. Impresso também em Nussbaum M. Sex and social justice. New York: Oxford University Press; 1999. p. 81-117.
3. Kittay E. Love's labor: essays on women, equality, and dependency. New York: Routledge; 1999.
4. Folbre N. Care and the global economy. Background paper for Human Development Report; 1999.
5. Harrington M. Care and equality: inventing a new family politics. New York: Knopf; 1999.
6. Williams J. Unbending gender: why families and work conflict and what to do about it. New York: Oxford University Press; 1999.
7. Sen A. Equality of what? In: McMurrin S, editor. Tanner lectures on human values. Cambridge: Cambridge University Press; 1980. v. 1. Reimpresso em Sen A. Choice, welfare, and measurement. Oxford, Cambridge: Basil Blackwell, MIT Press; 1982.
8. Sen A. Resources, values, and development. Oxford, Cambridge: Basil Blackwell, MIT Press; 1984.
9. Sen A. Commodities and capabilities. Amsterdam: North Holland; 1985.

10. Sen A. Well-being, agency, and freedom: the Dewey lectures 1984. *J Philos* 1985; 82(4):169-221.
11. Sen A. Capability and well-being. In: Nussbaum M, Sen A, editores. *The quality of life*. Oxford: Clarendon Press; 1993. p. 30-53.
12. Sen A. Gender inequality and theories of justice. In: Nussbaum M, Glover J, editores. *Women, culture, and development*. Oxford: Clarendon Press; 1995. p. 153-98.
13. Sen A. *Inequality reexamined*. Oxford, Cambridge: Clarendon Press, Harvard University Press; 1992.
14. Drèze J, Sen A. *Hunger and public action*. Oxford: Clarendon Press; 1989.
15. Drèze J, Sen A. *India: economic development and social opportunity*. Delhi: Oxford University Press; 1995.
16. United Nations Development Programme (UNDP). *Human Development Report 1993*. New York: Oxford University Press; 1993.
17. United Nations Development Programme (UNDP). *Human Development Report 1994*. New York: Oxford University Press; 1994.
18. United Nations Development Programme (UNDP). *Human Development Report 1995*. New York: Oxford University Press; 1995.
19. United Nations Development Programme (UNDP). *Human Development Report 1996*. New York: Oxford University Press; 1996.

20. Dasgupta P. An inquiry into well-being and destitution. Oxford: Clarendon Press; 1993.
21. Agarwal B. A field of one's own: gender and land rights in South Asia. Cambridge: Cambridge University Press; 1994.
22. Alkire S. Operationalizing Amartya Sen's capability approach to human development: a framework for identifying valuable capabilities [tese]. Oxford: Oxford University; 1999.
23. Anand S, Harris C. Choosing a welfare indicator. Am Econ Assoc Pap Proc 1993; 84:226-49.
24. Stewart F. Basic needs, capabilities, and human development. In: Offer A, editor. In pursuit of the quality of life. Oxford: Oxford University Press; 1996. p. 46-65.
25. Pattanaik P. Cultural indicators of well-being: some conceptual issues. In: Unesco. World culture report: culture, creativity, and markets. Paris: Unesco; 1998. p. 333-9.
26. Desai M. Poverty and capability. Towards an empirically implementable measure. London: London School of Economics and Political Science; 1990. Suntory-Toyota International Centre Discussion Paper, n. 27.
27. Chakraborty A. The concept and measurement of the standard of living [tese]. Riverside: University of California at Riverside; 1996.
28. Aman K, editor. Ethical principles for development: needs, capabilities or rights. Montclair: Montclair University Press; 1991.
29. Basu K, Pattanaik P, Suzumura K, editores. Choice, welfare, and development: a festschrift in honour of Amartya K. Sen. Oxford: Clarendon Press; 1995.

30. Nussbaum M, Sen A. Introduction. In: Nussbaum M, Sen A, editores. *The quality of life*. Oxford: Clarendon Press; 1993. p. 1-8.
31. Nussbaum M. Adaptive preferences and women's options. In: Nussbaum M. *Women and human development: the capabilities approach*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000. p. 111-61.
32. Nussbaum M. In defense of universal values. In: Nussbaum M. *Women and human development: the capabilities approach*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000. p. 34-106.
33. Nussbaum M. Religion and women's human rights. In: Nussbaum M. *Sex and social justice*. New York: Oxford University Press; 1999. p. 81-117.
34. Nussbaum M. Judging other cultures: the case of genital mutilation. In: Nussbaum M. *Sex and social justice*. New York: Oxford University Press; 1999. p. 118-29.
35. Nussbaum M. Introduction: feminism and international development. In: Nussbaum M. *Women and human development: the capabilities approach*. Cambridge: Cambridge University Press; 2000. p. 1-31.
36. Nussbaum M. Nature, function, and capability: Aristotle on political distribution. *Oxf Stud Anc Philos* 1988; 1(Suppl): 145-84.
37. Nussbaum M. Aristotelian social democracy. In: Douglass RB, Mara GM, Richardson HS, editores. *Liberalism and the good*. New York: Routledge; 1990. p. 203-52.
38. Nussbaum M. Non-relative virtues: an Aristotelian approach. In: Nussbaum M, Sen A, editores. *The quality of life*. Oxford: Clarendon Press; 1993. p. 242-270.

39. Nussbaum M. Aristotle on human nature and the foundations of ethics. In: Altham JEJ, Harrison R, editores. *World, mind and ethics: essays on the ethical philosophy of Bernard Williams*. Cambridge: Cambridge University Press; 1995. p. 86-131.
40. Nussbaum M. Human functioning and social justice: in defense of Aristotelian essentialism. *Polit Theory* 1992; 20:202-46.
41. Nussbaum M. Human capabilities, female human beings. In: Nussbaum M, Glover J, editores. *Women, culture, and development*. Oxford: Clarendon Press; 1995. p. 61-104.
42. Nussbaum M. The good as discipline, the good as freedom. In: Crocker DA, Linden T, editores. *Ethics of consumption: the good life, justice, and global stewardship*. Lanham: Rowman and Littlefield; 1997. p. 312-411.
43. Nussbaum M. Women and cultural universals. In: Nussbaum M. *Sex and social justice*. New York: Oxford University Press; 1999. p. 29-54.
44. Nussbaum M. Capabilities and human rights. *Fordham Law Rev* 1997; 66:273-300.
45. Nussbaum M. The future of feminist liberalism: a presidential address to the Central Division of the American Philosophical Association, April 22, 2000. *Proc Addr Am Philos Assoc* 2000; 74:47-79.
46. Rawls J. *Political liberalism*. New York: Columbia University Press; 1993.
47. Nussbaum M. Rawls and feminism. In: Freeman S, editor. *The Cambridge companion to Rawls*. Cambridge: Cambridge University Press; 2003. p. 488-520.

DIVERSIDADE CORPORAL E PERÍCIA MÉDICA NO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

Livia Barbosa, Debora Diniz e Wederson Santos

INTRODUÇÃO

A história da deficiência é também uma história de exclusão e estigma. O corpo da pessoa com deficiência foi submetido a diferentes formas de controle, sendo as narrativas religiosas e biomédicas as que mais fortemente dominaram os saberes sobre a deficiência nos últimos dois séculos. De um castigo divino a um corpo abjeto pelas mutações genéticas, a deficiência foi descrita como a alteridade sem possibilidade de identificação pela cultura da normalidade.^{1,2} A pessoa com deficiência experimenta uma das formas mais singulares de exclusão social – a solidão pelo corpo único. Muitas crianças deficientes vivem em famílias sem deficiência, o que torna a descoberta dos impedimentos corporais um processo solitário desde as primeiras formas de socialização.

A emergência da narrativa biomédica foi a primeira guinada para a garantia dos direitos aos deficientes no século XIX. Antes

uma expressão do azar ou do pecado, os impedimentos físicos, sensoriais ou cognitivos da pessoa com deficiência passaram a ser explicados com base na embriologia e na genética, e surgiram soluções nos campos da cirurgia ou da reabilitação.³ O corpo com impedimentos tornou-se alvo do poder biomédico, cujo principal objetivo era normalizá-lo. A cultura da normalidade ganhou fôlego com os saberes biomédicos, que, ao explicarem a deficiência em termos científicos, apresentavam alternativas para a sobrevivência em uma regra de exclusão pela diferença. Na ausência de cura ou tratamento, as práticas biomédicas favoreceriam o simulacro da normalidade no corpo com impedimentos, como é o caso das cirurgias estéticas que alteram o desenho dos olhos de crianças com síndrome de Down.⁴ Mesmo reconhecendo que a tipicidade é antes um julgamento de valor que a expressão de uma natureza imutável, a biomedicina representou uma libertação, mas também outra forma de controle do corpo com impedimentos.

A natureza monstruosa e subversiva encontrada em um corpo com impedimentos quando contrastado a um corpo sem impedimentos foi docilizada pelo discurso biomédico.⁵ O *modelo biomédico da deficiência* passou a descrever os impedimentos corporais como um desvio da natureza que, expresso na restrição de sentidos, capacidades ou habilidades, deveria ser controlado pelo poder médico.^{3,6} Até os anos 1970, o modelo biomédico foi hegemônico para orientar as ações no campo da deficiência, fossem bens e serviços de saúde, fossem práticas educacionais. Esse cenário começou a ser alterado com a emergência do *modelo social da deficiência*, cujo esforço argumentativo foi o de aproximar a deficiência de outras narrativas de opressão, como a desigualdade de classe e, mais recentemente, o sexismo e o racismo.^{7,8} O modelo social afirmou a insuficiência da biomedicina para enfrentar a questão da deficiência como um desafio de direitos humanos.⁹

Um dos primeiros movimentos de reconhecimento da igualdade para os deficientes foi o rompimento com as

instituições de grande encarceramento, garantindo o direito a estar no mundo.^{1,5,10} O modelo social sustenta que a exclusão não é resultado dos impedimentos corporais, mas das barreiras sociais.¹¹ Mesmo a institucionalização ainda sendo uma prática de exclusão dos deficientes em muitas sociedades, o principal desafio no âmbito democrático é o da garantia da igualdade pelas políticas do Estado. Foi nesse contexto que estabelecer políticas públicas para as pessoas deficientes passou a refletir os ideais de inclusão social e eliminação de barreiras à participação. No Brasil, a assistência social indica uma dessas passagens da deficiência como tragédia pessoal para a deficiência como uma questão de direitos humanos e justiça social.^{10,12}

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um programa de transferência de renda que garante o valor de um salário mínimo a idosos com 65 anos ou mais e a deficientes de qualquer idade incapazes para a vida independente e para o trabalho. A fim de ser elegível ao benefício, a pessoa deve possuir renda familiar *per capita* inferior a um quarto de salário mínimo.¹³ O BPC passou a ser a principal política de assistência social para as pessoas pobres com deficiência, pois garante a proteção às necessidades individuais básicas.¹⁴⁻¹⁶ Um dos principais desafios do BPC, no entanto, é definir quem é a pessoa com deficiência elegível ao programa. Enquanto o modelo biomédico foi hegemônico para orientar as perícias sobre o corpo para o acesso ao BPC, a controvérsia se deu em torno de como estabelecer as fronteiras entre deficiências e doenças crônicas.¹⁷ Com a demonstração do caráter insuficiente do modelo biomédico para avaliar a exclusão social ou discriminação, a autoridade normativa dos saberes biomédicos para as atividades de perícia do corpo foi também contestada.^{18,19}

Em 2009, com a adoção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), os critérios de definição da pessoa com deficiência foram alterados no Brasil

e, consequentemente, os critérios de elegibilidade ao BPC. Deficiência é agora o resultado da relação entre um corpo com impedimentos e a sociedade, ou seja, é avaliada com base na participação de uma pessoa com impedimentos corporais na vida social. O corpo com impedimentos não é mais a medida solitária para a definição da deficiência, pois tão decisivo quanto os impedimentos corporais é o ambiente que impõe restrições e barreiras à plena participação. Com esse novo conceito, o desafio para o BPC está em estabelecer em que medida os saberes biomédicos e sociais sobre a deficiência devem se combinar no processo pericial. Por um lado, os saberes biomédicos têm centralidade na avaliação de quais impedimentos corporais são elegíveis;¹⁹ por outro lado, o fato de o BPC estar amparado em princípios constitucionais de promoção da igualdade faz com que o modelo social se revigore para a assistência social às pessoas deficientes no Brasil.

Além disso, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência foi ratificada pelo Congresso Nacional, instituindo um novo marco legal para as políticas relativas à deficiência em 2008.^{13,20,21} O conceito de deficiência adotado pela Convenção não se resume à ideia do corpo com impedimentos, reconhecendo na restrição de participação um fenômeno determinante para a identificação da pessoa com deficiência, assim como proposto pela CIF. Aprovada com *status* constitucional no Brasil, a Convenção é a referência para a revisão das políticas sociais no tocante à identificação tanto de quem terá direito à proteção social como dos direitos a serem garantidos.

É nesse contexto de profundas mudanças no cenário legal e nas práticas de avaliação para o acesso à proteção social que este capítulo analisa como as ideias do modelo social e do modelo biomédico sobre a deficiência estão presentes na prática médica que avalia a elegibilidade dos corpos com impedimentos ao BPC. Para que uma pessoa tenha acesso ao benefício, é preciso que

se submeta a perícias médicas e sociais que atestarão a condição de deficiência e de pobreza. Nas perícias, diferentes perspectivas sobre o corpo com impedimentos e sobre a deficiência são negociadas para definir o sujeito a ser protegido pela assistência social.

METODOLOGIA

Os dados foram coletados entre os médicos peritos presentes no II Congresso Brasileiro de Perícia Médica Previdenciária, em Brasília, em abril de 2009. O congresso foi organizado pela Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social (ANMP) e contou com 850 participantes. A ANMP possui hoje 5.500 associados, em um universo de 7.000 médicos peritos existentes no país, segundo informações da secretaria da associação. Do total de participantes do congresso, 448 responderam ao questionário, o que corresponde a 52,7% dos participantes, 8,14% dos médicos peritos associados à ANMP e 6,4% do total de médicos peritos brasileiros. O questionário foi distribuído nas áreas de livre circulação durante os dias de realização do congresso. A pesquisa de campo contou com uma equipe de 20 pesquisadores.

O questionário foi composto de 11 questões, de quatro ordens: características pessoais (sexo e idade), características profissionais (unidade da Federação de origem, tempo de profissão, número de perícias realizadas diariamente, tipo de perícia, parâmetros utilizados na perícia para o BPC-Loas), perguntas sobre a importância de determinadas características para a concessão do BPC e perguntas que simulavam situações de perícia para que o médico se posicionasse. Os pesquisadores foram treinados para não interferir no processo de aplicação, de forma que os médicos entrevistados respondiam ao questionário

e depois o devolviam à equipe. O instrumento havia sido validado em pesquisa anterior, realizada em 2005 com participantes pertencentes ao mesmo grupo profissional.²²

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília (CEP/IH), em observação à Resolução 196/1996, do Ministério da Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos no Brasil.²³ O consentimento dos participantes foi solicitado por meio de um termo de consentimento livre e esclarecido na parte inicial do questionário.²⁴ Como estratégia de proteção dos participantes, não houve perguntas que rompessem o sigilo e o anonimato dos questionários.

OS MODELOS BIOMÉDICO E SOCIAL NA PERÍCIA

Os médicos possuem uma autoridade discursiva sobre a deficiência. Os médicos peritos são treinados para esquadriñar e normatizar o funcionamento dos corpos.²⁵ A partir do século XVII, o olhar clínico se vestiu do discurso da neutralidade e da verdade, constituindo-se em um saber que sistematiza o funcionamento normal do organismo e define o patológico para fins de intervenção, controle e normalização. Segundo Foucault, o olhar clínico realiza-se em sua verdade própria para ter acesso à verdade dos corpos.²⁵ E, embora o movimento que possibilita o surgimento do discurso biomédico seja uma mera mudança de objetos, métodos e conceitos, sua objetividade na classificação e normalização dos corpos tornou a biomedicina o principal saber/poder sobre o corpo normal e o corpo desviante.²⁵ É esse o saber utilizado pelas sociedades contemporâneas como o discurso oficial para fins de políticas públicas e de dimensionamento da distribuição dos bens e serviços no âmbito do Estado.

A necessidade da perícia para fins de concessão do BPC é um exemplo de como o Estado faz uso do saber biomédico para definir suas prioridades de intervenção. A perícia médica legitima a distribuição do benefício, funcionando como um discurso objetivo sobre a deficiência. Os médicos peritos atualizam a objetividade do modelo biomédico em vários momentos. Quando perguntados, por exemplo, se um adulto com o diagnóstico de HIV/aids assintomático seria elegível ao BPC, 98,2% (440) dos médicos peritos disseram que não. A aids é classificada como uma doença crônica tratável, embora não curável, não sendo tradicionalmente vista como deficiência pela narrativa biomédica. Nesse caso, houve um consenso entre os médicos de que um sujeito portador do vírus HIV não é deficiente, portanto, não seria elegível ao BPC. É um caso em que a objetividade do modelo biomédico diminui o caráter discricionário da perícia, conferindo transparência aos critérios da prática pericial para o acesso ao benefício.

Outra situação de concordância entre os participantes da pesquisa foi a de um homem de 35 anos, com estado de saúde geral bom e diagnóstico de transtorno bipolar de humor. Nessa situação, 95,3% (427) dos médicos responderam que o indivíduo não é elegível ao BPC. O transtorno bipolar de humor é uma doença psiquiátrica com grande variabilidade clínica, que pode ser controlada em alguns casos com o uso de medicamentos.²⁶ Assim como a aids, o transtorno não constitui um caso tradicional de deficiência dentro da perspectiva biomédica. Esses dois casos são exemplos da clareza dos peritos sobre o que consiste um desvio na estrutura do corpo a partir da matriz disciplinar na qual foram treinados. É razoável considerar que a aplicação dos recursos públicos deva seguir um padrão objetivo não discricionário, e a postura dos peritos entrevistados indica que o saber médico cumpre esse papel de forma bem-sucedida.

A crítica do modelo social não nasce para desqualificar a autoridade médica sobre os impedimentos corporais, mas para denunciar o aspecto opressor da medicalização dos corpos com impedimentos.¹⁰ O modelo biomédico traduz a deficiência como uma tragédia pessoal, transformando o corpo com impedimentos em um objeto de intervenção e normalização. Para os médicos peritos desta pesquisa, a deficiência é resultado dos impedimentos do corpo. As pessoas deficientes possuiriam uma desvantagem natural em relação às pessoas não deficientes por causa de suas deformidades e limitações de funcionalidade e/ou estrutura. Haveria uma desigualdade de ponto de partida entre pessoas deficientes e não deficientes. O modelo social da deficiência estruturou-se em oposição ao pressuposto de causalidade do modelo biomédico, com forte crítica à ideia de que os impedimentos é que determinam a desvantagem.¹⁰ O modelo social compreende a deficiência como resultado da interação entre um corpo com impedimentos e um ambiente hostil à diversidade corporal, assim como proposto pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.¹³

A proposta do modelo social, no entanto, não é a de que todas as restrições de atividades vividas pelas pessoas com impedimentos corporais são causadas por barreiras sociais, mas a de que a deficiência passa a existir quando aspectos da prática e da estrutura social contemporânea geram desvantagens e excluem os corpos com impedimentos.^{10,27} O potencial dos impedimentos em limitar atividades não é ignorado, mas os impedimentos não constituem a deficiência.²⁷ O conceito relacional de deficiência adotado pelo modelo social e pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência devolve para as sociedades o dever de reduzir as desvantagens, em particular pelas políticas públicas e sociais. O modelo social define a deficiência como uma opressão ao corpo, não como uma desigualdade natural ou inerente aos impedimentos corporais.²⁸ Assim, tanto no caso da aids como no caso do transtorno bipolar de humor, é possível imaginar

situações em que pessoas sofrem a opressão pelo corpo sem que possuam impedimentos tradicionalmente compreendidos pelos saberes biomédicos como correspondentes à deficiência.

O caso de uma mulher diagnosticada com HIV/aids que trabalhava como doceira sem contribuir para a previdência social em uma cidade no interior de Santa Catarina é um exemplo dos limites do modelo biomédico perante a nova definição de deficiência proposta pelo modelo social e pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. O caso foi objeto de uma ação judicial, onde os detalhes da história foram apresentados.²⁹ A notícia do diagnóstico de aids levou-a à perda do emprego, pois alegava-se o risco de o vírus ser transmitido por meio do trabalho manual. Sem meios de garantir a própria sobrevivência, a mulher deu entrada no BPC, mas teve o benefício negado pela perícia médica, pois, assim como no caso fictício apresentado aos médicos peritos na pesquisa, o avaliador do INSS considerou que HIV assintomático não se qualificava como deficiência. A mulher recorreu às cortes e o juiz entendeu que a discriminação sofrida após o diagnóstico a tornava elegível ao BPC, pois a exclusão que ela vivia era resultante das barreiras sociais ao seu corpo. Nesse caso, as desvantagens sofridas pela mulher foram ignoradas na perícia médica. A recusa do INSS se justificou unicamente no diagnóstico médico pelo caráter assintomático da doença, não havendo uma avaliação de o quanto o estado assintomático do HIV/aids restringia as chances de participação social da mulher.

É errôneo, no entanto, afirmar que o modelo biomédico é o único presente na perícia médica do BPC. Os resultados da pesquisa mostram situações variadas que evidenciam disputa e tensão entre os modelos biomédico e social da deficiência na prática da perícia médica. A disputa é evidenciada especialmente nos casos em que o candidato ao BPC possui uma condição que tanto se afasta da compreensão biomédica de deficiência como, ao mesmo tempo, representa um impedimento na interação,

dada a pouca sensibilidade do ambiente social a algumas formas e funcionamentos corporais. As barreiras ambientais e as dificuldades de interação impostas por elas são consideradas fenômenos de discriminação pela Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Para a Convenção, discriminação é

qualquer diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, com o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o reconhecimento, o desfrute ou o exercício, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nas esferas política, econômica, social, cultural, civil ou qualquer outra.¹³

Quando perguntados se um jovem de 16 anos com insuficiência renal crônica é elegível ao BPC, 258 (57,6%) responderam que sim e 172 (38,4%) responderam que não. A dúvida expressa nas respostas dos médicos perante esse caso sugere o quanto a interação social é a variável decisiva para o julgamento da deficiência. Há uma disputa pela autoridade discursiva: se é a classificação médica dos impedimentos corporais ou se é a avaliação das barreiras sociais o que determinará a definição de deficiente para acesso ao benefício. A insuficiência renal crônica é uma doença na qual o funcionamento dos rins está comprometido, de forma que a pessoa deve se submeter a sessões periódicas de hemodiálise para que a filtragem do sangue ocorra de forma adequada.³⁰ O portador de insuficiência renal não representa o perfil tradicional do deficiente na perspectiva biomédica e, em várias ocasiões da vida, pode se passar por uma pessoa não deficiente, sem que sua condição de saúde seja percebida pelas pessoas ao seu redor. No entanto, mais da metade dos médicos peritos consideraram que uma pessoa com essa condição é elegível ao BPC. Uma explicação possível é que o tratamento médico para a insuficiência renal pode impor restrições objetivas de participação social ao portador da doença. Há a necessidade de que a pessoa reserve, em alguns casos, dois ou três dias na semana para submeter-se às sessões de hemodiálise, tornando-se difícil a condução de atividades

corriqueiras a pessoas adultas, como a rotina padrão de trabalho ou estudo cinco dias por semana.

A divergência nas respostas indica que há casos em que o modelo biomédico não é soberano na cena da perícia médica. A compreensão da deficiência como restrição de participação está presente nos casos controversos, em uma inspiração no modelo social, disputando legitimidade com a noção estritamente biomédica. Um dado que reforça essa afirmação é o fato de que a questão sobre insuficiência renal foi a que teve o maior número de abstenções, tendo 18 (4%) participantes deixado a resposta em branco. Determinar se essa doença, que causa restrições claras de participação, é deficiência parece ter sido uma tarefa difícil para os peritos médicos. Alguns não conseguiram responder apenas com os elementos dispostos no questionário, outros preferiram optar pela concepção biomédica de deficiência e a maioria indicou que é possível a elegibilidade ao benefício quando há restrição de participação. O discurso sobre a deficiência passa a ser arena de disputa quando a doença ou o impedimento corporal desafia a compreensão tradicional proposta pelo modelo biomédico, mesmo nos espaços ocupados por profissionais da medicina.

A tensão entre os dois modelos pode ser identificada na pergunta sobre uma criança de três anos com anemia falciforme e crises regulares de dor. Ao serem questionados sobre a elegibilidade dessa criança ao BPC, os peritos se dividiram, de forma que 38,2% (171) responderam que não, ao passo que 59,2% (265) disseram que sim. A anemia falciforme é uma doença genética que causa alterações nas hemoglobinas, prejudicando o transporte de oxigênio pelo corpo e causando problemas circulatórios de várias ordens.³¹ A doença não é tradicionalmente considerada deficiência para o modelo biomédico e possui uma variabilidade clínica grande, podendo gerar severas restrições de participação ou ser amplamente controlada por meio de cuidados diários.³²

Em uma interpretação estrita do modelo biomédico, a anemia falciforme talvez não fosse considerada deficiência, muito embora a maioria dos participantes da pesquisa tenha afirmado que o caso apresentado era elegível ao BPC. O fato de o caso envolver uma criança de três anos, que comumente não possui compromissos diários, como um adulto, introduz uma nova variável no debate. Isso indica que, para além da disputa nas situações objetivas de restrição de participação, onde há uma pessoa que poderá efetivamente ser prejudicada no cumprimento de seus compromissos diários, há uma tensão entre os modelos quando a perícia é feita em relação a determinadas doenças. O fato de a maioria dos médicos peritos participantes da pesquisa considerar que uma criança com anemia falciforme é elegível ao benefício sugere que o modelo biomédico é desafiado mesmo quando não há evidências de restrição de participação. Esse modelo perde a hegemonia quando as situações se aproximam da restrição de participação, seja concretamente ou mesmo como possibilidade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os modelos biomédico e social da deficiência são distintos e possuem implicações importantes para as políticas sociais brasileiras. O modelo biomédico localiza a deficiência no corpo do indivíduo, como um resultado inevitável dos impedimentos físicos, cognitivos ou sensoriais. Nessa perspectiva, o corpo com impedimentos deve ser alvo de intervenção e medicalização, a fim de adequar-se aos ambientes em uma expectativa de normalidade. O modelo social da deficiência reconhece as limitações dos impedimentos corporais, mas afirma que as desvantagens não são uma natural consequência do corpo, e sim uma condição imposta por ambientes sociais pouco sensíveis à diversidade corporal. Nesse modelo, a deficiência é uma questão de justiça

social e tanto os saberes biomédicos devem atuar para melhorar as condições de vida da população com deficiência quanto os ambientes devem ser modificados e tornados acessíveis a todas as pessoas.

A pesquisa com médicos peritos identificou que ambos os modelos disputam a autoridade discursiva sobre a deficiência, mesmo quando os atores são pessoas treinadas em uma perspectiva biomédica de avaliação dos corpos. Os médicos peritos do INSS avaliam e determinam quais são os indivíduos deficientes para fins de concessão do BPC. Esses são médicos de formação, um grupo treinado no olhar clínico para a classificação dos corpos em uma aposta sobre o caráter objetivo da narrativa biomédica. No entanto, a partir dos estudos sobre deficiência e da intensificação do debate internacional sobre esse tema como uma questão de justiça, o modelo social ganhou força nos tratados internacionais e no cenário político dos direitos sociais. Os principais resultados desta pesquisa mostram que o modelo biomédico é hegemônico em algumas situações, mas que há tensão e disputa com o modelo social no momento da perícia.

Os casos da aids e do transtorno bipolar de humor foram paradigmáticos para demonstrar o poder normativo do modelo biomédico. Os médicos peritos responderam que essas não são doenças que podem ser classificadas como deficiência para fins de concessão do BPC. A quase unanimidade mostra que as premissas do modelo biomédico são objetivas e pouco discricionárias, características importantes em uma política pública que se pretenda legítima. Mas, mesmo quando há consenso, o modelo pode falhar na proteção social de pessoas cuja restrição de participação está antes nas barreiras sociais do que nos impedimentos corporais, como foi o caso judicializado da mulher que, por ter adquirido o vírus da aids, ficou impossibilitada de trabalhar.

A restrição de participação é uma variável que ganha força na perícia médica quando as doenças ou os impedimentos se

distanciam do discurso biomédico tradicional. O caso de um jovem com insuficiência renal crônica dividiu as respostas dos médicos participantes da pesquisa. A insuficiência renal não é classificada como deficiência pelo discurso biomédico tradicional, mas quando a maioria dos médicos afirma que pode considerá-la deficiência para fins do BPC, isso indica uma disputa entre os modelos na avaliação da doença. A objetividade da restrição de participação desafiou a compreensão tradicional dos médicos sobre deficiência, que optaram em sua maioria por conceder o benefício. É possível afirmar, ainda, que a mera potencialidade de restrição já é suficiente para dividir os médicos na avaliação pericial. O caso da criança com anemia falciforme causou tensão entre os dois modelos. Diferentemente do adulto com insuficiência renal, que tinha restrições objetivas de participação, uma criança com três anos em geral não possui compromissos que mensurem sua participação social. Nesse caso, a maioria dos peritos optou por classificar a doença como deficiência devido à potencialidade de restrição, desafiando o modelo biomédico centrado no julgamento dos impedimentos corporais.

A perícia médica é um momento em que os modelos biomédico e social da deficiência estão em negociação. A pesquisa mostrou que, quanto mais próxima a deficiência está de sua compreensão como impedimento corporal, mais o modelo biomédico é hegemônico e alcança a unanimidade entre os médicos. Quando os impedimentos corporais, sejam eles por deficiência ou doença, provocam restrição de participação objetiva, há uma disputa entre os modelos, dividindo os peritos médicos. O modelo social causa tensão quando há possibilidade de restrição, levando a maioria dos médicos a optar pela concessão do benefício mesmo quando a doença não se constitui tradicionalmente em uma deficiência nos termos do discurso biomédico. A deficiência torna-se o campo de disputa entre vários discursos, ganhando novos contornos no contexto da perícia e do acesso às políticas sociais. A compreensão da desigualdade pelo corpo como uma

questão de justiça passa, portanto, a reivindicar cenários antes exclusivos do discurso biomédico, trazendo a deficiência no sentido mais amplo como o alvo legítimo da proteção social do Estado.

REFERÊNCIAS

1. Thompson RG, editora. *Freakery: cultural spectacles of the extraordinary body*. New York: New York University Press; 1996.
2. Courtine JJ. O corpo anormal: história e antropologia culturais da deformidade. In: Courtine JJ, Corbin A, Vigarello G, editores. *A história do corpo*. São Paulo: Vozes; 2006. v. III, p. 253-340.
3. Hugues B. Disability and the body. In: Barnes C, Oliver M, Barton L, editores. *Disability studies today*. Cambridge: Polity Press; 2002. p. 58-76.
4. Suzedelis AK. Adding burden to burden: cosmetic surgery for children with Down syndrome. *Virtual Mentor: Am Med Assoc J Ethics* 2006; 8(8):538-40.
5. Foucault M. *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes; 2001.
6. Canguilhem G. *O normal e o patológico*. São Paulo: Forense Universitária; 1995.
7. Barnes C, Oliver M, Barton L, editores. *Disability studies today*. Cambridge: Polity Press; 2002.
8. Shakespeare T. *Disability rights and wrongs*. New York: Routledge; 2006.
9. Barton L, editor. *Discapacidad & sociedad*. Madrid: Morata; 1998.

10. Diniz D. O que é deficiência. São Paulo: Brasiliense; 2007.
11. Corker M, Shakespeare T. Mapping the terrain. In: Corker M, Shakespeare T, editores. *Embodying disability theory*. London: Continuum; 2004. p. 1-17.
12. Boschetti I. Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília: LetrasLivres, Editora Universidade de Brasília; 2006.
13. Brasil. Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e protocolo facultativo à convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde); 2007.
14. Medeiros M, Britto T, Soares FV. Transferência de renda no Brasil. *Novos Estud Cebap* 2007; 79:5-21.
15. Vaitsman J, Paes-Souza R, organizadores. Avaliação de políticas e programas do MDS – resultados. Brasília: MDS; 2007. v. 2: Bolsa Família e Assistência Social.
16. Vaitsman J, Andrade GRB, Farias LO. Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988. *Ciênc Saúde Coletiva* 2009; 14(3):731-41.
17. Wendell S. Unhealthy disabled: treating chronic illnesses as disabilities. *Hypathia* 2001; 16(4):17-33.
18. Santos W. Pessoas com deficiência: nossa maior minoria. *Physis: Rev Saúde Coletiva* 2008; 18(3):501-19.
19. Santos W, Diniz D, Pereira N. Deficiência e perícia médica: os contornos do corpo. *Reciis* 2009; 3(2):16-23.

20. Senado Federal. Decreto Legislativo n. 186, de 9 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 30 de março de 2007. Diário Oficial da União. Brasília, 10 jul. 2008.
21. Supremo Tribunal Federal. Arguição de descumprimento de preceito fundamental n. 182. Brasília, 10 jul. 2009.
22. Diniz D, Squinca F, Medeiros M. Qual deficiência? Perícia médica e assistência social no Brasil. Cad Saúde Pública 2007; 23(11):2589-96.
23. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União. Brasília, 16 out. 1996.
24. Diniz D. Ética na pesquisa em ciências humanas: novos desafios. Ciênc Saúde Coletiva 2008; 13(2):417-26.
25. Foucault M. O nascimento da clínica. São Paulo: Forense Universitária; 2004.
26. Braga ARM, Kunzler LS, Hua Feng Yu. Transtorno de humor bipolar: diversas apresentações de uma mesma doença. Rev Psiquiatr Rio Gd Sul 2008; 30(1):77-80.
27. Thomas C. Disability theory: key ideas, issues and thinkers. In: Barnes C, Oliver M, Barton L, editores. Disability studies today. Cambridge: Polity Press; 2002. p. 38-57.
28. Diniz D, Medeiros M, Squinca F. Reflexões sobre a versão em português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Cad Saúde Pública 2007; 23(10):2507-10.

29. Justiça Federal da 4ª Região. Seminário de direito à saúde: direito à saúde e direitos humanos. Porto Alegre; 2008.
30. Machado LRC, Car MR. A dialética da vida cotidiana de doentes com insuficiência renal crônica: entre o inevitável e o casual. Rev Esc Enferm USP 2003; 37(3):27-35.
31. Silva RBP, Ramalho AS, Cassorla RMS. A anemia falciforme como problema de saúde pública no Brasil. Rev Saúde Pública 1993; 27(1):54-8.
32. Guimarães TMR, Miranda WL, Tavares MMF. O cotidiano das famílias de crianças e adolescentes portadores de anemia falciforme. Rev Bras Hematol Hemoter 2009;31(1):9-14.

POLÍTICA ASSISTENCIAL, ORÇAMENTO E JUSTIÇA NO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

Janaina Penalva, Debora Diniz e Marcelo Medeiros

INTRODUÇÃO

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) destina-se à proteção de idosos e deficientes que comprovem não possuir meios de prover sua própria manutenção ou tê-la provida pela família. O benefício compõe a política de assistência social brasileira e é um direito assegurado constitucionalmente. No processo de conquista de direitos sociais, a previsão constitucional transformou e fortaleceu os sentidos da assistência social no Brasil, deslocando-a do âmbito de uma regulação unicamente moral para o de uma vinculação propriamente jurídica.

A inclusão da garantia no texto constitucional encerrou a etapa da conquista do direito e inaugurou o momento de sua efetivação. Embora previsto na Constituição desde 1988, apenas em 1993 o benefício assistencial foi regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), e somente em 1996 foi, de

fato, implantado após a publicação do Decreto n. 1.744/1995.¹⁻³ Em 1993, foi possível formular uma legislação de assistência social que regulamentasse, entre outras questões, o benefício assistencial garantido a idosos e deficientes pobres. Nesse processo, o *status* constitucional do direito foi importante, na medida em que permitiu o acionamento do Poder Judiciário na via direta do Supremo Tribunal Federal (STF).

Em 8 de novembro de 1993, antes da publicação da Loas, foi impetrado o Mandado de Injunção n. 448/RS perante o STF, no qual se requeria a regulamentação do inciso V do artigo 203 da Constituição Federal, dispositivo que instituiu o benefício assistencial.⁴ O mandado de injunção é o meio constitucional posto à disposição de quem se considerar prejudicado pela falta de norma regulamentadora que torne viável o exercício dos direitos e liberdades constitucionais e das prerrogativas inerentes à nacionalidade, à soberania e à cidadania.¹ Em 5 de setembro de 1994, a ação foi julgada e o STF reconheceu a mora do Congresso Nacional na regulamentação daquele inciso. A ação foi impetrada por deficientes que afirmavam ser incapacitados para o desempenho de atividades no padrão normal de trabalho e não possuir recursos para seu sustento. Nos limites do mandado de injunção, o julgamento demonstrou a emergência da questão e a disposição do Poder Judiciário em atuar pela garantia do direito à assistência social.

O benefício assistencial instituído constitucionalmente foi então regulamentado pela Lei Federal n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Loas), na forma da concessão de um salário mínimo ao idoso ou deficiente incapaz para a vida independente e o trabalho e impossibilitado de prover seu próprio sustento ou tê-lo provido por sua família.¹ Nos termos do parágrafo 3º do artigo 20 da Lei Federal n. 8.742/1993, a família incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa é aquela cuja renda mensal *per capita* é inferior a um quarto de salário mínimo.² Em

coerência com a diferenciação entre previdência e assistência disposta na Constituição, a lei estabeleceu que o deficiente ou idoso elegível ao benefício assistencial precisa ter condições econômicas extremamente precárias, além de ser incapaz para o trabalho e a vida independente.

Dois anos após a edição da Loas, a Procuradoria Geral da República interpôs a Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1.232, alegando a inconstitucionalidade do critério de um quarto de salário mínimo exigido para a concessão do BPC.⁵ O argumento principal da Procuradoria-Geral da República era de que o critério legal restringira e limitara o direito garantido na norma constitucional. No pedido, requereu-se medida cautelar que suspendesse a aplicação do critério de renda estabelecido na lei até o julgamento de mérito da ação. O pedido foi indeferido sob o argumento de que o legislador ordinário teria cumprido seu dever de editar a norma, com a virtude de dar eficácia à norma constitucional.

A Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1.232, relatada pelo ministro Ilmar Galvão, foi julgada improcedente em 27 de agosto de 1998. Em síntese, o STF considerou que o critério de renda de um quarto de salário mínimo, previsto no parágrafo 3º do artigo 20 da Lei Federal n. 8.742/1993, não afrontava a Constituição Federal de 1988. No julgamento, prevaleceu o entendimento do ministro Nelson Jobim de que o critério e a forma de comprovação da condição de pobreza familiar seriam definições que somente a lei poderia fixar. Embora com resistências, o STF concluiu que a lei era soberana no estabelecimento de critérios.

O resultado foi que, tanto no julgamento do pedido de concessão de medida cautelar quanto no mérito da ação, o STF recusou-se a avaliar a constitucionalidade do critério de renda definido na lei. A argumentação prevalecente teve como pressuposto a compreensão de que os critérios de elegibilidade

para a concessão do benefício assistencial só poderiam ser fixados na esfera da política. Em última instância, convocado a se manifestar a respeito da constitucionalidade dessa política, o tribunal recusou o enfrentamento direto da questão, optando pelo mero aval das definições da lei.

No entanto, de forma concreta, os cidadãos permaneceram em busca da concessão do BPC perante o Poder Judiciário. Os juízes federais continuaram a ser interpelados por pessoas que entendiam ter direito ao benefício assistencial mesmo possuindo renda de até meio salário mínimo. Inúmeras reclamações passaram a chegar ao STF. Até que, em 13 de maio de 2004, no julgamento da Reclamação n. 2.303, cuja relatora era a ministra Ellen Gracie, o Plenário do STF foi novamente interpelado a se manifestar sobre o tema.⁶ Diante de um caso concreto, no qual um juiz havia concedido o benefício a um requerente que tinha renda familiar *per capita* de meio salário mínimo, o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) interpôs a referida reclamação alegando o descumprimento da decisão proferida na Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1.232.ⁱⁱ

Ainda que indiretamente, a Reclamação n. 2.303 impôs ao STF a tarefa de novamente enfrentar o argumento da insuficiência, em termos de garantia de direitos, do critério de renda disposto na Loas para a concessão do BPC. No caso concreto, embora a renda do requerente atingisse o patamar de meio salário mínimo, o magistrado identificou condições econômicas precárias que exigiam a garantia do direito à assistência social. Diante do impasse, entendeu que, embora o critério de um quarto de salário mínimo tivesse sido declarado constitucional, conforme havia decidido o STF, esse critério não seria único. Contra esse entendimento – que se repetia em inúmeros outros casos – o INSS interpôs várias reclamações perante o STF, pugnando pela reforma de tais decisões.

No julgamento da Reclamação n. 2.303, a Corte decidiu que o critério de renda de um quarto de salário mínimo – definido legalmente e julgado constitucional nos autos da Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1.232 – seria único. Em última instância, o STF fixou contornos e esclareceu as dimensões da decisão proferida na Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1.232, no tocante ao requisito de renda para a concessão do BPC. A partir desse ponto, o espaço interpretativo dos aplicadores da lei se reduziu, e o critério legal de um quarto de salário mínimo parecia ser o único.

Nas instâncias ordinárias, no entanto, quando se demonstrava a pobreza e a incapacidade para o trabalho, somadas a gastos adicionais advindos das condições precárias de saúde dos envolvidos, os magistrados permaneciam concedendo o benefício, mesmo que a renda *per capita* familiar ultrapassasse o patamar de um quarto de salário mínimo. A nova saída interpretativa eram as legislações assistenciais posteriores à Loas que indicavam mudança no critério de renda, deslocando-o para o patamar de meio salário mínimo. Essas novas leis da assistência social possibilitaram a concessão do BPC pelo argumento da isonomia.^{7,8}

Nesse contexto, no Recurso Extraordinário n. 567.985, relatado pelo ministro Marco Aurélio de Mello, em mais um caso em que o INSS se insurgia contra a concessão do benefício ao idoso com renda familiar *per capita* de meio salário mínimo, o STF reconheceu a existência de repercussão geral da questão constitucional suscitada.⁹ Em síntese, o reconhecimento da repercussão geral ocorre em situações nas quais a matéria posta à apreciação tem relevância social, política, econômica ou jurídica que transcende os interesses subjetivos da causa. O julgamento de um processo com repercussão geral tem o condão de uniformizar a interpretação constitucional, irradiando a decisão para todos os processos idênticos que seriam julgados pela Corte.

Reconhecida a repercussão geral, o STF deverá, novamente, decidir sobre a constitucionalidade da aplicação do critério de renda *per capita* de meio salário mínimo em casos nos quais as condições concretas demonstrem a pobreza do requerente e seu direito à assistência social. Em última instância, o STF, em razão de uma avalanche de sentenças de resistência a sua interpretação restritiva, terá que enfrentar mais uma vez a constitucionalidade do critério de renda definido pela Loas para a concessão do BPC.

O objetivo deste capítulo é responder ao argumento orçamentário que pautou as discussões na Reclamação n. 2.303. Naquela oportunidade, a definição pela aplicação única do critério de um quarto de salário mínimo *per capita* fundamentou-se em uma preocupação explícita da relatora ministra Ellen Gracie com o impacto orçamentário da flexibilização concreta do critério de renda para meio salário mínimo *per capita*. Nos votos da ministra Ellen Gracie e do ministro Gilmar Mendes, a preocupação reiterada com a tese do prévio custeio embasou a definição do critério de renda estabelecido na Loas como único, negando a possibilidade de flexibilização perante as condições concretas auferíveis caso a caso.ⁱⁱⁱ

A preocupação com o prévio custeio – argumento principal da decisão – teve caráter meramente formal no julgamento.^{iv} Em última instância, o que fundamentou a decisão na Reclamação n. 2.303 foi a preocupação com o impacto financeiro que eventual margem de flexibilidade na avaliação da renda causaria aos cofres públicos. A arguição da Procuradoria Geral da República de que o direito à assistência social estava sendo inconstitucionalmente restringido pela fixação do critério de renda de um quarto de salário mínimo foi afastada pelo argumento de que o orçamento público tem limites que precisam ser mensurados previamente. Nesse sentido, se a lei fixara o limite de um quarto de salário mínimo, essa opção legislativa não poderia ser alterada, sob pena de se desconsiderar o orçamento público.

O caso é de judicialização da política assistencial. O argumento orçamentário fundamentou a decisão da Corte, mas o cenário se transformou. Com base em legislações posteriores que garantiam o direito à assistência social utilizando o critério de renda *per capita* de meio salário mínimo, o STF passou a rever seu posicionamento. Essa mudança interpretativa culminou no reconhecimento da repercussão geral em um recurso extraordinário em que o benefício foi concedido a cidadão com renda superior ao limite legal. Quando julgar esse recurso, o STF terá novamente que dimensionar tanto o sentido do direito à assistência social quanto o papel que irá assumir em face do controle da política de assistência.

O DESAFIO DA IGUALDADE

IDOSOS E DEFICIENTES

O BPC é um benefício assistencial de transferência de renda para idosos ou pessoas com deficiência incapacitadas para o trabalho e a vida independente,^v cuja renda familiar *per capita* seja inferior a um quarto de salário mínimo.² Disposto no inciso V do artigo 203 da Constituição Federal de 1988, o benefício encontra-se em funcionamento no Brasil desde 1993. O valor da transferência equivale a um salário mínimo mensal. As transferências independem de contribuições prévias para o sistema de seguridade social e não são condicionadas a qualquer contrapartida. Todas as pessoas extremamente pobres acima de 65 anos, deficientes ou não, são elegíveis ao benefício.¹⁰

No caso dos deficientes não idosos, apenas aqueles extremamente pobres e incapacitados para a vida independente e o trabalho podem receber o BPC. Peritos médicos do INSS realizam testes para avaliar a condição de deficiência dos

requerentes. A seleção de beneficiários é feita por avaliação da renda familiar, comprovação de idade, no caso de idosos, e exame médico pericial, no caso de deficientes. A idade é comprovada por meio de documentação, e o principal desafio nesse ponto diz respeito à ausência de registro civil de uma parte não desprezível da população brasileira. O sistema de transferências prevê reavaliações sistemáticas a cada dois anos para verificar a persistência dessas condições.¹¹

O indivíduo não pode acumular o recebimento com outros benefícios, embora sua família, em tese, possa. Na prática, entretanto, isso não ocorre devido à focalização na extrema pobreza: o benefício atende, basicamente, pessoas em famílias que não recebem nenhum outro tipo de transferência. É raro o recebimento de dois benefícios em família com mais de uma pessoa deficiente, ainda que isso tenha se tornado possível depois de alterações recentes na legislação, em famílias com mais de uma pessoa idosa. Existem projetos de lei no Congresso Nacional propondo a equiparação das pessoas deficientes aos idosos nesse sentido.¹²⁻¹⁴

Em dezembro de 2008, o programa contou com cerca de 2,9 milhões de beneficiários, dos quais pelo menos 1,5 milhão são pessoas com deficiência. As informações de caráter demográfico sobre a concessão de benefícios a pessoas deficientes em 2007, obtidas no cadastramento dos novos beneficiários processado pelo Dataprev, indicam que grande parte das concessões por deficiência ocorre entre crianças e jovens. 37% dos benefícios foram concedidos a pessoas em idades entre 0 e 24 anos, sendo boa parte deles concentrados nas idades mais jovens. A população de 25 a 45 anos representa 33% das novas concessões, e a população de 46 a 64, 22%. É importante lembrar que o BPC é concedido não apenas a pessoas com deficiência, mas também a pessoas idosas em situação de pobreza. Ou seja, é possível que, entre a parcela de idosos beneficiários, exista um número considerável de

idosos também deficientes, mas que se encontram classificados na categoria idosos e não deficientes.

O BPC adota uma perspectiva que se confunde com o chamado modelo médico da deficiência, em que impedimento corporal e deficiência se entrelaçam de uma maneira muito particular. Parte-se de uma construção discursiva sobre o normal e se catalogam os corpos deficientes.^{15,16} O deficiente é aquele que a avaliação médica reconhece como tal e, nesse processo de transformação de um corpo com impedimentos em um corpo deficiente, o discurso médico da perícia adquire forte poder normativo.

De acordo com critérios que avaliam a funcionalidade do corpo, a pessoa pode ser considerada deficiente pela perícia, mas não necessariamente beneficiária do BPC. A incapacidade para o trabalho e para a vida independente é determinada por meio de uma avaliação que mensura as restrições de funcionalidade física ou mental da pessoa: qual o grau de escolaridade do indivíduo, como surgiu o impedimento, se a pessoa está em idade apta ao trabalho são alguns dos quesitos analisados. A segunda perícia é a de renda: além de ser deficiente, o futuro beneficiário deve atestar a extrema pobreza de sua família. A exigência de comprovação da pobreza familiar – e não apenas da limitação da autonomia econômica individual ocasionada pelo impedimento físico ou mental para a vida independente e para o trabalho, já atestada pela perícia médica – desloca o benefício do campo dos direitos individuais e o aproxima de uma política de transferência de renda familiar.

POLÍTICAS SOCIAIS E ORÇAMENTO

IMPACTO ORÇAMENTÁRIO NO CRITÉRIO DE RENDA

O impacto orçamentário de um aumento no patamar mínimo de renda para a seleção de beneficiários (critério de renda) depende essencialmente de três fatores: a) da população elegível situada no intervalo entre o patamar de renda atual (um quarto de salário mínimo) e o patamar proposto (meio salário mínimo); b) da população elegível desse intervalo (um quarto - meio salário mínimo) que já é coberta pelo benefício devido a erros de focalização; e c) da população elegível adicional, acima de meio salário mínimo, que após a mudança será provavelmente coberta, considerando-se erros de focalização na implementação da política.

O primeiro fator é o mais evidente. Ele descreve o tamanho da população legalmente elegível para o benefício antes e depois da mudança de critério de renda. No entanto, nenhuma política seletiva alcança focalização perfeita. Tecnicamente, é muito difícil determinar com precisão a renda das famílias. A focalização perfeita é inatingível pela gestão de uma política pública. O fato é que, quanto mais baixo for o critério de renda, mais difícil será evitar os erros de focalização, que existem em dois tipos, decorrentes da margem de erro de qualquer estimativa de renda: os erros de exclusão (exclusão de indivíduos que deveriam receber o benefício) e os de inclusão (inclusão de quem não deveria receber o benefício).

O BPC, assim como outras políticas seletivas, é afetado por erros de exclusão e inclusão, o que traz implicações importantes para a mudança nos critérios de renda. Erros de inclusão fazem com que grande parte dos beneficiários do BPC já seja de pessoas cuja renda familiar *per capita* se encontra entre um quarto e meio salário mínimo. Para essas pessoas, um aumento do critério de

renda do BPC irá apenas legalizar uma situação que existe de fato. Porém, como toda estimativa de renda possui margens de erro implícitas, um aumento do critério de renda tenderá a gerar novos tipos de erro, incluindo no BPC pessoas com mais de meio salário mínimo familiar *per capita*. Portanto, qualquer estimativa de custo final de um aumento do patamar mínimo de renda deve levar em conta esses três fatores.

ESTIMATIVA DE EXPANSÃO NECESSÁRIA

Uma mudança no critério de renda aumentará a população legalmente elegível para o BPC. Com base em dados do Censo 2000 e da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2006, ambos levantamentos feitos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é possível dizer que a população legalmente elegível para o programa crescerá de cerca de 9% (abaixo de um quarto de salário mínimo) para 29% (abaixo de meio salário mínimo), considerando a população total de 2006.^{17,18} Isso, porém, não implica um aumento proporcional de custo no BPC, pois parte dessa população já se encontra coberta devido a erros de focalização da política.

Conforme indica a tabela abaixo, a distribuição real do BPC é a seguinte: mais de um terço (37%) dos benefícios alcança a população abaixo do critério vigente de um quarto de salário mínimo; um quarto atinge a população entre um quarto e meio salário mínimo; e o restante chega à população com renda familiar *per capita* igual ou superior a meio salário mínimo (uma análise mais detalhada deste fato é feita nos capítulos seguintes deste livro). Consequentemente, a expansão de custos será inferior ao aumento no tamanho da população legalmente elegível:

Tabela 1 - Distribuição dos beneficiários do BPC segundo estrato de renda - Brasil, 2006

Nível de renda familiar <i>per capita</i>	Proporção observada de beneficiários
De 0 SM a menos de ¼ SM	37%
De ¼ SM a menos de ½ SM	25%
De ½ SM em diante	38%
Total	100%

Fonte: Microdados da Pnad 2006.

O aumento do critério de renda ampliará a população legalmente elegível, muito embora parte dessa população já se encontre coberta pelo BPC. O resultado da mudança do critério de renda é medido na Tabela 2. Se, depois da elevação do patamar mínimo de renda, os níveis de cobertura da população-alvo do BPC permanecerem iguais aos atuais, deve-se esperar um aumento do número de beneficiários legalmente elegíveis da ordem de 185%, dos quais apenas 63% não estão cobertos pelo BPC, o que resulta em uma expansão de elegíveis legais não cobertos da amplitude de 117%. Há um dado, contudo, que merece destaque, pois, devido aos erros de focalização já existentes, o impacto orçamentário de uma elevação no critério de renda é muito inferior a esses valores.

A aplicação do critério de meio salário mínimo implicaria um crescimento real do BPC da ordem de 48%, já considerando a ocorrência de novos erros na mesma proporção dos atuais.

Tabela 2 - Estimativas de crescimento de beneficiários do BPC em razão de mudanças no critério de renda de ¼ SM para ½ SM - Brasil, 2006

Componentes da estimativa	Estimativa
Aumento de pessoas legalmente elegíveis	185%
Cobertura dos novos elegíveis por realizar	63%
Aumento de novos elegíveis não cobertos	117%
Benefícios adicionais totais no BPC (já considerando novos erros)	48%

Fonte: Microdados da Pnad 2006 e do Censo 2000.

Essa estimativa assume a ocorrência de novos erros de acordo com padrões similares aos observados atualmente. No entanto, deve-se considerar que a tolerância aos erros atuais de inclusão se deve, em parte, ao fato de o critério corrente de renda ser muito baixo. Um aumento desse critério torna possível um controle maior dos erros de inclusão, e portanto a expansão necessária pode, na verdade, ser inferior aos 48% estimados. Uma situação hipotética facilita a compreensão desse raciocínio: se o ponto de corte fosse de dez salários mínimos, seria mais fácil evitar a inclusão indevida de beneficiários, pois identificar um nível de renda tão alto é menos complicado devido à formalização do mercado de trabalho, por exemplo. Isso significa que um aprimoramento na gestão dos programas pode compensar aumentos de custos estimados decorrentes da elevação do critério de renda.

IMPACTO ORÇAMENTÁRIO EM PERSPECTIVA

Um crescimento de 48% no orçamento de uma política pública é uma expansão considerável. Porém, só é possível entender o significado desse aumento quando seus valores são colocados em perspectiva. Há duas maneiras de fazer isso. A primeira consiste em comparar o custo final do BPC após a elevação do critério de renda com outros programas governamentais de natureza similar. A segunda consiste em comparar o aumento resultante da elevação com a própria expansão do BPC em períodos recentes.

A previsão orçamentária do BPC para 2008, segundo estudo do Instituto de Estudos Socioeconômicos (Inesc) baseado em dados do Siga Brasil, do Senado Federal, era de 18,6 bilhões de reais.^{19,20} Um aumento de 48% implicaria um custo adicional de 8,9 bilhões de reais no orçamento e atenderia a quatro milhões de pessoas. Para efeito de comparação, esse valor equivale a

apenas 2,4% do orçamento autorizado da seguridade social – em 2008, de R\$ 374,60 bilhões. Trata-se, portanto, de um custo absorvível pela capacidade orçamentária da União, principalmente quando se considera que o BPC é um benefício assistencial (e não previdenciário) que atinge a parcela mais pobre e particularmente vulnerável da população brasileira.

A expansão de 48% não é grande quando se considera a história recente do benefício. Nos últimos cinco anos, o crescimento do BPC foi superior a esse valor: alcançou 58% de 2003 a 2008, quando passou de 1,7 para os 2,7 milhões de beneficiários atuais.^{19,20} Uma elevação do critério de renda do BPC, portanto, teria implicações similares às da expansão do benefício ao longo da última década, o que sugere a compatibilidade com a flexibilidade orçamentária e de gestão governamental.

BASE TÉCNICA PARA O CRITÉRIO ATUAL

O critério atual de um quarto de salário mínimo não tem fundamentação técnica que vincule sua origem aos princípios constitucionais que guiam a assistência. A noção constitucional de “garantia do sustento” remete-se a consumo; portanto, é aceitável que o critério de seleção do BPC seja estabelecido tendo a renda mensal como parâmetro. O valor do patamar de renda, no entanto, não possui fundamentação razoável. Se o valor do salário mínimo tentasse replicar o necessário para assegurar o sustento de uma família, o critério de um quarto de salário mínimo *per capita* seria incorreto. As linhas de pobreza brasileiras usadas para monitoramento e pesquisa são todas superiores a esse montante, ou seja, o BPC não é atualmente um benefício para pessoas pobres, mas para pessoas extremamente pobres.²¹

A decisão sobre o patamar de renda adequado para o BPC deve ser uma decisão política que considere os direitos

fundamentais constitucionalmente assegurados a todos. Levando em conta os valores de linhas de pobreza geralmente usados no Brasil, é tecnicamente possível afirmar que, abaixo de um quarto de salário mínimo, as famílias não possuem recursos suficientes para satisfazer necessidades básicas de alimentação, vestimenta e habitação. No nível do atual meio salário mínimo, a maioria dessas necessidades básicas poderia ser atendida, mas talvez algumas particularidades do consumo de idosos e deficientes, tais como medicamentos, não seriam cobertas.

Vale notar, finalmente, que a lei determina como critério renda “inferior”, e não “igual ou inferior” a um quarto de salário mínimo. Na prática, isso requer que muitas famílias tenham renda bem inferior a um quarto de salário mínimo para serem legalmente elegíveis. Grande parte das famílias brasileiras tem quatro ou menos membros.²² Segundo dados do IBGE, cerca de 85% dos trabalhadores remunerados no Brasil recebem ao menos um salário mínimo.¹⁸ Portanto, uma família de quatro pessoas em que uma receba salário mínimo não é elegível ao programa, pois sua renda é igual e não inferior a um quarto de salário mínimo. Apenas uma família de cinco pessoas, com uma recebendo um salário mínimo e as demais não, seria elegível.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O BPC é um direito de assistência social de caráter não contributivo expressamente previsto no texto constitucional. Destina-se a pessoas idosas ou com deficiência que as incapacita para o trabalho e a vida independente e cuja renda familiar mensal *per capita* é inferior a um quarto de salário mínimo. Esse patamar de renda, no entanto, já foi considerado excessivamente baixo e não só resultou em decisões judiciais concedendo o benefício a famílias com renda *per capita* de meio salário mínimo como também incitou a

tramitação de projetos de lei no Congresso Nacional propondo a elevação desse mínimo.²³⁻³⁷

Previsto na Constituição desde 1988, o benefício assistencial foi regulamentado pela Loas em 1993 e implementado por decreto em 1996. O *status* constitucional de direito social do BPC permite o acionamento do Poder Judiciário na via direta do STF por quem considerar inviável o exercício de seus direitos e liberdades constitucionais. A concessão do benefício foi alvo de uma série de ações judiciais. Em instâncias ordinárias, diversos magistrados o concederam mesmo quando a renda familiar *per capita* era igual ou superior a um quarto de salário mínimo ao notar que os gastos adicionais associados às condições precárias de saúde dos envolvidos justificavam a elevação do patamar. A mudança no critério de renda também foi aceita quando se considerou a existência de outras legislações assistenciais, que utilizavam o patamar de meio salário mínimo como critério de pobreza.

À medida que a União recorria das decisões de instâncias inferiores, os casos chegavam ao STF. A interpretação do tribunal tendeu a ser restritiva, essencialmente sob o argumento de que a elevação do critério de renda para meio salário mínimo era insustentável do ponto de vista orçamentário e, portanto, inaceitável, mesmo nos casos de flexibilização devido às condições concretas auferíveis caso a caso. No processo de judicialização da política assistencial, o argumento orçamentário foi o principal fundamento para a decisão da Corte. Entretanto, o STF reviu sua posição baseando-se em legislações assistenciais posteriores que garantiam direitos utilizando o critério de renda *per capita* de meio salário mínimo. Isso culminou na declaração de repercussão geral em um recurso extraordinário, em que o benefício foi concedido a cidadão com renda superior ao limite legal. Quando julgar esse recurso, a Corte terá, novamente, que dimensionar a elegibilidade à assistência social.

No que toca a aspectos técnicos e orçamentários, há dois motivos para que o STF aceite a elevação do critério de elegibilidade por renda. O primeiro é que, apesar de os princípios constitucionais que fundamentam a assistência social no Brasil reconhecerem a proteção de todas as pessoas pobres – incapazes de prover seu próprio sustento ou tê-lo provido por suas famílias –, o patamar atual protege apenas os extremamente pobres. O segundo é que uma expansão dos gastos decorrente da elevação do patamar encontra-se dentro das capacidades orçamentárias do Estado brasileiro.

O critério atual de renda familiar *per capita* inferior a um quarto de salário mínimo carece de base técnica. Sua fundamentação não tem origem nos princípios constitucionais que guiam a assistência social no Brasil. Se o objetivo do BPC é proteger famílias pobres que não são capazes de prover o sustento de seus membros, o valor de menos de um quarto de salário mínimo *per capita* é incorreto. Todas as linhas de pobreza brasileiras são superiores a esse montante. Além disso, como a lei determina renda “inferior”, e não “igual ou inferior” a um quarto de salário mínimo, na prática, isso exige que boa parte das famílias tenham renda bem inferior a um quarto de salário mínimo para serem legalmente elegíveis.

Na forma atual, portanto, o critério protege apenas indivíduos extremamente pobres. Evidentemente, uma elevação do critério de renda será acompanhada por um aumento da população legalmente elegível para o BPC. Todavia, devido a erros de focalização da política, que atualmente já cobre um público com renda superior ao critério legal, a expansão de custos será inferior ao aumento no tamanho da população legalmente elegível.

Devido à escassez de dados, é difícil estimar com precisão a magnitude desse aumento, mas tudo indica que a população legalmente elegível para o BPC aumentaria de cerca de 9%

(abaixo de um quarto de salário mínimo) para 29% (abaixo de meio salário mínimo), considerando a população total de 2006. A elevação do custo total do BPC, porém, seria inferior a isso, pois parte da população adicional já se encontra coberta por causa de erros de focalização.

Estima-se que a mudança do critério de um quarto para meio salário mínimo para todos os indivíduos – e não apenas aqueles com demandas judiciais – teria como consequência uma expansão real do BPC de 48%, já considerando a ocorrência de novos erros de inclusão na mesma proporção dos atuais. Na verdade, como o aumento do critério de renda torna possível um controle maior dos erros de inclusão, a expansão necessária pode ser até mesmo inferior aos 48% estimados. Quando colocado em perspectiva, o impacto orçamentário desse crescimento é compatível com a capacidade de financiamento da União. Uma expansão de 48% do BPC beneficiaria quatro milhões de pessoas com um incremento de apenas de 2,4% no orçamento autorizado da seguridade social.

¹ Além do Mandado de Injunção n. 448, distribuído em 8 de novembro de 1993 e deferido parcialmente em 5 de setembro de 1994, outra ação foi impetrada. Trata-se do Mandado de Injunção n. 453, relatado pelo ministro Sydney Sanches, distribuído em 10 de março de 1994 e julgado em 9 de agosto de 1994. Essa ação foi julgada prejudicada em razão da perda do objeto, já que a Lei n. 8.742/1993 já havia sido editada, regulamentando o inciso V do artigo 203 da Constituição Federal de 1988. A edição da Loas certamente não foi fruto das ações impetradas e julgadas no STF, no entanto, a utilização da esfera judicial como espaço de pressão para a regulamentação do exercício de direitos fundamentais é o que marca o mandado de injunção.

² Nos termos do artigo 102, inciso I, alínea I da Constituição Federal de 1988, a reclamação visa preservar a competência e garantir a autoridade das decisões do STF. Toda e qualquer pessoa afetada por decisão contrária à orientação com efeito vinculante do STF tem legitimidade para interpô-la.

^{III} O artigo 195, parágrafo 5º da Constituição Federal de 1988 institui o princípio do prévio custeio, que determina que nenhum benefício ou serviço da seguridade social poderá ser criado, majorado ou estendido sem a correspondente fonte de custeio total.

^{IV} Argumenta-se que o fundamento do respeito ao princípio do prévio custeio tem caráter meramente formal na decisão porque, em última instância, o Poder Judiciário, em sua atuação jurisdicional de garantia de direitos, está impossibilitado de cumprir tal princípio, na medida em que não formula política, mas apenas garante a efetividade dos direitos nos casos em que é convocado a apreciar ameaças ou violações a esses direitos. A atuação, nesse caso, é sempre *a posteriori*.

^V A Ação Civil Pública n. 2730000002040/AC, de 11 de abril de 2007, fixou interpretação em relação à incapacidade para a vida independente, requisito constante do artigo 20, inciso II, da Loas. Conforme a decisão, a incapacidade de prover a própria subsistência ou tê-la provida pela família é suficiente para caracterizar esse requisito. A partir dessa decisão, a capacidade de praticar atos da vida cotidiana (banhar-se, comer, vestir-se, caminhar) deixa de ser determinante nas perícias médicas para o deferimento do pedido.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais nº 1/92 a 40/2003 e pelas emendas constitucionais de Revisão nº 16/64. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas; 2003.
2. Presidência da República. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 8 dez. 1993.
3. Presidência da República. Decreto n. 1.744, de 8 de dezembro de 1995. Regulamenta o benefício de prestação continuada devido à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 11 dez. 1995.
4. Supremo Tribunal Federal. Mandado de injunção n. 448-0 - RS. Exclusão do INSS da relação processual. Brasília, 5 set. 1994.

5. Procuradoria Geral da República. Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1232. Diário da Justiça. Brasília, 1º jun. 2001.
6. Supremo Tribunal Federal. Reclamação n. 2.303 – RS. Brasília, 1º abr. 2004.
7. Presidência da República. Lei n. 9.533, de 10 de dezembro de 1997. Autoriza o Poder Executivo a conceder apoio financeiro aos Municípios que instituírem programas de garantia de renda mínima associados a ações socioeducativas. Diário Oficial da União. Brasília, 10 dez. 1997.
8. Presidência da República. Lei n. 10.689, de 13 de junho de 2003. Cria o Programa Nacional de Acesso à Alimentação. Diário Oficial da União. Brasília, 13 jun. 2003.
9. Supremo Tribunal Federal. Recurso Extraordinário n. 567.985 – MS. Brasília, 11 abr. 2008.
10. Presidência da República. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1º out. 2003.
11. Ministério da Previdência Social e Assistência Social. Relatório do processo de revisão. Brasília: MPAS; 2002.
12. Senado Federal. Projeto de lei n. 5.254. Exclui, para os fins de cálculo da renda familiar *per capita*, o Benefício de Prestação Continuada (salário mínimo), já concedido a qualquer outro membro da família. Brasília, 2005.
13. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 2.057. Estabelece que, para o cálculo da renda familiar *per capita*, para fins de concessão do salário mínimo a pessoa idosa e deficiente, não será computado o Benefício de Prestação Continuada, já concedido a outro membro da família. Brasília, 1996.

14. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 2.299. Eleva para 2 (dois) salários mínimos o valor da renda mensal da família para concessão do Benefício de Prestação Continuada aos idosos e às pessoas deficientes, excluindo do cálculo da renda familiar o benefício pago a outro membro da família. Brasília, 2003.
15. Barnes C, Oliver M, Barton L, editores. Disability studies today. Cambridge: Polity Press; 2002.
16. Diniz D. O que é deficiência. São Paulo: Brasiliense; 2007.
17. Brasil. Censo demográfico 2000 [censo demográfico na internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2000 [acesso em 1º fev. 2005]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/censo>.
18. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Arquivo de Microdados. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.
19. Inesc. Orçamento, direitos e desigualdade: um olhar sobre a proposta orçamentária/2009. Inesc 2008; VIII(16):1-40.
20. Salvador E. Fundo público no Brasil: financiamento e destino dos recursos da seguridade social [tese]. Brasília: Universidade de Brasília; 2008.
21. Medeiros M. O que faz os Ricos ricos: o outro lado da desigualdade brasileira. São Paulo: Hucitec; 2005.
22. Medeiros M, Osorio R. Arranjos domiciliares e arranjos nucleares no Brasil: classificação e evolução de 1977 a 1998. Textos para Discussão Ipea 2001; (788):1-32.
23. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 3.055. Aumenta para meio salário mínimo a renda mensal *per capita* da família da pessoa deficiente ou do velho, objetivando o recebimento do benefício previdenciário. Brasília, 1997.

24. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 3.197. Dispõe que as ações de formulação e coordenação da política nacional de assistência social ficarão a cargo de um órgão de administração pública federal direta, definido pelo Poder Executivo, e aumenta para um salário mínimo a renda mensal *per capita* da família da pessoa portadora de deficiência ou velha que terá direito ao Benefício de Prestação Continuada de um salário mínimo. Brasília, 1997.

25. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 463. Altera o § 3º do art. 20 da Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993, elevando para um salário mínimo *per capita* o limite de renda familiar para a concessão do benefício assistencial aos portadores de deficiência e aos idosos. Brasília, 1999.

26. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 788. Altera o § 3º do art. 20 da Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que “dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências”, elevando o limite de renda familiar para a concessão do benefício aos portadores de deficiência e idosos. Brasília, 1999.

27. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 1.463. Aumenta para um salário mínimo a renda mensal *per capita* da família da pessoa deficiente ou do velho, objetivando o recebimento do benefício previdenciário. Brasília, 1999.

28. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 3.774. Aumenta para um salário mínimo *per capita* o limite de renda familiar para a concessão do benefício assistencial ao portador de deficiência e ao idoso. Brasília, 2000.

29. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 7.207. Aumenta para meio salário mínimo a renda mensal para o recebimento do Benefício de Prestação Continuada e reduz a idade do idoso para 60 anos ou mais. Brasília, 2002.

30. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 770. Aumenta para um salário mínimo *per capita* a renda familiar para a concessão do benefício assistencial ao portador de deficiência e ao idoso. Brasília, 2003.

31. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 1.296. Altera o parágrafo terceiro do art. 20 da Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993, dispondo sobre o Benefício da Prestação Continuada à pessoa portadora de deficiência e ao idoso. Brasília, 2003.

32. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 2.299. Eleva para 2 (dois) salários mínimos o valor da renda mensal da família para concessão do Benefício de Prestação Continuada aos idosos e às pessoas deficientes, excluindo do cálculo da renda familiar o benefício pago a outro membro da família. Brasília, 2003.

33. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 3.633. Aumenta para um salário mínimo *per capita* a renda familiar para a concessão do benefício assistencial. Brasília, 2004.

34. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 3.652. Aumenta para um salário mínimo *per capita* a renda familiar para a concessão do benefício assistencial. Brasília, 2004.

35. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 3.903. Aumenta para um salário mínimo a renda mensal *per capita* para recebimento de Benefício de Prestação Continuada e benefício eventual. Brasília, 2004.

36. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n. 4.592. Aumenta de um quarto do salário mínimo para um salário mínimo a renda máxima mensal de família com deficiente ou idoso. Brasília, 2004.

37. Câmara dos Deputados. Projeto de lei n.4.674. Aumenta para 2/3 (dois terços) do salário mínimo a renda mensal per capita da família da pessoa deficiente ou do idoso, objetivando o recebimento do Benefício de Prestação Continuada. Brasília, 2004.

DISTRIBUIÇÃO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

Marcelo Medeiros, Melchior Sawaya Neto e Fábio Granja Barros

INTRODUÇÃO

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) consiste em uma transferência monetária mensal no valor de um salário mínimo a seus beneficiários. A transferência, não condicionada a qualquer contrapartida comportamental, é seletiva e destinada a idosos ou pessoas com deficiência incapazes para o trabalho e a vida independente cuja renda é muito baixa. A existência da transferência, a definição do público a que se destina e o valor a ser transferido são previstos pela Constituição de 1988.¹ A rigor o BPC possui características institucionais distintas das de um programa social típico, mas, para os propósitos deste capítulo, será tratado e nominado como tal. O BPC é parte da política nacional de seguridade social, mais especificamente da assistência social e, por consequência, é de natureza não contributiva. Um candidato que preencha os requisitos de elegibilidade do BPC

tem direito a recebê-lo independentemente de ter realizado contribuições anteriores para o sistema de seguridade.²

Nosso objetivo é estimar as distribuições de pessoas idosas e deficientes incapazes para o trabalho e a vida independente, dos benefícios e dos níveis de cobertura nos diferentes estratos de renda da população brasileira. Para isso, propomos uma definição operacional de deficiência e uma metodologia de cálculo que combina informações do Questionário da Amostra do Censo Demográfico de 2000 (Censo 2000), dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2006 (Pnad 2006) e registros administrativos do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).^{3,4}

Estudos anteriores já se dedicaram a estimar ora a distribuição, ora a cobertura do BPC na população. Soares e colaboradores, por exemplo, trabalharam com uma metodologia destinada a identificar indiretamente a distribuição do BPC ao longo de estratos de renda em 2004.⁵ Concluíram que o BPC é concedido predominantemente à população mais pobre (74% dos beneficiários abaixo da linha de pobreza), sendo que 20% do montante vai para as pessoas que se encontram no centésimo mais pobre da distribuição dos rendimentos familiares *per capita* e que o valor do benefício é suficiente não apenas para aliviar, mas também para erradicar a pobreza entre a grande maioria dos beneficiários. Porque seu objetivo era estudar o impacto do BPC sobre a desigualdade de renda total, Soares e colaboradores avaliaram a distribuição efetiva do benefício, mas não estimaram níveis de cobertura.

Agostinho e colaboradores, por sua vez, tiveram como meta estimar a demanda potencial total usando o Censo 2000, projetá-la para o futuro e compará-la ao número de beneficiários do BPC em diversos anos para avaliar sua cobertura.⁶ Para isso definiram como potenciais demandantes do BPC as pessoas com idade superior a 65 anos e aquelas com atributos corporais relacionados

à deficiência grave (total incapacidade para enxergar, ouvir, caminhar, trabalhar ou frequentar escola, bem como paralisias permanentes) que atendem aos critérios de renda da legislação. Para calcular a renda familiar *per capita* dos beneficiários, adotaram uma aproximação do conceito de família do BPC usando subconjuntos dos grupos familiares domésticos do Censo 2000. Por meio de uma projeção que considerava idade e sexo, mas não as modificações na distribuição da renda e na composição das famílias, estimaram a população elegível ao BPC em 2005, compararam-na com os registros administrativos de concessão do benefício e concluíram que, nesse ano, o BPC já havia atingido cobertura total de seu público-alvo. Para chegar a essa conclusão, no entanto, o estudo presumiu focalização perfeita do benefício, hipótese que não é realista conforme os resultados de Soares e colaboradores.⁵

Nossa abordagem difere das anteriores. Estimamos a distribuição do BPC diretamente, a partir de dados da Pnad 2006, definimos incapacidade de maneira distinta, levamos em conta as mudanças na distribuição de renda e composição etária dos estratos entre o Censo 2000 e a Pnad 2006, usamos o máximo de informação sobre relações de parentesco nas unidades domiciliares nos cálculos e não presumimos focalização perfeita. Embora não sejam imediatamente comparáveis, nossos resultados corroboram a análise de Soares e colaboradores, mas alcançam conclusões substantivas bastante distintas das obtidas por Agostinho e colaboradores acerca dos níveis de cobertura do BPC.^{5,6}

Para estimar a população de deficientes incapazes usamos uma definição de incapacidade que tenta considerar atributos corporais das pessoas, suas características sociais e sua interação com o meio em que vivem. Essa definição se dá em termos probabilísticos e difere da geralmente usada em estudos anteriores sobre deficiência no Brasil, os quais têm, quase invariavelmente,

foco apenas nos impedimentos corporais que são o plano de fundo da deficiência. Por julgar mais adequado a nossos propósitos de análise de incidência dos benefícios em estratos de renda, também adotamos um conceito de família distinto do usado pelo BPC e mais coerente com os princípios constitucionais que guiam a assistência social. Esse conceito se aproxima do utilizado em estudos sobre desigualdade e pobreza ou mesmo em outros programas, como o Bolsa Família ou o próprio BPC no passado. Não estamos, portanto, estimando a distribuição e cobertura do BPC conforme a determinação legal vigente.

Os resultados obtidos indicam que os idosos e deficientes incapazes encontram-se uniformemente distribuídos ao longo dos estratos de renda da população, mas os benefícios são concedidos predominantemente entre grupos de renda mais baixa, como é de se esperar em um benefício seletivo. Em termos de conformidade com os critérios legais, o benefício é caracterizado por uma grande proporção de seus beneficiários acima do limite de renda preconizado. Estes erros, porém, são de intensidade muito baixa e não devem ser interpretados como um problema relevante. Há evidências de que a cobertura da população mais pobre ainda está distante do total desejável, ao passo que a cobertura da população mais rica do país – que deve ser entendida como um erro de maior intensidade – é pequena, embora não desprezível.

A divisão em seções do capítulo contempla uma descrição mais detalhada dos critérios de elegibilidade para o BPC e uma breve discussão sobre os fundamentos das definições de incapacidade para o trabalho e para a vida independente adotadas, além da apresentação de resultados referentes às distribuições de pessoas elegíveis, benefícios e coberturas relativa e absoluta de população. Por fim, uma seção de conclusões sintetiza os principais achados do estudo.

ELEGIBILIDADE AO BPC

Em 2006, ano ao qual os dados deste estudo se referem, eram elegíveis ao BPC as pessoas com rendimentos familiares *per capita* inferiores a um quarto de salário mínimo e a) com idade igual ou superior a 65 anos ou b) com deficiência e incapacitadas para o trabalho e para a vida independente.

Com exceção da idade, os demais critérios de elegibilidade dependem de definições subsidiárias que permitam sua aplicação. A determinação do nível de rendimentos de uma família está atrelada à definição de rendimento e também de família. Por sua vez, deficiência e incapacidade para o trabalho e para a vida independente são também noções condicionadas a definições mais precisas para sua aplicação. Essas definições são dadas por 'legislação complementar, sentenças e normas infralegais.'⁷⁻¹⁷ Sobre elas, vale a pena destacar:

a) nível de renda: o limite é de renda familiar *per capita* menor que um quarto de salário mínimo (e não menor ou igual). Esse limite varia em termos absolutos conforme os reajustes anuais do salário mínimo;

b) rendimentos familiares: correspondem à soma dos rendimentos brutos auferidos mensalmente pelos membros da família, que incluem todos os rendimentos do trabalho (formal ou não), aposentadorias e pensões (privadas e públicas), pensões alimentícias, patrimônio (que incluem aplicações financeiras e aluguéis), Renda Mensal Vitalícia e Benefício de Prestação Continuada, com exceção do valor das transferências do BPC recebidas por idosos a partir de 2003, que não são computadas na renda familiar. Embora a legislação não seja explícita quanto a isso, computam-se apenas recebimentos monetários, não sendo considerados rendimentos os pagamentos em espécie;

c) família: para o BPC é considerado família o conjunto de pessoas que vivem sob o mesmo teto, sendo seus membros o beneficiário (ou requerente), seu cônjuge, seus filhos não emancipados menores de 21 anos ou inválidos, seus pais e os irmãos não emancipados menores de 21 anos ou inválidos;

d) casos especiais de família: em relação a pessoas internadas em hospitais, asilos e instituições semelhantes, computa-se, para efeito de avaliação da elegibilidade ao BPC, o rendimento e o tamanho de suas famílias de origem;

e) incapacidade: a legislação brasileira determina a concessão do BPC a pessoas de renda extremamente baixa cuja deficiência as incapacita para o trabalho e a vida independente, levando-se em conta nessa definição a interação entre a pessoa e seu ambiente físico e social;

f) idade: podem receber o BPC pessoas cuja idade seja igual ou superior a 65 anos na data de concessão do benefício, se atendido o critério de renda.

METODOLOGIA

Neste estudo, são utilizados os microdados da Pnad 2006 e do Censo 2000. O questionário da Pnad 2006 levanta o recebimento do BPC em uma unidade domiciliar, mas não trata de informações sobre deficiência. O Censo 2000, por sua vez, coleta informações sobre deficiência, mas não possui um levantamento razoável do recebimento do BPC. Por esse motivo, a metodologia concentra-se em combinar informações provenientes de ambas as fontes.

Para uma análise inicial da distribuição de idosos segundo estrato de renda familiar *per capita*, usamos apenas o Censo

2000. Já o estudo da distribuição efetiva do BPC é feito com base na Pnad 2006. Para avaliar níveis relativos de cobertura em 2006, combinamos informações do Censo e da Pnad e, para os níveis absolutos, utilizamos ainda resultados obtidos a partir de registros administrativos do MDS, os quais têm origem em dados do Dataprev.

A estimativa de cobertura relativa se dá em seis passos. Primeiro, os dados do Censo 2000 são utilizados para implementar uma definição de incapacidade baseada nas probabilidades de trabalhar em ocupação com remuneração superior a um salário mínimo, no caso dos adultos, e frequentar escola, no caso das crianças. Em seguida, estima-se a proporção de adultos incapazes para o trabalho e crianças incapazes para a vida independente segundo estrato de renda familiar *per capita* em 2000. O terceiro passo consiste em multiplicar a distribuição de crianças e adultos incapazes segundo décimo de renda domiciliar *per capita* do Censo 2000 pelo número absoluto de pessoas na mesma faixa etária na Pnad 2006, a fim de obter uma estimativa da proporção de incapazes de 2006 que se valha da estrutura etária da Pnad. Posteriormente, gera-se uma distribuição da quantidade de pessoas incapazes ou idosas segundo estrato de renda na Pnad, bem como uma distribuição da quantidade de benefícios concedidos nos mesmos estratos, e calcula-se a cobertura como a razão de benefícios por incapazes e idosos em 2006. O sexto passo consiste apenas em padronizar as razões de cobertura por décimo de população tendo o primeiro décimo como referência (100%).

A estimativa de cobertura absoluta multiplica o número de benefícios em cada décimo de população observado na Pnad 2006 por uma constante (2,002) de modo que a quantidade total de benefícios após a multiplicação seja a mesma que a estimada a partir de registros administrativos do MDS. Esse procedimento altera o volume, mas não a distribuição relativa dos benefícios. Os registros do MDS referem-se a dezembro de 2006, enquanto a

Pnad tem como referência o mês de setembro de 2006. Os valores correspondentes aos registros administrativos para setembro de 2006 são obtidos por interpolação linear dos dados de dezembro de 2005 e 2006.

Não são consideradas aquelas unidades domiciliares nas quais uma ou mais informações necessárias para o estudo são ignoradas. Para lidar com esses casos minimizando os impactos distributivos das exclusões de registros, ajustamos o peso amostral dos setores censitários dos quais as unidades são excluídas de modo a fazer com que a população de cada setor – e consequentemente a população total – se mantenha a mesma. No total são excluídos 2% dos 410 mil registros de pessoas da Pnad, e a reponderação é feita sobre os 98% restantes para compensar os efeitos dessa exclusão.

No Censo 2000 e na Pnad 2006, computamos como rendimento familiar os rendimentos monetários de todas as fontes dos membros da família. Enquanto no BPC as doações regulares recebidas não são computadas como rendimentos familiares, no Censo 2000, o valor das pensões alimentícias, mesadas e doações é captado em uma mesma categoria, o que impediria sua exclusão no estudo. O recebimento do BPC é enquadrado na mesma categoria que o seguro-desemprego e outros programas de transferência, sem possibilidade de se identificar o benefício na fonte de rendimento. Por essa razão não são excluídos no cálculo da renda familiar total rendimentos que poderiam, eventualmente, corresponder ao BPC. A Pnad 2006 não identifica o indivíduo e sim a unidade domiciliar onde vive um indivíduo recebendo o BPC. Também contabiliza o número de beneficiários idosos ou deficientes na unidade domiciliar, embora não registre o número exato de beneficiários que eventualmente não pertencem a essas categorias, apenas indicando sua existência. Como em mais de 90% dos casos o BPC é concedido a apenas uma pessoa na unidade domiciliar, quando ocorre o registro de recebimento do

BPC, mas não a quantidade de beneficiários, essa quantidade é imputada como sendo igual a um.

No cálculo da renda das famílias na Pnad 2006, utilizada para estratificar a população, subtrai-se da renda familiar total o equivalente a múltiplos do salário mínimo, conforme a quantidade de benefícios recebidos pelas famílias. O valor do salário mínimo vigente em setembro de 2006, mês do levantamento da Pnad 2006, é R\$ 350. A metodologia utilizada independe do valor do salário mínimo à época do Censo 2000.

Neste estudo, família corresponde ao grupo de parentes e agregados vivendo em uma mesma unidade domiciliar no Censo 2000 e na Pnad 2006, o que exclui pensionistas, empregados domésticos e seus parentes. Essa definição de família difere da adotada atualmente pelo BPC. O BPC computa o rendimento das famílias de origem de pessoas internadas em hospitais, asilos, etc. As bases de dados que utilizamos, contudo, não permitem esse cômputo. Além disso, para assegurar grau razoável de comparabilidade entre as fontes de dados e consistência da metodologia aplicada, a população do Censo 2000 e da Pnad 2006 é limitada àquela residindo em domicílios particulares. Na prática isso implica a supressão de uma quantidade irrelevante de registros.

Para estratificar a população, simulamos qual seria a renda das famílias caso elas não fossem beneficiárias do BPC. Para fazer isso alteramos por simulação a renda familiar e mantemos o tamanho de família constante. Evidentemente, esse procedimento seria enviesado caso o recebimento do BPC provocasse uma alteração nesse tamanho, particularmente se a renda do BPC funcionasse como atrator de agregados à família. Felizmente não parece ser esse o caso. Estudo recente aponta que o recebimento do BPC não tem provocado uma agregação de novos membros na família dos idosos, e é difícil imaginar que isso seria diferente para as pessoas deficientes.¹⁸

O conceito de deficiência já foi objeto de uma série de discussões na literatura. Não há unicidade no que se entende por pessoa com deficiência e muito menos uma definição operacional que permita sua identificação.¹⁹ Nos últimos anos, porém, tem emergido o entendimento de que a deficiência não pode ser identificada apenas por impedimentos corporais dos indivíduos, devendo sim ser entendida como resultado da interação entre características corporais, fatores socioeconômicos e o meio em que vive a pessoa.

A legislação do BPC determina que a definição de incapacidade leve em conta a interação entre a pessoa e seu ambiente físico e social. No entanto, o Censo 2000 identifica deficiência através de um questionário de funcionalidades (capacidade de executar determinadas tarefas) e características orgânicas (ausência de membros, por exemplo), não considerando essa interação. Não há, portanto, comparação imediata possível entre os dados censitários e os critérios legais. Para identificar no Censo a população incapaz, associamos cada tipo e nível de deficiência medido no Censo à inserção no mercado de trabalho, no caso dos adultos, e à frequência à escola, no caso das crianças.

A noção de incapacidade para o trabalho, porém, não é objeto do debate teórico sobre deficiência. Sequer a discussão jurídica sobre o BPC tem se debruçado sobre ela, concentrando-se nos critérios de renda utilizados pelo benefício.²² Há evidências de que os próprios peritos encarregados da seleção de beneficiários do BPC não utilizam critérios uniformes para definir incapacidade para o trabalho.^{23,24}

Não faz sentido dentro dos princípios constitucionais entender incapacidade como incapacidade absoluta, e sim como hipossuficiência. Portanto, nossa abordagem de incapacidade para o trabalho é a de incapacidade de conseguir um trabalho cuja remuneração seja suficiente para assegurar a própria subsistência. Tratamos trabalho de remuneração suficiente como aquele cujos

rendimentos mensais são superiores a um salário mínimo. A título de ilustração, vale notar que na Pnad 2006 menos de 15% dos trabalhadores remunerados brasileiros têm rendimentos inferiores a um salário mínimo. Adotamos uma posição conservadora e assumimos como equivalente a “incapaz para o trabalho” todo indivíduo com alguma deficiência registrada no Censo 2000, cuja probabilidade de ocupação em trabalho de remuneração superior a um salário mínimo é inferior a 0,25 (25%).

Há indivíduos cujas chances de ter um trabalho são baixas, mas que ainda assim conseguem trabalhar. Nesse caso, é possível abordar a questão de duas maneiras. Na primeira, mais restrita, ignora-se a definição em termos de probabilidade, tratando-se todos aqueles adultos que possuem um trabalho como capazes. Na segunda, ignora-se que um indivíduo tenha efetivamente um trabalho, considerando-o incapaz para o trabalho sempre que suas chances de tê-lo sejam baixas. A primeira, restrita, reflete a prática de concessão atual do BPC, enquanto a segunda aproxima-se das ideias de proteção com inclusão social da Política Nacional para a Integração das Pessoas Portadoras de Deficiência.^{25,26} Optamos por adotar a segunda alternativa, ou seja, para a definição de incapacidade para o trabalho, consideramos apenas a probabilidade de trabalhar de um indivíduo dadas as suas características e as características do segmento do mercado de trabalho em que ele pode se inserir. Note-se que em nossa metodologia um indivíduo pode trabalhar com remuneração de um salário mínimo e, ainda assim, ser elegível ao BPC quando os demais componentes de sua família forem em grande quantidade e considerados no cômputo dos rendimentos familiares.

Estimamos a partir dos dados do Censo 2000 a probabilidade de trabalhar em ocupação com remuneração superior a um salário mínimo dos indivíduos agrupados em função de sexo, idade, cor, nível educacional, grande região de residência, características de urbanização da área de residência e

deficiências. A um indivíduo com determinadas características atribui-se a esperança de trabalhar (ou estudar) dos indivíduos com as mesmas características, a qual corresponde à proporção de indivíduos trabalhando no grupo. Todas as crianças com menos de 10 anos são consideradas sem trabalho (e sem qualquer outro tipo de rendimento), já que o Censo 2000 não coleta essas informações.

Para as estimativas a população é separada em seis faixas etárias (0 a 16, 17 a 24, 25 a 44, 45 a 64 e 65 ou mais anos), dois sexos, dois grupos raciais (brancos, para os indivíduos classificados no Censo como brancos e amarelos, e negros, para os pretos, pardos e indígenas), 17 níveis educacionais (correspondentes ao número de anos de estudo concluídos), cinco grandes regiões de residência, duas áreas de urbanização (urbanizada, para áreas urbanizadas de cidade, e não urbanizada, para todas as demais situações, inclusive áreas urbanizadas isoladas – o que difere da distinção entre rural e urbano convencional do Censo) e grupos de deficiências (dificuldade para enxergar, ouvir e caminhar ou subir escadas – todas subdivididas em incapaz, grande, alguma ou nenhuma dificuldade, deficiência mental permanente e paralisias total, das pernas, de uma parte do corpo e falta de membros).

Vale notar que deficiência mental permanente é caracterizada por limitação para atividades (como ir à escola ou trabalhar), e limitação, segundo o manual de entrevistadores do Censo, significa incapacidade total. Como no BPC a incapacidade para o trabalho de crianças e jovens (0 a 16 anos) é presumida, cabe verificar apenas sua incapacidade para a vida independente. Procedemos de modo semelhante ao adotado para definir incapacidade para o trabalho, dividindo a população em dois grupos etários (0 a 6 e 7 a 16 anos), e definimos como incapacidade para a vida independente a situação na qual a probabilidade de frequentar escola dos indivíduos com algum tipo de deficiência é menor

ou igual a 0,50 (50%), estimando essa probabilidade em cada indivíduo usando um procedimento análogo ao descrito acima.

É importante frisar que nossa metodologia possui algumas limitações e depende de várias decisões de natureza um tanto arbitrária. No que se refere às limitações, seguramente nem o método, nem as informações de que dispomos para sua aplicação são capazes de dar conta de muitas das interações relevantes entre os indivíduos e o meio em que vivem. No que tange à arbitrariedade do método, ela é mais evidente nas decisões relacionadas aos critérios de classificação dos indivíduos quanto à sua capacidade para o trabalho, em particular os níveis de probabilidade utilizados. Embora não tenhamos sido capazes de enfrentar de modo totalmente satisfatório essas limitações, buscamos ao menos deixá-las evidentes ao longo do estudo.

Podem receber o BPC pessoas de renda extremamente baixa, cuja idade seja igual ou superior a 65 anos na data de concessão do benefício. Essa população é identificada diretamente nos dados da Pnad 2006. A metodologia usada para estimar a proporção de pessoas com deficiência abaixo de 65 anos segundo estratos de renda parte de informações censitárias e, por isso, considera a idade das pessoas na data do Censo 2000 (mês de julho de 2000). Como necessitamos somente das proporções de crianças e adultos classificadas como incapazes para o trabalho e a vida independente no Censo 2000, nosso ajuste na distribuição etária da população para contemplar as mudanças ocorridas até 2006 consiste em aplicar a proporção de incapazes para o trabalho e para a vida independente à população de adultos e crianças de cada estrato de renda da Pnad 2006 (setembro de 2006), conforme mencionado anteriormente. Um ajuste mais exato dessa população exigiria também correções considerando mudanças na distribuição dos rendimentos e na composição dos estratos, as quais foram, no período em estudo, mais relevantes que as de natureza demográfica. Não há, porém, razões para

crer que a ausência desses ajustes mais finos introduza qualquer tipo de viés expressivo nos resultados.

Usando essa metodologia classificamos toda a população, independentemente de seu nível de renda familiar *per capita*, em quatro grupos: crianças incapazes para a vida independente (escola), adultos incapazes para o trabalho (um salário mínimo), idosos (incapacidade presumida) e demais pessoas. Os três primeiros são potenciais beneficiários do BPC se atenderem ao critério de renda.

RESULTADOS

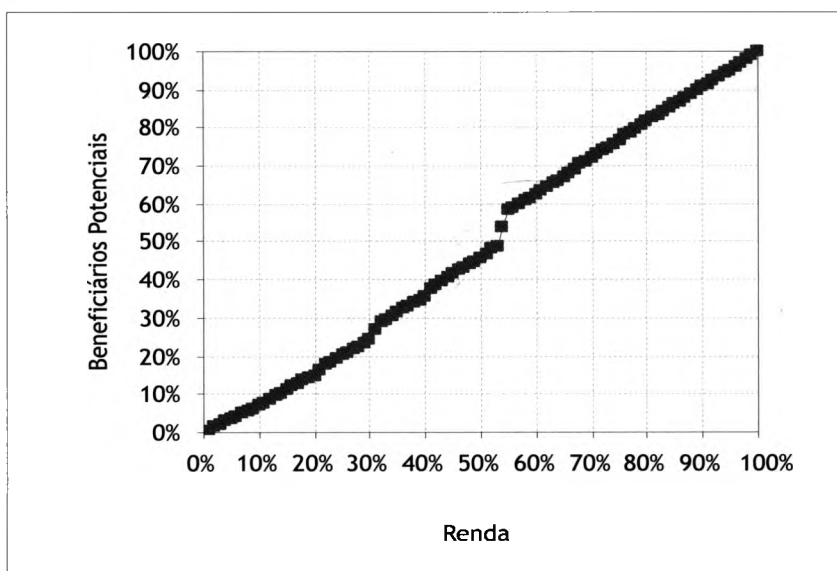
DISTRIBUIÇÃO DOS IDOSOS E INCAPAZES

O Gráfico 1, abaixo, apresenta a distribuição acumulada das pessoas classificadas como idosos ou incapazes para o trabalho e para a vida independente, segundo centésimos da distribuição da renda familiar *per capita*. O eixo vertical indica a proporção acumulada até cada fração da população de idosos e pessoas consideradas incapazes que potencialmente seriam beneficiários do BPC. No eixo horizontal, a população brasileira total é dividida em centésimos de renda, conforme dados do Censo 2000. Vale lembrar que na renda das famílias estão contabilizadas aposentadorias e pensões e o eventual recebimento do BPC, o qual, embora ainda tivesse alcance limitado em 2000, não era irrelevante (e que não pudemos subtrair da renda por não dispor das informações necessárias para tanto).

É possível observar no Gráfico 1 que a população é igualmente distribuída ao longo dos centésimos da renda. Não há uma concentração relevante de idosos e incapazes para o trabalho e vida independente em qualquer estrato da população,

seja ele pobre ou rico. Na distribuição acumulada, ocorrem duas pequenas mudanças de nível: a primeira, no centil 30 da renda, que corresponde ao valor de meio salário mínimo em 2000 (R\$ 75,50), e a segunda, mais ampla, no centil 54, fronteira a partir da qual os rendimentos são superiores a um salário mínimo (R\$ 151). Como se trata de renda *per capita* e as famílias de idosos têm tamanhos pequenos, é muito provável que essas mudanças sejam causadas pelos recebimentos de aposentadorias e pensões no piso de um salário mínimo. Independentemente dessas pequenas mudanças, os potenciais beneficiários do BPC seguem bem distribuídos ao longo de todos os centésimos de renda.

Gráfico 1 - Distribuição acumulada de idosos ou incapazes segundo centésimos da renda familiar *per capita* - Brasil, 2000

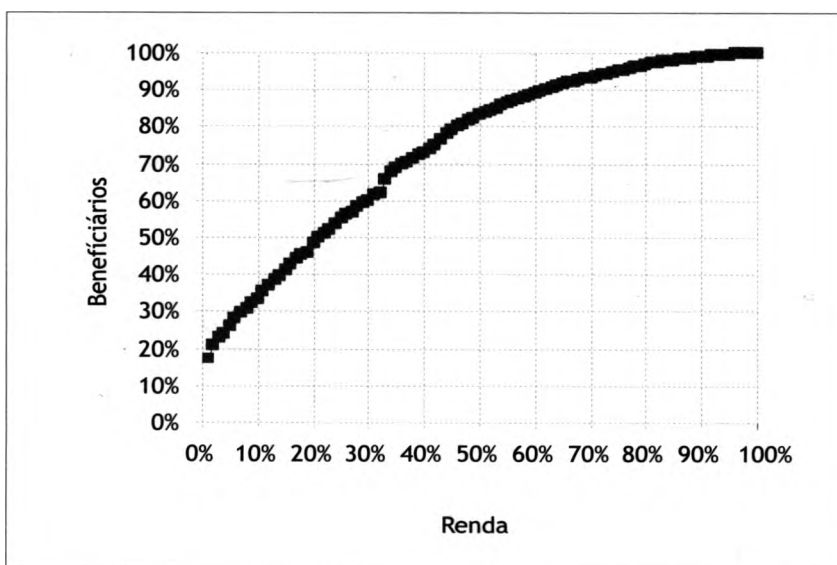


Fonte: Microdados do Censo 2000.

DISTRIBUIÇÃO DOS BENEFÍCIOS

A distribuição acumulada de beneficiários do BPC segundo estrato de renda familiar *per capita* é apresentada no Gráfico 2. No eixo vertical, está representada a proporção de beneficiários segundo a Pnad 2006 e, no horizontal, estão os estratos de renda da população.

Gráfico 2 - Distribuição acumulada de beneficiários do BPC segundo renda familiar *per capita* - Brasil, 2006



Fonte: Microdados da Pnad 2006.

O BPC é distribuído, predominantemente, aos estratos de renda mais baixa da população. A concentração entre os mais pobres é facilmente notável pelo formato da curva, que ascende rapidamente e depois se desacelera. No Gráfico 2 é possível observar, por exemplo, que um terço dos benefícios alcança os 10% mais pobres da população e que quase metade deles é concedida aos 20% mais pobres. Como referência, a renda *per capita* de um quarto de salário mínimo (R\$ 87,50 em 2006), que

equivale aproximadamente ao limite de renda do BPC, divide o 13º centésimo, e a renda de meio salário mínimo encontra-se no 33º centésimo. Apenas 10% dos benefícios chegam a famílias cuja renda *per capita* é superior a um salário mínimo, as quais só aparecem a partir do centil 62.

É importante frisar que o conceito de família utilizado pelo BPC é distinto do empregado neste estudo para calcular rendimentos familiares *per capita*. O conceito usado no BPC não contabiliza, por exemplo, irmãos ou filhos maiores de 21 anos dos beneficiários. Realizamos estimativas preliminares que sugerem que uma parte da concessão do BPC a pessoas no décimo mais rico da população pode estar relacionada ao conceito de família em uso.²⁷

Se, por um lado, o BPC é concedido predominantemente aos mais pobres, por outro a maioria das transferências do benefício é destinada a pessoas que estão acima de seu limite de renda. Os dados da Pnad 2006 indicam que mais de 60% dos beneficiários do BPC possuem rendimentos familiares *per capita* iguais ou superiores a um quarto de salário mínimo. Trata-se, evidentemente, de erros, mas vale frisar que, de acordo com o Gráfico 2, na maioria dos casos esses são erros de baixa intensidade, dificilmente evitáveis por um programa de grandes proporções.

Erros de baixa intensidade são aqueles nos quais os beneficiários encontram-se logo acima dos níveis de elegibilidade ao benefício. Eles podem ter origens diversas e raramente são um indicador de má gestão. Sua correção pode ter um custo social e administrativo muito elevado e gerar efeitos colaterais contrários aos objetivos finais de proteção da população vulnerável que deram origem ao benefício. O que deve ser objeto de atenção são os erros de alta intensidade, que ocorrem quando pessoas em famílias com renda muito acima do critério de seletividade são beneficiadas. Os aproximadamente 16% mais ricos da população

brasileira têm rendimentos superiores a dois salários mínimos *per capita*; cerca de 2% do BPC chega a esse grupo, o que pode ser classificado como erro de intensidade mais alta.

Em um benefício da magnitude do BPC, é compreensível que haja cobertura de população em estratos cujos rendimentos estão acima do nível de um quarto de salário mínimo estabelecido para o credenciamento no benefício. Há também, na outra direção, erros de exclusão de pessoas que deveriam ser beneficiadas, mas não acessam o benefício ou têm sua solicitação indeferida. Uma parte das falhas, já antecipada no desenho do benefício pela exigência de revisão e possibilidade de nova solicitação, pode estar relacionada a flutuações nos níveis de renda total ou ao tamanho das famílias antes e depois da concessão. Erros na estimativa dos rendimentos *per capita* das famílias e, evidentemente, fraudes podem também motivar inclusão e exclusão de beneficiários indevidos. Diversas outras causas podem contribuir para distorções na cobertura e seletividade do benefício. Não temos condições de avaliar o quanto cada fonte de erro responde pelas falhas totais.

NÍVEIS DE COBERTURA

A rigor, uma estimativa de cobertura depende de que se verifique se cada pessoa com características elegíveis está sendo atendida pelo benefício. A proporção de indivíduos efetivamente atendidos na população de elegíveis determinaria o nível de cobertura. Não dispomos dos dados necessários para esse tipo de estimativa. O Censo 2000 permite identificar pessoas idosas ou com deficiência, mas não oferece informações adequadas sobre o recebimento do BPC, ao passo que a Pnad 2006 registra o recebimento do BPC, mas não identifica deficiências.

Isoladamente, nenhuma das fontes de dados possibilita uma estimativa mais precisa de cobertura.

Nosso esforço em medir aproximadamente níveis de cobertura do BPC exigiu a combinação dos dois levantamentos. Porém, essa combinação implica uma definição diferente de cobertura. Nossa unidade de análise não são indivíduos, mas décimos da população na distribuição da renda familiar *per capita*. Mais exatamente, nossa medida de cobertura é dada pela razão entre as estimativas da população elegível ao BPC (critérios idade e incapacidade) em cada décimo da população e da quantidade de benefícios concedidos em cada um desses décimos. Por esse motivo, uma cobertura de 100% de um décimo não pode ser entendida, senão por aproximação, como uma situação na qual todas as pessoas elegíveis daquele décimo recebem o benefício. Hipoteticamente, é possível – ainda que pouco provável – que por erro todos os benefícios desse décimo estejam indo para pessoas que não atendem aos critérios de idade ou incapacidade.

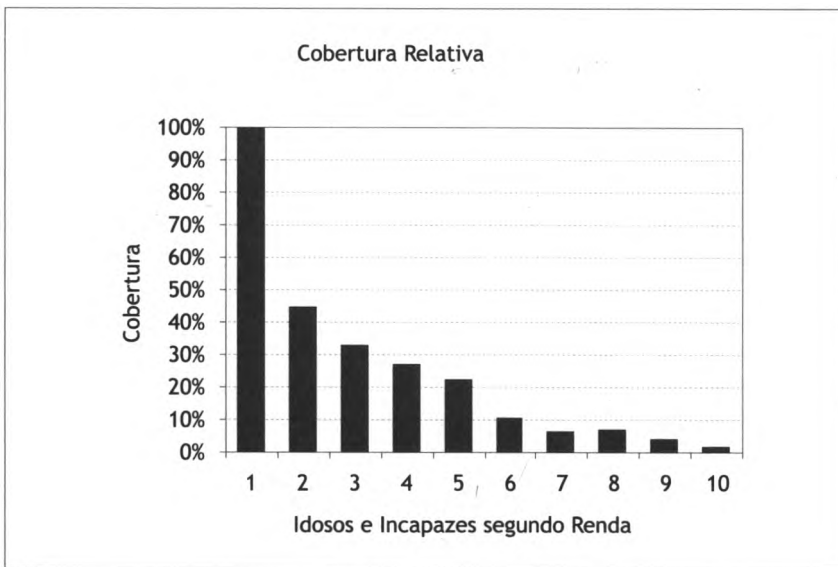
Enfrentamos vários obstáculos para gerar estimativas de cobertura. Um deles diz respeito à subestimação do valor absoluto de benefícios concedidos na Pnad 2006. Esse levantamento estima o número de benefícios em 1,2 milhão. Já uma interpolação baseada nos registros administrativos indica esse número como sendo 2,4 milhões, ou seja, o dobro. Evidentemente, uma estimativa partindo dos valores da Pnad dificilmente corresponderia à realidade. Todavia, os registros administrativos não são uma fonte adequada para gerar uma distribuição dos benefícios segundo décimos de renda *per capita*. Nossa alternativa foi abordar a cobertura dos décimos de duas maneiras. A primeira, em termos relativos, elegendo o primeiro décimo como referência e medindo em seguida a cobertura dos demais décimos em relação a ele. A segunda, multiplicando o número absoluto na Pnad de benefícios em cada décimo por uma constante de modo que o total obtido equivalesse ao dos registros

administrativos. Como a última opção assume implicitamente que a subcobertura do BPC na Pnad é igualmente distribuída na população – o que é contestável –, os resultados devem ser interpretados com bastante cautela.

O Gráfico 3 apresenta os níveis de cobertura relativa da população que satisfaz os critérios de idade e incapacidade em décimos da distribuição da renda familiar *per capita*, entendendo-se família como o grupo doméstico (moradores da unidade domiciliar particular, excluídos pensionistas, empregados domésticos e seus parentes). Como a distribuição das pessoas idosas e incapazes para o trabalho e vida independente é uniforme ao longo dos estratos de renda, os traços gerais dos níveis de cobertura tenderão a refletir as características da distribuição segundo grupo de renda do benefício. O gráfico indica que a cobertura é maior quanto mais pobre for a população, conforme é de se esperar. A cobertura observada no segundo décimo é inferior à metade da observada no primeiro. Note-se que o segundo décimo ainda contém parte da população que atende o critério de renda do benefício.

A rigor não deveria ser observada cobertura alguma do terceiro décimo em diante, mas esse tipo de erro de baixa intensidade é difícil de evitar. Além disso, se a proteção de deficientes e idosos nos estratos acima do limite do benefício, mas ainda pobres, não é a determinada pela lei, esta não deve ser entendida como intrinsecamente negativa, pois a Constituição Federal determina o mínimo, mas não o máximo da proteção social no país. Já a cobertura nos dois décimos mais ricos da população, a qual indica erros de seletividade que merecem mais atenção, é muito inferior à observada no primeiro.

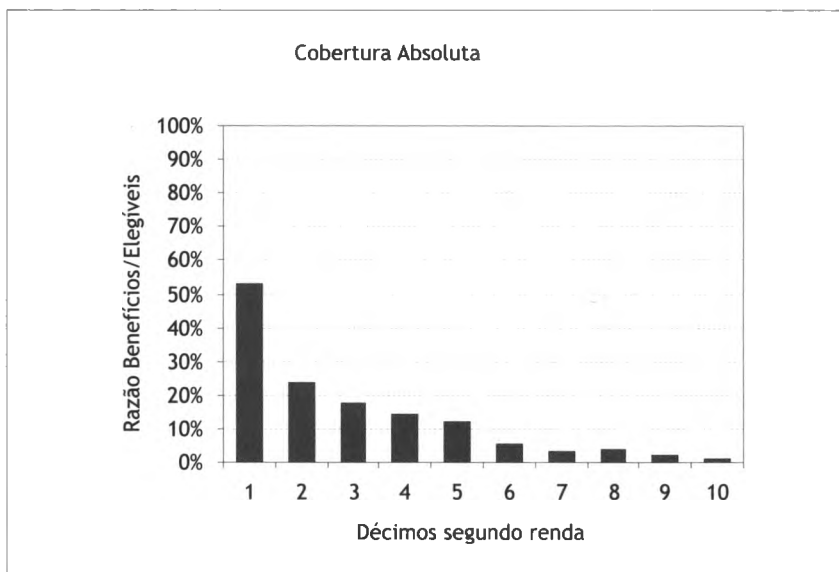
Gráfico 3 - Nível relativo de cobertura dos décimos da população incapaz e idosa ordenada segundo renda familiar *per capita* (grupo doméstico) - Brasil, 2006



Fonte: Microdados do Censo 2000 e da Pnad 2006.

O Gráfico 4 apresenta a estimativa de cobertura absoluta, registrando no eixo vertical a razão entre a quantidade de benefícios recebidos em cada décimo da população e a população incapaz e idosa desse décimo em 2006. Ele aponta que a cobertura do BPC na população elegível mais pobre é provavelmente baixa. No primeiro décimo, o número de beneficiários do BPC é pouco mais da metade da quantidade estimada de incapazes para o trabalho e vida independente e idosos nesses estratos. No segundo décimo, que ainda contém parte da população elegível pelo critério de renda, a cobertura aparenta ser de pouco mais de um quinto dos idosos e incapazes. Já nos níveis superiores de renda, a cobertura absoluta é inferior a 6% a partir do sexto décimo.

Gráfico 4 - Nível absoluto de cobertura dos décimos da população incapaz e idosa ordenada segundo renda familiar *per capita* (grupo doméstico) - Brasil, 2006



Fonte: Microdados do Censo 2000 e da Pnad 2006; Demonstrativo Síntese Jan 2008 - MDS.

Além das ressalvas que se referem à subestimação do BPC na Pnad 2006, há outros motivos para que os níveis estimados de cobertura desse gráfico sejam interpretados com cautela. Uma fração importante do BPC destina-se à população idosa, boa parte da qual não dispõe de outra fonte de renda além do benefício. Nossa metodologia não contabiliza o BPC na renda das famílias, logo, é natural que um volume grande dos benefícios medidos pela Pnad 2006 esteja alcançando pessoas que, sem o BPC, possuem renda zero e estão no primeiro décimo da distribuição da renda no Brasil. Dado o pequeno tamanho do BPC em 2000 e as mudanças na distribuição da renda ocorridas no período, a composição dos estratos de renda obtida no Censo 2000 é provavelmente distinta da observada na Pnad 2006, em particular no primeiro décimo de população. Consequentemente, é possível que na verdade a cobertura do primeiro décimo seja menor e a cobertura nos décimos seguintes seja maior do que o estimado

neste estudo. Por isso, do nosso ponto de vista, importam mais as tendências gerais indicadas pelo gráfico que os valores exatos de cobertura estimados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O BPC destina-se a pessoas com idade igual ou superior a 65 anos ou com deficiência e incapacitadas para o trabalho e para a vida independente cujos rendimentos familiares *per capita* são inferiores a um quarto de salário mínimo. Este estudo combina informações do Censo 2000 e da Pnad 2006 e registros administrativos para analisar a distribuição de beneficiários e de benefícios e o grau de cobertura em diferentes estratos de população. Tal combinação envolve decisões metodológicas e, portanto, a magnitude das estimativas deve ser interpretada com cautela.

Propomos uma definição de incapacidade para o trabalho e para a vida independente que, além de levar em conta os impedimentos corporais das pessoas, tenta considerar sua interação com o meio em que vivem. Na proposta, consideramos as características sociais dos indivíduos e do ambiente em que residem, trabalham e estudam. Nossa definição baseia-se na probabilidade dos adultos de conseguirem um trabalho suficiente para assegurar a própria subsistência – ou seja, cujo rendimento mensal é igual ou maior que um salário mínimo – ou na probabilidade das crianças e jovens de frequentarem a escola. Desse modo, nossa abordagem considera as características das pessoas – sexo, idade, raça, etc. – e as características locais e regionais de seus mercados de trabalho e rede de ensino e verifica em que medida cada nível de dificuldade em diferentes funções corporais afeta sua atividade laboral ou escolar para então definir incapacidade, ao invés de estabelecer arbitrariamente que um determinado nível de perda

de funcionalidade implica incapacidade, qualquer que seja o indivíduo.

Os resultados obtidos indicam que não há uma concentração relevante da população de idosos e incapazes em qualquer estrato da população, seja ele pobre ou rico. Já os benefícios são distribuídos predominantemente aos estratos de renda mais baixa. Um terço dos beneficiários pertence ao décimo mais pobre da população brasileira e apenas um por cento deles pertence ao décimo mais rico. A maioria dos beneficiários encontra-se acima do critério de renda de um quarto de salário mínimo usado pelo benefício, o que evidentemente caracteriza erros de seletividade conforme o critério legal. Contudo, esses erros são, em sua maioria, de intensidade muito baixa, dificilmente evitáveis, e não podem ser interpretados como resultados sistemáticos de uma má gestão do benefício. Há erros de alta intensidade que resultam na manutenção do BPC em famílias de renda mais elevada. Esses, felizmente, são de ocorrência muito pouco frequente.

Como os idosos e incapazes são uniformemente distribuídos ao longo dos estratos de renda, a cobertura do programa reflete a distribuição dos benefícios nesses estratos. A cobertura relativa no décimo mais pobre da população – composto integralmente por pessoas cuja renda é inferior a um quarto de salário mínimo – é muito superior à observada no décimo seguinte. Na metade mais rica da população, a cobertura é bastante inferior à observada no primeiro décimo. Nossa estimativa de valores absolutos aponta que a cobertura do BPC na população elegível mais pobre ainda é incipiente. Observa-se, por outro lado, uma cobertura pequena nos estratos mais ricos da população.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais nº 1/92 a 40/2003 e pelas emendas constitucionais de revisão nº 16/64. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas; 2003.
2. Vaitsman J, Paes-Souza R, editores. Avaliação de políticas e programas do MDS: resultados. Brasília: MDS; 2007. v. 2: Bolsa Família e Assistência Social.
3. Brasil. Censo demográfico 2000 [censo demográfico na internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2000 [acesso em 1º fev. 2005]. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/censo>.
4. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios 2006. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.
5. Soares FV, Soares S, Medeiros M, Osório RG. Programas de transferência de renda no Brasil: impactos sobre a desigualdade. Textos para Discussão Ipea 2006; (1228):1-23.
6. Agostinho C, Sawyer D, Carvalho J, Freitas A, Queiroz B, Máximo G. Estimativa do público-alvo do BPC e sua cobertura. In: Vaitsman J, Paes-Souza R, editores. Avaliação de políticas e programas do MDS: resultados. Brasília: MDS; 2007. v. 2, p. 257-81.
7. Presidência da República. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 8 dez. 1993.

8. Presidência da República. Decreto n. 1.744, de 8 de dezembro de 1995. Regulamenta o benefício de prestação continuada devido à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 11 dez. 1995.

9. Presidência da República. Lei n. 9.720, de 30 de novembro de 1998. Dá nova redação a dispositivos da Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da assistência social, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1º dez. 1998

10. Presidência da República. Lei n. 10.690, de 16 de junho de 2003. Dá nova redação à Lei n. 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 17 jun. 2003.

11. Presidência da República. Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1º out. 2003.

12. Presidência da República. Decreto n. 5.296, de 2 de dezembro de 2004. Regulamenta as leis n.10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 3 dez. 2004.

13. Presidência da República. 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 n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto n. 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 28 set. 2007.

14. Justiça Federal do Brasil. Acre. Ação civil pública dos autos 2007.30.00.000204-0, classe 7100. Estabelece que a capacidade para praticar atos da vida cotidiana, por si só, não é determinante para o indeferimento do benefício pelo INSS. Rio Branco: Seção Judiciária do estado do Acre; 2007.
15. INSS. Instrução normativa INSS/PRES 20, de 10 de outubro de 2007. Estabelece critérios a serem adotados pela área de benefícios. Brasília: INSS; 2007.
16. INSS. Instrução normativa INSS/PRES 27, de 30 de abril de 2008. Altera a instrução normativa INSS/PRES 20, de 10 de outubro de 2007. Brasília: INSS; 2008.
17. INSS. Instrução normativa INSS/PRES 29, de 4 de junho de 2008. Altera a instrução normativa INSS/PRES 20, de 10 de outubro de 2007, determina a presunção de incapacidade para trabalho das crianças e jovens e estabelece que a interação com o meio econômico determina incapacidade. Brasília: INSS; 2008.
18. Paulo, M. A., Wajnman, S., & Hermeto, A. M. (2008). A relação entre renda e composição domiciliar dos idosos no Brasil: um estudo sobre o impacto do recebimento do Benefício de Prestação Continuada. In Anais do XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais (p. 21). Presented at the XVI Encontro Nacional de Estudos Populacionais, ABEP, Caxambu: Abep. http://www.abep.nepo.unicamp.br/encontro2008/docsPDF/ABEP2008_1419.pdf
19. Albrecht GL, Seelman KD, Bury M, editores. Handbook of disability studies. Thousand Oaks: Sage Publications; 2001.
20. Diniz D. O que é deficiência. São Paulo: Brasiliense; 2007.
21. Barnes C, Oliver M, Barton L, editores. Disability studies today. Cambridge: Polity Press; 2002.

22. Costa SJDO. O benefício assistencial e suas questões controvertidas. *Âmbito Jurídico* 2009; (66):1-3.
23. Santos W, Diniz D, Pereira N. Deficiência e perícia médica: os contornos do corpo. *Reciis* 2009; 3(2):16-23.
24. Diniz D, Squinca F, Medeiros M. Qual deficiência? Perícia médica e assistência social no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(11):2589-96.
25. Presidência da República. Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 25 out. 1989.
26. Presidência da República. Decreto n. 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei n. 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. *Diário Oficial da União*. Brasília, 21 dez. 1999.
27. Medeiros M, Granja FH, Sawaya Neto M. Mudança do conceito de família do Benefício de Prestação Continuada. *Textos para Discussão Ipea* 2009; (1411):1-21.

CONCEITO DE FAMÍLIA DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

Marcelo Medeiros, Fábio Granja Barros e Melchior Sawaya Neto

INTRODUÇÃO

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um programa assistencial que transfere mensalmente o valor de um salário mínimo a seus beneficiários. São elegíveis ao BPC idosos e pessoas cuja deficiência é considerada incapacitante para o trabalho, nos dois casos devendo o beneficiário ter rendimentos familiares *per capita* inferiores a um quarto de salário mínimo. Tais condições devem ser revisadas periodicamente a fim de verificar se os beneficiários se mantêm dentro do grupo-alvo do BPC.

O cálculo dos rendimentos familiares depende do que se entende por família. O BPC possui uma definição peculiar, a qual replica, em certa medida, o conceito utilizado na Previdência Social, mas diverge daquele adotado por outras políticas brasileiras, como o Bolsa Família. Quando contabiliza as pessoas que vivem em uma família, o BPC exclui, entre outros, irmãos e

filhos maiores de 21 anos, sogros, avós e netos dos beneficiários, independentemente de sua quantidade na família e seu nível de renda.

Não parece haver nenhuma justificativa razoável para essa exclusão. Em particular, a desconsideração de filhos e irmãos não parece ter qualquer embasamento nos princípios que guiam a assistência social. Ela pode tanto autorizar a exclusão de pessoas extremamente pobres do BPC quanto levar à inclusão de indivíduos vivendo em famílias de renda elevada segundo critérios de composição familiar mais comumente utilizados. O presente capítulo busca estimar como tal alteração afetaria o benefício. Mais especificamente, o objetivo é analisar os impactos distributivos e os resultados agregados de uma mudança na definição de família do BPC, que passaria a se referir ao grupo de pessoas que moram em um mesmo domicílio e constituem uma unidade de consumo.

Utilizando dados do Questionário da Amostra do Censo Demográfico de 2000, identificamos pessoas idosas e incapazes para o trabalho. Em seguida, calculamos os rendimentos familiares *per capita* segundo duas definições de família, a do BPC e aquela correspondente à “unidade de consumo formada pelo grupo doméstico”. Por fim, estimamos como a mudança conceitual afeta os rendimentos das pessoas e sua posição na estratificação social, bem como conjecturamos as consequências da mudança em termos de distribuição e volume de elegíveis.

Os efeitos de uma mudança no conceito de família do BPC já foram investigados anteriormente. O estudo de Freitas e colaboradores, por exemplo, centra-se nos efeitos agregados sobre idosos e incapazes para o trabalho e para a vida independente.¹ Para isso, os pesquisadores usam uma definição de incapacidade baseada exclusivamente nos atributos corporais dos indivíduos e denominam “família BPC” um subconjunto dos núcleos que os levantamentos do IBGE chamam de “famílias”. Suas estimativas

comparam a “família BPC” com as “famílias IBGE” e com o conjunto de moradores das unidades domiciliares, os “domicílios IBGE”. A conclusão é a de que uma mudança no conceito de família reduziria substancialmente o número de beneficiários do BPC.

Em nosso estudo, adotamos uma metodologia diferente, que, para a composição das famílias, busca aproximar-se o máximo possível do esquema atual do BPC. Essa metodologia utiliza a informação disponível sobre relações de parentesco nas unidades domiciliares para identificar tanto as relações consideradas pelo BPC quanto os arranjos domésticos alternativos. Também usamos uma definição distinta de incapacidade para o trabalho e a vida independente, que leva em conta, além dos atributos corporais, a interação do indivíduo com o meio. Vale acrescentar que nossa atenção está voltada para os fluxos de mobilidade entre estratos sociais decorrentes da mudança conceitual. Essa abordagem fornece informações não apenas sobre o tamanho total do benefício, mas também sobre os efeitos distributivos da mudança, em particular na redução de eventuais desvios de focalização.

Os resultados obtidos apontam que uma modificação no conceito de família do BPC alteraria, em 2000, a renda calculada de cerca de metade das pessoas idosas ou incapazes. Porém, em termos do tamanho total do benefício, o saldo final dessa mobilidade de renda seria reduzido. A mudança conceitual afetaria a distribuição dos elegíveis, mas não sua quantidade.

CONCEITOS DE FAMÍLIA

A Constituição de 1988 determina a prestação da assistência social às pessoas que não forem capazes de prover seu próprio sustento ou tê-lo provido por suas famílias.² Não existe,

no direito ou nas políticas públicas brasileiras, uma definição única de família que permita complementar inequivocamente a Constituição. Todavia, para os objetivos de assistência financeira às pessoas, como é o caso do BPC, é razoável entender sustento como consumo de bens essenciais – e, assim, entender família como unidade de consumo. Nessa definição, família corresponde aproximadamente ao que se conhece como “arranjo familiar domiciliar” ou “grupo familiar doméstico” e consiste em um grupo de parentes vivendo em um mesmo domicílio. Para lidar com casos em que a unidade de consumo se constitui de pessoas sem relações de parentesco, costuma-se incluir na família aqueles indivíduos que têm sua convivência definida por normas sociais de afinidade (os “agregados”, na terminologia do Censo 2000).

O BPC, no entanto, usa um conceito de família diferente. Considera-se como tal o conjunto formado pelo beneficiário, seu cônjuge, seus filhos não emancipados menores de 21 anos ou inválidos, seus pais e seus irmãos não emancipados menores de 21 anos ou inválidos quando estes vivem sob o mesmo teto. “Inválido”, em termos previdenciários, é o indivíduo totalmente impossibilitado de trabalhar, o que, de certa forma, corresponde a uma interpretação restrita do conceito de incapaz do BPC. Usa-se ainda uma definição especial de família, a qual é aplicada a pessoas internadas em hospitais, asilos e instituições similares. Para efeito de avaliação da elegibilidade desses indivíduos ao BPC, computa-se o rendimento de suas famílias de origem. Trata-se de uma situação na qual os critérios de composição de famílias são os mesmos, mas o requisito de coabitação é deixado de lado.³⁻⁵

Em nenhum caso a família do BPC é definida estritamente segundo a lógica da identificação da unidade de consumo. Na verdade, o BPC replica o conceito de família usado no sistema previdenciário, embora este tenha propósitos totalmente distintos: o objetivo principal do conceito previdenciário é identificar dependentes dos segurados e uma linha sucessória para

a concessão de pensões no caso de falecimento de aposentados, ao passo que o BPC deve estimar a capacidade de uma família de prover a manutenção de seus membros, conforme determina a Constituição Federal.³

Essa definição de família é relativamente recente. Antes, o BPC entendia família como “a unidade mononuclear, vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes”, conforme determinava a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas).⁶ A mudança ocorreu em 1997, mas em tese ainda coexistem as duas definições, uma vez que o processo de revisão periódica dos benefícios considera o conceito de família utilizado na época da concessão. Como a expansão do BPC se deu após essa época, na prática a definição vigente é a dominante no benefício.^{4,6}

Em relação à família entendida como grupo de parentes, o conceito utilizado pelo BPC, por um lado, superestima a capacidade de algumas famílias pobres ao não contabilizar, por exemplo, a presença de filhos e irmãos maiores de 21 anos, genros, noras e netos. Por outro lado, porém, subestima a capacidade de certas famílias mais ricas ao ignorar as rendas de filhos maiores e demais parentes.

METODOLOGIA

A metodologia do estudo consiste em estimar a posição das pessoas na distribuição de rendimentos familiares *per capita* segundo dois conceitos de família e medir a mobilidade entre classes de renda decorrente da diferença conceitual. A primeira definição de família é a utilizada pelo BPC. A definição alternativa é a que a entende como o arranjo domiciliar que constitui uma unidade de consumo, aqui denominado grupo familiar doméstico (GFD), dadas suas características preponderantes.

Conforme o conceito do BPC, família é o grupo de pessoas coabitando um mesmo domicílio formado pelo requerente ou beneficiário, o cônjuge ou companheiro(a), os pais, os filhos menores de 21 anos ou inválidos, bem como os equiparados, inclusive o enteado e o menor tutelado, e os irmãos menores de 21 anos ou inválidos. No conceito GFD, família é o conjunto de pessoas vivendo em um domicílio formado por todos os parentes e eventuais não parentes agregados.

Para a estimativa, utilizamos os microdados do Questionário da Amostra do Censo 2000. O Censo coleta informações sobre idade, deficiência e características sociais da população que permitem uma identificação aproximada dos potenciais beneficiários do BPC. Também estabelece uma pessoa de referência em cada unidade domiciliar – denominada “pessoa responsável” – e identifica o tipo de relação de parentesco ou norma de convivência entre ela e os demais moradores. Além disso, o Censo subdivide a unidade domiciliar em “famílias” – que na verdade são subgrupos associados à noção de núcleo familiar – e em cada subgrupo designa uma pessoa de referência e indica o tipo de relação dos membros da “família” com essa pessoa. O termo “família” no Censo pode levar a uma noção equivocada sobre as relações de parentesco dentro da unidade domiciliar, e seu uso nesse sentido será evitado no estudo. Combinando as informações sobre elegibilidade ao BPC e a relação com as pessoas de referência das unidades domiciliares e seus subgrupos, é possível identificar as famílias BPC e GFD no Censo 2000.

No Brasil os moradores de uma unidade domiciliar são, em sua larga maioria, parentes. Os casos de pessoas sem parentesco coabitando são muito pouco frequentes e representam uma fração diminuta da população brasileira. A coabitação de dois grupos de parentes não relacionados, isto é, a convivência de duas famílias separadas em um mesmo domicílio, também é um fenômeno de frequência muito baixa. O que é muito mais

comum é a convivência de dois núcleos familiares aparentados em um mesmo domicílio.⁷ Esses núcleos são, no Censo 2000, denominados “famílias”, mas a coabitação de dois ou mais núcleos desse tipo em um domicílio não deve ser entendida como uma composição multifamiliar, seja sob a ótica do BPC, seja sob a perspectiva da identificação de unidades de consumo. Uma composição relativamente comum no Brasil – pai, mãe, filha e neto – é entendida, no Censo, como duas famílias coabitando (pai e mãe; filha e neto), embora constitua um único grupo de parentes, uma única unidade de consumo e uma única família BPC se a filha for a beneficiária. É evidente, portanto, que nosso estudo não pode considerar apenas as “famílias Censo” para estratificar a população segundo a renda. É por esse motivo que nossa metodologia busca usar o máximo possível de informações sobre os laços de parentesco dos moradores das unidades domiciliares para comparar conceitos alternativos de família.

A composição de famílias BPC requer a identificação de pessoas que atendam os critérios de idade e incapacidade do benefício. Idades fazem parte do levantamento regular do Censo, mas incapacidade não. Para definir incapacidade, nos baseamos na legislação que determina que se considere a interação entre a pessoa e seu ambiente físico e social, bem como em princípios da Política Nacional para a Integração das Pessoas Portadoras de Deficiência e em convenções internacionais de que o Brasil é signatário.^{8,9} Definimos como incapazes as pessoas com alguma perda de funcionalidades (capacidade de executar tarefas) ou com restrições nas características orgânicas (por exemplo, ausência de membros) cujas probabilidades de trabalhar em ocupação com remuneração superior a um salário mínimo, no caso dos adultos, e de frequentar escola, no caso das crianças, fossem inferiores, respectivamente, a 0,25 e 0,50.

Essas probabilidades são estimadas segundo idade, sexo, cor, nível educacional, grande região de residência,

características de urbanização da área de residência e deficiências. A um indivíduo com determinadas características foi atribuída a esperança de trabalhar ou estudar do grupo formado por pessoas com as mesmas características, a qual corresponde à proporção de indivíduos trabalhando ou estudando no grupo. Como o Censo 2000 não coleta informações sobre trabalho de crianças com menos de 10 anos, todas foram consideradas sem trabalho (e sem qualquer outro tipo de rendimento). Para as estimativas, a população foi separada em seis faixas etárias (0 a 6, 7 a 16, 17 a 24, 25 a 44, 45 a 64 e 65 ou mais anos), dois sexos, dois grupos raciais (brancos, para os indivíduos classificados no Censo como brancos e amarelos; e negros, para os pretos, pardos e indígenas), 17 níveis educacionais (correspondentes ao número de anos de estudo concluídos), cinco grandes regiões de residência, duas áreas de urbanização (urbanizada, para áreas urbanizadas de cidade; e não urbanizada, para todas as demais situações, inclusive áreas urbanizadas isoladas) e características corporais e funcionais (dificuldades para enxergar, ouvir e caminhar ou subir escadas – todas subdivididas em incapaz, grande, alguma ou nenhuma dificuldade –, deficiência mental permanente e paralisias total, das pernas, de uma parte do corpo e falta de membros).

Depois de identificados, os idosos ou incapazes para o trabalho e para a vida independente foram tomados como pessoas de referência para a composição de suas famílias BPC. Para tanto, usamos uma combinação da condição desses indivíduos em relação à pessoa responsável pela unidade domiciliar e àquela responsável pela “família” do Censo 2000. No caso de duas pessoas com esses atributos na mesma unidade domiciliar, foi tratada como de referência, nesta ordem, pessoa responsável, cônjuge, filho, pai (mãe) ou sogro(a), neto ou bisneto, irmão, outro parente e demais categorias, segundo a relação com a pessoa responsável pela unidade domiciliar no Censo 2000.

Naquelas unidades domiciliares onde ninguém se enquadrava em uma dessas categorias, foi considerada pessoa de referência da família a pessoa responsável da unidade domiciliar do Censo. Pessoas classificadas na unidade domiciliar censitária como pai, mãe ou sogro(a) foram todas tratadas como pai ou mãe. Netos e bisnetos, outros parentes, agregados, pensionistas, empregados domésticos e parentes de empregados domésticos na unidade domiciliar e as pessoas a eles aparentadas foram tratados separadamente dos demais membros da unidade e de acordo com sua posição na “família” censitária.

Essas combinações não se aplicam perfeitamente em parte dos casos, em que há três ou mais núcleos familiares convivendo no mesmo domicílio, fato que é pouco comum. A possibilidade de emancipação de irmãos e filhos não foi levada em conta e consideramos inválidos todos aqueles que classificamos como incapazes segundo nossos critérios. A composição das famílias GFD é mais simples e tratou como membros todas as pessoas que tinham qualquer relação de parentesco ou eram agregadas da pessoa responsável pela unidade domiciliar do Censo. No caso de arranjos multifamiliares de pensionistas e empregados domésticos, considerou-se a relação com a pessoa responsável pela “família” do Censo. Em relação aos dados do Censo 2000, computamos como renda familiar os rendimentos monetários de todas as fontes dos membros da família. O BPC não computa na renda familiar o recebimento de doações regulares, mas como no Censo 2000 doações são contabilizadas na categoria que registra pensões alimentícias, mesadas e doações, seu valor foi computado. No Censo há uma mesma categoria para registro do recebimento do BPC, de seguro-desemprego e de outros programas de transferência, sem possibilidade de identificar o benefício na fonte de rendimento. Em decorrência, não foram excluídos no cômputo da renda familiar total rendimentos que poderiam, eventualmente, corresponder ao BPC. Nos casos em que a população foi estratificada de acordo com frações do salário

mínimo, vale notar que o valor deste em julho de 2000, mês de referência do Censo, era de R\$ 151,00. O estudo abandonou todos os registros daquelas unidades domiciliares em que uma ou mais informações necessárias para as estimativas acima eram ignoradas.

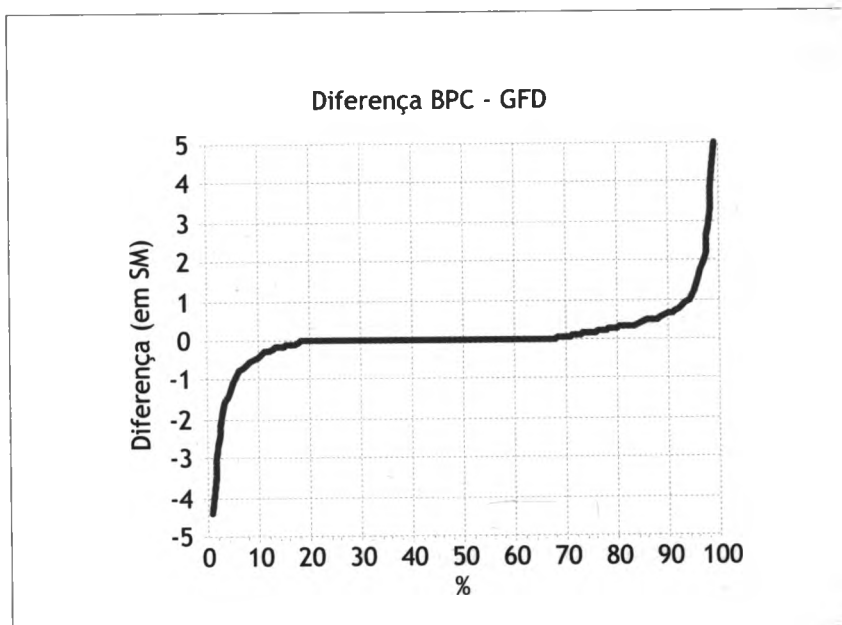
RESULTADOS

O Gráfico 1 mostra a distribuição das diferenças entre a renda familiar *per capita* calculada segundo duas definições de família, a do BPC e a que a toma como grupo familiar doméstico, com os agregados incluídos. A estimativa se faz apenas para as famílias que têm ao menos uma pessoa com características de idade ou deficiência que a tornariam potencialmente beneficiária do BPC, mas é independente do valor da renda familiar. As diferenças são calculadas por pessoa e estão ordenadas no eixo horizontal do gráfico. O eixo vertical registra o valor da renda, medido em salários mínimos (SM) de julho de 2000 (R\$ 151,00). As diferenças positivas indicam que a mudança conceitual da família BPC à GFD implicaria um aumento na renda contabilizada das pessoas, e as negativas, o inverso.

Conforme é possível observar no Gráfico 1, a alteração na forma como os rendimentos das pessoas residindo no domicílio são calculados levaria a uma redução da renda contabilizada de cerca de 20% das famílias elegíveis (com uma pessoa elegível pelos critérios de idade ou incapacidade, mas não de renda) e um aumento na renda de aproximadamente 31% das famílias. A metade restante da população não teria qualquer alteração em seu nível de renda calculada no caso de mudança conceitual. As alterações, quando existem, são geralmente pequenas, mas para 5% das pessoas a redução ultrapassaria um salário mínimo *per capita*, chegando a superar quatro salários mínimos em 1% da

população. Já o aumento seria maior que um salário mínimo para 4% da população e superior a quatro salários mínimos também para apenas 1% da população.

Gráfico 1 - Distribuição das diferenças entre a renda familiar *per capita* calculada segundo a definição de família do BPC e segundo a definição "GFD", considerando-se a população elegível de qualquer renda - Brasil, 2000



Fonte: Microdados do Censo 2000; Questionário da Amostra - IBGE.

A Tabela 1 permite acompanhar como a população em 2000 vivendo em famílias nas quais há idosos ou deficientes com características elegíveis ao BPC (exceto renda) mudaria de classe de renda caso o conceito de família fosse alterado. As colunas dessa tabela apresentam a classe de renda de origem das pessoas, isto é, sua renda familiar *per capita* calculada utilizando-se o conceito de família em vigência no BPC. As linhas indicam a classe de renda de destino, ou seja, sua renda calculada conforme o conceito GFD. As classes estão divididas segundo frações do

salário mínimo, sendo a primeira, de 0 a 0,25 (menos de 0,25), a que corresponde ao nível de corte de renda do BPC.

Em termos gerais, a mudança no conceito de família provocaria movimento das pessoas ao longo das classes de renda, mas o saldo líquido desse movimento seria reduzido. Isso ocorre porque a mudança tem efeitos de entrada e saída razoavelmente equilibrados nas diversas classes, em particular naquelas mais pobres. Além disso, a maior parte dos movimentos, sejam de entrada, sejam de saída, é de curta distância, isto é, ocorre entre classes vizinhas.

De acordo com a Tabela 1, 80,8% das pessoas em famílias cuja renda é calculada como inferior a 0,25 salário mínimo *per capita* pelos critérios atuais do BPC permaneceriam nessa mesma classe se o conceito de família fosse mudado para o de GFD. Já no grupo imediatamente acima, de 0,25 salário mínimo (maior ou igual) até 0,50 salário mínimo (menor), 67,9% da população não se moveria de estrato, 10,6% cairiam para o estrato 0 a 0,25 salário mínimo, e 9,3% subiriam para o estrato 0,50 a 0,75.

Essa tabela também pode ser interpretada em termos de inclusão e exclusão do BPC. A primeira linha indica as pessoas que, em 2000, seriam elegíveis ao benefício em caso de mudança na definição de família. A primeira coluna mostra as que têm direito ao benefício pelo conceito vigente. Somando-se os valores da primeira linha da tabela, exceto a primeira coluna, nota-se que, com a mudança conceitual, haveria a inclusão de 14,3% das pessoas que atualmente deveriam estar excluídas do benefício, apesar de serem consideradas indiscutivelmente muito pobres por regras de composição de família diferentes da do BPC, como as do Bolsa Família. Somando-se os valores relevantes na primeira coluna, a exclusão seria da ordem de 19,7% de pessoas que o BPC atualmente aceita, mas cujos rendimentos calculados por outras regras estariam acima dos limites legais.

Tabela 1 - Matriz de mobilidade entre classes de renda familiar *per capita* decorrente de mudanças no conceito de família do BPC, considerando-se a população elegível de qualquer renda - Brasil, 2000

CLASSE GFD	CLASSE BPC								
	de 0 a 0,25	de 0,25 a 0,5	de 0,5 a 0,75	de 0,75 a 1	de 1 a 1,25	de 1,25 a 1,5	de 1,5 a 1,75	de 1,75 a 2	2 e mais
de 0 a 0,25	80,8%	10,6%	1,5%	1,7%	0,2%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%
de 0,25 a 0,5	8,8%	67,9%	21,6%	13,4%	3,5%	2,0%	1,0%	1,5%	0,3%
de 0,5 a 0,75	3,1%	9,3%	62,0%	14,5%	10,7%	7,1%	3,4%	3,8%	1,7%
de 0,75 a 1	2,0%	4,6%	7,5%	53,4%	15,0%	13,3%	7,8%	9,3%	2,5%
de 1 a 1,25	1,1%	2,2%	2,8%	4,9%	54,2%	9,5%	11,5%	6,2%	6,0%
de 1,25 a 1,5	0,8%	1,4%	1,4%	3,7%	5,8%	51,8%	9,0%	9,7%	8,7%
de 1,5 a 1,75	0,6%	1,0%	0,8%	1,9%	3,1%	5,0%	51,5%	6,3%	8,1%
de 1,75 a 2	0,5%	0,6%	0,6%	1,6%	1,9%	3,0%	4,6%	48,1%	6,9%
2 e mais	2,8%	3,1%	2,3%	6,6%	7,4%	11,1%	15,8%	63,1%	72,8%
TOTAL	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Microdados do Censo 2000; Questionário da Amostra - IBGE.

Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2006 indicam que aproximadamente 4% dos beneficiários encontravam-se em estratos cuja renda familiar *per capita*, considerando-se o conceito GFD, era superior a dois salários mínimos de 2006.¹⁰ Uma parte dessa concessão do benefício aos mais ricos pode ser efeito do conceito de família usado pelo BPC, pois no Censo 2000, quando filhos e irmãos maiores e avós e netos não são contabilizados na família, 2,8% da população de idosos e incapazes nesses estratos mais altos passa a ser elegível ao programa.¹

Uma mudança de critérios não pode ser interpretada como mais ou menos “generosa”. Primeiro, porque não se trata de incluir ou excluir pessoas iguais, e sim pessoas que se encontram em diferentes estratos sociais quando os rendimentos são computados por critérios distintos dos do BPC. Segundo, porque o principal efeito de uma mudança de conceitos é de natureza distributiva, ou seja, não se dá em termos do volume

de população que passa a ser elegível ao benefício, mas em termos da distribuição das pessoas elegíveis. A tabela a seguir dimensiona o impacto das mudanças nos volumes de elegíveis.

Tabela 2 - População incluída no BPC como fração da população de idosos e incapazes, segundo o conceito de família - Brasil, 2000

GFD	BPC	PERCENTUAL DA POPULAÇÃO*
Incluído	Incluído	8,8%
Incluído	Excluído	1,8%
Excluído	Excluído	87,3%
Excluído	Incluído	2,1%
TOTAL		100,0%

Fonte: Microdados do Censo 2000; Questionário da Amostra - IBGE.

* Percentual da população de idosos ou incapazes em qualquer nível de renda.

Na Tabela 2, são apresentadas as proporções da população idosa e incapaz que seriam incluídas ou excluídas de acordo com cada conceito de família. A primeira linha mostra que, independentemente da definição utilizada, 8,8% da população idosa e incapaz seria elegível ao BPC em 2000. Por outro lado, 87,3% da população não seria elegível nos dois conceitos. A mudança do conceito BPC para o GFD incluiria 1,8% da população, mas excluiria 2,1% dos elegíveis pelos critérios vigentes.

Uma rápida aritmética indica que, pelo conceito de família do BPC, a proporção de elegíveis corresponderia a 10,9% (8,8% + 2,1%) da população idosa e incapaz. Já pelo conceito GFD, a proporção de elegíveis seria de 10,6%, uma diferença irrisória. A mudança, portanto, não teria impactos relevantes em termos do volume de beneficiados, e sim de suas características.

Esses valores servem de referência para balizar os efeitos de uma mudança nos conceitos de família no que tange aos elegíveis, mas não podem ser interpretados diretamente como

uma medida de impacto sobre o benefício atual. Entre 2000 e 2009, mudaram a distribuição da renda, os valores do salário mínimo e as composições das populações idosa e incapaz de cada estrato de renda. Além disso, a distribuição real dos benefícios naturalmente alcança também estratos sociais mais altos que os legalmente determinados. O impacto real de uma mudança nos conceitos a partir de 2009, portanto, não se restringiria à mobilidade prevista entre estratos elegíveis ou não em 2000. Não estimamos esse impacto, mas isso é, por aproximação, possível e fica como sugestão para estudos futuros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O BPC é destinado a pessoas cuja renda familiar *per capita* é inferior a um quarto de salário mínimo. Para computar esse rendimento, o benefício não contabiliza como membros da família os irmãos e filhos maiores de 21 anos, sogros, avós, netos e outros parentes dos beneficiários, independentemente de sua quantidade e nível de renda. Essa desconsideração não encontra embasamento nos princípios legais que regulam a assistência social no Brasil e pode levar a distorções como a exclusão de pobres e a inclusão de ricos que não estão em conformidade com os objetivos do benefício.

Neste capítulo, analisamos os impactos distributivos e resultados agregados de uma mudança no conceito de família do BPC, de forma a entendê-la como o grupo de moradores de um mesmo domicílio que constituem uma unidade de consumo. Nossa abordagem consistiu em, primeiramente, identificar pessoas que atendessem os critérios de idade e incapacidade do BPC e calcular os rendimentos familiares *per capita* segundo duas definições de família, a do benefício e a “unidade de consumo formada pelo grupo doméstico”. Em seguida, comparamos

indivíduo a indivíduo os efeitos da mudança conceitual sobre os rendimentos.

Uma alteração na forma como as famílias são compostas e, conseqüentemente, no modo como a renda familiar é computada modificaria a renda calculada de cerca de metade da população que vive em famílias onde há uma ou mais pessoas elegíveis ao BPC, de acordo com o Censo 2000. Para 20% delas, ocorreria uma redução de renda, e para 31%, um aumento. Essas mudanças são geralmente pequenas, acarretando para a maioria da população uma mobilidade entre classes de renda de curta distância; porém, para uma fração reduzida, elas podem ultrapassar quatro salários mínimos. O saldo final dos movimentos de mobilidade ascendente e descendente seria reduzido. A mudança conceitual tem efeitos de entrada e saída bem equilibrados nas várias classes de renda, especialmente nas mais pobres.

Uma mudança conceitual não afetaria a grande massa dos beneficiários do BPC, mas permitiria ajustes que aprimorariam a seletividade do benefício. Em 2000, cerca de 80% das pessoas consideradas elegíveis ao BPC pelos critérios atuais (de idade, incapacidade e renda) permaneceriam classificadas assim pelo conceito alternativo. A mudança, por um lado, possibilitaria trazer para a cobertura do benefício pessoas que são muito pobres, mas que o BPC considera como inelegíveis, e, por outro, autorizaria a exclusão de famílias que se encontram em estratos mais altos da distribuição de renda quando avaliadas segundo critérios convencionais distintos dos usados pelo BPC. Em termos fiscais, uma mudança desse tipo teria impactos inexpressivos. Seus efeitos incidem muito mais sobre a distribuição dos elegíveis do que sobre seu volume agregado. O tamanho final da população idosa e incapaz com rendimentos *per capita* inferiores a um quarto de salário mínimo permaneceria praticamente inalterado.

Não sabemos dizer em que medida os resultados obtidos para 2000 se manteriam de 2009 em diante. Também não temos

como estimar com segurança quais seriam as consequências de usar uma definição distinta de incapacidade – pois a nossa não corresponde à usada no BPC –, mas é pouco provável que outra interpretação alterasse radicalmente as conclusões substantivas de nosso estudo. Vale também ressaltar que os resultados sobre os números de elegíveis não podem ser interpretados como se referindo ao número de beneficiários reais que o benefício tem ou terá, uma vez que, na prática, ele deixa de cobrir pessoas que seriam elegíveis e, por razões diversas, inclui beneficiários que não atendem estritamente os critérios legais para participação.

É possível dizer que a mudança no conceito de família atualmente utilizado pode ter resultados positivos quanto à justiça social sem que o custo total do BPC seja elevado expressivamente. Ela não afetaria a maioria dos beneficiários e, apesar de gerar certa alteração nos rendimentos calculados dos indivíduos, teria um saldo final pouco expressivo. Não há, portanto, impedimentos aparentes à adoção de um novo conceito. Seria recomendável que estudos futuros se empenhassem em estimar, ainda que de modo simplificado, como uma mudança afetaria o BPC levando em conta as informações mais recentes sobre tamanho e distribuição do benefício entre estratos sociais.

¹ Isso não significa que 2,8% dos 4% beneficiados podem ser automaticamente atribuídos ao conceito de família usado. Nem as populações nem os estratos em questão são diretamente comparáveis.

REFERÊNCIAS

1. Freitas A, Sawyer DO, Carvalho JAM, Queiroz BL, Agostinho CS, Maximo GC. Avaliação do efeito da mudança do conceito de família BPC. In: Vaitsman J, Paes-Souza R, organizadores. Avaliação de políticas e programas do MDS: resultados. Brasília: MDS; 2007. v. 2, p. 237-53.
2. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas emendas constitucionais nº 1/92 a 40/2003 e pelas emendas constitucionais de revisão nº 16/64. Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas; 2003.
3. Brasil. Decreto n. 1.744, de 8 de dezembro de 1995. Regulamenta o benefício de prestação continuada devido à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 11 dez. 1995.
4. Presidência da República. Lei n. 9.720, de 30 de novembro de 1998. Dá nova redação a dispositivos da Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da assistência social, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 1º dez. 1998.
5. Presidência da República. Lei n. 10.690, de 16 de junho de 2003. Dá nova redação à Lei n. 8.989, de 24 de fevereiro de 1995, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 17 jun. 2003.
6. Presidência da República. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 8 dez. 1993.

7. Medeiros M, Osorio RG. Arranjos domiciliares e arranjos nucleares no Brasil: classificação e evolução de 1977 a 1998. Textos para Discussão Ipea 2001; (788):1-45
8. Presidência da República. Decreto n. 3.298, de 20 de dezembro de 1999. Regulamenta a Lei n. 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. Diário Oficial da União. Brasília, 21 dez. 1999.
9. Presidência da República. Decreto n. 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. Diário Oficial da União. Brasília, 9 out. 2001.
10. IBGE. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios. Rio de Janeiro: IBGE; 2006.

RENDA, IDADE E CORPO PARA O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

Wederson Santos e Janáina Penalva

INTRODUÇÃO

A assistência social foi inscrita na Constituição Federal de 1988 como uma das políticas componentes da seguridade social.^{1,2} De práticas de caridade e filantropia, a assistência social passou a ser um direito individual. Nos termos do artigo 203 da Constituição de 1988, assegurou-se “um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família”.¹ Nesse sentido, a Constituição Federal reconheceu deficiência e pobreza como temas na esfera das desigualdades sociais que necessitam de intervenção do Estado. Desse modo, a partir de 1996, a garantia constitucional materializou-se no Benefício de Prestação Continuada (BPC) e, em fevereiro de 2010, as transferências já atingiam mais de três milhões de pessoas, das quais mais de 1,5 milhão eram pessoas com deficiência.³

No entanto, a efetivação da proteção social às pessoas com deficiência por meio do BPC ainda encontra desafios. O BPC é uma das principais políticas de transferência de renda que objetivam combater a pobreza e as desigualdades sociais no país.^{4,6} Mas, como ocorre com toda política pública, o desenho legal e institucional do BPC tem sido objeto de constantes análises no sentido de propor aperfeiçoamentos ao benefício assistencial.^{5,7-9} No caso do BPC para as pessoas com impedimentos corporais, a forma como a deficiência é considerada incapacitante para o trabalho e a vida independente pelas perícias médicas pode ter implicações para a eficácia da política social.¹⁰

A lei responsável por regulamentar o artigo 203 da Constituição, que trata do BPC, é a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), publicada em 1993.¹¹ O repasse mensal no valor de um salário mínimo determinado no texto constitucional e especificado no artigo 20 da Loas foi destinado a um grupo específico, aqueles “incapazes para o trabalho e para a vida independente”.¹¹ Assim, nas perícias realizadas nas agências do INSS, as condições corporais, os estados de saúde, o histórico trabalhista e a restrição de participação social são alguns dos aspectos avaliados para mensurar o quanto o corpo pode acessar a proteção social do BPC.^{8,12} Nos termos da legislação do BPC, a compreensão da desigualdade pela deficiência se viu deslocada da incapacidade das pessoas de se manterem com autonomia para a incapacidade para o trabalho.

As situações de desigualdade pela deficiência são resultantes de diversos fatores.⁷ Nos últimos anos, o campo de estudos sobre deficiência (*disability studies*) consolidou a ideia de deficiência como desigualdade social, o que fragiliza a compreensão biomédica do corpo deficiente apenas como questão de saúde.^{13,15} A narrativa sobre o corpo deficiente como aquele incapaz para o trabalho é influenciada pela perspectiva biomédica, que vê o corpo deficiente como uma variação do

corpo considerado normal e capaz. Ao especificar as deficiências como incapacitantes para o trabalho, a legislação do BPC pode sugerir que a assistência social não seria destinada para todos que dela necessitarem, como assinalado no texto constitucional.

Desse modo, o benefício é destinado a pessoas deficientes e idosos cuja renda *per capita* familiar não ultrapasse um quarto de salário mínimo. Entre a definição da pobreza e a diversidade representada pelas deficiências, as perícias médicas terminam por avaliar os corpos, considerando, sobretudo, os estados de saúde e os impedimentos.¹⁰ Deficiência pode ser traduzida como um fenômeno multidimensional cujas características de desigualdade se expressam pela conjugação de vários fatores de opressão social que se sobrepõem, resultando na restrição de participação social das pessoas.¹³⁻¹⁵ Entretanto, a legislação do benefício define que a desigualdade pela deficiência deve ser avaliada, principalmente, contrastando os impedimentos corporais à incapacidade laboral, o que pode comprometer os princípios igualitários da política de assistência social.⁸

Este capítulo compara as informações relacionadas à renda, à idade e aos impedimentos corporais de dois grupos de pessoas com deficiência que buscaram o BPC: pessoas que acessaram o benefício assistencial e pessoas que tiveram os pedidos negados. Além disso, são discutidos os elementos que têm sido responsáveis por incluir uma pessoa com deficiência na proteção social do BPC. São poucos os estudos no Brasil que tentam avaliar o perfil das pessoas que tiveram os pedidos de acesso ao BPC negados.^{8,16,17} Analisar as informações desse grupo e compará-las com as do grupo de pessoas com deficiência que receberam o BPC pode indicar os desafios para a proteção social pretendida pelo benefício assistencial.

METODOLOGIA

A metodologia utilizada na pesquisa foi do tipo estudo de caso com técnicas quantitativas e qualitativas de análise de dados.^{18,19} Os dados sobre a população com deficiência solicitante do BPC são da agência Teresina-Leste, de Teresina, capital do Piauí. A escolha pela cidade se deu em razão de, apesar de ser uma agência do INSS de uma capital, a agência Teresina-Leste possui a peculiaridade de atender também uma grande população do meio rural, o que poderia aproximar o recorte metodológico de cenários que se repetem em muitas outras agências do INSS presentes no país. A administração central do INSS, localizada em Brasília, autorizou o acesso aos dados da agência de Teresina por meio de um acordo entre a executora da pesquisa e o INSS. Os dados foram fornecidos sob a condição de que o sigilo das informações fosse assegurado e o uso dos dados fosse meramente para fins acadêmicos.

A agência Teresina-Leste possuía 2.550 benefícios assistenciais para pessoas com deficiência em maio de 2009, mês em que os dados foram extraídos e analisados. O banco de dados do INSS analisado na pesquisa consistiu em dois grupos de informações: a) sexo dos beneficiários, idade dos beneficiários, quantidade de benefícios concedidos por ano (entre 1996 e maio 2009) e tipos de deficiência desse grupo de acordo com a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde (CID-10); e b) dados sobre os requerentes do BPC que tiveram o pedido negado em 2007 e 2008. Nesse segundo grupo, foram fornecidas informações sobre sexo do solicitante, idade do solicitante, número de benefícios indeferidos e motivo de indeferimento (se por renda familiar superior à exigida pela legislação ou se por perícias médicas desfavoráveis ao requerente). Os CIDs das deficiências dos pedidos indeferidos não foram recuperados, uma vez que esse tipo de informação não é armazenado por nenhum procedimento do INSS.

A escolha de 2007 e 2008 para obter informações sobre as razões de indeferimento do BPC para pessoas com deficiência se deu porque esses anos antecedem a principal mudança na forma de avaliação das pessoas com deficiência para o BPC, que ocorreu em 2009.^{10,12,20} A partir de maio de 2009, as pessoas deficientes solicitantes do BPC passaram a ser analisadas por meio de perícia médica e social de acordo com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial da Saúde (OMS).²⁰ Até 2009, as avaliações dos solicitantes do BPC eram baseadas apenas em perícias médicas realizadas por peritos do INSS. Mas, por meio do Decreto n. 6.214, de 2007, o marco legal do BPC incorporou as diretrizes da CIF, o que significa a realização também de perícias sociais por assistentes sociais do quadro do INSS. A CIF possui critérios de identificação das pessoas com deficiência diferentes das classificações biomédicas, pois avalia as pessoas com impedimentos corporais inseridas em distintos ambientes sociais, o que torna a compreensão da deficiência como um fenômeno multidimensional com características biopsicossociais.

DESIGUALDADE PELA DEFICIÊNCIA: POBREZA, IDADE E CORPO

Um dos parâmetros capazes de avaliar o quanto as sociedades são justas é o modo como elas oferecem respostas para eliminar as desigualdades entre as pessoas.^{21,22} No Brasil, o BPC é a principal tentativa de reparar as desigualdades ligadas à experiência da deficiência de pessoas que vivem em extrema pobreza, promovendo o acesso aos mínimos sociais de sobrevivência.²³ Os estudos sobre como as pessoas utilizam os recursos do BPC demonstram que pouco ou nada da renda do benefício é utilizado com lazer ou bens duráveis, sendo a renda destinada quase em sua totalidade para bens de consumo básicos, como os de alimentação, tratamentos de saúde e moradia.^{6,24,25}

Ou seja, o BPC se constitui em uma política de transferência de renda cuja importância reside, sobretudo, na garantia de acesso aos bens básicos.

O fato de o BPC ser destinado a pessoas com deficiência pobres especifica que a população do BPC será aquela que conjuga desigualdades que não somente a pobreza. A incapacidade para o trabalho e para a vida independente também precisa ser atestada, além da extrema pobreza familiar. A análise dessas informações e de como elas são articuladas no momento pericial é central para a reflexão sobre o benefício assistencial. Entre 2007 e 2008, dos 1.587 pedidos de BPC para pessoas com deficiência, 1.168 (74%) tiveram a concessão recusada e 419 (26%) tiveram o benefício concedido. As razões do indeferimento nos 1.168 casos estão descritas na Tabela 1, a seguir:

Tabela 1 - Motivos de indeferimento do BPC em 2007 e 2008

Motivos de indeferimento	Pessoas	Percentual
Parecer contrário da perícia médica	966	82,7%
Renda <i>per capita</i> superior a um quarto de salário mínimo	155	13,2%
Não comparecimento à perícia	17	1,5%
Não enquadramento na Loas	2	0,2%
Outros	28	2,4%
Total	1.168	100%

Fonte: Pesquisa Deficiência e Estado, financiada pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), do Ministério da Saúde, e executada pela Anis em 2008 e 2009. Dados fornecidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

A grande maioria dos indeferimentos, 966 (82,7%), deu-se em razão da perícia médica. Apenas 155 casos (13,2%) foram indeferidos em função do não atendimento ao critério de renda *per capita* familiar inferior a um quarto de salário mínimo mensal. Em um estudo de caso em uma agência do INSS de uma cidade do interior de Minas Gerais, no universo de 30 pessoas com deficiência que tiveram requerimento de BPC negado, também

se observou a preponderância de indeferimentos pela perícia médica: o resultado apontou que 19 (64%) dos casos estudados foram recusados em razão de a perícia médica considerar o corpo deficiente solicitante não elegível ao benefício, e apenas 11 (36%) foram indeferidos por não atenderem o critério de pobreza exigido.⁸ Uma possível explicação do fenômeno é o fato de que a renda é um critério de elegibilidade mais objetivo, verificado administrativamente antes da perícia médica, e por isso traz pouca ou nenhuma controvérsia para a concessão do BPC.

A solicitação do BPC nas agências do INSS é constituída por duas fases: primeiro, há a comprovação de rendimentos e de composição familiar dos solicitantes feita pelo setor administrativo das agências da seguridade social. Somente após essa comprovação, as pessoas são encaminhadas à segunda etapa, que são as perícias médicas e, a partir de maio de 2009, também as perícias sociais. Ou seja, as pessoas só se submetem às perícias se são consideradas pobres nos termos do benefício. A comprovação de rendimentos familiares é realizada basicamente por meio de contracheques, pela Carteira de Trabalho e Previdência Social e pela declaração de recebimento de benefícios previdenciários e pensões alimentícias do grupo familiar, além de *pro-labore* e outros rendimentos de trabalhos não assalariados.^{3,20} O critério de pobreza determinado na legislação pode fazer com que as pessoas realizem os cálculos do rendimento *per capita* familiar em momento anterior ao início da solicitação do benefício, o que pode contribuir para reduzir o número de pessoas que têm o benefício negado pelas agências do INSS em função de não atender ao critério de pobreza.

É importante atentar para outro aspecto a respeito de o perfil dos solicitantes do BPC ser constituído de pessoas muito pobres. Quando uma pessoa com deficiência realiza o pedido para acessar o BPC, ela tem de estar de posse de diagnósticos médicos, laudos ou pareceres que atestem a incapacidade para o trabalho e para a vida independente emitidos por algum profissional do Sistema Único de Saúde (SUS).⁸ Isso significa que, no caso da

grande maioria dos solicitantes do BPC de Teresina que tiveram o pedido negado em razão da perícia médica (82% dos casos), eles foram a) atestados como pobres de acordo com a legislação do BPC e b) diagnosticados como incapazes para o trabalho e a vida independente por profissionais da saúde que não os da agência do INSS. Em outras palavras, a perícia médica do INSS não é a única a avaliar o corpo deficiente como incapaz, mas tem a autoridade para dar o veredicto final para concessão do benefício.

Como as pessoas com deficiência já necessitam ter sido diagnosticadas por um médico antes da chegada à perícia do INSS, entre o anúncio como deficiente pobre e a inclusão no sistema de proteção social, a perícia médica transforma o corpo deficiente como incapaz para a vida independente e para o trabalho. Assim, a idade, por ser um dos indicadores da capacidade produtiva dos corpos, pode ser uma informação capaz de incluir o indivíduo com impedimentos na categoria de deficiente passível de proteção pelo BPC.⁸ A Tabela 2 contrasta as faixas etárias das pessoas que tiveram os pedidos de acesso ao BPC concedidos e negados no período de 2007 e 2008:

Tabela 2 - Idade das pessoas com benefícios concedidos e indeferidos em 2007 e 2008

Idade	Benefícios concedidos	Benefícios indeferidos
Até 18 anos	43%	16%
Entre 19 e 29	14%	16%
Entre 30 e 40	16%	19%
Entre 41 e 50	13%	18%
Entre 51 e 65	14%	28%
Total	100% (419)	100% (1.168)

Fonte: Pesquisa Deficiência e Estado, financiada pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), do Ministério da Saúde, e executada pela Anis em 2008 e 2009. Dados fornecidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Há uma concentração da concessão do BPC em idades mais jovens. Na faixa de até 29 anos, concentram-se 57% (238)

dos benefícios concedidos na agência piauiense em 2007 e 2008. Esse percentual dos dois anos analisados mantém relativamente a tendência de concentração do BPC em deficientes mais jovens, uma vez que, no universo de benefícios concedidos a deficientes (2.550) na agência desde 1996, a concentração está em torno de 54% (1.375) em deficientes com até 29 anos. Já para crianças, adolescentes e jovens até 18 anos, há uma concentração de 43% na agência de Teresina. Seja por necessidades de cuidado e assistência pela experiência da deficiência em idades mais jovens, seja pela compreensão de que até 16 anos a capacidade produtiva não deve ser avaliada, a experiência de um jovem deficiente na pobreza é facilmente compreendida como situação considerada elegível à proteção social do BPC.¹²

As faixas etárias em que se concentra o maior número de benefícios indeferidos dizem respeito aos mais velhos. Os benefícios foram indeferidos em 65% (776) dos casos de pessoas deficientes com mais de 30 anos e em 28% dos casos para pessoas entre 51 e 65 anos. São necessários estudos mais detalhados para compreender as possíveis causas dessa tendência. Contudo, o fato de a perícia médica necessitar de elementos objetivos para classificar ou não os corpos com impedimentos como elegíveis ao BPC faz da idade uma das informações que ganha delineamentos decisivos na perícia do corpo deficiente. A perícia médica tem a tarefa de levantar elementos do histórico do deficiente capazes de impactar na capacidade laborativa do solicitante do BPC, conforme exigido na legislação. Como a perícia médica, até meados de 2009, era a única responsável por esse levantamento, a idade passou a ser uma das variáveis com potencial para anunciar a necessidade de inclusão de uma pessoa deficiente pobre na proteção do benefício. Isso pode sugerir que, no caso dos requerentes de idades mais adultas, os impedimentos corporais devem se expressar de tal modo que a incapacidade para o trabalho produtivo resulte de graves restrições funcionais e cognitivas.⁸

A importância que a idade passou a ter no momento da concessão do BPC para deficientes parece revelar traços do perfil de proteção social do benefício. O BPC foi criado fundamentando-se nos objetivos de proteção da assistência social como direito individual, embora a Loas destine o benefício àqueles com deficiência incapazes para o trabalho e a vida independente. Ou seja, pela legislação, o BPC está amparado nas diretrizes das políticas de proteção social responsáveis pela substituição da renda que deveria advir do trabalho.^{2,26} No entanto, a concentração do BPC para deficientes na população de crianças, adolescentes e jovens revela a proteção social para pessoas que ainda não estão em idade produtiva, desafiando a compreensão tradicional da assistência social como de substituição de renda para aqueles incapazes de exercer atividades laborais. Nesse sentido, a tendência de cobertura do BPC para pessoas com deficiência mais jovens se aproxima das diretrizes da assistência social assinaladas na Constituição Federal como proteção social a todos que dela necessitarem.

OS DESAFIOS DE PROTEÇÃO SOCIAL

A perícia médica tem sido alvo de constantes análises e críticas no que diz respeito aos critérios usados na avaliação das pessoas deficientes para a proteção social do BPC.⁶⁻¹⁰ Por vezes, indica-se a manutenção do discurso biomédico sobre os corpos deficientes, que tende a favorecer deficiências com graves restrições funcionais como aquelas que devem ser protegidas pelo BPC, deixando pouco espaço para a compreensão da deficiência como desigualdade social.^{7,8} De um lado, a perícia médica para o BPC se traduz na necessidade de objetividade na avaliação da possível população atendida. Mas, de outro, à medida que distintas perspectivas sobre a compreensão da deficiência foram ganhando força no debate internacional, os reflexos chegaram

ao Brasil, anunciando a insuficiência das perícias médicas como única forma de avaliação da deficiência para o BPC.^{8,27} Foi nesse horizonte de aperfeiçoamento da política social que foi publicado o Decreto n. 6.214, que propõe novas diretrizes ao BPC amparado na perspectiva da CIF, principalmente na forma de avaliação dos deficientes, que passou a contar, a partir de 2009, com a perícia social.^{12,16,20}

Ao descrever o corpo deficiente como aquele incapaz para o trabalho e para a vida com independência, a legislação do BPC pressupõe que o indivíduo deve atender expectativas sobre a capacidade laboral. Quando isso não ocorre, as deficiências são consideradas elegíveis à proteção social do benefício. A definição de que deficiência é incapacidade para o trabalho tem duas consequências para o conteúdo da proteção social do benefício assistencial: pode garantir objetividade na tarefa de definir os impedimentos corporais que ascenderão ao patamar de passíveis de proteção social, mas pode também estabelecer um tipo de cobertura social com a consequente exclusão de alguns impedimentos corporais que poderiam ser contemplados pelo benefício. A Tabela 3 mostra os impedimentos corporais cobertos pelo BPC desde a implantação do benefício, em 1996, até março de 2009 na agência de Teresina.

Há distinções entre as causas e as consequências de doenças crônicas e de impedimentos corporais tidos como deficiência – distinções inclusive assinaladas politicamente por movimentos sociais que buscam apontar que deficiência não é doença.²⁸ Entretanto, a desigualdade como consequência de as sociedades não tratarem com equidade a diversidade corporal pode aproximar a compreensão da opressão social sofrida por pessoas com impedimentos corporais, independentemente de eles serem tidos como deficiências ou doenças crônicas.²⁸ Na agência de Teresina, grande parte dos casos cobertos pelo benefício, 51%, é de impedimentos corporais considerados

deficiências para o modelo médico, como deficiência mental, auditiva, visual e física. No entanto, o BPC passou a ser garantido também a pessoas com impedimentos corporais não definidos tradicionalmente como deficiências, tais como portadores do vírus HIV e de enfermidades crônicas, como câncer, hanseníase, doenças genéticas ou cardiovasculares e artrite reumatoide, o que totalizou 55 casos (2%) da cobertura na agência de Teresina. Os casos de doenças crônicas quando em situação de pobreza e pouca sensibilidade do mundo do trabalho – traços que geralmente fazem parte do perfil da população solicitante do BPC – provocam os limites das políticas de seguridade social, fazendo com que o BPC seja estendido também a essas situações.⁸

Tabela 3 - Tipos de impedimentos corporais cobertos pelo BPC na agência Teresina-Leste

Tipos de impedimentos corporais	De 1996 a 2009
Deficiência mental, visual e auditiva	39%
Deficiências neuromotoras, transtornos dos movimentos e má formação congênita (Parkinson, paraplegias, hemiplegias e tetraplegias)	12%
Transtornos mentais (transtornos do humor, do comportamento, quadros depressivos, esquizofrenia e epilepsia)	11%
Doenças crônicas (vírus HIV, câncer, hanseníase, tuberculose, doenças cardiovasculares, doenças genéticas e artrite reumatoide)	2%
Doenças do sistema osteomuscular e osteopatias (fibromialgia, bursite, tendinite, osteoporose, síndrome do túnel do carpo)	2%
Não classificados*	29%
Outros	5%
Total	100% (2.550)

Fonte: Pesquisa Deficiência e Estado, financiada pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS), do Ministério da Saúde, e executada pela Anis em 2008 e 2009. Dados fornecidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

* Devido a falhas no sistema operacional do INSS. Essas falhas ocorrem no país inteiro e não apenas nesta agência.

A elegibilidade das doenças crônicas ao BPC exige da perícia médica um alargamento da compreensão de quais impedimentos corporais na pobreza incapacitam o indivíduo para o trabalho e para a vida independente, como ocorre com as doenças do sistema osteomuscular e osteopatias, com 52 casos (2%) da cobertura da agência de Teresina. Pois doenças como fibromialgia, bursite, tendinite, osteoporose e síndrome do túnel do carpo nem sempre manifestam irreversibilidade das restrições funcionais pelos impedimentos corporais,²⁹⁻³¹ o que poderia dificultar sua classificação como incapacitantes para o trabalho e a vida independente, nos termos da legislação do BPC. O julgamento pelas perícias médicas de que os impedimentos corporais são irreversíveis tem importância para considerar uma pessoa elegível ao BPC.³² Somente em 2007 a legislação do BPC explicitou que a irreversibilidade dos impedimentos corporais não deve ser objeto de avaliação pericial.¹² No entanto, o BPC, ao ser concedido nos casos das doenças do sistema osteomuscular e osteopatias, revela que o benefício assistencial tem sido capaz de atingir situações de desigualdade pelos impedimentos corporais, além daquelas em que a irreversibilidade tem influência no desempenho da capacidade laboral.

A diversidade dos impedimentos corporais quando em situação de pobreza e as consequentes demandas podem revelar os limites e as possibilidades da assistência social. Nem todos os impedimentos corporais, pelas restrições funcionais e cognitivas, necessitam de adequações de acessibilidade para promoverem a inclusão das pessoas com deficiência nas rotinas do trabalho, pois há deficiências que incapacitam um corpo definitivamente para o trabalho e para uma vida com independência. Práticas, valores e estruturas sociais pressupõem corpos sem impedimentos, o que pode fazer com que as pessoas sofram opressão e discriminação na vida cotidiana e no mundo do trabalho. Por exemplo, uma chefe de família, ex-vendedora, desempregada há seis anos, possuindo marcas corporais e de amputações em consequência

de hanseníase poderá ter dificuldade semelhante para inserção no mundo do trabalho à de um jovem com deficiência mental grave em busca de seu primeiro emprego, em razão do estigma e da discriminação relacionados à doença.³³ O modo como as avaliações periciais serão sensíveis a esses elementos é o que terá a capacidade de transformar o BPC em política pública cada vez mais efetiva para pessoas com deficiência que necessitam de assistência social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cenário em que impedimentos corporais e pobreza estão presentes pode significar comprometimento de uma vida com autonomia e bem-estar. O BPC é a principal política destinada à garantia de bens básicos às pessoas com deficiência na pobreza. Por sua vez, a tarefa da assistência social, e do BPC como política de proteção social para deficientes, não se constitui em desafios simples na implantação. Estudos de avaliação da execução de políticas públicas são peças centrais para o constante aperfeiçoamento, sobretudo, das políticas sociais responsáveis por materializar os princípios da justiça distributiva em qualquer sociedade democrática. É com esses objetivos que os resultados da pesquisa apresentados neste capítulo tentam se inserir no debate dos estudos sobre deficiência e pobreza no país.

Ao comparar informações de pessoas que tiveram o BPC concedido com as de pessoas que tiveram o benefício negado, foi possível observar que a concessão do BPC tem ocorrido de modo a ampliar o perfil da população atendida, o que contrasta com as definições de incapacidade para o trabalho e a vida independente da legislação do benefício. Por um lado, a concentração de concessão de BPC para deficiências em idades mais jovens e, conseqüentemente, a concentração de indeferimentos em

idades mais adultas revela que o BPC tem sido uma importante política social para pessoas com deficiência, independentemente de elas estarem em idade produtiva. Pela legislação do BPC, a proteção social deveria ser oferecida em casos em que as deficiências experimentadas pelas pessoas as impedem de manter sua sobrevivência por meio do trabalho produtivo. No entanto, a interação entre pobreza e idades mais jovens tem indicado o padrão de segurança social efetivada pelo BPC.

Em relação aos impedimentos corporais, grande parte das concessões do BPC na agência de Teresina é referente às deficiências mental, auditiva, visual e física, atingindo mais da metade dos casos. Além de serem as principais deficiências na população brasileira,³⁴ esses quatro tipos de impedimento são reconhecidos historicamente como casos típicos de deficiência, o que pode facilitar a inclusão dessas pessoas na proteção social do BPC. No entanto, o benefício assistencial é estendido para doenças crônicas e outros impedimentos corporais que extrapolam as compreensões tradicionais sobre corpos deficientes. O BPC foi concedido em casos como os de pessoas com HIV, câncer, hanseníase, doenças genéticas e doenças osteomusculares. A concessão do BPC nesses casos amplia a cobertura de proteção social do benefício, uma vez que atinge uma população de grande vulnerabilidade social ao conjugar impedimentos corporais e extrema pobreza.

A deficiência é compreendida como desigualdade social em contraposição à ideia que até recentemente descrevia os corpos com deficiência apenas como portadores de problemas de saúde. Comparar as informações relacionadas a renda, idade e impedimentos corporais de pessoas que tiveram os pedidos de acesso ao BPC negados e concedidos indicou quais elementos têm ganhado importância para incluir uma pessoa na proteção social do benefício assistencial. Com a adoção da CIF, as perícias do corpo com impedimentos terão a oportunidade de considerar

os vários determinantes sociais da desigualdade pela deficiência, o que ampliará os desafios de proteção social do benefício.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [texto constitucional na internet]. Brasília, DF; 1988 [acesso em 20 fev. 2010]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm.
2. Boschetti I. Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília: LetrasLivres, Editora Universidade de Brasília; 2006.
3. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social [conteúdo na internet]. Brasília: MDS; 2009 [acesso em 20 fev. 2010]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas/protecao-social-basica/beneficio-de-prestacao-continuada-bpc>.
4. Medeiros M, Britto T, Soares F. Programas focalizados de transferência de renda no Brasil: contribuições para o debate. Texto para Discussão Ipea 2007; (1283):1-33.
5. Medeiros M, Sawaya Neto M, Barros FHG. A distribuição das transferências, público-alvo e cobertura do Benefício de Prestação Continuada. Textos & Contextos 2009; 8:358-76.
6. Vaitsman J, Paes-Souza R, organizadores. Avaliação de políticas e programas do MDS – Resultados. Brasília: MDS; 2007. v. 2: Bolsa Família e Assistência Social.

7. Diniz D, Squinca F, Medeiros M. Qual deficiência? Perícia médica e assistência social no Brasil. *Cad Saúde Pública* 2007; 23(11):2589-96.
8. Santos WR, Diniz D, Pereira N. Deficiência e perícia médica: os contornos do corpo. *Reciis* 2009; 3(2):16-23.
9. Sposati A, organizadora. *Proteção social de cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal*. São Paulo: Cortez; 2004.
10. Barbosa L, Diniz D, Santos WR. Diversidade corporal e perícia médica: novos contornos da deficiência para o Benefício de Prestação Continuada. *Textos & Contextos* 2009; 8:377-90.
11. Presidência da República. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 8 dez. 1993.
12. Presidência da República. 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 n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto n. 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 28 set. 2007.
13. Brasil. *Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e protocolo facultativo à convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência*. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde); 2007.

14. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a família de classificações internacionais, organizador. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.
15. Vernon A, Swain J. Theorizing divisions and hierarchies: towards a commonality or diversity? In: Barnes C, Oliver M, Barton L, editores. Disability studies today. Cambridge: Polity Press; 2002. p. 77-97.
16. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). 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: MDS, Ministério da Previdência Social; 2007.
17. Gonçalves NP. Benefício de Prestação Continuada para deficientes: uma análise dos deficientes que tiveram o benefício negado [monografia]. Brasília: Universidade de Brasília; 2008.
18. Yin R. Estudos de caso: planejamento e métodos. 3. ed. Bookman: Porto Alegre; 2005.
19. Silverman D. Interpretação de dados qualitativos. Porto Alegre: Artmed; 2009.
20. Presidência da República. Decreto n. 6.564, de 12 de setembro de 2008. Altera o regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto n. 6.214, de 26 de setembro de 2007, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 15 set. 2008.
21. Fleischecker S. Uma breve história da justiça distributiva. São Paulo: Martins Fontes; 2006.

22. Sen A. Desigualdade reexaminada. Mendes RD, tradutor. Rio de Janeiro: Record; 2001.
23. Tavares ML. Assistência social. In: Neto CPS, Sarmento D, coordenadores. Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie. Porto Alegre: Lumen Juris; 2008.
24. Góis JBH, Costa LVL, Senna MCM, Moraes JR. Avaliação do Benefício de Prestação Continuada: características sociais, proteção social e seus efeitos. *Rev Serv Soc* 2008; (96):65-92.
25. Santos WR. Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas? *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2008 [acesso em 20 fev. 2010]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3011.
26. Castel R. A insegurança social: o que é ser protegido? Petrópolis: Vozes; 2005.
27. Diniz D, Barbosa L, Santos WR. Deficiência, direitos humanos e justiça. *Sur: Rev Int Direitos Humanos*. No prelo.
28. Wendell S. The rejected body: feminist philosophical reflections on disability. New York: Routledge; 1996.
29. Hardoim DGV, Oliveira GB, Kouyoumdjian JA. Síndrome do túnel do carpo: estudo evolutivo de parâmetros de condução nervoso em 261 mãos. *Arq Neuro-Psiquiatr* 2009; 67(1):69-73.
30. Marques AP, Rhoden L, Siqueira JO, João SMA. Avaliação da dor em pacientes com fibromialgia, osteoartrite e lombalgia. *Rev Hosp Clin* 2001; 56(1):5-10.
31. Siena C, Helfenstein Jr. M. Equívocos diagnósticos envolvendo as tendinites: impacto médico, social, jurídico e econômico. *Rev Bras Reumatol* 2009; 49(6):712-25.

32. Santos WR. O que é incapacidade para a proteção social brasileira? O Benefício de Prestação Continuada e a deficiência. No prelo.

33. Santos WR. Deficiência e democracia: a interpretação do Poder Judiciário sobre o Benefício de Prestação Continuada [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2009.

34. Neri MC. Retratos da deficiência no Brasil. Rio de Janeiro: FGV; 2003.

DEFICIÊNCIA E PERÍCIA MÉDICA: OS CONTORNOS DO CORPO

Wederson Santos, Debora Diniz e Natália Pereira

INTRODUÇÃO

Um corpo com deficiência é uma expressão da diversidade humana. Segundo dados do Censo 2000, 14,5% da população brasileira apresenta restrições de funcionalidade que podem se caracterizar como impedimentos corporais e deficiência.¹ Mas entre as restrições corporais e a experiência da deficiência há a distância imposta pela desigualdade. Habitar um corpo deficiente é viver em um corpo marcado socialmente pelo estigma, pela desvantagem social ou pela rejeição estética.² A desvantagem social imposta pela deficiência não é uma sentença da natureza, mas uma expressão da opressão pelo corpo considerado anormal. Esse giro argumentativo da deficiência como tragédia pessoal para a deficiência como matéria de justiça social foi o que permitiu o deslocamento do debate dos saberes biomédicos para os saberes sociais.³

Essa mudança de perspectiva sobre a deficiência provoca os limites dos modelos teóricos sobre o justo, deslocando o debate para a necessidade de legislações básicas e políticas públicas sensíveis ao tema da deficiência.⁹ Há configurações corporais da deficiência para as quais pequenas mudanças no sistema de transportes ou nos regimes de trabalho facilitariam a inclusão social.¹⁰ No entanto, há casos de pessoas com deficiência, em particular expressões da deficiência mental, para quem ações afirmativas não serão suficientes para a promoção da dignidade e da igualdade: o desafio está em reconhecer a proteção social às pessoas deficientes como uma questão de justiça.^{10,11} Foi nesse marco sobre o justo que a Constituição Federal de 1988 incorporou como garantia a proteção social às pessoas deficientes, em uma nova compreensão da assistência social no Brasil. O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é uma política de assistência social que garante a transferência de renda mensal de um salário mínimo aos idosos e às pessoas com deficiência pobres.¹²

O BPC foi regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), de 1993, e implementado em 1996. Em fevereiro de 2010, atendia a mais de 3 milhões de pessoas, das quais mais de 1,5 milhão eram deficientes.¹² O desenho do BPC foi modificado desde sua formulação inicial, nos anos 1980, até sua regulação pela Loas.¹³ Apesar de o benefício não exigir contrapartidas, a pessoa com deficiência deve possuir incapacidade para o trabalho e ser pobre para tornar-se elegível.^{14,15,i} O acesso ao benefício é garantido por avaliações médicas e sociais a cada dois anos: as perícias visam assegurar que a pessoa deficiente vive com renda mensal inferior a um quarto de salário mínimo, além de atestar que o corpo é incapaz para o trabalho e para a vida independente. Ambas as perícias se sobrepõem na descrição do corpo a ser reconhecido como objeto de proteção do Estado.²⁰

No entanto, um dos temas de maior controvérsia sobre o BPC é o da elegibilidade das pessoas deficientes: que

doenças, impedimentos corporais, deficiências ou contornos do corpo seriam elegíveis à proteção social? Objeto, inclusive, de contestação judicial nos últimos anos, o conceito de deficiência que torna uma pessoa elegível ao BPC tem sido constantemente avaliado para possível aperfeiçoamento.^{18,20,25} Como se dá a negociação entre os saberes biomédicos e sociais para determinar qual corpo é deficiente e merece tal proteção? Não basta habitar um corpo com impedimentos e viver em regime de pobreza, pois o laudo pericial médico é quem detém a autoridade final sobre a elegibilidade ao benefício.¹⁶⁻¹⁹

Este capítulo discute como o discurso biomédico avalia o corpo deficiente para fins de concessão do benefício. Para receber o BPC, a pessoa com deficiência se submete a uma perícia do corpo realizada por médicos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). O impedimento corporal já necessita ter sido diagnosticado por outro profissional antes da chegada ao posto de perícia médica do INSS para que seja avaliado segundo os critérios de acesso ao BPC. Por meio de um estudo empírico realizado em uma agência do INSS, este capítulo explora as tênues fronteiras entre o saber biomédico e as concepções morais sobre o corpo normal e produtivo.

PERCURSO DA PESQUISA

A pesquisa foi conduzida em Unaí, em uma agência municipal do INSS onde se realizam perícias médicas sobre deficiência. Unaí é uma cidade do interior de Minas Gerais, com uma população de pouco menos de 80 mil habitantes e um único posto do INSS. O levantamento de dados foi feito por meio de entrevistas semiestruturadas com três médicos, o que corresponde ao total de peritos médicos do INSS na cidade à época do levantamento, e 58 pessoas com deficiência que

buscavam o BPC. Foram também analisados todos os processos de solicitação do BPC por pessoas deficientes relativos aos anos de 2004 e 2005 na cidade: 430 processos ao todo, havendo 276 pedidos negados (64%) e 154 benefícios concedidos (36%). As entrevistas com os médicos foram realizadas na agência do INSS, e as entrevistas com as pessoas deficientes, na residência de cada uma delas.

Os 58 participantes foram divididos em dois grupos: pessoas que receberam o benefício após as perícias social e médica e pessoas que tiveram o pedido recusado, seja por causa da renda ou da perícia médica. Dos 28 pedidos recusados, 19 o foram por razões médicas, e nove por razões de renda acima de um quarto de salário mínimo *per capita* na família. O total de participantes correspondeu a 10% das pessoas com deficiência que tiveram o acesso ao BPC negado e a 20% das pessoas com deficiência que tiveram o benefício concedido no período de 2004 a 2005 em Unai, segundo dados do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.¹² As entrevistas foram realizadas em 2007, e os dados, transcritos e analisados em 2008 e 2009. O projeto dessa pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília antes da realização das entrevistas. A pesquisa não ofereceu riscos e foi garantido o sigilo quanto à identidade dos participantes. Foram entrevistadas apenas as pessoas que compreenderam os procedimentos do estudo e aceitaram participar, após o registro do termo de consentimento livre e esclarecido.

BIOMEDICINA E TRABALHO: OS CONTORNOS DO CORPO

Habitar um corpo deficiente é condição para ter acesso ao benefício. Mas não basta a autodeclaração sobre a experiência da restrição de funcionalidade ou sobre a vida na pobreza, é preciso

o veredicto da perícia social e médica para garantir a elegibilidade ao BPC.²⁰ E essa não é uma classificação simples, mesmo para o discurso biomédico, que se crê mais objetivo que o discurso social: em doze anos de funcionamento do BPC, já foram utilizados cinco conceitos biomédicos de deficiência.²⁰ À medida que se altera o conceito, modifica-se o perfil do corpo elegível ao benefício e a ideia de quem é deficiente para a proteção social. Ao contrário do critério de renda, cuja controvérsia encontra-se largamente circunscrita ao debate judicial,^{18,19} o conceito de deficiência foi alvo de alterações legais na última década. A incorporação da terminologia da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial da Saúde (OMS) trouxe novas alterações ao desenho da política a partir de 2009.²¹

A Loas especifica o artigo 203 da Constituição Federal, que determina ser o BPC devido “às pessoas portadoras de deficiência que comprovem não possuir meios de prover sua manutenção ou de tê-la provida pela família, conforme dispuser a lei”.^{22,23} Para a Loas, as pessoas com deficiência elegíveis ao benefício assistencial são aquelas incapazes para o trabalho e para a vida independente.^{23,24} Mas o que significa avaliar a deficiência pela incapacidade para o trabalho para fins de concessão do benefício assistencial? A escolha parece uma tentativa de dar objetividade à avaliação de quem seria o sujeito a ser protegido pela política assistencial, agregando outras variáveis de julgamento sobre o corpo que não apenas o discurso biomédico sobre lesões, doenças ou deficiências. Alguns impedimentos corporais não geram controvérsias na avaliação médica, como é o caso das deficiências mentais ou dos quadros graves de restrição funcional, como as tetraplegias ou a surdez bilateral profunda.¹⁷ No entanto, grande parte dos casos a serem avaliados pelos peritos não se enquadram nesses limites claros do discurso biomédico da deficiência como ausência de funcionalidades específicas, o que dificulta a

mensuração da “incapacidade para a vida independente e para o trabalho”.^{23, 24}

Há uma centralidade nos valores da independência e da inserção no mercado de trabalho para o julgamento da elegibilidade ao benefício. Ambos são resumidos no Decreto n. 6.214, de 2007, pelo conceito de incapacidade como “um fenômeno multidimensional que abrange limitação do desempenho de atividade e restrição da participação, com redução efetiva e acentuada de inclusão social”.²⁴ Para fins de concessão do benefício, redução na inclusão social é entendida como ausência de participação na escola, para as crianças, e no mercado de trabalho, para os adultos. Disso resulta que o quadro clínico a ser julgado pela perícia médica deve ter como parâmetro de avaliação o quanto a doença, a deficiência ou a lesão restringem a participação social do indivíduo. No entanto, as variáveis de mensuração da participação são, essencialmente, independência e trabalho.

Por independência, entende-se a capacidade do indivíduo de realizar atividades da vida diária, tais como cuidados de si, alimentação, higiene ou locomoção, quesitos especificados no antigo instrumento utilizado pelos médicos durante a perícia. Como para as crianças esses são quesitos rotineiros à vivência dos cuidados da infância, a escola torna-se um dado fundamental para avaliar a inclusão social. Nos últimos anos, uma mudança na forma de avaliação da deficiência deixou de indicar o acróstico AVALIEMOS como instrumento-guia,²⁰ muito embora os peritos médicos ainda conduzam a avaliação pelos itens do antigo instrumento.

O histórico clínico e trabalhista da pessoa deficiente a acompanha à primeira sessão de perícia médica. No caso dos adultos, o histórico de inserção no mercado de trabalho é um dos primeiros critérios de avaliação do corpo para além do que se exhibe no ato da perícia. O passado trabalhista oferece informações que

permitem circunscrever o relato de dependência e incapacidade anunciado pelo deficiente em busca do benefício. O trabalho é uma variável central para os peritos, pois indica a capacidade do corpo para a independência, a inserção social e a produtividade. O fato de já ter trabalhado não torna o deficiente inelegível ao benefício, muito embora seja uma informação privilegiada para se medir o grau de permanência da experiência de exclusão relatada pelo indivíduo.

Para os adultos, os instrumentos da perícia médica são os laudos médicos e o histórico trabalhista disponível na base de dados da Previdência Social; para as crianças, são os laudos médicos e a informação sobre frequência à escola. O parecer administrativo, cujo objetivo é principalmente atestar a pobreza familiar e individual, já está disponível para o médico antes da chegada da pessoa deficiente à perícia médica do INSS. Há pouco espaço, na estrutura da avaliação pericial, para uma ressignificação da pobreza para além do recorte de renda de um quarto de salário mínimo, considerando-se fatores tais como gastos com medicamentos e tratamentos médicos ou consumos específicos exigidos pela assistência à pessoa deficiente.¹⁶

Nesse cenário, para os deficientes adultos, avaliar o corpo contrastando-o à incapacidade laborativa torna-se o eixo central da perícia médica, pois se assume a existência de uma variável objetiva para a mensuração da exclusão social. O resultado, no entanto, segundo um dos participantes da pesquisa, é que a perícia torna-se tão restritiva em seus critérios que tende a favorecer apenas “pessoas em estado quase vegetativo”.

TRABALHO E INCLUSÃO SOCIAL

A metáfora do estado vegetativo é uma provocação ao caráter restritivo da perícia médica para a definição dos corpos que terão acesso ao benefício. Se para os casos-limites o CID que acompanha o laudo médico é suficiente para inserir o indivíduo no sistema de proteção social, para os demais casos, que são maioria, é da negociação interpretativa de como aquele corpo interage socialmente que se define a elegibilidade ao BPC. A Tabela 1 descreve os impedimentos corporais que tornaram indivíduos elegíveis ao benefício, após as avaliações administrativas e laudos médicos:

Tabela 1 - Benefícios concedidos

Impedimentos corporais	Pessoas
Deficiências físicas e motoras	9
Doenças crônicas em estágio avançado	9
Deficiências mentais	8
Síndromas de acidente vascular encefálico (AVE)	2
Doenças genéticas	2
Total	30

Fonte: Pesquisa Deficiência em Questão, realizada em 2006 e 2008 em Unai (MG).

Ao lado de um grande número de deficiências físicas e mentais, apareceram câncer, aids e diabetes, todos em estágios avançados. A identificação dessas doenças indica um alargamento do conceito de deficiência utilizado para concessões do BPC, em um movimento interpretativo para além do catálogo biomédico que traça uma fronteira entre doenças e deficiências.^{16,17,25} A Tabela 2 descreve os casos em que o benefício foi negado por razões médicas, muito embora o indivíduo estivesse dentro do recorte de renda exigido para ter acesso ao benefício:

Tabela 2 - Razões do indeferimento

Impedimentos corporais	Pessoas
Deficiências físicas e motoras	4
Doença de Chagas	4
Doenças vasculares	3
Artrose	3
Doenças crônicas	1
Leishmaniose	1
Úlcera	1
Epilepsia	1
Hidrocefalia	1
Total	19

Fonte: Pesquisa Deficiência em Questão, realizada em 2006 e 2008 em Unai (MG).

O perfil dos impedimentos corporais da segunda tabela demonstra que pessoas portadoras de doenças adquiridas têm menores chances de serem consideradas elegíveis ao BPC, ainda que tais doenças sejam tidas como incapacitantes e atinjam pessoas adultas. Esse dado é sugestivo de como a perícia médica define os contornos do corpo para o BPC – condições de saúde permanentes, sem recursos de tratamento ou cura, ou congênitas são mais facilmente entendidas como deficiências quando comparadas àquelas adquiridas e, muito diretamente, resultantes da interação do corpo com a vida social, como é o caso das chamadas doenças da pobreza,²⁶ tais como leishmaniose, doença de Chagas e vasculares. Muito embora essas possam ser configurações adquiridas pelo corpo e não propriamente deficiências no sentido biomédico, quando associadas à pobreza, à falta de acesso aos serviços de saúde e a um mercado de trabalho pouco inclusivo, elas desafiam a fronteira tênue entre doença e deficiência. Essa reconfiguração lança a pergunta de qual seria a diferença entre um indivíduo com sequelas graves e incapacitantes da doença de Chagas e um indivíduo com deficiência mental grave, se ambos se encontram em situação de exclusão social e pobreza pelo corpo que habitam?

Há casos em que a gravidade dos impedimentos corporais define um tipo de deficiência com pouco espaço para a contestação médica quanto à elegibilidade ao benefício: por exemplo, crianças e adultos com deficiências mentais e adultos com doenças crônicas em estágio quase terminal. No extremo entre os casos objetivos de deficiência para a biomedicina e as doenças adquiridas durante o curso da vida – como doença de Chagas, artrose, doenças vasculares ou úlcera – está a fronteira que faz do olhar biomédico sobre os impedimentos corporais o terreno mais seguro para que a perícia classifique os contornos do corpo para o BPC. O corpo deficiente deve ser aquele definido pela incapacidade irreversível para o trabalho produtivo e pela gravidade nas restrições funcionais. Mas o interessante é que a incapacidade para o trabalho não se resume à restrição das habilidades corporais, tais como desempenho produtivo, capacidades cognitivas ou força física.

A definição de qual corpo está apto para o trabalho não é resultado de uma narrativa estritamente biomédica sobre normalidade e suas variações na espécie humana. Nenhum catálogo biomédico de funções e disfunções da espécie é capaz de prever a diversidade de expressões que o corpo adquire e sua postulação à proteção social pelo BPC. A incapacidade para o trabalho é traduzida por um laudo médico que enuncia um CID, mas este é um texto sobre o corpo que, para além da biomedicina, considera as expectativas sociais sobre a eficiência dos corpos para o trabalho produtivo. O laudo de corpo deficiente elegível ao BPC não é um ato descritivo e objetivo sobre impedimentos corporais, mas um discurso moral sobre quais expectativas sociais não são passíveis de serem atendidas por determinados corpos. É essa incapacidade de adequação à norma do trabalho, definida por contraste a um ideal de sujeito produtivo, que se expressa na perícia médica ao incluir um indivíduo na proteção social.

Há uma relação de continuidade entre impedimentos, estigmas e exclusão social. Um corpo com impedimentos é objeto de rejeição ética e estética, o que resulta na exclusão social das pessoas com impedimentos corporais, com o confinamento à vida doméstica. Há um estigma permanente que gera a rejeição do corpo deficiente, anunciando sua inadequação às regras do trabalho produtivo.²⁷ A exigência de que as pessoas deficientes sejam também muito pobres para ter acesso ao BPC torna nebulosa a fronteira sobre as origens da exclusão social – se é a opressão ao corpo com impedimentos que leva à pobreza, ou se é a pobreza e as expressões da desigualdade que a acompanham o que vulnerabiliza o indivíduo com deficiência. Para as pessoas deficientes com doenças crônicas não consideradas incapacitantes pela perícia médica, como sequelas da paralisia infantil ou da artrite reumatoide, a narrativa de exclusão do mercado de trabalho deveria ser uma variável concorrente à biomedicina para atestar a incapacidade do indivíduo para a independência.

Dois fatores impedem uma pessoa de ter acesso ao BPC. O primeiro é o recorte de renda, isto é, pessoas com renda familiar acima de um quarto de salário mínimo *per capita*, mesmo que pobres, não podem receber o benefício. O segundo é a ausência de atestado de incapacidade para a vida independente e para o trabalho, conforme a avaliação feita pela perícia médica. Nesses casos, o discurso biomédico ressignifica a narrativa de exclusão social apresentada pelo sujeito – a pobreza e a desigualdade não são decorrentes de seu corpo, mas de outros fatores. Já a negação do benefício pelo laudo médico de que o corpo é apto para o trabalho pode se dar por dois motivos. Primeiro por tentativa de fraude, ou seja, o indivíduo não possui impedimento, doença ou deficiência elegível ao benefício, mas busca, por meio do BPC, obter renda. Essa é uma situação razoavelmente simples de ser identificada pelos peritos médicos. Mas o desafio está no segundo motivo, isto é, quando os contornos do corpo para atestar sua

incapacidade para o trabalho não são tão claros quanto supõe a narrativa biomédica sobre normalidade e suas variações.

Assumindo que os casos eticamente desafiantes são aqueles em que não existe fraude e em que o indivíduo é efetivamente pobre, a pergunta após uma recusa do benefício é como transformar um corpo que se anuncia não produtivo em um corpo que a biomedicina atesta ser produtivo. O laudo médico, ao não reconhecer a incapacidade para o trabalho, também anuncia a potencialidade produtiva do sujeito e o retira do horizonte da proteção social pela deficiência. Na pesquisa, entre os diagnósticos médicos recusados para acesso ao benefício, estavam casos de doença renal crônica ou doença de Chagas, cujo impedimento corporal exige diferentes ajustes na ordem do trabalho para reconhecer potência produtiva nos indivíduos. Das 28 pessoas com deficiência que solicitaram o benefício e o tiveram negado após a perícia médica, apenas quatro trabalhavam, e 24 declararam não haver trabalhado no último ano em decorrência dos impedimentos, doenças ou deficiências no corpo. Diferentemente da perícia médica, que havia rejeitado a tese da dependência, os indivíduos se descreviam habitando um corpo inapto para o trabalho produtivo.

Isso resulta em uma disputa sobre a autoridade do corpo para o acesso ao benefício. Reconhecer a complexidade da avaliação dos contornos do corpo não significa ignorar a importância da narrativa biomédica para a classificação de corpos potencialmente produtivos e independentes, ou corpos deficientes. Se há algo passível de objetivação nesse cenário discursivo sobre os corpos, é ainda o atestado de pobreza e a classificação médica. No entanto, o que os casos recusados demonstram é que essas duas perícias são ainda insuficientes para a garantia do justo pelo provimento da proteção social às pessoas deficientes.

MEDICALIZAÇÃO E DEPENDÊNCIA: O SIMULACRO DA CRIANÇA DEFICIENTE NO CORPO ADULTO

No caso de crianças e adolescentes menores de 16 anos, não se avalia o quanto a capacidade laborativa é comprometida pelo impedimento corporal, mas sim o impacto trazido para o desempenho de atividades da vida diária das crianças e adolescentes ou na restrição da participação social compatível com a idade.²⁴ A restrição na participação social no caso das crianças é equivalente à incapacidade para o trabalho no caso dos adultos, embora sua participação social seja essencialmente entendida como frequência à escola.

Crianças e adolescentes até 16 anos com deficiência são o maior contingente protegido pelo BPC: um em cada 4,5 beneficiários está nessa faixa etária.^{12,20} A restrição de funcionalidades e a dependência de cuidados constantes aliadas à infância favorecem de imediato a ascensão da criança com deficiência como elegível ao benefício assistencial. Por sua vez, os corpos deficientes dos adultos têm de replicar a situação das crianças para receberem o BPC: a gravidade da restrição das habilidades do corpo e a dependência para realizar atos diários como se alimentar e cuidar de si são decisivas para a concessão do benefício. As características do corpo são avaliadas tendo como parâmetro uma conjugação entre gravidade das restrições de funcionalidade e incapacidade irreversível para o trabalho.

O paralelo entre a avaliação dos corpos de crianças e de adultos para acesso ao BPC ilustra a força dos argumentos em torno da vida independente, da disponibilidade do corpo para a produtividade e do acesso às oportunidades sociais oferecidas pelo trabalho. Todos esses valores estruturam modos distintos de traduzir quais estilos de vida são reconhecidos, mas cabe perguntar a pertinência de se desenhar políticas públicas reparatórias que garantirão mínimos existenciais, como é o BPC, tendo esses

valores como pressupostos da política de proteção social. Em vez de ser a capacidade laborativa a variável central ao julgamento de quem pode ter acesso à proteção social, por que não pensá-la em termos de como promover e garantir princípios como a igualdade ou a dignidade?

Determinar os aspectos do corpo que constituem uma pessoa como elegível ao benefício assistencial não é uma tarefa simples, mas, para a operacionalização da política, é uma decisão que deve ser tomada em algum momento. Em última instância, definir como devem ser os instrumentos periciais pode traçar os limites entre quem deve ou não ser protegido por uma política pública reparatória. Se deficiência é frequentemente relacionada a limitações no desempenho de habilidades básicas para a vida com dignidade, as políticas públicas reparatórias objetivam remover as desigualdades e injustiças ligadas ao desempenho dessas habilidades. Assim, o BPC procura determinar quais impedimentos corporais serão considerados involuntariamente desvantajosos e, assim, carentes de proteção contra as desigualdades em uma relação entre o corpo e a sociedade. Para isso, os instrumentos periciais devem identificar o máximo possível os componentes sociais da experiência da deficiência, já que a perspectiva biomédica tende a restringir o corpo deficiente a noções de patologia e disfuncionalidade.^{4,17, 28}

O modelo de regulação do benefício e a forma como se estrutura a perícia médica são dois fatores que favorecem que o BPC seja desenhado para corpos com graves restrições de funcionalidade. Até mesmo os casos de doenças (aids, câncer, diabetes) incorporadas ao conceito de impedimentos corporais tidos como deficiência para o BPC nos últimos anos só ascenderam ao patamar de incapacidade quando em estágios avançados, ou seja, envolvendo um corpo deficiente em incapacidade irreversível para o trabalho e sob intensa medicalização. Para os peritos, a eleição dos corpos em “estado vegetativo” acontece

porque a legislação não dá espaço para outras interpretações e somente a perícia médica é insuficiente. Alguns peritos relatam que “deveria haver mais de uma perícia, outros profissionais, além dos médicos, e até mesmo visita domiciliar para verificação do quadro socioeconômico dos deficientes solicitantes do BPC”. Enquanto isso não acontece, as perícias seguem as diretrizes apontadas pela legislação assistencial, o que resulta em somente deficiências graves sendo protegidas pelo BPC.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No Brasil, educação e mercado de trabalho são duas áreas em que a deficiência passou a ser considerada prioritária para a promoção da igualdade. A sensibilidade dessas duas áreas resulta da mudança de perspectiva sobre a deficiência que passou a orientar as ações de vários países a partir dos anos 1970. Antes, os recursos para lidar com a deficiência se limitavam aos avanços oferecidos pela biomedicina e pelas técnicas de reabilitação. Os recursos biomédicos foram importantes para oferecer melhoria nos padrões de saúde das pessoas com impedimentos corporais, mas tratar a deficiência como um tema na esfera da igualdade requer políticas em outras áreas, além de educação, mercado de trabalho ou saúde.

A perícia médica é uma peça central à avaliação dos contornos dos corpos deficientes para a proteção social. No entanto, o conceito de deficiência não se resume a um catálogo de impedimentos corporais, deficiências ou doenças para determinar qual corpo é incapaz para a vida independente e para o trabalho, duas variáveis que garantem a elegibilidade ao benefício assistencial. Há nuances, gravidades e sutilezas nas condições de saúde e doença, o que demonstra a insuficiência da narrativa biomédica para classificar os corpos. Deficiência não é apenas um

conceito biomédico ou a corporificação de uma classificação de disfuncionalidade: é principalmente a expressão de uma relação complexa entre corpo e sociedade, em que estigmas, exclusão e opressão operam.

A adoção pelo BPC da compreensão de deficiência estabelecida na CIF deve ser considerada um avanço para a afirmação de que a proteção social é um instrumento de promoção da igualdade. A partir de 2009, os corpos com impedimentos passaram a ser avaliados de acordo com a CIF, um catálogo complexo que propõe uma nova linguagem para a deficiência além da biomedicina.²⁹ No entanto, a incorporação do novo conceito de deficiência pelo BPC é um desafio para a implementação da política pública e para a efetivação dos direitos sociais às pessoas deficientes. Um grande desafio é a explicitação dos novos critérios biomédicos de julgamento dos contornos do corpo deficiente para se ter acesso ao BPC.

²⁹ Na definição dos critérios de acesso ao BPC na Loas, em 1993, era exigido que a pessoa com deficiência fosse aquela incapaz para o trabalho e também para a vida independente. A exigência da incapacidade para a vida independente era especificada como incapacidade para desenvolver os atos da vida diária. Tal especificação era considerada por muitos especialistas uma variável de difícil mensuração no processo pericial de acesso ao BPC. Em 2008, essa incapacidade para desenvolver os atos da vida diária deixou de ser critério de avaliação a partir de Instrução Normativa do INSS, como resultado de uma Ação Civil Pública do estado do Acre proposta pelo Ministério Público da União, que determinou que o INSS passasse a avaliar, para fins de concessão do BPC a pessoas deficientes, apenas a incapacidade para o trabalho e a situação de pobreza.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Censo demográfico 2000 [censo demográfico na internet]. [Rio de Janeiro]: IBGE; 2000 [acesso em 3 mar. 2009]. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo>.
2. Butler J. Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira; 2003.
3. Barnes C, Oliver M, Barton L, editores. Disability studies today. Cambridge: Polity Press; 2002.
4. Diniz D. O que é deficiência. São Paulo: Brasiliense; 2007.
5. Lane H. Construction of deafness. In: Davis L. The disability studies reader. New York: Routledge; 1997. p. 153-71.
6. Diniz D. Autonomia reprodutiva: um estudo de caso sobre a surdez. Cad Saúde Pública [periódico na internet]. 2003 [acesso em 7 mar. 2010]; 19(1):175-81. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2003000100019&lng=en.
7. Corker M, Shakespeare T, editores. Embodying disability theory. London: Continuum; 2004.
8. Barton L, organizador. Discapacidad y sociedad. Madrid: Morata; 1998.
9. Nussbaum M. Las fronteras de la justicia. Madrid: Paidós; 2007.
10. Pires FL. O direito à mobilidade na cidade: mulheres, crianças, idosos e deficientes [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2009.
11. Kittay E. Love's labor: essays on women, equality, and dependency. New York: Routledge; 1999.

12. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social [conteúdo na internet]. Brasília: MDS; 2009 [acesso em 8 mar. 2010]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas/protecao-social-basica/beneficio-de-prestacao-continuada-bpc>.
13. Boschetti I. Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília: LetrasLivres, Universidade de Brasília; 2006.
14. Justiça Federal do Brasil. Acre. Ação civil pública dos autos 2007.30.00.000204-0, classe 7100. Estabelece que a capacidade para praticar atos da vida cotidiana, por si só, não é determinante para o indeferimento do benefício pelo INSS. Rio Branco: Seção Judiciária do estado do Acre; 2007.
15. INSS. Instrução normativa INSS/PRES 27, de 30 de abril de 2008. Altera a instrução normativa INSS/PRES 20, de 10 de outubro de 2007. Brasília: INSS; 2008.
16. Medeiros M, Diniz D, Squinca F. Estudo do programa brasileiro de transferência de rendas para a população com deficiência e suas famílias: uma análise do Benefício de Prestação Continuada. Textos para Discussão Ipea 2006; (1184):1-36.
17. Diniz D, Squinca F, Medeiros M. Qual deficiência? Perícia médica e assistência social no Brasil. Cad Saúde Pública 2007; 23(11):2589-96.
18. Santos WR. Justiça e deficiência: a visão do Poder Judiciário sobre o BPC. Soc Debate 2006; 12(2):165-86.
19. Penalva J, Diniz D, Medeiros M. Política assistencial, orçamento e justiça: o caso do Benefício de Prestação Continuada no Supremo Tribunal Federal. Brasília; 2009. No prelo.

20. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). 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: MDS, Ministério da Previdência Social; 2007.

21. Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a família de classificações internacionais, organizador. Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde (CIF). São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003.

22. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [texto constitucional na internet]. Brasília, DF; 1988 [acesso em 5 maio 2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm.

23. Presidência da República. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 8 dez. 1993.

24. Presidência da República. 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 n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto n. 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 28 set. 2007.

25. Squinca F. Deficiência e aids: o Judiciário e o Benefício de Prestação Continuada [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2007.

26. Ishitani LH, Franco GC, Perpétuo IHO, França E. Desigualdade social e mortalidade precoce por doenças cardiovasculares no Brasil. Rev Saúde Pública 2006; 40(4):684-91.

27. Goffman I. Estigma: notas sobre a identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC; 1988.
28. Santos WR. Pessoas com deficiência: nossa maior minoria. *Physis* 2008; 18(3):501-19.
29. Diniz D, Medeiros M, Squinca F. Reflexões sobre a versão em português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Cad Saúde Pública* [periódico na internet]. 2007 [acesso em 7 mar. 2010]; 23(10):2507-10. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000025&lng=en.

O QUE É INCAPACIDADE PARA A PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRA?

Wederson Santos

INTRODUÇÃO

Deficiência é compreendida como desigualdade quando as sociedades se mostram pouco preparadas para assimilar a diversidade corporal.¹⁻³ Se aproximar a deficiência das narrativas sobre desigualdade social é inquietante para os saberes biomédicos, é também desafiante para as sociedades que necessitam responder às demandas das pessoas com deficiência como demandas por justiça e igualdade.⁴ Um corpo com impedimentos pode ser considerado uma manifestação da diversidade humana e, nos últimos anos, deficiência como resultado de impedimentos corporais tem sido descrita como um tipo de desigualdade social semelhante à que muitas pessoas sofrem por causa de sexo, raça, idade ou orientação sexual.^{1,4-6} Como exemplo, cegueira é uma variação corporal comum à espécie humana, mas os cegos receberem tratamento discriminatório em razão de sua variação

corporal deve ser traduzido como um tipo de desigualdade e opressão inaceitável.

A compreensão da deficiência como uma das desigualdades que se manifesta no corpo foi consolidada pelo campo dos estudos sobre deficiência (*disability studies*), principalmente no Reino Unido e nos Estados Unidos da América a partir dos anos 1960.^{1,4,5} Por um lado, os estudos sobre deficiência serviram para fragilizar a perspectiva biomédica, que compreendia os impedimentos corporais como patológicos e anormais, portanto, com necessidades de reabilitação e de tratamento.^{1,7,8} Mas, por outro, serviram para denunciar a opressão a que os corpos com deficiência estão submetidos em razão de práticas, valores e estruturas sociais pressuporem corpos sem impedimentos.² Essa compreensão sobre a deficiência surgiu há pouco mais de quarenta anos, mas foi o suficiente para influenciar diversas legislações e incentivar a criação de políticas públicas para a promoção da igualdade entre pessoas com e sem deficiências.

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é uma política social de transferência de renda, temporária e sem exigência de contribuições prévias, destinada às pessoas com deficiência extremamente pobres no Brasil que não possuem meios de manter sua sobrevivência, de acordo com as diretrizes expressas no artigo 203 da Constituição Federal de 1988.⁹⁻¹¹ 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. Mas foi apenas recentemente que a legislação do benefício assistencial recebeu as influências do debate internacional que consolidou a ideia de deficiência como desigualdade ao anunciar as demandas dos deficientes como de direitos humanos. Em 2007, o BPC adotou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial da Saúde (OMS), como parâmetro para avaliar as deficiências a serem protegidas pelo

benefício assistencial.¹²⁻¹⁴ A CIF busca agregar a perspectiva sociológica sobre a deficiência, que passou a compreendê-la como desigualdade social e não mais apenas como questão biomédica.

O BPC foi criado por meio de pressão dos movimentos sociais de pessoas com deficiência durante o período da Constituinte, na década de 1980, em um momento em que a assistência social tentava se estruturar sobre novas bases para combater a pobreza no país.¹⁵ De acordo com as diretrizes da Constituição Federal, o repasse de um salário mínimo às pessoas com deficiência seria destinado a quem necessitasse de assistência social nos casos em que os meios para a sobrevivência não pudessem ser mantidos pelo deficiente nem por sua família.⁹ Desde 1996, o BPC passou a ser efetivado para as pessoas com impedimentos corporais considerados como deficiências incapacitantes para o trabalho e a vida independente avaliadas por peritos médicos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), de acordo com a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas).¹⁶ Apesar de ser um benefício da assistência social, o BPC é efetivado nas agências do INSS da Previdência Social, que têm a característica de gerenciar benefícios para os trabalhadores contribuintes do Regime Geral da Previdência Social. A escolha de que as concessões do BPC ocorram nas agências do INSS é, principalmente, devida à estrutura e abrangência das agências em todo o país.

Um dos pontos que tem ganhado espaço nos estudos sobre o BPC diz respeito ao critério de incapacidade para o trabalho e a vida independente como especificação dos impedimentos corporais para as pessoas acessarem o benefício assistencial, como assinalado no artigo 20 da Loas.¹⁶ A legislação do BPC sinaliza que as deficiências na pobreza que necessitam de assistência social são aquelas em que as pessoas são incapazes para a vida produtiva, como resultado das inabilidades para o trabalho.^{14,16,17} Nos últimos anos, ações judiciais e intervenções do Ministério Público têm questionado a constitucionalidade da incapacidade

para o trabalho e a vida independente como critério de acesso ao BPC.¹⁸⁻²⁰ As perícias médicas do INSS avaliam os impedimentos corporais das pessoas solicitantes do BPC no sentido de ponderar não o quanto tais impedimentos reduzem as chances de as pessoas suprirem as necessidades básicas como garantia da dignidade humana, mas o quanto a capacidade produtiva dos corpos pode ser afetada.

O objetivo deste capítulo é analisar como os peritos médicos do INSS têm avaliado a incapacidade para o trabalho e para a vida independente das pessoas com deficiência solicitantes do BPC, antes da adoção da CIF como diretriz de avaliação das deficiências para o benefício assistencial. Por meio de um *survey* aplicado a uma amostra de 448 peritos médicos do quadro do INSS atuantes em todo o país, perguntas objetivas e simulações de casos buscaram investigar como os peritos médicos atestam os impedimentos corporais de pessoas que se declaram incapazes e pobres nos termos da legislação do benefício assistencial. A depender de como se efetivam, as práticas periciais podem contribuir para a eficácia da política de assistência social, bem como delinear o perfil das deficiências que serão alvos da proteção social. O estudo demonstra os limites das perícias médicas do INSS para compreenderem a deficiência como desigualdade social.

METODOLOGIA

Este capítulo contém os resultados de uma pesquisa sobre a incorporação da CIF nas políticas de seguridade social brasileiras destinadas às pessoas com deficiência. Os dados foram coletados entre peritos médicos presentes no II Congresso Brasileiro de Perícia Médica Previdenciária, realizado em Brasília, em abril de 2009. Organizado pela Associação Nacional dos Médicos Peritos

da Previdência Social (ANMP), o congresso teve 850 participantes. A ANMP possui 5.500 associados, em um total de 7.000 peritos médicos existentes no país. Do total de participantes do evento onde se deu a coleta de dados, 448 responderam ao questionário, isto é, 52,7% dos participantes, 8,14% dos peritos médicos associados à ANMP e 6,4% dos médicos peritos brasileiros. O questionário foi distribuído nas áreas de livre circulação durante o congresso. A equipe de pesquisa em campo foi constituída por 20 pesquisadores.

As onze perguntas que compunham o questionário eram de quatro tipos: a) características pessoais dos peritos médicos, como sexo e idade; b) características profissionais, como unidade da Federação de origem, tempo de profissão, número de perícias realizadas diariamente, tipo de perícia e parâmetros utilizados na perícia para o BPC; c) perguntas que tentavam mensurar a importância de determinadas características para a concessão do BPC; e d) perguntas que simulavam situações para que o médico se posicionasse. Para os dados examinados neste capítulo, as perguntas analisadas foram extraídas, sobretudo, dos grupos “b” e “c”. O instrumento foi validado em pesquisa anterior, realizada em 2005 com participantes pertencentes ao mesmo grupo profissional.

Como garantia do sigilo das informações e da explicitação dos objetivos da pesquisa, havia um termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE) que os peritos médicos assinavam concordando com o estudo.²¹ Além disso, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, com o objetivo de averiguar as possíveis implicações éticas da pesquisa e de suas fases de execução. O TCLE estava localizado na parte inicial do questionário e a pesquisa só foi realizada após o parecer do CEP.

DEFICIÊNCIA É INCAPACIDADE PARA O TRABALHO?

A percepção sobre a deficiência tem mudado nos últimos anos.² A partir da década de 1960, as ciências sociais passaram a oferecer um conjunto de explicações para a deficiência. Partindo da área geral da sociologia da saúde, os primeiros passos no campo da sociologia da incapacidade favoreceram uma abordagem individualizante do corpo com impedimentos, embora sem questionar as causas responsáveis por promover desigualdades e discriminação.^{1,22} A partir desse enfoque, as compreensões sociológicas da deficiência se desenvolveram propondo um discurso sociopolítico para descrevê-la não mais como uma questão de saúde individual, mas como um produto do desenvolvimento das sociedades contemporâneas.^{1,22} Ou seja, o modo como a sociedade se organiza é que seria responsável por produzir o corpo deficiente, já que a maioria das deficiências é gerada por fatores sociais, como violência urbana, envelhecimento populacional, avanços tecnológicos em saúde que prolongam a expectativa de vida, conflitos armados e acidentes de trânsito e trabalho.

O discurso sociológico sobre a deficiência passou a ser denominado *modelo social da deficiência*. Esse modelo não ignora os serviços de saúde e avanços biomédicos como direitos, apenas anuncia o seu caráter limitado em meio aos ambientes sociais que valorizam exclusivamente corpos sem impedimentos.² Essa abordagem que apresenta a desigualdade social pela deficiência é resultado, de um lado, de reivindicações dos movimentos sociais das pessoas deficientes nas últimas décadas e, de outro, do emergente campo de estudos sobre deficiência que busca reconhecer o corpo com impedimentos como uma expressão da diversidade humana a ser protegida e valorizada.¹ Nos últimos quarenta anos, o modelo social assumiu proeminência ao consolidar o campo de estudos sobre deficiência, sobretudo na

Europa e na América do Norte.⁴ No entanto, tal debate pouco esteve presente na América Latina e no Brasil, em particular.^{23,24}

Desde a Constituição Federal de 1988, o Brasil estabeleceu normas constitucionais e marcos legais relativamente avançados no que diz respeito aos direitos das pessoas deficientes.²⁵ Mas as demandas defendidas pelo modelo social parecem ter tido pouca influência no estabelecimento de legislações que garantem os direitos das pessoas deficientes no Brasil, percurso diferente do de outros países, onde o modelo social tem força normativa para influenciar o desenho de políticas públicas.^{4,5,26} Na tentativa de utilizar um conceito de deficiência mais próximo aos objetivos da política de assistência social, a legislação do BPC, em 2007, adotou os parâmetros da CIF para avaliação das condições biopsicossociais relacionadas aos estados de saúde das pessoas deficientes solicitantes do benefício assistencial.¹³ A publicação da CIF pela OMS é considerada um marco para o tema da deficiência, não somente pelo peso e alcance que uma classificação oficial da OMS pode representar para as políticas públicas em âmbito internacional, mas principalmente por agregar a perspectiva sociopolítica da deficiência defendida pelo modelo social.^{2,4,23}

Apesar de a adoção da CIF ser considerada um avanço para orientar a avaliação das condições que tornam as pessoas deficientes elegíveis ao BPC, o corpo com impedimentos continua a ser aquele em que as incapacidades para o trabalho e para a vida independente têm importância central para determinar a elegibilidade à proteção social do benefício.¹⁷ Disso resulta que o julgamento das condições sociais, de saúde e corporais pelas perícias do INSS, a partir da adoção da CIF, deve ter como parâmetro o quanto os impedimentos corporais restringem a participação social do indivíduo. No entanto, as variáveis de independência e trabalho permanecem centrais às perícias que atestam a restrição de participação social.

Incapacidade para o trabalho é uma descrição dos corpos com impedimentos que está demarcada na legislação do BPC, tendo força sobre as concepções dos peritos médicos. Quando perguntados sobre a possibilidade de uma pessoa solicitante do BPC que já tenha trabalhado anteriormente ter acesso ao benefício assistencial, 20% (90) dos peritos responderam negativamente. Essa porcentagem não pode ser considerada irrelevante, principalmente porque ter trabalhado não é fator de exclusão de pessoas com deficiência do universo de concessão do BPC, segundo a legislação.¹³ Na mesma linha de interpretação de como a perícia médica avalia as deficiências como incapacitantes para o trabalho, para quase 47% (210) dos peritos médicos, o fato de o solicitante do BPC não ter histórico de registro de trabalho formal é considerado importante ou muito importante para a concessão do BPC, mesmo que a legislação não mencione tal exigência. Esses dois dados sugerem que as habilidades para o trabalho produtivo são fatores para a perícia médica incluir uma pessoa com deficiência na proteção social do BPC. No entanto, a desigualdade pela deficiência é resultado de variados fatores que determinam a opressão social – muitas vezes, fatores de desigualdade e vulnerabilidade social que se sobrepõem.²⁷ O desenho da política social não pode permitir que aspectos da deficiência tenham centralidade enquanto outros são silenciados pelas perícias.

Em uma pergunta que buscava investigar as matrizes de julgamento utilizadas pelos peritos médicos na avaliação das deficiências para o BPC, foi questionada a possibilidade de se basearem nos mesmos parâmetros adotados nas perícias para a aposentadoria por invalidez, também conduzidas por eles nas agências do INSS. Dos 448 peritos, 35% (157) responderam que adotavam os mesmos parâmetros da aposentadoria por invalidez nas perícias para o benefício assistencial. Aposentadoria por invalidez é um benefício previdenciário, ou seja, necessita de contribuição prévia para ser acessada. Ela é concedida aos

trabalhadores do Regime Geral da Previdência Social que, por doenças ou acidentes, são considerados pela perícia do INSS incapacitados para exercer suas atividades ou ter outro tipo de ocupação que lhes garanta o sustento.²⁸

Diferentemente do BPC, as perícias para a aposentadoria por invalidez buscam primordialmente no histórico das atividades laborais os indicadores para mensurar quais habilidades corporais foram afetadas pelo acidente ou doença. No caso do benefício assistencial, a transferência de renda está amparada no princípio constitucional de que a assistência social é para quem dela necessitar, o que pressupõe que as perícias para o benefício previdenciário e o assistencial não devam ter os mesmos critérios de julgamento. Uma das explicações possíveis para os peritos médicos utilizarem os mesmos parâmetros da aposentadoria para o BPC é a tentativa de dar objetividade ao critério de incapacidade para o trabalho. Diante da ausência de elementos capazes de mensurar a desigualdade que as pessoas sofrem em razão dos corpos com deficiência, as perícias médicas para a assistência social sobrevalorizam aspectos mensuráveis, como o histórico trabalhista e as habilidades corporais.

Para uma abordagem da deficiência como desigualdade, é preciso considerar as razões pelas quais historicamente as pessoas deficientes têm sofrido tratamento desigual por causa dos impedimentos corporais. Ainda hoje, os valores em torno da produção e do trabalho são fundamentais para determinar a integração social dos indivíduos às comunidades às quais pertencem.^{29,30} Isso explica o fato de uma das percepções mais contundentes sobre a deficiência ser aquela que define o corpo com impedimentos como desprovido das habilidades do trabalho produtivo. Essa compreensão sobrevaloriza a ideia de que a incapacidade para o trabalho é o principal aspecto que limita o desenvolvimento das capacidades das pessoas com impedimentos corporais. Tal compreensão pode ter impactos para a garantia dos

A compreensão de que a deficiência é uma das muitas formas de se habitar os corpos, podendo inclusive constituir objeto de orgulho pela diferença, como ocorre com as comunidades Surdas, é ainda desafiante para os saberes biomédicos.^{4,5} O Surdo não é alguém que habita um corpo com restrições auditivas, mas alguém que vive em uma sociedade que discrimina outras formas de comunicação que não o oralismo.⁶ A afirmação do sujeito passa a se dar pela enunciação do corpo deficiente e não mais pela negação dos impedimentos corporais, em uma aproximação dos estudos sobre deficiência (*disability studies*) do campo dos estudos culturais, feministas e antirracistas.⁷ Isso não significa o abandono das estratégias de cuidado, cura ou reabilitação oferecidas pela biomedicina, mas anuncia seu caráter insuficiente para a promoção da igualdade em ambientes injustos. O novo campo dos estudos sobre deficiência, em que as ideias do modelo social se tornaram proeminentes, é uma das respostas mais vigorosas desse giro argumentativo da deficiência como azar para a deficiência como opressão social pelo corpo.³

Para o modelo social da deficiência, o corpo é um dos espaços privilegiados de ação dos discursos discriminatórios, sejam eles de raça, sexo, gênero, nacionalidade, idade ou deficiência.⁸ A diversidade corporal é constituinte da condição humana e a deficiência seria apresentada por impedimentos corporais, que remetem a limitações físicas, intelectuais ou sensoriais. A desigualdade pela deficiência não se resume às variações impostas pelo corpo com impedimentos, expressando-se também pela interação com o mundo social pouco sensível à diversidade corporal. Não se nega a existência do corpo como o contorno da habitabilidade humana, apenas não se considera mais suficiente explicar a exclusão social do deficiente com base em seu corpo. Nesse novo modelo de compreensão da deficiência, a opressão não é causada pelos contornos do corpo, mas por valores, atitudes e práticas que discriminam a deficiência.

direitos humanos das pessoas com deficiência quando políticas públicas se baseiam nesses valores, desconsiderando outros determinantes da desigualdade pela deficiência.

INDEPENDÊNCIA E POBREZA: OS DESAFIOS DE JUSTIÇA DO BPC

Além de serem incapazes para o trabalho, as pessoas com deficiência solicitantes do BPC devem ser incapazes para a vida independente, de acordo com a Loas.^{13,16} Não é simples levantar elementos do histórico de uma pessoa que possibilitem classificá-la como detentora de uma vida com independência. Pois será preciso pressupor valores que nem sempre são objetivos em torno da descrição de estilos de vida, principalmente para a implantação de uma política pública. Mesmo assim, a dependência, em muitos casos, é compreendida como um dos aspectos da vida das pessoas com deficiência, talvez por haver impedimentos corporais com graves restrições funcionais e cognitivas que geram necessidade de assistência em grande parte do tempo.³¹

Para dar objetividade ao critério de incapacidade para a vida independente, em 1997, o INSS publicou o instrumento AVALIEMOS, por meio da Resolução n. 435, na tentativa de criar parâmetros para avaliação da dependência pela deficiência das pessoas solicitantes do BPC.³² Um dos principais pontos do instrumento AVALIEMOS era buscar no desenvolvimento dos atos da vida diária, isto é, nos cuidados de si, como os relacionados à higiene e à alimentação, o grau de dependência provocado na vida das pessoas que se anunciavam deficientes. O AVALIEMOS foi alvo de constantes críticas e perdeu a validade em 2000, pois se considerava que as diretrizes dos atos da vida diária sugeriam um tipo de restrição funcional e cognitiva que não necessariamente correspondia a todo o universo de impedimentos corporais que deveria ser atendido pelo BPC.^{14,17,18} O AVALIEMOS foi

substituído por um *software* de registro das características dos solicitantes do BPC, o Sistema de Administração dos Benefícios por Incapacidade (Sabi).^{17,33}

Entretanto, o sistema informatizado da perícia médica do INSS, o Sabi, contou com as mesmas diretrizes do antigo instrumento AVALIEMOS até julho de 2009.¹⁴ A partir dessa data, o sistema de armazenamento de informações dos solicitantes do BPC foi alterado pela incorporação da CIF. No intervalo, os peritos médicos continuaram a considerar na avaliação da incapacidade para a vida independente aspectos relacionados ao controle de esfíncteres e à capacidade de vestir-se, higienizar-se e alimentar-se dos solicitantes do BPC.¹⁴ Em 2007, contestando a avaliação da deficiência pelo INSS, foi proposta pelo Ministério Público Federal e pela Defensoria Pública da União, no estado do Acre, a Ação Civil Pública (ACP) n. 2007.30.00.000204-0 exigindo que o INSS se abstivesse de exigir para a concessão do BPC que incapacidade para a vida independente fosse a incapacidade para o desenvolvimento dos atos da vida diária.¹⁸

O texto da ACP dispõe que, se a pessoa não está capacitada para o trabalho, isso é razão suficiente para a concessão do BPC, pois “a pessoa não está capacitada para a vida independente porque não possui condições econômicas para prover à própria manutenção”.^{18:1} A ACP forçou o INSS a alterar a forma de avaliação da pessoa deficiente, o que foi possível pela Instrução Normativa n. 27 do INSS, em 2008.³⁴ Uma das perguntas do questionário aos peritos médicos buscava investigar se eles ainda utilizavam as diretrizes dos atos da vida diária, como alimentar-se, vestir-se e higienizar-se, como avaliação dos deficientes solicitantes do BPC. Os resultados mostraram que 92,5% (414) dos peritos ainda consideram importante ou muito importante avaliar tais atos nas perícias para a concessão do benefício. Limitações no desempenho das atividades cotidianas podem ser indicadores dos impedimentos corporais, o que o INSS tentou instrumentalizar

quando introduziu a variável da incapacidade para desenvolver os atos da vida diária como componente a ser avaliado nas perícias. Todavia, a prática pericial ainda não encontrou o instrumento mais adequado para mensurar tais componentes.

O discurso biomédico sobre os impedimentos corporais tende a valorizar quaisquer restrições funcionais, corporais ou cognitivas que as pessoas encontram individualmente para desenvolver atividades relacionadas à autonomia e independência. A ideia de que a incapacidade para desenvolver os atos da vida cotidiana indicaria os casos de deficiência em que a proteção social do BPC deve ocorrer desconsidera que é impossível definir a desigualdade pela deficiência sem levar em conta as variações de aspectos relacionados à temporalidade, às barreiras e às práticas sociais e culturais.² Por outro lado, os peritos médicos ainda utilizarem a incapacidade para desenvolver os atos da vida diária como aspecto a ser avaliado sobre os impedimentos corporais para o BPC pode trazer uma implicação do ponto de vista dos princípios constitucionais que sustentam a política. Pois a dependência para os atos da vida diária é uma concepção introduzida por uma instrução normativa do INSS que não pode se sobrepor aos princípios constitucionais orientadores da política de assistência social, como ficou claro pela ação proposta pelo Ministério Público Federal e pela Defensoria Pública da União.

O modo como as perícias médicas interpretam os impedimentos corporais diz como a política de assistência social tem tratado o tema da deficiência como desigualdade. Foi perguntada aos peritos médicos a importância de os impedimentos corporais serem considerados como irreversíveis para que a concessão do benefício aconteça e, para 92% (413) dos peritos, a irreversibilidade dos impedimentos corporais é um fator importante ou muito importante para determinar a concessão do benefício. Apenas 6% (28) dos peritos médicos

consideram a irreversibilidade dos impedimentos corporais como pouco importante para a concessão do BPC.

Os peritos médicos considerarem a irreversibilidade dos impedimentos corporais como muito importante não indica necessariamente que o BPC é concedido somente para casos de impedimentos corporais com pouca ou nenhuma chance de reversão. Apenas pode anunciar que tais casos são compreendidos com mais objetividade como aqueles elegíveis ao benefício assistencial. Por outro lado, há uma expectativa de que as perícias médicas não devam privilegiar impedimentos corporais irreversíveis em razão de o BPC ser um benefício assistencial de caráter temporário, em que as pessoas atendidas pela política são avaliadas a cada dois anos para verificar a continuação das condições que garantem a elegibilidade à assistência. Ou seja, a legislação do benefício já previu que as características ligadas à deficiência podem ser alteradas ao longo do tempo, o que deve excluir julgamentos em torno da irreversibilidade dos impedimentos corporais no momento pericial.

Em uma perspectiva bem próxima à interpretação sobre a irreversibilidade dos impedimentos corporais, o grau de dependência cotidiana de cuidados exercidos por terceiros (familiares, cuidadoras e profissionais de saúde) pode ser um indicador de qual impedimento transforma um corpo em incapaz para a vida independente nos termos da legislação do BPC. Quando perguntada aos peritos médicos a importância de os solicitantes do BPC apresentarem dependência de cuidados de terceiros no cotidiano, 97% (437) responderam que ter necessidade de cuidados e assistência constantes é muito importante para considerar um impedimento corporal elegível ao benefício assistencial. Novamente, o alto percentual dos peritos médicos pode indicar que pessoas que necessitam de cuidados e assistência exercidos por terceiros configuram situações facilmente compreendidas como elegíveis ao BPC. Entretanto, embora a dependência de

cuidados de terceiros expresse um tipo de impedimento corporal, não necessariamente todas as deficiências se enquadrariam nessa descrição. A controvérsia sobre quais impedimentos corporais são elegíveis à assistência social possivelmente não está nesses casos, mas naqueles em que não necessariamente há um grau elevado de dependência de cuidados e assistência exercidos por outras pessoas.

Outro fator demarcador da desigualdade pela deficiência seria a pouca qualificação educacional e profissional das pessoas com impedimentos corporais e, conseqüentemente, as barreiras de acesso ao mundo do trabalho. Esses são fatores de impacto na autonomia e independência das pessoas deficientes. No entanto, o modo como as perícias médicas estão desenhadas e o marco legislativo do BPC deixam pouco espaço para a compreensão de que a baixa escolaridade em decorrência das limitações corporais pode indicar desigualdade que torne a deficiência elegível ao BPC. Exemplo disso é que, na pergunta sobre a importância da baixa escolaridade como fator de elegibilidade ao BPC, 21% (98) dos peritos consideraram muito importante e 23% (106) consideraram pouco importante.

Ou seja, não há um consenso sobre como dimensionar o impacto que a deficiência traz à qualificação educacional para fins de mensuração da desigualdade para a concessão do BPC, e os peritos médicos se dividem nesse ponto. Tensão semelhante ocorreu quando foi perguntado aos peritos sobre a frequência escolar como indicador da exclusão social das crianças e adolescentes com deficiência. Dos peritos médicos, 32% (146) consideram muito importantes informações a respeito da frequência escolar como uma das características a serem avaliadas para a concessão do BPC e 13% (59) consideram-nas pouco importantes. Como a incapacidade para o trabalho não é uma informação a ser mensurada no caso de crianças e adolescentes até 16 anos,¹³ a restrição de participação social, como é o caso da

não frequência à escola, poderia ser um indicador relevante de exclusão e opressão social. No entanto, nas perícias médicas tal informação não se transformou em dado seguro de avaliação da desigualdade pela deficiência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os princípios de justiça que embasam a concepção do BPC como política de transferência de renda estão relacionados a eliminar a desigualdade e opressão social que as pessoas com deficiência experimentam na extrema pobreza. Portanto, a avaliação das pessoas deficientes para o BPC tem de levar em consideração, além de condições de saúde, as condições sociais e ambientais que influenciam na determinação da desigualdade pela deficiência.

A adoção das diretrizes da CIF no desenho do BPC inova ao propor uma abordagem universal de avaliação das condições biopsicossociais das pessoas com impedimentos corporais. No entanto, embora a CIF constitua um esforço de agregar os pressupostos tanto do modelo biomédico quanto do social para descrever a experiência da deficiência, o marco da CIF ainda pode favorecer que a experiência da deficiência seja avaliada em termos de saúde mais que em termos de desigualdade social.² O desafio posto ao gerenciamento do BPC será superar a compreensão da deficiência apenas como uma questão de saúde para problematizá-la como desigualdade social, principalmente porque a compreensão da deficiência como questão de saúde aponta os limites das práticas periciais em reconhecer as situações de desigualdade social experimentadas por pessoas com impedimentos corporais.

O presente capítulo buscou demonstrar o quanto é desafiante a implantação de uma política pública reparatória de

desigualdade, como é o BPC. A pesquisa foi conduzida com os peritos médicos poucos meses antes de as perícias conduzidas pelo INSS para a concessão do BPC serem baseadas nas diretrizes da CIF. Estudos futuros podem indicar, principalmente, como os achados desta pesquisa serão contrastados ao perfil de deficiências cobertas pelo BPC após a adoção da CIF.

O modo como os peritos médicos avaliam as incapacidades para o trabalho e para a vida independente das pessoas solicitantes do BPC demonstra o quanto ainda é desafiante para os saberes biomédicos a percepção da deficiência como desigualdade social. Uma vez que o benefício assistencial busca remover desigualdades ligadas à experiência da deficiência, as avaliações periciais deverão estar adequadas aos objetivos da política social, principalmente de assegurar o direito à proteção social. Isso torna a adoção da CIF pela legislação do BPC particularmente emblemática no sentido não apenas de estabelecer diretrizes para a avaliação dos solicitantes do benefício assistencial tendo influências do modelo social, mas também de como transformar as concepções da CIF em parâmetros para propor efetivamente alterações na abordagem da deficiência como desigualdade e opressão social.

REFERÊNCIAS

1. Barnes C, Oliver M, Barton L, editores. Disability studies today. Cambridge: Polity Press; 2002.
2. Barnes C. Un chiste malo: rehabilitar a las personas con discapacidad en una sociedad que discapacita. In: Brogna P. Visiones y revisiones de la discapacidad. México: FCE; 2009. p. 101-22.
3. Wendell S. The rejected body: feminist philosophical reflections on disability. New York: Routledge; 1996.

4. Diniz D, Barbosa L, Santos WR. Deficiência, direitos humanos e justiça. *Sur: Rev Int Direitos Humanos*. No prelo.
5. Francis L, Silvers A. *Americans with disabilities: exploring implications of the Law for individuals and institutions*. New York: Routledge; 2000.
6. Corker M, Shakespeare T, editores. *Embodying disability theory*. London: Continuum; 2004.
7. Corbin A. A influência da religião. In: Corbin A, Courtine JJ, Vigarello G, editores. *História do corpo*. São Paulo: Vozes; 2006. v. II.
8. Foucault M. *O nascimento da clínica*. São Paulo: Forense Universitária; 2004.
9. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil [texto constitucional na internet]. Brasília, DF; 1988 [acesso em 5 maio 2009]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm.
10. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). *Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social* [conteúdo na internet]. Brasília: MDS; 2009 [acesso em 30 set. 2009]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/programas/rede-suas/protecao-social-basica/beneficio-de-prestacao-continuada-bpc>.
11. Santos WR. Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas? *Ciênc Saúde Coletiva* [periódico na internet]. 2008 [acesso em 2 dez. 2008]. Disponível em: http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=3011.

12. Barbosa L, Diniz D, Santos WR. Diversidade corporal e perícia médica: novos contornos da deficiência para o Benefício de Prestação Continuada. *Textos Contextos* 2009; 8:377-90.
13. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). 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: MDS, Ministério da Previdência Social; 2007.
14. Brasil. Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e protocolo facultativo à convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde); 2007.
15. Boschetti I. Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília: LetrasLivres, Universidade de Brasília; 2006.
16. Presidência da República. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 8 dez. 1993.
17. Santos W, Diniz D, Pereira N. Deficiência e perícia médica: os contornos do corpo. *Reciis* 2009; 3(2):16-23.
18. Justiça Federal do Brasil. Acre. Ação civil pública dos autos 2007.30.00.000204-0, classe 7100. Estabelece que a capacidade para praticar atos da vida cotidiana, por si só, não é determinante para o indeferimento do benefício pelo INSS. Rio Branco: Seção Judiciária do estado do Acre; 2007.

19. Santos WR. Deficiência e democracia: a interpretação do Poder Judiciário sobre o Benefício de Prestação Continuada [dissertação]. Brasília: Universidade de Brasília; 2009.
20. Supremo Tribunal Federal. Ação direta de inconstitucionalidade n. 1.232 [ADI na internet]. Brasília, 24 dez. 1995 [acesso em 2 dez. 2008]. Disponível em: <http://www.stf.jus.br/portal/peticaoInicial/pesquisarPeticaoInicial.asp>.
21. Diniz D. Ética na pesquisa em ciências humanas: novos desafios. *Ciênc Saúde Coletiva* 2008; 13(2):417-26.
22. Barton L, editor. *Discapacidad & sociedad*. Madrid: Morata; 1998.
23. Diniz D. *O que é deficiência*. São Paulo: Brasiliense; 2007.
24. Martín SJ. La protección en el sistema interamericano a las personas con discapacidad. In: Jiménez EP. *Igualdad, no discriminacion y discapacidad*. Buenos Aires: Ediar; 2006. p. 99-138.
25. Figueira E. *Caminhando em silêncio: uma introdução à trajetória das pessoas com deficiência na história do Brasil*. São Paulo: Giz; 2008.
26. Prinz C. *European disability pension policies*. Viena: Asgate; 2003.
27. Vernon A, Swain J. Theorizing divisions and hierarchies: towards a commonality or diversity? In: Barnes C, Oliver M, Barton L, editores. *Disability studies today*. Cambridge: Polity Press; 2002. p. 77-97.

28. Presidência da República. Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os planos de benefícios da previdência social e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 14 ago. 1998.
29. Castel R. As metamorfoses da questão social. Petrópolis: Vozes; 1998.
30. Abberley P. Trabajo, utopia e insuficiencia. In: Barton L, editor. Discapacidad & sociedad. Madrid: Morata; 1998. p. 77-96.
31. Kittay E. Love's labor: essays on women, equality and dependency. New York: Routledge; 1999.
32. Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Resolução n. 435, de 18 de março de 1997. Estabelece normas e procedimentos para a operacionalização do Benefício de Prestação Continuada devido à pessoa portadora de deficiência e ao idoso e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 4 abr. 1997.
33. Ministério da Previdência e Assistência Social. Portaria n. 584, de 31 de janeiro de 2000. Diário Oficial da União. Brasília, 31 jan. 2000.

SOBRE OS AUTORES

DEBORA DINIZ é doutora em antropologia, professora da Universidade de Brasília e pesquisadora da Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. Desenvolve pesquisas sobre deficiência e direitos humanos. anis@anis.org.br

FÁBIO GRANJA BARROS é doutor em economia, auditor federal de controle externo do Tribunal de Contas da União e pesquisador do Instituto de Governança Ambiental. Desenvolve pesquisas sobre meio ambiente e pobreza. fabiohgbarros@unb.br

JANAÍNA PENALVA é mestre e doutoranda em direito pela Universidade de Brasília e pesquisadora da Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. Desenvolve pesquisas sobre direitos humanos. j.penalva@anis.org.br

LÍVIA BARBOSA é mestre e doutoranda em política social pela Universidade de Brasília e pesquisadora da Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. Desenvolve pesquisas sobre deficiência e política social. liviabp@yahoo.com.br

MARCELO MEDEIROS é doutor em sociologia e professor da Universidade de Brasília. Desenvolve pesquisas na área de desigualdade social. medeiros@igualdade.org.br

MELCHIOR SAWAYA NETO é doutor em economia aplicada e auditor federal de controle da Secretaria de Avaliação de Programas públicos do TCU. Desenvolve pesquisas sobre temas relacionados à efetividade e ao combate de erros e fraudes em gastos sociais. melchiorsn@tcu.gov.br

NATÁLIA PEREIRA é mestranda em política social e assistente social da secretaria de Estado de Justiça, Direitos Humanos e Cidadania do Distrito Federal. Desenvolve pesquisas sobre deficiência e direitos humanos. nataliapgs@yahoo.com.br

WEDERSON SANTOS é mestre em política social, doutorando em sociologia pela Universidade de Brasília e pesquisador da Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. Desenvolve pesquisas sobre deficiência e desigualdade. w.santos@anis.org.br

APÊNDICE

DECRETO N. 6.949, DE 25 DE AGOSTO DE 2009

DECRETO N. 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.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição, e

Considerando que o Congresso Nacional aprovou, por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, conforme o procedimento do § 3º do art. 5º da Constituição, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007;

Considerando que o Governo brasileiro depositou o instrumento de ratificação dos referidos atos junto ao Secretário-Geral das Nações Unidas em 1º de agosto de 2008;

Considerando que os atos internacionais em apreço entraram em vigor para o Brasil, no plano jurídico externo, em 31 de agosto de 2008;

DECRETA:

Art. 1º A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, apensos por cópia ao presente Decreto, serão executados e cumpridos tão inteiramente como neles se contém.

Art. 2º São sujeitos à aprovação do Congresso Nacional quaisquer atos que possam resultar em revisão dos referidos diplomas internacionais ou que acarretem encargos ou compromissos gravosos ao patrimônio nacional, nos termos do art. 49, inciso I, da Constituição.

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Brasília, 25 de agosto de 2009; 188º da Independência e 121º da República.

Luiz Inácio Lula da Silva

Celso Luiz Nunes Amorim

Este texto não substitui o publicado no DOU de 26.8.2009

CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

PREÂMBULO

Os Estados Partes da presente Convenção,

a) *Relembrando* os princípios consagrados na Carta das Nações Unidas, que reconhecem a dignidade e o valor inerentes e os direitos iguais e inalienáveis de todos os membros da família humana como o fundamento da liberdade, da justiça e da paz no mundo,

b) *Reconhecendo* que as Nações Unidas, na Declaração Universal dos Direitos Humanos e nos Pactos Internacionais sobre Direitos Humanos, proclamaram e concordaram que toda pessoa faz jus a todos os direitos e liberdades ali estabelecidos, sem distinção de qualquer espécie,

c) *Reafirmando* a universalidade, a indivisibilidade, a interdependência e a inter-relação de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, bem como a necessidade de garantir que todas as pessoas com deficiência os exerçam plenamente, sem discriminação,

d) *Relembrando* o Pacto Internacional dos Direitos Econômicos, Sociais e Culturais, o Pacto Internacional dos Direitos Civis e Políticos, a Convenção Internacional sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, a Convenção sobre a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra a Mulher, a Convenção contra a Tortura e Outros Tratamentos ou Penas Cruéis, Desumanos ou Degradantes, a Convenção sobre os Direitos da Criança e a Convenção Internacional sobre a Proteção dos Direitos de Todos os Trabalhadores Migrantes e Membros de suas Famílias,

e) *Reconhecendo* que a deficiência é um conceito em evolução e que a deficiência resulta 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,

f) *Reconhecendo* a importância dos princípios e das diretrizes de política, contidos no Programa de Ação Mundial para as Pessoas Deficientes e nas Normas sobre a Equiparação de Oportunidades para Pessoas com Deficiência, para influenciar a promoção, a formulação e a avaliação de políticas, planos, programas e ações em níveis nacional, regional e internacional para possibilitar maior igualdade de oportunidades para pessoas com deficiência,

g) *Ressaltando* a importância de trazer questões relativas à deficiência ao centro das preocupações da sociedade como parte integrante das estratégias relevantes de desenvolvimento sustentável,

h) *Reconhecendo* também que a discriminação contra qualquer pessoa, por motivo de deficiência, configura violação da dignidade e do valor inerentes ao ser humano,

i) *Reconhecendo* ainda a diversidade das pessoas com deficiência,

j) *Reconhecendo* a necessidade de promover e proteger os direitos humanos de todas as pessoas com deficiência, inclusive daquelas que requerem maior apoio,

k) *Preocupados* com o fato de que, não obstante esses diversos instrumentos e compromissos, as pessoas com deficiência continuam a enfrentar barreiras contra sua participação como membros iguais da sociedade e violações de seus direitos humanos em todas as partes do mundo,

l) *Reconhecendo* a importância da cooperação internacional para melhorar as condições de vida das pessoas com deficiência em todos os países, particularmente naqueles em desenvolvimento,

m) *Reconhecendo* as valiosas contribuições existentes e potenciais das pessoas com deficiência ao bem-estar comum e à diversidade de suas comunidades, e que a promoção do pleno exercício, pelas pessoas com deficiência, de seus direitos humanos e liberdades fundamentais e de sua plena participação na sociedade resultará no fortalecimento de seu senso de pertencimento à sociedade e no significativo avanço do desenvolvimento humano, social e econômico da sociedade, bem como na erradicação da pobreza,

n) *Reconhecendo* a importância, para as pessoas com deficiência, de sua autonomia e independência individuais, inclusive da liberdade para fazer as próprias escolhas,

o) *Considerando* que as pessoas com deficiência devem ter a oportunidade de participar ativamente das decisões relativas a programas e políticas, inclusive aos que lhes dizem respeito diretamente,

p) *Preocupados* com as difíceis situações enfrentadas por pessoas com deficiência que estão sujeitas a formas múltiplas ou agravadas de discriminação por causa de raça, cor, sexo, idioma, religião, opiniões políticas ou de outra natureza, origem nacional, étnica, nativa ou social, propriedade, nascimento, idade ou outra condição,

q) *Reconhecendo* que mulheres e meninas com deficiência estão frequentemente expostas a maiores riscos, tanto no lar como fora dele, de sofrer violência, lesões ou abuso, descaso ou tratamento negligente, maus-tratos ou exploração,

r) *Reconhecendo* que as crianças com deficiência devem gozar plenamente de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais em igualdade de oportunidades com as outras crianças e lembrando as obrigações assumidas com esse fim pelos Estados Partes na Convenção sobre os Direitos da Criança,

s) *Ressaltando* a necessidade de incorporar a perspectiva de gênero aos esforços para promover o pleno exercício dos direitos humanos e liberdades fundamentais por parte das pessoas com deficiência,

t) *Salientando* o fato de que a maioria das pessoas com deficiência vive em condições de pobreza e, nesse sentido, reconhecendo a necessidade crítica de lidar com o impacto negativo da pobreza sobre pessoas com deficiência,

u) *Tendo em mente* que as condições de paz e segurança baseadas no pleno respeito aos propósitos e princípios consagrados na Carta das Nações Unidas e a observância dos instrumentos de direitos humanos são indispensáveis para a total proteção das pessoas com

deficiência, particularmente durante conflitos armados e ocupação estrangeira,

v) *Reconhecendo* a importância da acessibilidade aos meios físico, social, econômico e cultural, à saúde, à educação e à informação e comunicação, para possibilitar às pessoas com deficiência o pleno gozo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais,

w) *Conscientes* de que a pessoa tem deveres para com outras pessoas e para com a comunidade a que pertence e que, portanto, tem a responsabilidade de esforçar-se para a promoção e a observância dos direitos reconhecidos na Carta Internacional dos Direitos Humanos,

x) *Convencidos* de que a família é o núcleo natural e fundamental da sociedade e tem o direito de receber a proteção da sociedade e do Estado e de que as pessoas com deficiência e seus familiares devem receber a proteção e a assistência necessárias para tornar as famílias capazes de contribuir para o exercício pleno e eqüitativo dos direitos das pessoas com deficiência,

y) *Convencidos* de que uma convenção internacional geral e integral para promover e proteger os direitos e a dignidade das pessoas com deficiência prestará significativa contribuição para corrigir as profundas desvantagens sociais das pessoas com deficiência e para promover sua participação na vida econômica, social e cultural, em igualdade de oportunidades, tanto nos países em desenvolvimento como nos desenvolvidos,

Acordaram o seguinte:

ARTIGO 1

PROPÓSITO

O propósito da presente Convenção é promover, proteger e assegurar o exercício pleno e eqüitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente.

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

ARTIGO 2

DEFINIÇÕES

Para os propósitos da presente Convenção:

“Comunicação” abrange as línguas, a visualização de textos, o braille, a comunicação tátil, os caracteres ampliados, os dispositivos de multimídia acessível, assim como a linguagem simples, escrita e oral, os sistemas auditivos e os meios de voz digitalizada e os modos, meios e formatos aumentativos e alternativos de comunicação, inclusive a tecnologia da informação e comunicação acessíveis;

“Língua” abrange as línguas faladas e de sinais e outras formas de comunicação não-falada;

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

“Adaptação razoável” significa as modificações e os ajustes necessários e adequados que não acarretem ônus desproporcional ou indevido, quando requeridos em cada caso, a fim de assegurar que as pessoas com deficiência possam gozar ou exercer, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, todos os direitos humanos e liberdades fundamentais;

“Desenho universal” significa a concepção de produtos, ambientes, programas e serviços a serem usados, na maior medida possível, por todas as pessoas, sem necessidade de adaptação ou

projeto específico. O “desenho universal” não excluirá as ajudas técnicas para grupos específicos de pessoas com deficiência, quando necessárias.

ARTIGO 3

PRINCÍPIOS GERAIS

Os princípios da presente Convenção são:

- a) O respeito pela dignidade inerente, a autonomia individual, inclusive a liberdade de fazer as próprias escolhas, e a independência das pessoas;
- b) A não-discriminação;
- c) A plena e efetiva participação e inclusão na sociedade;
- d) O respeito pela diferença e pela aceitação das pessoas com deficiência como parte da diversidade humana e da humanidade;
- e) A igualdade de oportunidades;
- f) A acessibilidade;
- g) A igualdade entre o homem e a mulher;
- h) O respeito pelo desenvolvimento das capacidades das crianças com deficiência e pelo direito das crianças com deficiência de preservar sua identidade.

ARTIGO 4

OBRIGAÇÕES GERAIS

1. Os Estados Partes se comprometem a assegurar e promover o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, sem qualquer tipo de discriminação por causa de sua deficiência. Para tanto, os Estados Partes se comprometem a:

- a) Adotar todas as medidas legislativas, administrativas e de qualquer outra natureza, necessárias para a realização dos direitos reconhecidos na presente Convenção;

- b) Adotar todas as medidas necessárias, inclusive legislativas, para modificar ou revogar leis, regulamentos, costumes e práticas vigentes, que constituírem discriminação contra pessoas com deficiência;
- c) Levar em conta, em todos os programas e políticas, a proteção e a promoção dos direitos humanos das pessoas com deficiência;
- d) Abster-se de participar em qualquer ato ou prática incompatível com a presente Convenção e assegurar que as autoridades públicas e instituições atuem em conformidade com a presente Convenção;
- e) Tomar todas as medidas apropriadas para eliminar a discriminação baseada em deficiência, por parte de qualquer pessoa, organização ou empresa privada;
- f) Realizar ou promover a pesquisa e o desenvolvimento de produtos, serviços, equipamentos e instalações com desenho universal, conforme definidos no Artigo 2 da presente Convenção, que exijam o mínimo possível de adaptação e cujo custo seja o mínimo possível, destinados a atender às necessidades específicas de pessoas com deficiência, a promover sua disponibilidade e seu uso e a promover o desenho universal quando da elaboração de normas e diretrizes;
- g) Realizar ou promover a pesquisa e o desenvolvimento, bem como a disponibilidade e o emprego de novas tecnologias, inclusive as tecnologias da informação e comunicação, ajudas técnicas para locomoção, dispositivos e tecnologias assistivas, adequados a pessoas com deficiência, dando prioridade a tecnologias de custo acessível;
- h) Propiciar informação acessível para as pessoas com deficiência a respeito de ajudas técnicas para locomoção, dispositivos e tecnologias assistivas, incluindo novas tecnologias bem como outras formas de assistência, serviços de apoio e instalações;

- i) Promover a capacitação em relação aos direitos reconhecidos pela presente Convenção dos profissionais e equipes que trabalham com pessoas com deficiência, de forma a melhorar a prestação de assistência e serviços garantidos por esses direitos.

2. Em relação aos direitos econômicos, sociais e culturais, cada Estado Parte se compromete a tomar medidas, tanto quanto permitirem os recursos disponíveis e, quando necessário, no âmbito da cooperação internacional, a fim de assegurar progressivamente o pleno exercício desses direitos, sem prejuízo das obrigações contidas na presente Convenção que forem imediatamente aplicáveis de acordo com o direito internacional.

3. Na elaboração e implementação de legislação e políticas para aplicar a presente Convenção e em outros processos de tomada de decisão relativos às pessoas com deficiência, os Estados Partes realizarão consultas estreitas e envolverão ativamente pessoas com deficiência, inclusive crianças com deficiência, por intermédio de suas organizações representativas.

4. Nenhum dispositivo da presente Convenção afetará quaisquer disposições mais propícias à realização dos direitos das pessoas com deficiência, as quais possam estar contidas na legislação do Estado Parte ou no direito internacional em vigor para esse Estado. Não haverá nenhuma restrição ou derrogação de qualquer dos direitos humanos e liberdades fundamentais reconhecidos ou vigentes em qualquer Estado Parte da presente Convenção, em conformidade com leis, convenções, regulamentos ou costumes, sob a alegação de que a presente Convenção não reconhece tais direitos e liberdades ou que os reconhece em menor grau.

5. As disposições da presente Convenção se aplicam, sem limitação ou exceção, a todas as unidades constitutivas dos Estados federativos.

ARTIGO 5

IGUALDADE E NÃO-DISCRIMINAÇÃO

1. Os Estados Partes reconhecem que todas as pessoas são iguais perante e sob a lei e que fazem jus, sem qualquer discriminação, a igual proteção e igual benefício da lei.

2. Os Estados Partes proibirão qualquer discriminação baseada na deficiência e garantirão às pessoas com deficiência igual e efetiva proteção legal contra a discriminação por qualquer motivo.

3. A fim de promover a igualdade e eliminar a discriminação, os Estados Partes adotarão todas as medidas apropriadas para garantir que a adaptação razoável seja oferecida.

4. Nos termos da presente Convenção, as medidas específicas que forem necessárias para acelerar ou alcançar a efetiva igualdade das pessoas com deficiência não serão consideradas discriminatórias.

ARTIGO 6

MULHERES COM DEFICIÊNCIA

1. Os Estados Partes reconhecem que as mulheres e meninas com deficiência estão sujeitas a múltiplas formas de discriminação e, portanto, tomarão medidas para assegurar às mulheres e meninas com deficiência o pleno e igual exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais.

2. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar o pleno desenvolvimento, o avanço e o empoderamento das mulheres, a fim de garantir-lhes o exercício e o gozo dos direitos humanos e liberdades fundamentais estabelecidos na presente Convenção.

ARTIGO 7

CRIANÇAS COM DEFICIÊNCIA

1. Os Estados Partes tomarão todas as medidas necessárias para assegurar às crianças com deficiência o pleno exercício de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais, em igualdade de oportunidades com as demais crianças.

2. Em todas as ações relativas às crianças com deficiência, o superior interesse da criança receberá consideração primordial.

3. Os Estados Partes assegurarão que as crianças com deficiência tenham o direito de expressar livremente sua opinião sobre todos os assuntos que lhes disserem respeito, tenham a sua opinião devidamente valorizada de acordo com sua idade e maturidade, em igualdade de oportunidades com as demais crianças, e recebam atendimento adequado à sua deficiência e idade, para que possam exercer tal direito.

ARTIGO 8

CONSCIENTIZAÇÃO

1. Os Estados Partes se comprometem a adotar medidas imediatas, efetivas e apropriadas para:

- a) Conscientizar toda a sociedade, inclusive as famílias, sobre as condições das pessoas com deficiência e fomentar o respeito pelos direitos e pela dignidade das pessoas com deficiência;
- b) Combater estereótipos, preconceitos e práticas nocivas em relação a pessoas com deficiência, inclusive aqueles relacionados a sexo e idade, em todas as áreas da vida;
- c) Promover a conscientização sobre as capacidades e contribuições das pessoas com deficiência.

2. As medidas para esse fim incluem:

- a) Lançar e dar continuidade a efetivas campanhas de conscientização públicas, destinadas a:
 - i) Favorecer atitude receptiva em relação aos direitos das pessoas com deficiência;
 - ii) Promover percepção positiva e maior consciência social em relação às pessoas com deficiência;
 - iii) Promover o reconhecimento das habilidades, dos méritos e das capacidades das pessoas com deficiência e de sua contribuição ao local de trabalho e ao mercado laboral;

- b) Fomentar em todos os níveis do sistema educacional, incluindo neles todas as crianças desde tenra idade, uma atitude de respeito para com os direitos das pessoas com deficiência;
- c) Incentivar todos os órgãos da mídia a retratar as pessoas com deficiência de maneira compatível com o propósito da presente Convenção;
- d) Promover programas de formação sobre sensibilização a respeito das pessoas com deficiência e sobre os direitos das pessoas com deficiência.

ARTIGO 9

ACESSIBILIDADE

1. A fim de possibilitar às pessoas com deficiência viver de forma independente e participar plenamente de todos os aspectos da vida, os Estados Partes tomarão as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, ao meio físico, ao transporte, à informação e comunicação, inclusive aos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, bem como a outros serviços e instalações abertos ao público ou de uso público, tanto na zona urbana como na rural. Essas medidas, que incluirão a identificação e a eliminação de obstáculos e barreiras à acessibilidade, serão aplicadas, entre outros, a:

- a) Edifícios, rodovias, meios de transporte e outras instalações internas e externas, inclusive escolas, residências, instalações médicas e local de trabalho;
- b) Informações, comunicações e outros serviços, inclusive serviços eletrônicos e serviços de emergência.

2. Os Estados Partes também tomarão medidas apropriadas para:

- a) Desenvolver, promulgar e monitorar a implementação de normas e diretrizes mínimas para a acessibilidade das instalações e dos serviços abertos ao público ou de uso público;

- b) Assegurar que as entidades privadas que oferecem instalações e serviços abertos ao público ou de uso público levem em consideração todos os aspectos relativos à acessibilidade para pessoas com deficiência;
- c) Proporcionar, a todos os atores envolvidos, formação em relação às questões de acessibilidade com as quais as pessoas com deficiência se confrontam;
- d) Dotar os edifícios e outras instalações abertas ao público ou de uso público de sinalização em braille e em formatos de fácil leitura e compreensão;
- e) Oferecer formas de assistência humana ou animal e serviços de mediadores, incluindo guias, leitores e intérpretes profissionais da língua de sinais, para facilitar o acesso aos edifícios e outras instalações abertas ao público ou de uso público;
- f) Promover outras formas apropriadas de assistência e apoio a pessoas com deficiência, a fim de assegurar a essas pessoas o acesso a informações;
- g) Promover o acesso de pessoas com deficiência a novos sistemas e tecnologias da informação e comunicação, inclusive à Internet;
- h) Promover, desde a fase inicial, a concepção, o desenvolvimento, a produção e a disseminação de sistemas e tecnologias de informação e comunicação, a fim de que esses sistemas e tecnologias se tornem acessíveis a custo mínimo.

ARTIGO 10

DIREITO À VIDA

Os Estados Partes reafirmam que todo ser humano tem o inerente direito à vida e tomarão todas as ~~medidas~~ necessárias para assegurar o efetivo exercício desse direito pelas pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.

ARTIGO 11

SITUAÇÕES DE RISCO E EMERGÊNCIAS HUMANITÁRIAS

Em conformidade com suas obrigações decorrentes do direito internacional, inclusive do direito humanitário internacional e do direito internacional dos direitos humanos, os Estados Partes tomarão todas as medidas necessárias para assegurar a proteção e a segurança das pessoas com deficiência que se encontrarem em situações de risco, inclusive situações de conflito armado, emergências humanitárias e ocorrência de desastres naturais.

ARTIGO 12

RECONHECIMENTO IGUAL PERANTE A LEI

1. Os Estados Partes reafirmam que as pessoas com deficiência têm o direito de ser reconhecidas em qualquer lugar como pessoas perante a lei.

2. Os Estados Partes reconhecerão que as pessoas com deficiência gozam de capacidade legal em igualdade de condições com as demais pessoas em todos os aspectos da vida.

3. Os Estados Partes tomarão medidas apropriadas para prover o acesso de pessoas com deficiência ao apoio que necessitarem no exercício de sua capacidade legal.

4. Os Estados Partes assegurarão que todas as medidas relativas ao exercício da capacidade legal incluam salvaguardas apropriadas e efetivas para prevenir abusos, em conformidade com o direito internacional dos direitos humanos. Essas salvaguardas assegurarão que as medidas relativas ao exercício da capacidade legal respeitem os direitos, a vontade e as preferências da pessoa, sejam isentas de conflito de interesses e de influência indevida, sejam proporcionais e apropriadas às circunstâncias da pessoa, se apliquem pelo período mais curto possível e sejam submetidas à revisão regular por uma autoridade ou órgão judiciário competente, independente e imparcial. As salvaguardas serão proporcionais ao grau em que tais medidas afetarem os direitos e interesses da pessoa.

5. Os Estados Partes, sujeitos ao disposto neste Artigo, tomarão todas as medidas apropriadas e efetivas para assegurar às pessoas com deficiência o igual direito de possuir ou herdar bens, de controlar as próprias finanças e de ter igual acesso a empréstimos bancários, hipotecas e outras formas de crédito financeiro, e assegurarão que as pessoas com deficiência não sejam arbitrariamente destituídas de seus bens.

ARTIGO 13

ACESSO À JUSTIÇA

1. Os Estados Partes assegurarão o efetivo acesso das pessoas com deficiência à justiça, em igualdade de condições com as demais pessoas, inclusive mediante a provisão de adaptações processuais adequadas à idade, a fim de facilitar o efetivo papel das pessoas com deficiência como participantes diretos ou indiretos, inclusive como testemunhas, em todos os procedimentos jurídicos, tais como investigações e outras etapas preliminares.

2. A fim de assegurar às pessoas com deficiência o efetivo acesso à justiça, os Estados Partes promoverão a capacitação apropriada daqueles que trabalham na área de administração da justiça, inclusive a polícia e os funcionários do sistema penitenciário.

ARTIGO 14

LIBERDADE E SEGURANÇA DA PESSOA

1. Os Estados Partes assegurarão que as pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas:

- a) Gozem do direito à liberdade e à segurança da pessoa; e
- b) Não sejam privadas ilegal ou arbitrariamente de sua liberdade e que toda privação de liberdade esteja em conformidade com a lei, e que a existência de deficiência não justifique a privação de liberdade.

2. Os Estados Partes assegurarão que, se pessoas com deficiência forem privadas de liberdade mediante algum processo, elas, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, façam

jus a garantias de acordo com o direito internacional dos direitos humanos e sejam tratadas em conformidade com os objetivos e princípios da presente Convenção, inclusive mediante a provisão de adaptação razoável.

ARTIGO 15

PREVENÇÃO CONTRA TORTURA OU TRATAMENTOS OU PENAS CRUÉIS, DESUMANOS OU DEGRADANTES

1. Nenhuma pessoa será submetida à tortura ou a tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes. Em especial, nenhuma pessoa deverá ser sujeita a experimentos médicos ou científicos sem seu livre consentimento.

2. Os Estados Partes tomarão todas as medidas efetivas de natureza legislativa, administrativa, judicial ou outra para evitar que pessoas com deficiência, do mesmo modo que as demais pessoas, sejam submetidas à tortura ou a tratamentos ou penas cruéis, desumanos ou degradantes.

ARTIGO 16

PREVENÇÃO CONTRA A EXPLORAÇÃO, A VIOLÊNCIA E O ABUSO

1. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas de natureza legislativa, administrativa, social, educacional e outras para proteger as pessoas com deficiência, tanto dentro como fora do lar, contra todas as formas de exploração, violência e abuso, incluindo aspectos relacionados a gênero.

2. Os Estados Partes também tomarão todas as medidas apropriadas para prevenir todas as formas de exploração, violência e abuso, assegurando, entre outras coisas, formas apropriadas de atendimento e apoio que levem em conta o gênero e a idade das pessoas com deficiência e de seus familiares e atendentes, inclusive mediante a provisão de informação e educação sobre a maneira de evitar, reconhecer e denunciar casos de exploração, violência e abuso. Os Estados Partes assegurarão que os serviços de proteção levem em conta a idade, o gênero e a deficiência das pessoas.

3. A fim de prevenir a ocorrência de quaisquer formas de exploração, violência e abuso, os Estados Partes assegurarão que todos os programas e instalações destinados a atender pessoas com deficiência sejam efetivamente monitorados por autoridades independentes.

4. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para promover a recuperação física, cognitiva e psicológica, inclusive mediante a provisão de serviços de proteção, a reabilitação e a reinserção social de pessoas com deficiência que forem vítimas de qualquer forma de exploração, violência ou abuso. Tais recuperação e reinserção ocorrerão em ambientes que promovam a saúde, o bem-estar, o auto-respeito, a dignidade e a autonomia da pessoa e levem em consideração as necessidades de gênero e idade.

5. Os Estados Partes adotarão leis e políticas efetivas, inclusive legislação e políticas voltadas para mulheres e crianças, a fim de assegurar que os casos de exploração, violência e abuso contra pessoas com deficiência sejam identificados, investigados e, caso necessário, julgados.

ARTIGO 17

PROTEÇÃO DA INTEGRIDADE DA PESSOA

Toda pessoa com deficiência tem o direito a que sua integridade física e mental seja respeitada, em igualdade de condições com as demais pessoas.

ARTIGO 18

LIBERDADE DE MOVIMENTAÇÃO E NACIONALIDADE

1. Os Estados Partes reconhecerão os direitos das pessoas com deficiência à liberdade de movimentação, à liberdade de escolher sua residência e à nacionalidade, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, inclusive assegurando que as pessoas com deficiência:

- a) Tenham o direito de adquirir nacionalidade e mudar de nacionalidade e não sejam privadas arbitrariamente de sua nacionalidade em razão de sua deficiência.

- b) Não sejam privadas, por causa de sua deficiência, da competência de obter, possuir e utilizar documento comprovante de sua nacionalidade ou outro documento de identidade, ou de recorrer a processos relevantes, tais como procedimentos relativos à imigração, que forem necessários para facilitar o exercício de seu direito à liberdade de movimentação.
- c) Tenham liberdade de sair de qualquer país, inclusive do seu; e
- d) Não sejam privadas, arbitrariamente ou por causa de sua deficiência, do direito de entrar no próprio país.

2. As crianças com deficiência serão registradas imediatamente após o nascimento e terão, desde o nascimento, o direito a um nome, o direito de adquirir nacionalidade e, tanto quanto possível, o direito de conhecer seus pais e de ser cuidadas por eles.

ARTIGO 19

VIDA INDEPENDENTE E INCLUSÃO NA COMUNIDADE

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

- a) As pessoas com deficiência possam escolher seu local de residência e onde e com quem morar, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, e que não sejam obrigadas a viver em determinado tipo de moradia;
- b) As pessoas com deficiência tenham acesso a uma variedade de serviços de apoio em domicílio ou em instituições residenciais ou a outros serviços comunitários de apoio, inclusive os serviços de atendentes pessoais que forem necessários como apoio para que as pessoas com deficiência vivam e sejam incluídas na comunidade

e para evitar que fiquem isoladas ou segregadas da comunidade;

- c) Os serviços e instalações da comunidade para a população em geral estejam disponíveis às pessoas com deficiência, em igualdade de oportunidades, e atendam às suas necessidades.

ARTIGO 20

MOBILIDADE PESSOAL

Os Estados Partes tomarão medidas efetivas para assegurar às pessoas com deficiência sua mobilidade pessoal com a máxima independência possível:

- a) Facilitando a mobilidade pessoal das pessoas com deficiência, na forma e no momento em que elas quiserem, e a custo acessível;
- b) Facilitando às pessoas com deficiência o acesso a tecnologias assistivas, dispositivos e ajudas técnicas de qualidade, e formas de assistência humana ou animal e de mediadores, inclusive tornando-os disponíveis a custo acessível;
- c) Propiciando às pessoas com deficiência e ao pessoal especializado uma capacitação em técnicas de mobilidade;
- d) Incentivando entidades que produzem ajudas técnicas de mobilidade, dispositivos e tecnologias assistivas a levarem em conta todos os aspectos relativos à mobilidade de pessoas com deficiência.

ARTIGO 21

LIBERDADE DE EXPRESSÃO E DE OPINIÃO E ACESSO À INFORMAÇÃO

Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar que as pessoas com deficiência possam exercer seu direito à liberdade de expressão e opinião, inclusive à liberdade de buscar, receber e compartilhar informações e idéias, em igualdade

de oportunidades com as demais pessoas e por intermédio de todas as formas de comunicação de sua escolha, conforme o disposto no Artigo 2 da presente Convenção, entre as quais:

- a) Fornecer, prontamente e sem custo adicional, às pessoas com deficiência, todas as informações destinadas ao público em geral, em formatos acessíveis e tecnologias apropriadas aos diferentes tipos de deficiência;
- b) Aceitar e facilitar, em trâmites oficiais, o uso de línguas de sinais, braille, comunicação aumentativa e alternativa, e de todos os demais meios, modos e formatos acessíveis de comunicação, à escolha das pessoas com deficiência;
- c) Urgir as entidades privadas que oferecem serviços ao público em geral, inclusive por meio da Internet, a fornecer informações e serviços em formatos acessíveis, que possam ser usados por pessoas com deficiência;
- d) Incentivar a mídia, inclusive os provedores de informação pela Internet, a tornar seus serviços acessíveis a pessoas com deficiência;
- e) Reconhecer e promover o uso de línguas de sinais.

ARTIGO 22

RESPEITO À PRIVACIDADE

1. Nenhuma pessoa com deficiência, qualquer que seja seu local de residência ou tipo de moradia, estará sujeita a interferência arbitrária ou ilegal em sua privacidade, família, lar, correspondência ou outros tipos de comunicação, nem a ataques ilícitos à sua honra e reputação. As pessoas com deficiência têm o direito à proteção da lei contra tais interferências ou ataques.

2. Os Estados Partes protegerão a privacidade dos dados pessoais e dados relativos à saúde e à reabilitação de pessoas com deficiência, em igualdade de condições com as demais pessoas.

ARTIGO 23

RESPEITO PELO LAR E PELA FAMÍLIA

1. Os Estados Partes tomarão medidas efetivas e apropriadas para eliminar a discriminação contra pessoas com deficiência, em todos os aspectos relativos a casamento, família, paternidade e relacionamentos, em igualdade de condições com as demais pessoas, de modo a assegurar que:

- a) Seja reconhecido o direito das pessoas com deficiência, em idade de contrair matrimônio, de casar-se e estabelecer família, com base no livre e pleno consentimento dos pretendentes;
- b) Sejam reconhecidos os direitos das pessoas com deficiência de decidir livre e responsavelmente sobre o número de filhos e o espaçamento entre esses filhos e de ter acesso a informações adequadas à idade e a educação em matéria de reprodução e de planejamento familiar, bem como os meios necessários para exercer esses direitos.
- c) As pessoas com deficiência, inclusive crianças, conservem sua fertilidade, em igualdade de condições com as demais pessoas.

2. Os Estados Partes assegurarão os direitos e responsabilidades das pessoas com deficiência, relativos à guarda, custódia, curatela e adoção de crianças ou instituições semelhantes, caso esses conceitos constem na legislação nacional. Em todos os casos, prevalecerá o superior interesse da criança. Os Estados Partes prestarão a devida assistência às pessoas com deficiência para que essas pessoas possam exercer suas responsabilidades na criação dos filhos.

3. Os Estados Partes assegurarão que as crianças com deficiência terão iguais direitos em relação à vida familiar. Para a realização desses direitos e para evitar ocultação, abandono, negligência e segregação de crianças com deficiência, os Estados Partes fornecerão prontamente informações abrangentes sobre serviços e apoios a crianças com deficiência e suas famílias.

4. Os Estados Partes assegurarão que uma criança não será separada de seus pais contra a vontade destes, exceto quando autoridades competentes, sujeitas a controle jurisdicional, determinarem, em conformidade com as leis e procedimentos aplicáveis, que a separação é necessária, no superior interesse da criança. Em nenhum caso, uma criança será separada dos pais sob alegação de deficiência da criança ou de um ou ambos os pais.

5. Os Estados Partes, no caso em que a família imediata de uma criança com deficiência não tenha condições de cuidar da criança, farão todo esforço para que cuidados alternativos sejam oferecidos por outros parentes e, se isso não for possível, dentro de ambiente familiar, na comunidade.

ARTIGO 24

EDUCAÇÃO

1. Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência à educação. Para efetivar esse direito sem discriminação e com base na igualdade de oportunidades, os Estados Partes assegurarão sistema educacional inclusivo em todos os níveis, bem como o aprendizado ao longo de toda a vida, com os seguintes objetivos:

- a) O pleno desenvolvimento do potencial humano e do senso de dignidade e auto-estima, além do fortalecimento do respeito pelos direitos humanos, pelas liberdades fundamentais e pela diversidade humana;
- b) O máximo desenvolvimento possível da personalidade e dos talentos e da criatividade das pessoas com deficiência, assim como de suas habilidades físicas e intelectuais;
- c) A participação efetiva das pessoas com deficiência em uma sociedade livre.

2. Para a realização desse direito, os Estados Partes assegurarão que:

- a) As pessoas com deficiência não sejam excluídas do sistema educacional geral sob alegação de deficiência e

que as crianças com deficiência não sejam excluídas do ensino primário gratuito e compulsório ou do ensino secundário, sob alegação de deficiência;

- b) As pessoas com deficiência possam ter acesso ao ensino primário inclusivo, de qualidade e gratuito, e ao ensino secundário, em igualdade de condições com as demais pessoas na comunidade em que vivem;
- c) Adaptações razoáveis de acordo com as necessidades individuais sejam providenciadas;
- d) As pessoas com deficiência recebam o apoio necessário, no âmbito do sistema educacional geral, com vistas a facilitar sua efetiva educação;
- e) Medidas de apoio individualizadas e efetivas sejam adotadas em ambientes que maximizem o desenvolvimento acadêmico e social, de acordo com a meta de inclusão plena.

3. Os Estados Partes assegurarão às pessoas com deficiência a possibilidade de adquirir as competências práticas e sociais necessárias de modo a facilitar às pessoas com deficiência sua plena e igual participação no sistema de ensino e na vida em comunidade. Para tanto, os Estados Partes tomarão medidas apropriadas, incluindo:

- a) Facilitação do aprendizado do braille, escrita alternativa, modos, meios e formatos de comunicação aumentativa e alternativa, e habilidades de orientação e mobilidade, além de facilitação do apoio e aconselhamento de pares;
- b) Facilitação do aprendizado da língua de sinais e promoção da identidade lingüística da comunidade surda;
- c) Garantia de que a educação de pessoas, em particular crianças cegas, surdocegas e surdas, seja ministrada nas línguas e nos modos e meios de comunicação mais adequados ao indivíduo e em ambientes que favoreçam ao máximo seu desenvolvimento acadêmico e social.

4. A fim de contribuir para o exercício desse direito, os Estados Partes tomarão medidas apropriadas para empregar professores, inclusive professores com deficiência, habilitados para o ensino da língua de sinais e/ou do braille, e para capacitar profissionais e equipes atuantes em todos os níveis de ensino. Essa capacitação incorporará a conscientização da deficiência e a utilização de modos, meios e formatos apropriados de comunicação aumentativa e alternativa, e técnicas e materiais pedagógicos, como apoios para pessoas com deficiência.

5. Os Estados Partes assegurarão que as pessoas com deficiência possam ter acesso ao ensino superior em geral, treinamento profissional de acordo com sua vocação, educação para adultos e formação continuada, sem discriminação e em igualdade de condições. Para tanto, os Estados Partes assegurarão a provisão de adaptações razoáveis para pessoas com deficiência.

ARTIGO 25

SAÚDE

Os Estados Partes reconhecem que as pessoas com deficiência têm o direito de gozar do estado de saúde mais elevado possível, sem discriminação baseada na deficiência. Os Estados Partes tomarão todas as medidas apropriadas para assegurar às pessoas com deficiência o acesso a serviços de saúde, incluindo os serviços de reabilitação, que levarão em conta as especificidades de gênero. Em especial, os Estados Partes:

- a) Oferecerão às pessoas com deficiência programas e atenção à saúde gratuitos ou a custos acessíveis da mesma variedade, qualidade e padrão que são oferecidos às demais pessoas, inclusive na área de saúde sexual e reprodutiva e de programas de saúde pública destinados à população em geral;
- b) Propiciarão serviços de saúde que as pessoas com deficiência necessitam especificamente por causa de sua deficiência, inclusive diagnóstico e intervenção precoces, bem como serviços projetados para reduzir ao máximo

e prevenir deficiências adicionais, inclusive entre crianças e idosos;

- c) Propiciarão esses serviços de saúde às pessoas com deficiência, o mais próximo possível de suas comunidades, inclusive na zona rural;
- d) Exigirão dos profissionais de saúde que dispensem às pessoas com deficiência a mesma qualidade de serviços dispensada às demais pessoas e, principalmente, que obtenham o consentimento livre e esclarecido das pessoas com deficiência concernentes. Para esse fim, os Estados Partes realizarão atividades de formação e definirão regras éticas para os setores de saúde público e privado, de modo a conscientizar os profissionais de saúde acerca dos direitos humanos, da dignidade, autonomia e das necessidades das pessoas com deficiência;
- e) Proibirão a discriminação contra pessoas com deficiência na provisão de seguro de saúde e seguro de vida, caso tais seguros sejam permitidos pela legislação nacional, os quais deverão ser providos de maneira razoável e justa;
- f) Prevenirão que se negue, de maneira discriminatória, os serviços de saúde ou de atenção à saúde ou a administração de alimentos sólidos ou líquidos por motivo de deficiência.

ARTIGO 26

HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO

1. Os Estados Partes tomarão medidas efetivas e apropriadas, inclusive mediante apoio dos pares, para possibilitar que as pessoas com deficiência conquistem e conservem o máximo de autonomia e plena capacidade física, mental, social e profissional, bem como plena inclusão e participação em todos os aspectos da vida. Para tanto, os Estados Partes organizarão, fortalecerão e ampliarão serviços e programas completos de habilitação e reabilitação, particularmente nas áreas de saúde, emprego, educação e serviços sociais, de modo que esses serviços e programas:

- a) Comecem no estágio mais precoce possível e sejam baseados em avaliação multidisciplinar das necessidades e pontos fortes de cada pessoa;
- b) Apóiem a participação e a inclusão na comunidade e em todos os aspectos da vida social, sejam oferecidos voluntariamente e estejam disponíveis às pessoas com deficiência o mais próximo possível de suas comunidades, inclusive na zona rural.

2. Os Estados Partes promoverão o desenvolvimento da capacitação inicial e continuada de profissionais e de equipes que atuam nos serviços de habilitação e reabilitação.

3. Os Estados Partes promoverão a disponibilidade, o conhecimento e o uso de dispositivos e tecnologias assistivas, projetados para pessoas com deficiência e relacionados com a habilitação e a reabilitação.

ARTIGO 27

TRABALHO E EMPREGO

1. Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência ao trabalho, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas. Esse direito abrange o direito à oportunidade de se manter com um trabalho de sua livre escolha ou aceitação no mercado laboral, em ambiente de trabalho que seja aberto, inclusivo e acessível a pessoas com deficiência. Os Estados Partes salvaguardarão e promoverão a realização do direito ao trabalho, inclusive daqueles que tiverem adquirido uma deficiência no emprego, adotando medidas apropriadas, incluídas na legislação, com o fim de, entre outros:

- a) Proibir a discriminação baseada na deficiência com respeito a todas as questões relacionadas com as formas de emprego, inclusive condições de recrutamento, contratação e admissão, permanência no emprego, ascensão profissional e condições seguras e salubres de trabalho;

- b) Proteger os direitos das pessoas com deficiência, em condições de igualdade com as demais pessoas, às condições justas e favoráveis de trabalho, incluindo iguais oportunidades e igual remuneração por trabalho de igual valor, condições seguras e salubres de trabalho, além de reparação de injustiças e proteção contra o assédio no trabalho;
- c) Assegurar que as pessoas com deficiência possam exercer seus direitos trabalhistas e sindicais, em condições de igualdade com as demais pessoas;
- d) Possibilitar às pessoas com deficiência o acesso efetivo a programas de orientação técnica e profissional e a serviços de colocação no trabalho e de treinamento profissional e continuado;
- e) Promover oportunidades de emprego e ascensão profissional para pessoas com deficiência no mercado de trabalho, bem como assistência na procura, obtenção e manutenção do emprego e no retorno ao emprego;
- f) Promover oportunidades de trabalho autônomo, empreendedorismo, desenvolvimento de cooperativas e estabelecimento de negócio próprio;
- g) Empregar pessoas com deficiência no setor público;
- h) Promover o emprego de pessoas com deficiência no setor privado, mediante políticas e medidas apropriadas, que poderão incluir programas de ação afirmativa, incentivos e outras medidas;
- i) Assegurar que adaptações razoáveis sejam feitas para pessoas com deficiência no local de trabalho;
- j) Promover a aquisição de experiência de trabalho por pessoas com deficiência no mercado aberto de trabalho;
- k) Promover reabilitação profissional, manutenção do emprego e programas de retorno ao trabalho para pessoas com deficiência.

2. Os Estados Partes assegurarão que as pessoas com deficiência não serão mantidas em escravidão ou servidão e que serão protegidas, em igualdade de condições com as demais pessoas, contra o trabalho forçado ou compulsório.

ARTIGO 28

PADRÃO DE VIDA E PROTEÇÃO SOCIAL ADEQUADOS

1. Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência a um padrão adequado de vida para si e para suas famílias, inclusive alimentação, vestuário e moradia adequados, bem como à melhoria contínua de suas condições de vida, e tomarão as providências necessárias para salvaguardar e promover a realização desse direito sem discriminação baseada na deficiência.

2. Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência à proteção social e ao exercício desse direito sem discriminação baseada na deficiência, e tomarão as medidas apropriadas para salvaguardar e promover a realização desse direito, tais como:

- a) Assegurar igual acesso de pessoas com deficiência a serviços de saneamento básico e assegurar o acesso aos serviços, dispositivos e outros atendimentos apropriados para as necessidades relacionadas com a deficiência;
- b) Assegurar o acesso de pessoas com deficiência, particularmente mulheres, crianças e idosos com deficiência, a programas de proteção social e de redução da pobreza;
- c) Assegurar o acesso de pessoas com deficiência e suas famílias em situação de pobreza à assistência do Estado em relação a seus gastos ocasionados pela deficiência, inclusive treinamento adequado, aconselhamento, ajuda financeira e cuidados de repouso;
- d) Assegurar o acesso de pessoas com deficiência a programas habitacionais públicos;
- e) Assegurar igual acesso de pessoas com deficiência a programas e benefícios de aposentadoria.

ARTIGO 29

PARTICIPAÇÃO NA VIDA POLÍTICA E PÚBLICA

Os Estados Partes garantirão às pessoas com deficiência direitos políticos e oportunidade de exercê-los em condições de igualdade com as demais pessoas, e deverão:

- a) Assegurar que as pessoas com deficiência possam participar efetiva e plenamente na vida política e pública, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, diretamente ou por meio de representantes livremente escolhidos, incluindo o direito e a oportunidade de votarem e serem votadas, mediante, entre outros:
 - i) Garantia de que os procedimentos, instalações e materiais e equipamentos para votação serão apropriados, acessíveis e de fácil compreensão e uso;
 - ii) Proteção do direito das pessoas com deficiência ao voto secreto em eleições e plebiscitos, sem intimidação, e a candidatar-se nas eleições, efetivamente ocupar cargos eletivos e desempenhar quaisquer funções públicas em todos os níveis de governo, usando novas tecnologias assistivas, quando apropriado;
 - iii) Garantia da livre expressão de vontade das pessoas com deficiência como eleitores e, para tanto, sempre que necessário e a seu pedido, permissão para que elas sejam auxiliadas na votação por uma pessoa de sua escolha;
- b) Promover ativamente um ambiente em que as pessoas com deficiência possam participar efetiva e plenamente na condução das questões públicas, sem discriminação e em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, e encorajar sua participação nas questões públicas, mediante:
 - i) Participação em organizações não-governamentais relacionadas com a vida pública e política do país, bem como em atividades e administração de partidos políticos;

- ii) Formação de organizações para representar pessoas com deficiência em níveis internacional, regional, nacional e local, bem como a filiação de pessoas com deficiência a tais organizações.

ARTIGO 30

PARTICIPAÇÃO NA VIDA CULTURAL E EM RECREAÇÃO, LAZER E ESPORTE

1. Os Estados Partes reconhecem o direito das pessoas com deficiência de participar na vida cultural, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, e tomarão todas as medidas apropriadas para que as pessoas com deficiência possam:

- a) Ter acesso a bens culturais em formatos acessíveis;
- b) Ter acesso a programas de televisão, cinema, teatro e outras atividades culturais, em formatos acessíveis; e
- c) Ter acesso a locais que ofereçam serviços ou eventos culturais, tais como teatros, museus, cinemas, bibliotecas e serviços turísticos, bem como, tanto quanto possível, ter acesso a monumentos e locais de importância cultural nacional.

2. Os Estados Partes tomarão medidas apropriadas para que as pessoas com deficiência tenham a oportunidade de desenvolver e utilizar seu potencial criativo, artístico e intelectual, não somente em benefício próprio, mas também para o enriquecimento da sociedade.

3. Os Estados Partes deverão tomar todas as providências, em conformidade com o direito internacional, para assegurar que a legislação de proteção dos direitos de propriedade intelectual não constitua barreira excessiva ou discriminatória ao acesso de pessoas com deficiência a bens culturais.

4. As pessoas com deficiência farão jus, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, a que sua identidade cultural e lingüística específica seja reconhecida e apoiada, incluindo as línguas de sinais e a cultura surda.

5. Para que as pessoas com deficiência participem, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de atividades

recreativas, esportivas e de lazer, os Estados Partes tomarão medidas apropriadas para:

- a) Incentivar e promover a maior participação possível das pessoas com deficiência nas atividades esportivas comuns em todos os níveis;
- b) Assegurar que as pessoas com deficiência tenham a oportunidade de organizar, desenvolver e participar em atividades esportivas e recreativas específicas às deficiências e, para tanto, incentivar a provisão de instrução, treinamento e recursos adequados, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas;
- c) Assegurar que as pessoas com deficiência tenham acesso a locais de eventos esportivos, recreativos e turísticos;
- d) Assegurar que as crianças com deficiência possam, em igualdade de condições com as demais crianças, participar de jogos e atividades recreativas, esportivas e de lazer, inclusive no sistema escolar;
- e) Assegurar que as pessoas com deficiência tenham acesso aos serviços prestados por pessoas ou entidades envolvidas na organização de atividades recreativas, turísticas, esportivas e de lazer.

ARTIGO 31

ESTATÍSTICAS E COLETA DE DADOS

1. Os Estados Partes coletarão dados apropriados, inclusive estatísticos e de pesquisas, para que possam formular e implementar políticas destinadas a por em prática a presente Convenção. O processo de coleta e manutenção de tais dados deverá:

- a) Observar as salvaguardas estabelecidas por lei, inclusive pelas leis relativas à proteção de dados, a fim de assegurar a confidencialidade e o respeito pela privacidade das pessoas com deficiência;

- b) Observar as normas internacionalmente aceitas para proteger os direitos humanos, as liberdades fundamentais e os princípios éticos na coleta de dados e utilização de estatísticas.

2. As informações coletadas de acordo com o disposto neste Artigo serão desagregadas, de maneira apropriada, e utilizadas para avaliar o cumprimento, por parte dos Estados Partes, de suas obrigações na presente Convenção e para identificar e enfrentar as barreiras com as quais as pessoas com deficiência se deparam no exercício de seus direitos.

3. Os Estados Partes assumirão responsabilidade pela disseminação das referidas estatísticas e assegurarão que elas sejam acessíveis às pessoas com deficiência e a outros.

ARTIGO 32

COOPERAÇÃO INTERNACIONAL

1. Os Estados Partes reconhecem a importância da cooperação internacional e de sua promoção, em apoio aos esforços nacionais para a consecução do propósito e dos objetivos da presente Convenção e, sob este aspecto, adotarão medidas apropriadas e efetivas entre os Estados e, de maneira adequada, em parceria com organizações internacionais e regionais relevantes e com a sociedade civil e, em particular, com organizações de pessoas com deficiência. Estas medidas poderão incluir, entre outras:

- a) Assegurar que a cooperação internacional, incluindo os programas internacionais de desenvolvimento, sejam inclusivos e acessíveis para pessoas com deficiência;
- b) Facilitar e apoiar a capacitação, inclusive por meio do intercâmbio e compartilhamento de informações, experiências, programas de treinamento e melhores práticas;
- c) Facilitar a cooperação em pesquisa e o acesso a conhecimentos científicos e técnicos;

- d) Propiciar, de maneira apropriada, assistência técnica e financeira, inclusive mediante facilitação do acesso a tecnologias assistivas e acessíveis e seu compartilhamento, bem como por meio de transferência de tecnologias.

2. O disposto neste Artigo se aplica sem prejuízo das obrigações que cabem a cada Estado Parte em decorrência da presente Convenção.

ARTIGO 33

IMPLEMENTAÇÃO E MONITORAMENTO NACIONAIS

1. Os Estados Partes, de acordo com seu sistema organizacional, designarão um ou mais de um ponto focal no âmbito do Governo para assuntos relacionados com a implementação da presente Convenção e darão a devida consideração ao estabelecimento ou designação de um mecanismo de coordenação no âmbito do Governo, a fim de facilitar ações correlatas nos diferentes setores e níveis.

2. Os Estados Partes, em conformidade com seus sistemas jurídico e administrativo, manterão, fortalecerão, designarão ou estabelecerão estrutura, incluindo um ou mais de um mecanismo independente, de maneira apropriada, para promover, proteger e monitorar a implementação da presente Convenção. Ao designar ou estabelecer tal mecanismo, os Estados Partes levarão em conta os princípios relativos ao status e funcionamento das instituições nacionais de proteção e promoção dos direitos humanos.

3. A sociedade civil e, particularmente, as pessoas com deficiência e suas organizações representativas serão envolvidas e participarão plenamente no processo de monitoramento.

ARTIGO 34

COMITÊ SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

1. Um Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (doravante denominado “Comitê”) será estabelecido, para desempenhar as funções aqui definidas.

2. O Comitê será constituído, quando da entrada em vigor da presente Convenção, de 12 peritos. Quando a presente Convenção alcançar 60 ratificações ou adesões, o Comitê será acrescido em seis membros, perfazendo o total de 18 membros.

3. Os membros do Comitê atuarão a título pessoal e apresentarão elevada postura moral, competência e experiência reconhecidas no campo abrangido pela presente Convenção. Ao designar seus candidatos, os Estados Partes são instados a dar a devida consideração ao disposto no Artigo 4.3 da presente Convenção.

4. Os membros do Comitê serão eleitos pelos Estados Partes, observando-se uma distribuição geográfica equitativa, representação de diferentes formas de civilização e dos principais sistemas jurídicos, representação equilibrada de gênero e participação de peritos com deficiência.

5. Os membros do Comitê serão eleitos por votação secreta em sessões da Conferência dos Estados Partes, a partir de uma lista de pessoas designadas pelos Estados Partes entre seus nacionais. Nessas sessões, cujo quorum será de dois terços dos Estados Partes, os candidatos eleitos para o Comitê serão aqueles que obtiverem o maior número de votos e a maioria absoluta dos votos dos representantes dos Estados Partes presentes e votantes.

6. A primeira eleição será realizada, o mais tardar, até seis meses após a data de entrada em vigor da presente Convenção. Pelo menos quatro meses antes de cada eleição, o Secretário-Geral das Nações Unidas dirigirá carta aos Estados Partes, convidando-os a submeter os nomes de seus candidatos no prazo de dois meses. O Secretário-Geral, subsequente, preparará lista em ordem alfabética de todos os candidatos apresentados, indicando que foram designados pelos Estados Partes, e submeterá essa lista aos Estados Partes da presente Convenção.

7. Os membros do Comitê serão eleitos para mandato de quatro anos, podendo ser candidatos à reeleição uma única vez. Contudo, o mandato de seis dos membros eleitos na primeira eleição

expirará ao fim de dois anos; imediatamente após a primeira eleição, os nomes desses seis membros serão selecionados por sorteio pelo presidente da sessão a que se refere o parágrafo 5 deste Artigo.

8. A eleição dos seis membros adicionais do Comitê será realizada por ocasião das eleições regulares, de acordo com as disposições pertinentes deste Artigo.

9. Em caso de morte, demissão ou declaração de um membro de que, por algum motivo, não poderá continuar a exercer suas funções, o Estado Parte que o tiver indicado designará um outro perito que tenha as qualificações e satisfaça aos requisitos estabelecidos pelos dispositivos pertinentes deste Artigo, para concluir o mandato em questão.

10. O Comitê estabelecerá suas próprias normas de procedimento.

11. O Secretário-Geral das Nações Unidas proverá o pessoal e as instalações necessários para o efetivo desempenho das funções do Comitê segundo a presente Convenção e convocará sua primeira reunião.

12. Com a aprovação da Assembléia Geral, os membros do Comitê estabelecido sob a presente Convenção receberão emolumentos dos recursos das Nações Unidas, sob termos e condições que a Assembléia possa decidir, tendo em vista a importância das responsabilidades do Comitê.

13. Os membros do Comitê terão direito aos privilégios, facilidades e imunidades dos peritos em missões das Nações Unidas, em conformidade com as disposições pertinentes da Convenção sobre Privilégios e Imunidades das Nações Unidas.

ARTIGO 35

RELATÓRIOS DOS ESTADOS PARTES

1. Cada Estado Parte, por intermédio do Secretário-Geral das Nações Unidas, submeterá relatório abrangente sobre as medidas adotadas em cumprimento de suas obrigações estabelecidas pela presente Convenção e sobre o progresso alcançado nesse aspecto,

dentro do período de dois anos após a entrada em vigor da presente Convenção para o Estado Parte concernente.

2. Depois disso, os Estados Partes submeterão relatórios subseqüentes, ao menos a cada quatro anos, ou quando o Comitê o solicitar.

3. O Comitê determinará as diretrizes aplicáveis ao teor dos relatórios.

4. Um Estado Parte que tiver submetido ao Comitê um relatório inicial abrangente não precisará, em relatórios subseqüentes, repetir informações já apresentadas. Ao elaborar os relatórios ao Comitê, os Estados Partes são instados a fazê-lo de maneira franca e transparente e a levar em consideração o disposto no Artigo 4.3 da presente Convenção.

5. Os relatórios poderão apontar os fatores e as dificuldades que tiverem afetado o cumprimento das obrigações decorrentes da presente Convenção.

ARTIGO 36

CONSIDERAÇÃO DOS RELATÓRIOS

1. Os relatórios serão considerados pelo Comitê, que fará as sugestões e recomendações gerais que julgar pertinentes e as transmitirá aos respectivos Estados Partes. O Estado Parte poderá responder ao Comitê com as informações que julgar pertinentes. O Comitê poderá pedir informações adicionais ao Estados Partes, referentes à implementação da presente Convenção.

2. Se um Estado Parte atrasar consideravelmente a entrega de seu relatório, o Comitê poderá notificar esse Estado de que examinará a aplicação da presente Convenção com base em informações confiáveis de que disponha, a menos que o relatório devido seja apresentado pelo Estado dentro do período de três meses após a notificação. O Comitê convidará o Estado Parte interessado a participar desse exame. Se o Estado Parte responder entregando seu relatório, aplicar-se-á o disposto no parágrafo 1 do presente artigo.

3. O Secretário-Geral das Nações Unidas colocará os relatórios à disposição de todos os Estados Partes.

4. Os Estados Partes tornarão seus relatórios amplamente disponíveis ao público em seus países e facilitarão o acesso à possibilidade de sugestões e de recomendações gerais a respeito desses relatórios.

5. O Comitê transmitirá às agências, fundos e programas especializados das Nações Unidas e a outras organizações competentes, da maneira que julgar apropriada, os relatórios dos Estados Partes que contenham demandas ou indicações de necessidade de consultoria ou de assistência técnica, acompanhados de eventuais observações e sugestões do Comitê em relação às referidas demandas ou indicações, a fim de que possam ser consideradas.

ARTIGO 37

COOPERAÇÃO ENTRE OS ESTADOS PARTES E O COMITÊ

1. Cada Estado Parte cooperará com o Comitê e auxiliará seus membros no desempenho de seu mandato.

2. Em suas relações com os Estados Partes, o Comitê dará a devida consideração aos meios e modos de aprimorar a capacidade de cada Estado Parte para a implementação da presente Convenção, inclusive mediante cooperação internacional.

ARTIGO 38

RELAÇÕES DO COMITÊ COM OUTROS ÓRGÃOS

A fim de promover a efetiva implementação da presente Convenção e de incentivar a cooperação internacional na esfera abrangida pela presente Convenção:

- a) As agências especializadas e outros órgãos das Nações Unidas terão o direito de se fazer representar quando da consideração da implementação de disposições da presente Convenção que disserem respeito aos seus respectivos mandatos. O Comitê poderá convidar as

agências especializadas e outros órgãos competentes, segundo julgar apropriado, a oferecer consultoria de peritos sobre a implementação da Convenção em áreas pertinentes a seus respectivos mandatos. O Comitê poderá convidar agências especializadas e outros órgãos das Nações Unidas a apresentar relatórios sobre a implementação da Convenção em áreas pertinentes às suas respectivas atividades;

- b) No desempenho de seu mandato, o Comitê consultará, de maneira apropriada, outros órgãos pertinentes instituídos ao amparo de tratados internacionais de direitos humanos, a fim de assegurar a consistência de suas respectivas diretrizes para a elaboração de relatórios, sugestões e recomendações gerais e de evitar duplicação e superposição no desempenho de suas funções.

ARTIGO 39

RELATÓRIO DO COMITÊ

A cada dois anos, o Comitê submeterá à Assembléia Geral e ao Conselho Econômico e Social um relatório de suas atividades e poderá fazer sugestões e recomendações gerais baseadas no exame dos relatórios e nas informações recebidas dos Estados Partes. Estas sugestões e recomendações gerais serão incluídas no relatório do Comitê, acompanhadas, se houver, de comentários dos Estados Partes.

ARTIGO 40

CONFERÊNCIA DOS ESTADOS PARTES

1. Os Estados Partes reunir-se-ão regularmente em Conferência dos Estados Partes a fim de considerar matérias relativas à implementação da presente Convenção.

2. O Secretário-Geral das Nações Unidas convocará, dentro do período de seis meses após a entrada em vigor da presente Convenção, a Conferência dos Estados Partes. As reuniões subsequentes serão convocadas pelo Secretário-Geral das Nações

Unidas a cada dois anos ou conforme a decisão da Conferência dos Estados Partes.

ARTIGO 41

DEPOSITÁRIO

O Secretário-Geral das Nações Unidas será o depositário da presente Convenção.

ARTIGO 42

ASSINATURA

A presente Convenção será aberta à assinatura de todos os Estados e organizações de integração regional na sede das Nações Unidas em Nova York, a partir de 30 de março de 2007.

ARTIGO 43

CONSENTIMENTO EM COMPROMETER-SE

A presente Convenção será submetida à ratificação pelos Estados signatários e à confirmação formal por organizações de integração regional signatárias. Ela estará aberta à adesão de qualquer Estado ou organização de integração regional que não a houver assinado.

ARTIGO 44

ORGANIZAÇÕES DE INTEGRAÇÃO REGIONAL

1. “Organização de integração regional” será entendida como organização constituída por Estados soberanos de determinada região, à qual seus Estados membros tenham delegado competência sobre matéria abrangida pela presente Convenção. Essas organizações declararão, em seus documentos de confirmação formal ou adesão, o alcance de sua competência em relação à matéria abrangida pela presente Convenção. Subseqüentemente, as organizações informarão ao depositário qualquer alteração substancial no âmbito de sua competência.

2. As referências a “Estados Partes” na presente Convenção serão aplicáveis a essas organizações, nos limites da competência destas.

3. Para os fins do parágrafo 1 do Artigo 45 e dos parágrafos 2 e 3 do Artigo 47, nenhum instrumento depositado por organização de integração regional será computado.

4. As organizações de integração regional, em matérias de sua competência, poderão exercer o direito de voto na Conferência dos Estados Partes, tendo direito ao mesmo número de votos quanto for o número de seus Estados membros que forem Partes da presente Convenção. Essas organizações não exercerão seu direito de voto, se qualquer de seus Estados membros exercer seu direito de voto, e vice-versa.

ARTIGO 45

ENTRADA EM VIGOR

1. A presente Convenção entrará em vigor no trigésimo dia após o depósito do vigésimo instrumento de ratificação ou adesão.

2. Para cada Estado ou organização de integração regional que ratificar ou formalmente confirmar a presente Convenção ou a ela aderir após o depósito do referido vigésimo instrumento, a Convenção entrará em vigor no trigésimo dia a partir da data em que esse Estado ou organização tenha depositado seu instrumento de ratificação, confirmação formal ou adesão.

ARTIGO 46

RESERVAS

1. Não serão permitidas reservas incompatíveis com o objeto e o propósito da presente Convenção.

2. As reservas poderão ser retiradas a qualquer momento.

ARTIGO 47

EMENDAS

1. Qualquer Estado Parte poderá propor emendas à presente Convenção e submetê-las ao Secretário-Geral das Nações Unidas. O Secretário-Geral comunicará aos Estados Partes quaisquer emendas propostas, solicitando-lhes que o notifiquem se são favoráveis a uma Conferência dos Estados Partes para considerar as propostas

e tomar decisão a respeito delas. Se, até quatro meses após a data da referida comunicação, pelo menos um terço dos Estados Partes se manifestar favorável a essa Conferência, o Secretário-Geral das Nações Unidas convocará a Conferência, sob os auspícios das Nações Unidas. Qualquer emenda adotada por maioria de dois terços dos Estados Partes presentes e votantes será submetida pelo Secretário-Geral à aprovação da Assembléia Geral das Nações Unidas e, posteriormente, à aceitação de todos os Estados Partes.

2. Qualquer emenda adotada e aprovada conforme o disposto no parágrafo 1 do presente artigo entrará em vigor no trigésimo dia após a data na qual o número de instrumentos de aceitação tenha atingido dois terços do número de Estados Partes na data de adoção da emenda. Posteriormente, a emenda entrará em vigor para todo Estado Parte no trigésimo dia após o depósito por esse Estado do seu instrumento de aceitação. A emenda será vinculante somente para os Estados Partes que a tiverem aceitado.

3. Se a Conferência dos Estados Partes assim o decidir por consenso, qualquer emenda adotada e aprovada em conformidade com o disposto no parágrafo 1 deste Artigo, relacionada exclusivamente com os artigos 34, 38, 39 e 40, entrará em vigor para todos os Estados Partes no trigésimo dia a partir da data em que o número de instrumentos de aceitação depositados tiver atingido dois terços do número de Estados Partes na data de adoção da emenda.

ARTIGO 48

DENÚNCIA

Qualquer Estado Parte poderá denunciar a presente Convenção mediante notificação por escrito ao Secretário-Geral das Nações Unidas. A denúncia tornar-se-á efetiva um ano após a data de recebimento da notificação pelo Secretário-Geral.

ARTIGO 49

FORMATOS ACESSÍVEIS

O texto da presente Convenção será colocado à disposição em formatos acessíveis.

ARTIGO 50

TEXTOS AUTÊNTICOS

Os textos em árabe, chinês, espanhol, francês, inglês e russo da presente Convenção serão igualmente autênticos.

EM FÉ DO QUE os plenipotenciários abaixo assinados, devidamente autorizados para tanto por seus respectivos Governos, firmaram a presente Convenção.

PROTOCOLO FACULTATIVO À CONVENÇÃO SOBRE OS DIREITOS DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA

Os Estados Partes do presente Protocolo acordaram o seguinte:

ARTIGO 1

1. Qualquer Estado Parte do presente Protocolo (“Estado Parte”) reconhece a competência do Comitê sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (“Comitê”) para receber e considerar comunicações submetidas por pessoas ou grupos de pessoas, ou em nome deles, sujeitos à sua jurisdição, alegando serem vítimas de violação das disposições da Convenção pelo referido Estado Parte.

2. O Comitê não receberá comunicação referente a qualquer Estado Parte que não seja signatário do presente Protocolo.

ARTIGO 2

O Comitê considerará inadmissível a comunicação quando:

- a) A comunicação for anônima;
- b) A comunicação constituir abuso do direito de submeter tais comunicações ou for incompatível com as disposições da Convenção;
- c) A mesma matéria já tenha sido examinada pelo Comitê ou tenha sido ou estiver sendo examinada sob outro procedimento de investigação ou resolução internacional;

d) Não tenham sido esgotados todos os recursos internos disponíveis, salvo no caso em que a tramitação desses recursos se prolongue injustificadamente, ou seja improvável que se obtenha com eles solução efetiva;

e) A comunicação estiver precariamente fundamentada ou não for suficientemente substanciada; ou

f) Os fatos que motivaram a comunicação tenham ocorrido antes da entrada em vigor do presente Protocolo para o Estado Parte em apreço, salvo se os fatos continuaram ocorrendo após aquela data.

ARTIGO 3

Sujeito ao disposto no Artigo 2 do presente Protocolo, o Comitê levará confidencialmente ao conhecimento do Estado Parte concernente qualquer comunicação submetida ao Comitê. Dentro do período de seis meses, o Estado concernente submeterá ao Comitê explicações ou declarações por escrito, esclarecendo a matéria e a eventual solução adotada pelo referido Estado.

ARTIGO 4

1. A qualquer momento após receber uma comunicação e antes de decidir o mérito dessa comunicação, o Comitê poderá transmitir ao Estado Parte concernente, para sua urgente consideração, um pedido para que o Estado Parte tome as medidas de natureza cautelar que forem necessárias para evitar possíveis danos irreparáveis à vítima ou às vítimas da violação alegada.

2. O exercício pelo Comitê de suas faculdades discricionárias em virtude do parágrafo 1 do presente Artigo não implicará prejuízo algum sobre a admissibilidade ou sobre o mérito da comunicação.

ARTIGO 5

O Comitê realizará sessões fechadas para examinar comunicações a ele submetidas em conformidade com o presente Protocolo. Depois de examinar uma comunicação, o Comitê enviará suas sugestões e recomendações, se houver, ao Estado Parte concernente e ao requerente.

ARTIGO 6

1. Se receber informação confiável indicando que um Estado Parte está cometendo violação grave ou sistemática de direitos estabelecidos na Convenção, o Comitê convidará o referido Estado Parte a colaborar com a verificação da informação e, para tanto, a submeter suas observações a respeito da informação em pauta.

2. Levando em conta quaisquer observações que tenham sido submetidas pelo Estado Parte concernente, bem como quaisquer outras informações confiáveis em poder do Comitê, este poderá designar um ou mais de seus membros para realizar investigação e apresentar, em caráter de urgência, relatório ao Comitê. Caso se justifique e o Estado Parte o consinta, a investigação poderá incluir uma visita ao território desse Estado.

3. Após examinar os resultados da investigação, o Comitê os comunicará ao Estado Parte concernente, acompanhados de eventuais comentários e recomendações.

4. Dentro do período de seis meses após o recebimento dos resultados, comentários e recomendações transmitidos pelo Comitê, o Estado Parte concernente submeterá suas observações ao Comitê.

5. A referida investigação será realizada confidencialmente e a cooperação do Estado Parte será solicitada em todas as fases do processo.

ARTIGO 7

1. O Comitê poderá convidar o Estado Parte concernente a incluir em seu relatório, submetido em conformidade com o disposto no Artigo 35 da Convenção, pormenores a respeito das medidas tomadas em consequência da investigação realizada em conformidade com o Artigo 6 do presente Protocolo.

2. Caso necessário, o Comitê poderá, encerrado o período de seis meses a que se refere o parágrafo 4 do Artigo 6, convidar o Estado Parte concernente a informar o Comitê a respeito das medidas tomadas em consequência da referida investigação.

ARTIGO 8

Qualquer Estado Parte poderá, quando da assinatura ou ratificação do presente Protocolo ou de sua adesão a ele, declarar que não reconhece a competência do Comitê, a que se referem os Artigos 6 e 7.

ARTIGO 9

O Secretário-Geral das Nações Unidas será o depositário do presente Protocolo.

ARTIGO 10

O presente Protocolo será aberto à assinatura dos Estados e organizações de integração regional signatários da Convenção, na sede das Nações Unidas em Nova York, a partir de 30 de março de 2007.

ARTIGO 11

O presente Protocolo estará sujeito à ratificação pelos Estados signatários do presente Protocolo que tiverem ratificado a Convenção ou aderido a ela. Ele estará sujeito à confirmação formal por organizações de integração regional signatárias do presente Protocolo que tiverem formalmente confirmado a Convenção ou a ela aderido. O Protocolo ficará aberto à adesão de qualquer Estado ou organização de integração regional que tiver ratificado ou formalmente confirmado a Convenção ou a ela aderido e que não tiver assinado o Protocolo.

ARTIGO 12

1. “Organização de integração regional” será entendida como organização constituída por Estados soberanos de determinada região, à qual seus Estados membros tenham delegado competência sobre matéria abrangida pela Convenção e pelo presente Protocolo. Essas organizações declararão, em seus documentos de confirmação formal ou adesão, o alcance de sua competência em relação à matéria abrangida pela Convenção e pelo presente Protocolo. Subseqüentemente, as organizações informarão ao depositário qualquer alteração substancial no alcance de sua competência.

2. As referências a “Estados Partes” no presente Protocolo serão aplicáveis a essas organizações, nos limites da competência de tais organizações.

3. Para os fins do parágrafo 1 do Artigo 13 e do parágrafo 2 do Artigo 15, nenhum instrumento depositado por organização de integração regional será computado.

4. As organizações de integração regional, em matérias de sua competência, poderão exercer o direito de voto na Conferência dos Estados Partes, tendo direito ao mesmo número de votos que seus Estados membros que forem Partes do presente Protocolo. Essas organizações não exercerão seu direito de voto se qualquer de seus Estados membros exercer seu direito de voto, e vice-versa.

ARTIGO 13

1. Sujeito à entrada em vigor da Convenção, o presente Protocolo entrará em vigor no trigésimo dia após o depósito do décimo instrumento de ratificação ou adesão.

2. Para cada Estado ou organização de integração regional que ratificar ou formalmente confirmar o presente Protocolo ou a ele aderir depois do depósito do décimo instrumento dessa natureza, o Protocolo entrará em vigor no trigésimo dia a partir da data em que esse Estado ou organização tenha depositado seu instrumento de ratificação, confirmação formal ou adesão.

ARTIGO 14

1. Não serão permitidas reservas incompatíveis com o objeto e o propósito do presente Protocolo.

2. As reservas poderão ser retiradas a qualquer momento.

ARTIGO 15

1. Qualquer Estado Parte poderá propor emendas ao presente Protocolo e submetê-las ao Secretário-Geral das Nações Unidas. O Secretário-Geral comunicará aos Estados Partes quaisquer emendas propostas, solicitando-lhes que o notifiquem se são favoráveis a uma Conferência dos Estados Partes para considerar as propostas

e tomar decisão a respeito delas. Se, até quatro meses após a data da referida comunicação, pelo menos um terço dos Estados Partes se manifestar favorável a essa Conferência, o Secretário-Geral das Nações Unidas convocará a Conferência, sob os auspícios das Nações Unidas. Qualquer emenda adotada por maioria de dois terços dos Estados Partes presentes e votantes será submetida pelo Secretário-Geral à aprovação da Assembléia Geral das Nações Unidas e, posteriormente, à aceitação de todos os Estados Partes.

2. Qualquer emenda adotada e aprovada conforme o disposto no parágrafo 1 do presente artigo entrará em vigor no trigésimo dia após a data na qual o número de instrumentos de aceitação tenha atingido dois terços do número de Estados Partes na data de adoção da emenda. Posteriormente, a emenda entrará em vigor para todo Estado Parte no trigésimo dia após o depósito por esse Estado do seu instrumento de aceitação. A emenda será vinculante somente para os Estados Partes que a tiverem aceitado.

ARTIGO 16

Qualquer Estado Parte poderá denunciar o presente Protocolo mediante notificação por escrito ao Secretário-Geral das Nações Unidas. A denúncia tornar-se-á efetiva um ano após a data de recebimento da notificação pelo Secretário-Geral.

ARTIGO 17

O texto do presente Protocolo será colocado à disposição em formatos acessíveis.

ARTIGO 18

Os textos em árabe, chinês, espanhol, francês, inglês e russo e do presente Protocolo serão igualmente autênticos.

EM FÉ DO QUE os plenipotenciários abaixo assinados, devidamente autorizados para tanto por seus respectivos governos, firmaram o presente Protocolo.



Anis – Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero

Caixa Postal 8011 – CEP 70.673-970 – Brasília-DF

Fone/Fax: 55 (61) 3343.1731

letraslivres@anis.org.br

www.anis.org.br



Editora Universidade de Brasília

SCS, Quadra 02, Ed. OK, Bloco C, nº 78 – CEP 70.302-907 – Brasília-DF

Fone: 55 (61) 3035.4211

www.editora.unb.br

**Outros títulos editados pela
LetrasLivres em parceria com a
Editora Universidade de Brasília**

- Ética na Pesquisa: experiência de treinamento em países sul-africanos
Debora Diniz, Dirce Guilhem, Udo Schüklenk (Eds.)

- Admirável Nova Genética: bioética e sociedade
Debora Diniz (Org.)

- Seguridade Social e Trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil
Ivanete Boschetti

- Ética na Pesquisa em Saúde: avanços e desafios
Dirce Guilhem e Fabio Zicker (Eds.)

- Bibliografia Maria da Penha: violência contra a mulher no Brasil
Kátia Soares Braga e Elise Nascimento (Orgs.) e Debora Diniz (Ed.)

- Ética em Pesquisa: experiência de treinamento em países sul-africanos [2ª ed.]
Debora Diniz, Dirce Guilhem, Andréa Sugai, Udo Schüklenk (Orgs.)

- Pelas Lentes do Cinema: bioética e ética em pesquisa
Dirce Guilhem, Debora Diniz e Fabio Zicker (Eds.)

- Homofobia & Educação: um desafio ao silêncio
Tatiana Lionço e Debora Diniz (Orgs.)

Um corpo com deficiência é uma expressão da diversidade humana. Entre as restrições corporais e a experiência da deficiência há a distância imposta pela desigualdade. Habitar um corpo deficiente é viver em um corpo marcado socialmente pelo estigma, pela desvantagem social ou pela rejeição estética. A desvantagem social imposta pela deficiência não é uma sentença da natureza, mas uma expressão da opressão pelo corpo considerado anormal. Esse giro argumentativo da deficiência como tragédia pessoal para a deficiência como matéria de justiça social foi o que permitiu o deslocamento do debate dos saberes biomédicos para os saberes sociais.

Este livro é produto do esforço de diversos autores em torno de um objetivo comum: o de como garantir que princípios igualitaristas da Constituição Federal de 1988 sejam atualizados na execução da política de assistência para a população deficiente. O centro das preocupações é o Benefício de Prestação Continuada, uma transferência regular de renda para pessoas idosas ou com deficiências mais graves e pobres. O livro enfrenta a questão de como avançar no desenho da política de assistência de modo a torná-la ainda mais justa para a população com deficiência.



Ministério
da Saúde



ISBN 978-85-98070-26-1



9 788598 070261

ISBN 978-85-230-1247-2



9 788523 012472