

Proteção Social à Pessoa com Deficiência so Brasil Pós-Constituinte / *Social protection to people with disabilities in Brazil after the Constituent Assembly*

MÔNICA DE CASTRO MAIA SENNA*

LENAURA DE VASCONCELOS COSTA LOBATO**

LUCIANA DANTAS ANDRADE***

Resumo: Este artigo apresenta alguns elementos para o debate em torno da proteção social a pessoas deficientes no Brasil. A recente incorporação da deficiência como uma questão de direitos humanos na agenda governamental brasileira tem desafiado a formulação e o *modus operandi* das políticas sociais dirigidas a esse segmento. O artigo parte da discussão em torno da passagem do conceito de deficiência de uma perspectiva estritamente biomédica para sua compreensão no âmbito das relações de desigualdades impostas por contextos sociais com barreiras a corpos com impedimentos. Ao considerar as recentes alterações nas políticas públicas dirigidas a pessoas com deficiência, o artigo centra a análise nas mudanças que vêm se operando no Benefício de Prestação Continuada e os desafios presentes na sua articulação com o processo de construção de uma nova institucionalidade para a política de assistência social brasileira.

* Assistente Social; Doutora em Ciências – Saúde Pública; Professora Associada do Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social da Escola de Serviço Social/Universidade Federal Fluminense. E-mail: monica.senna@globo.com.

** Socióloga; Doutora em Ciências – Saúde Pública; Professora Associada do Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social da Escola de Serviço Social/ Universidade Federal Fluminense. E-mail: lenaurlobato@uol.com.br.

*** Cirurgiã Dentista; Mestre em Política Social pela UFF; Odontóloga do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas – Campus Machado. E-mail: lucianadantasandrade@gmail.com.

Palavras chave: Política social; cidadania; pessoa com deficiência; assistência social; BPC.

Abstract: This paper aims to present some elements to the debate on social protection to disabled people in Brazil. The recent incorporation of disability as a human rights issue in the government agenda has challenged the formulation process and the *modus operandi* of social policies aimed at this segment. The article discusses the transmutation of the disability concept from a strictly biomedical approach to understand it into the relations of inequality imposed by social environments with barriers to bodies with impediments. The paper considers the recent changes in public policies aimed at people with disabilities. It focuses specifically the Benefício de Prestação Continuada and some challenges present in the relationship with the building process of a new institutional framework for policy Brazilian social assistance.

Keywords: Social Policy; Citizenship; Disability; Social Assistance; BPC.

Introdução:

Práticas sociais de discriminação, tutela e caridade têm orientado a trajetória das intervenções públicas dirigidas a pessoas com deficiência no Brasil. A exemplo do padrão de intervenção estatal no campo social erigido no país ao menos até os anos 1980, tais ações têm sido marcadas pela intensa fragmentação institucional, pela descontinuidade das políticas e programas sociais e pela baixa efetividade social. A essas características associam-se as densas redes de parcerias e subsídios ao setor privado, o forte padrão clientelista de uso e distribuição de benefícios e a ótica de dever moral que tanto impregna as intervenções dirigidas às pessoas deficientes. Tais características são balizadas pela compreensão da deficiência como uma anomalia ou variação patológica de um dado padrão corporal considerado normal e que, portanto, deve ser alvo ora da compaixão, ora da necessidade de reparação/ reabilitação ou, na sua impossibilidade, de confinamento.

Inflexões nesse padrão ganham corpo no contexto de redemocratização do país, quando as reformas das políticas sociais têm

como referência o debate em torno dos direitos sociais e da justiça social. No clima das lutas políticas em torno da transição democrática e impulsionado pela visibilidade dos movimentos sociais dos deficientes, o tema da deficiência entra na agenda governamental brasileira como uma questão de direitos humanos. A passagem conceitual da deficiência como produção social tem trazido enormes desafios para a formulação e implementação de políticas sociais dirigidas aos deficientes.

O presente artigo visa trazer elementos que possam contribuir para o debate em torno de alguns desses desafios. O foco direciona-se à análise das alterações recentes no Benefício de Prestação Continuada (BPC) *vis-à-vis* as mudanças que vêm se operando no interior da política de assistência social brasileira, considerando a ampliação do conceito de deficiência e o legado do sistema de proteção social construído no país.

Sobre o conceito de deficiência

É ainda bastante recente a concepção de deficiência como um fenômeno complexo e multifacetado, expressão das desigualdades impostas por ambientes com barreiras econômicas, sociais e culturais a pessoas com impedimentos corporais. Com efeito, há pelo menos dois séculos o discurso médico normativo se impõe como narrativa exclusiva para conceituar a deficiência e classificar as pessoas deficientes¹, informando e conformando grande parte das intervenções públicas voltadas a esse segmento.

¹ Foi a partir do século XVIII, com o surgimento da medicina moderna e o gradativo processo de medicalização da sociedade, que o discurso médico se impôs na construção de conceitos sobre o corpo e a doença, prescrevendo regras de higiene e normas morais e de comportamentos sociais (FOUCAULT, 1994). Nesse contexto, foi estabelecido um dado padrão corporal de normalidade, que permitiu distinguir o normal do patológico e o corpo do deficiente e do não deficiente: o corpo do deficiente passou a ser considerado anormal e a deficiência percebida como uma tragédia pessoal, um azar individual ou drama familiar. Tal perspectiva aponta os cuidados médicos e de reabilitação como forma de ajustar os corpos a um dado padrão de normalidade, ao mesmo tempo em que afasta os deficientes dos demais indivíduos aos quais são comparados. Isso gera estigma, preconceitos, isolamento e exclusão das pessoas deficientes. Apesar disso, formas de resistência e subversão a essa ordem são constantemente construídas, tal como demonstrado por Cavaliere (2013), em recente tese de doutorado.

Sob a narrativa biomédica, a deficiência é concebida como uma característica individual, uma espécie de “tragédia pessoal” (DINIZ, 2007), diretamente causada por doença, trauma ou outra condição de saúde (BODSTEIN *et al.*, 2003) e o corpo deficiente traduzido como uma variação indesejada, patológica e desviante do corpo considerado normal (SANTOS, 2009), cuja reversão ou atenuação requer cuidados médicos e de reabilitação realizados por profissionais especializados. Nesses termos, a deficiência seria a expressão de um corpo considerado anormal, em virtude de deformidades de determinadas funções biológicas, e os cuidados médicos e de reabilitação, a medida necessária para ajustar os corpos ao padrão de normalidade instituído. Ao reduzir a deficiência a sua dimensão exclusivamente biológica, o pensamento biomédico desconsidera que as pessoas deficientes estão envolvidas em questões de ordem social, cultural e psicológica que escapam ao biológico (GUEDES *et al.*, 2006) e acaba por fortalecer as relações de dominação exercidas sobre esse grupo social e por excluir os deficientes da participação da sociedade.

A hegemonia do discurso médico sobre a deficiência começou a ser desafiada nos anos 1960 e 1970, com a emergência do chamado modelo social. Associado às lutas políticas de pessoas deficientes em países como Inglaterra, Estados Unidos e Suécia (STIL, 1990; BARNES *et al.*, 2002; DINIZ, 2007) e informado por referenciais teórico-metodológicos das ciências sociais e humanas, o modelo social retira o foco do indivíduo com suas lesões e impedimentos corporais para compreender a deficiência como uma produção social, que demanda respostas sociais, culturais e, acima de tudo, políticas públicas adequadas (WHO, 2002). Sob esse enfoque, mais do que uma desvantagem natural de habitar um corpo com impedimentos de ordem física, intelectual ou sensorial, a deficiência resulta da experiência de opressão imposta por uma sociedade que não incorpora a diversidade corporal (BARNES *et al.*, 2002). Assim, situações de opressão e discriminação vivenciadas por pessoas deficientes não estão na lesão corporal, mas na estrutura social incapaz de responder à diversidade e à variação corporal humana (DINIZ, 2007).

A literatura que aborda o modelo social da deficiência (BARNES *et al.*, 2002; DINIZ, 2007; MELLO & NUERNBERG, 2012) identifica a existência de duas gerações de estudiosos do modelo social. A primeira geração era basicamente constituída por intelectuais deficientes do Reino Unido e dos EUA, em grande parte vinculados à UPIAS (*The Union of the Physically Impaired Against Segregation*), primeira organização política formada e gerenciada *por* deficientes para tratar a questão da deficiência. Um dos objetivos da UPIAS era retirar a deficiência da exclusividade da narrativa biomédica e colocá-la como uma questão prioritária para as Ciências Sociais.

Ao buscar a compreensão da deficiência a partir de conceitos sociológicos e políticos, e não puramente biomédicos, a primeira geração de teóricos do modelo social encontrou no materialismo histórico sua principal referência teórica (DINIZ, 2007). Esses intelectuais advogavam a noção de deficiência como resultante do ordenamento econômico e político do capitalismo, o qual pressupõe um tipo ideal de sujeito produtivo necessário à acumulação capitalista. Em uma ordem social que privilegia a capacidade produtiva dos indivíduos, a deficiência expressaria um corpo disfuncional e incapaz. Assim, a independência dos deficientes não era alcançada devido à opressão e discriminação da sociedade em que viviam.

Para Diniz (2007), um feito histórico dessa primeira geração de estudiosos do modelo social foi diferenciar deficiência de lesão: a desigualdade pela deficiência não seria uma desvantagem natural ou tragédia pessoal, mas surgiria da interação entre um corpo com impedimentos e uma sociedade que não assimila a diversidade corporal (BARNES *et al.*, 2002). Sem recusar a atenção médica e de reabilitação, o modelo social da deficiência apontou as insuficiências do modelo médico e expôs a necessidade de estabelecimento de políticas públicas para os deficientes como uma questão de justiça social e de defesa dos direitos humanos.

Após a primeira geração de teóricos do modelo social, outros aspectos passaram a ser acrescentados ao debate sobre deficiência,

informados sobretudo por grupos feministas e pelos estudos culturais que ganham força nos anos 1990. As feministas têm argumentado que outras variáveis de desigualdade, tais como raça, gênero, classe social, religião e idade se entrecruzam e devem ser consideradas nas análises de fenômenos e processos sociais. As críticas feministas trouxeram à tona questões esquecidas na agenda de discussões do próprio modelo social de deficiência: temas como o cuidado, a dor, a dependência e a interdependência, entre outros, passaram a ser discutidos como centrais à vida do deficiente; levantaram-se questões sobre a deficiência em si, mas principalmente sobre o que significava viver em um corpo doente ou lesado; colocou-se em destaque a importância das chamadas cuidadoras na vida dos deficientes e sugeriu-se a ampliação do conceito de deficiência para condições como o envelhecimento ou as doenças crônicas (DINIZ, 2007).

Uma das críticas levantadas pelas feministas se concentrou justamente na sobrevalorização da independência proclamada pelos precursores do modelo social. As feministas têm defendido a necessidade de reconhecer os limites corporais e o sofrimento de determinadas lesões, afirmando que nem todas as pessoas deficientes podem ser independentes, mesmo que todas as barreiras possíveis sejam eliminadas (DINIZ, 2007). Nessa perspectiva, trazem para o debate a questão do cuidado e o papel das cuidadoras, reconhecendo que, em verdade, o cuidado e a interdependência são princípios que estruturam a vida social, na medida em que todas as pessoas, em várias situações da vida, necessitam de cuidados. Essa perspectiva permite politizar o cuidado como uma questão pública e não matéria de responsabilidade exclusiva das mulheres e das famílias, devendo o cuidado ser reconhecido como uma questão de justiça social para deficientes e não-deficientes (DINIZ, 2007). Portanto, reforçam a responsabilidade do Estado e da sociedade nesse processo, propondo uma *ética do cuidado* pautada nos direitos humanos e no reconhecimento da deficiência e da dependência como condição inerente à diversidade humana (MELLO & NUERBERG, 2012).

Com o modelo social da deficiência, ganha vulto a concepção de que os sistemas sociais excludentes é que fazem com que pessoas com impedimentos se sintam deficientes (MEDEIROS & DINIZ, 2004). Embora não desconidere a importância dos serviços de saúde e de reabilitação e os avanços da engenharia genética direcionados aos deficientes, o modelo social torna pública a fragilidade da “autoridade dos recursos curativos e corretivos que a biomedicina comumente oferecia como única alternativa para o bem-estar das pessoas com deficiência” (DINIZ *et al.*, 2009, p. 6).

Nessa direção, a deficiência implica, segundo Medeiros et al. (2006), a adoção de políticas públicas, em especial as de caráter distributivo e de proteção familiar. A conceituação utilizada pelo modelo social da deficiência denunciou, por exemplo, a relação existente entre as singularidades de um corpo com impedimentos e o dramático cotidiano privado e familiar. Os limites do cuidado na vida doméstica levam, muitas vezes, ao abandono e ao enclausuramento de pessoas com maior grau de dependência. “Ao denunciar a opressão das estruturas sociais, o modelo social mostrou que os impedimentos são uma das muitas formas de vivenciar o corpo” (DINIZ *et al.*, 2009, p. 6). Nesse sentido, as políticas públicas relativas a essa questão, para além de procurar tornar independentes as pessoas com deficiência, devem possibilitar condições favoráveis para que o cuidado necessário a elas seja exercido (MEDEIROS & DINIZ, 2004), o que certamente se constitui em um desafio para as políticas públicas.

Ainda que se constituam em um campo em disputa, as alterações conceituais introduzidas pelo modelo social representam, sem dúvida, um avanço na abordagem da deficiência, especialmente no que diz respeito à sua inscrição no campo dos direitos humanos e de justiça social. À luz do modelo social da deficiência, diferentes países democráticos têm estabelecido, nos últimos anos, um conjunto de normas legais e de políticas públicas voltadas à garantia dos direitos fundamentais das pessoas deficientes. Em sua primeira convenção internacional do

novo milênio (a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência), ocorrida em 2006, a ONU abre possibilidades para revisar a trajetória do modo como a deficiência vem sendo historicamente tratada, mesmo por aqueles países considerados mais avançados no que tange à garantia dos direitos dos deficientes. O *status* de lei concedido à Convenção determina aos Estados signatários a adequação de sua legislação, com potencial para provocar uma verdadeira mudança nas intervenções públicas dirigidas às pessoas com deficiência.

Santos (2009, p. 35) sintetiza as principais inovações trazidas pela Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência. Em primeiro lugar, assinalou a mudança da assistência para os direitos das pessoas deficientes, o que tende a provocar alterações nos marcos normativos dos países signatários. Uma segunda inovação foi a introdução do idioma da igualdade para conceder tratamento igualitário e, ao mesmo tempo, equitativo às pessoas deficientes. Outra novidade trazida pela Convenção foi o reconhecimento da autonomia com o apoio necessário às pessoas deficientes e suas famílias e, por fim, a compreensão da deficiência como parte da experiência humana.

Já em seu preâmbulo, o documento sinaliza que o conceito de deficiência a ser adotado considera as transformações históricas e as diferentes dimensões presentes na experiência da deficiência – biológica, econômica, social, política, cultural (ANDRADE, 2012). Desse modo, propõe articular uma matriz biomédica, que cataloga os impedimentos corporais, e uma matriz de direitos humanos, que denuncia a opressão (DINIZ *et al.*, 2009), entendendo, assim, a deficiência em toda sua complexidade e em suas múltiplas determinações. Para a Convenção, 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” (BRASIL, 2010, p. 24).

Deficiência e Proteção Social no Brasil

No Brasil, o reconhecimento da deficiência como questão de direitos humanos e tema de justiça social é ainda mais recente. Durante muitos anos, a deficiência tem sido tratada exclusivamente como uma tragédia pessoal e/ou uma anomalia em relação ao corpo considerado normal, cuja responsabilidade fica a cargo da família e de instituições filantrópicas voltadas à reabilitação, educação ou confinamento das pessoas deficientes.

Inflexões nesse padrão ganham destaque no contexto de redemocratização do país. Como apontam Sasaki (1990) e Figueira (2008), no auge das lutas políticas dos anos 1980, os movimentos sociais dos deficientes ganham visibilidade e se aproximam das demais reivindicações por justiça social e direitos de cidadania presentes na transição democrática brasileira, contando ainda com a influência dos ideais defendidos no *Ano Internacional das Pessoa com Deficiência*, da ONU em 1981. Nesse contexto, a deficiência passa a ser concebida como questão de direitos humanos, favorecendo a que avanços significativos em relação aos direitos das pessoas deficientes sejam inscritos no texto constitucional (FIGUEIRA, 2008). Educação, trabalho, acessibilidade e assistência social foram algumas das áreas de políticas públicas que passaram a contar com diretrizes constitucionais voltadas à garantia da cidadania das pessoas deficientes. No entanto, como destaca Santos (2009), na década seguinte os avanços alcançados na carta constitucional apresentaram resultados modestos em sua efetivação.

Em 1996, é instituído o BPC, que garante o repasse de um salário mínimo mensal a idosos e deficientes com renda familiar per capita inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. Como será discutido adiante, ainda que o BPC represente uma das principais políticas de proteção social para pessoas deficientes e importante instrumento de combate à pobreza e redução das desigualdades sociais no país (MEDEIROS et al., 2007), muitos são os limites e desafios enfrentados na sua operacionalização e em seu alcance. Em 1999 é criada a *Política Nacional para integração da*

Pessoa Portadora de Deficiência, que estabelece a responsabilidade do Estado na garantia das possibilidades para o pleno exercício dos direitos básicos dos deficientes, sobretudo aqueles voltados à promoção do bem-estar pessoal, social e econômico dessa parcela da população. Tal perspectiva desloca a concepção de deficiência como fenômeno individual para compreendê-la em termos de sua produção social, conforme defendido pelo modelo social. Essa compreensão foi reforçada pelo decreto 5.296, de 2004, conhecida como *lei da acessibilidade*. Os objetivos dessa lei foram propor alterações nas estruturas, valores e práticas sociais, de forma a tornar possível a plena participação de todas as pessoas no ordenamento social, independente das diversidades corporais que possam apresentar.

Outro importante avanço foi a ratificação pelo Brasil, em 2008, da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência, conferindo-lhe *status* constitucional. Além de parametrizar as diretrizes e princípios sobre os direitos das pessoas deficientes utilizados nos mais diversos países democráticos do mundo, a ratificação da Convenção pelo Estado brasileiro implica que, a partir de sua assinatura, todo o arcabouço legal e as políticas públicas e sociais do país deverão ser pautados pelo conteúdo normativo desse documento. Desse modo, abrem-se possibilidades para a instauração de um novo paradigma no campo dos direitos das pessoas deficientes no país.

Em consonância com as prerrogativas da Convenção, o governo federal lançou, em 2011, o *Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Viver sem Limites*. Elaborado com a participação de quinze ministérios e do Conselho Nacional da Pessoa com Deficiência (CONADE), esse plano prevê ação compartilhada entre União, estados e municípios e a articulação de políticas governamentais nas áreas de acesso à educação, inclusão social, acessibilidade e atenção à saúde. O acompanhamento e avaliação da implementação do Plano Viver sem Limites constitui, certamente, em importante elemento para a constituição de uma agenda de pesquisas sobre o tema. Aspectos como a baixa qualidade da educação no Brasil e a necessidade de qualificação dos profissionais da área, altos custos da atenção à saúde, em especial no campo da reabilitação e a frágil

articulação interministerial e intersetorial são desafios importantes a serem enfrentados na operacionalização do plano em direção à conquista da cidadania das pessoas com deficiência.

Assistência Social e Deficiência

A assistência social é em todo o mundo reconhecida como dirigida a situações de vulnerabilidade social. Essa vulnerabilidade pode estar associada a distintas situações – de renda a perda de vínculos familiares – e pode ser tratada sob diferentes enfoques, desde a benemerência até o direito social de cidadania. O enfoque dado e as situações cobertas dependem de contextos sociais específicos, que vão determinar o tipo da intervenção estatal. Contudo, talvez mais do que qualquer outra área social, a assistência contém um traço de exclusão, já que historicamente trata de segmentos sociais ou indivíduos marginalizados. Assim, mesmo quando visa a eliminar esse traço e adotar estratégias de inclusão social, a assistência enfrenta problemas estruturais, sejam eles econômicos ou culturais, que não têm referência exclusiva nem nas condições de trabalho (o que facilitaria seu tratamento pelos conflitos entre capital de trabalho), nem nas condições de desigualdade social (o que facilitaria seu tratamento pelos dilemas e soluções da redistribuição), tampouco têm referência exclusiva nas condições individuais ou familiares (o que facilitaria seu tratamento por intervenções particularizadas, medicalizadas ou não).

O reconhecimento do caráter multideterminado da vulnerabilidade, característica de modelos progressistas de assistência como o brasileiro, pode conter um contradição intrínseca, que é reiterar o lugar dos vulneráveis. Isso se o sistema a cargo dessa política se mantiver focalizado, com baixos recursos e sem articulação com outras políticas setoriais. Se a assistência social avançou de forma significativa como política pública no Brasil nos últimos 25 anos, desde a Constituição de 1988, essa mesma consolidação pode comprometer os objetivos precípuos da Constituição. Os avanços dados pela construção de um sistema próprio,

nacional e descentralizado, de caráter público, consolidam a noção de assistência como política de Estado. Mas, diferentemente de outras áreas sociais como saúde, previdência, educação ou habitação, essa concepção progressista não se realiza sem a adoção da assistência como política horizontal, que perpassa todas as áreas sociais.

Na área de saúde, essa discussão foi tomada originalmente pelo conceito de determinação social, hoje travestido da noção de determinantes sociais (bastante diferente do conceito original). Mesmo sem alcançar realizar totalmente a concepção de determinantes sociais, esta é amplamente conhecida nos programas e mesmo na prática profissional na área de saúde. Mas, independentemente disso, a saúde contém um núcleo duro que é a assistência médica, que atinge a todos, tem forte conteúdo econômico e por si só dá materialidade à política.

No caso da assistência social, a materialidade são as vulnerabilidades, mas estas relativas aos mais vulneráveis, tratadas por um sistema próprio e com baixa vinculação aos outros setores sociais. A ideia original da seguridade social inscrita no texto constitucional previa a interação entre as diferentes áreas de previdência, saúde e assistência. O fato de essa interação jamais ter se concretizado, por motivos diversos, isolou as áreas de seguridade. Por outro lado, havia a necessidade de consolidação de um sistema próprio para a assistência, para consolidá-la como política pública. A oportunidade para essa consolidação se dá com um projeto político onde os vulneráveis são centrais. Assim, o que temos é já um robusto sistema público, uma conquista sem precedentes na história da assistência no Brasil, que dá lugar social aos vulneráveis, mas que pode estar reiterando esse lugar em vez de alterá-lo.

A relação da assistência com a deficiência nos ajuda a pensar sobre o papel da política de assistência no futuro. A inclusão da deficiência na agenda pública em anos recentes, como já discutido, expandiu o conceito de deficiência e demandou que a política pública fosse abrangente e ampliasse sua atuação. A noção de inclusão presente na nova concepção de deficiência requereu seu tratamento por diferentes áreas

governamentais, assim como a integração de programas e ações. Nesse sentido, vem também interferindo na própria legislação da assistência, em especial no BPC. Nos últimos anos, foram alterados o conceito de deficiência, o conceito de família e a noção de incapacidade. E no âmbito processual foram alteradas as regras de acesso e a estrutura de avaliação da incapacidade. Se bem essas alterações mudam o tratamento tradicional dado à deficiência, no âmbito da assistência, elas são ainda muito lentas e de baixo impacto.

A deficiência entrou na agenda dos governos municipais, mas na assistência está bem restrita a segmentos muito pobres, através do BPC, e com iniciativas precárias e de baixa cobertura. As ações para pessoas com deficiência envolvem investimentos de maior custo, como serviços de maior complexidade, infraestrutura, equipamentos e materiais, recursos humanos de várias profissões, etc. A assistência não só não tem esses recursos, como tem baixíssima capacidade de exercer seu papel de articuladora entre distintas áreas sociais. Assim, corre-se o risco de sua atuação na deficiência limitar-se a um atendimento precário aos beneficiários do BPC, ficando relegada aos chamados vulneráveis, sem alterar a condição de exclusão desse segmento e reiterando sua diferenciação em relação ao conjunto das pessoas com deficiência.

Entre os cinco itens que compõem as atribuições da assistência social, segundo o Art 203 da Constituição de 1988, dois tratam das pessoas com deficiência. O item IV, que indica como atribuição da assistência “a habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária”, e o item V, que garante “1 (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”, que constitui o Benefício de Prestação Continuada - BPC.

Desde a Constituição, as alterações na legislação da assistência tem se dirigido mais ao item V, da regulação do BPC, e menos à atribuição de habilitação e reabilitação das pessoas com deficiência. Muitos estados

e municípios criaram secretarias específicas para a deficiência, limitando o papel da assistência social nesse quesito. Se bem isso revela a maior abrangência do tema da deficiência, também retira cada vez mais da assistência a atribuição de assistir a todas as pessoas com deficiência, independentemente das condições sociais.

No que toca ao BPC, um dos temas mais polêmicos, e até agora inalterado, é o critério de entrada no benefício. A LOAS definiu como critério dos meios de provisão autônoma a renda familiar per capita de até $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. Há diversos projetos no legislativo de alteração desse critério, e argumenta-se se ele é constitucional, já que, a rigor, define a necessidade exclusivamente pela renda, o que seria muito limitado para pessoas com deficiência (MEDEIROS *et al.*, 2006; PENALVA *et al.*, 2010). Na verdade, há parecer favorável à legalidade do critério por ministro do STF, que indica também que este deve ser mantido até 31/12/2014, e aguarda-se uma decisão final do Supremo (ARAÚJO, 2013). De fato, o critério da necessidade é um dos principais motes das ações judiciais contra o INSS por indeferimentos de pedido de benefícios.

Se bem o teto máximo de renda não foi ainda alterado, o critério de “incapacidade para a vida independente e o trabalho” para concessão do BPC, definido pela LOAS, sofreu importantes inovações. A Lei 12.345 de 06 de julho de 2011, que altera a LOAS e dispõe sobre a organização da Assistência Social, já define pessoa com deficiência como “*aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas*”.

Essa definição incorpora elementos do contexto social na caracterização da deficiência e é bem mais avançada que a anterior, onde deficiência, para efeito de concessão do BPC, seria “*uma condição devida a incapacidades biológicas irreversíveis que resulta na incapacidade para o trabalho ou para a vida independente*.” (BRASIL, 1995). Por outro lado, a mesma Lei 12.435 retira a noção de irreversibilidade da deficiência, definindo

impedimentos de longo prazo como “*aqueles que incapacitam a pessoa com deficiência para a vida independente e para o trabalho pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos*”.

Essas mudanças ajudam a tirar do BPC uma noção de benefício para excluídos. Apesar de sua importância para a melhoria das condições de vida de pessoas em situação de extrema pobreza, o benefício tinha forte contorno de ajuda para uma situação tida como imutável, distante, portanto, das reivindicações das entidades representativas das pessoas com deficiência e do movimento internacional por seu reconhecimento e inclusão.

O conceito de família também se alterou, incluindo na composição, para efeito de aferição da renda familiar, também padrastos e madrastas (na ausência dos pais) e os filhos solteiros. Na LOAS (que tomava por base a lei 8.213 de 1991), só eram considerados os menores de 21 anos. Essa mudança corrigiu situações de iniquidade no acesso ao benefício (como a exclusão da renda de filhos maiores que 21 anos), permitindo que ele possa ser mais bem dirigido a pessoas que de fato possuem limitações no apoio familiar. Por outro lado, amplia o número de pessoas na contagem da renda, o que pode ser um limitador, em especial para os casos de deficiência.

As mudanças na concepção de incapacidade implicaram em alterações processuais na concessão. Destaca-se a possibilidade de suspensão e retorno ao BPC em casos de atividade laborativa. O reconhecimento das potencialidades das pessoas com deficiência gerou o Programa BPC Trabalho, que consiste em ações intersetoriais para promover o acesso à qualificação profissional e o acesso ao trabalho às pessoas com deficiência beneficiárias do BPC na faixa etária 16 a 45 anos, prioritariamente. O BPC Trabalho também está inserido no Programa Nacional de Acesso ao Ensino Técnico e Emprego – PRONATEC (MDS/MEC/MCT), cujo objetivo é “ampliar a oferta da formação técnica e profissional de pessoas em vulnerabilidade social, com prioridade aos beneficiários de programas federais de transferência

de renda, incluindo os beneficiários com deficiência do BPC” (BRASIL, 2012, p.2). Esse Programa é recente e não se sabe ainda de seu impacto na inclusão de beneficiários do BPC.

Outra mudança significativa foi a adoção de um novo modelo de avaliação para a concessão do BPC para as pessoas com deficiência, que passou a incluir também uma avaliação social, sob a responsabilidade dos assistentes sociais. No modelo anterior, a avaliação era estritamente médica e individualizada. Privilegiava a análise das funções do indivíduo e restringia a avaliação para a vida independente ao autocuidado. Após intenso processo de discussão entre especialistas da área e técnicos do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome-MDS e do Instituto Nacional do Seguro Social-INSS, formulou-se um novo instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que opta por uma avaliação médica e social. O modelo incorpora uma abordagem multidimensional da funcionalidade, da incapacidade e da saúde. A incapacidade deixa de ser apenas um atributo da pessoa, mas resultado de situações de natureza biológica, individual, econômica e social (SILVA, 2009). O componente social do novo instrumento é bastante complexo. Define domínios de práticas individuais (características físicas e materiais do ambiente, relacionamento com a família, conhecidos, vizinhos, etc.) e sociais (organizações, atividades comunitárias, órgãos governamentais, serviços de comunicação e de transporte, redes sociais, etc.) que, pontuados, indicam situações diversas de gravidade. Essa avaliação é ao final computada junto à do perito médico.

Silva (2009) sugere que, no cômputo final, a pontuação do perito é privilegiada em relação à avaliação social. Contudo, não há ainda estudos sobre a eficácia desse novo instrumento, que só foi utilizado a partir de 2009, nem sobre seu impacto no aumento das concessões, já que o alto número de indeferimentos pela perícia médica havia sido uma das justificativas para a adoção de um novo modelo de avaliação. Vale destacar, contudo, a importância da inclusão de aspectos sociais na avaliação da deficiência, em especial os de participação na vida

comunitária. Lobato *et al.* (2007), em pesquisa com beneficiários do BPC na região sudeste, já haviam confirmado a baixíssima integração social dos beneficiários do BPC, com pouca ou nenhuma participação associativa, o que é um sinalizador importante de exclusão social.

O BPC Escola foi outra iniciativa decorrente das mudanças na concepção de deficiência no Brasil. Quando o Programa BPC Escola foi lançado, dados do MDS indicavam que cerca de 70% dos beneficiários do BPC na faixa etária escolar não estava na escola. O BPC Escola (Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social) prevê a identificação dos beneficiários do BPC até dezoito anos fora da escola, as principais barreiras e possíveis soluções entre níveis de governo para o acesso e permanência e o acompanhamento das ações e programas dos entes federados que aderirem ao Programa. O Programa funciona por adesão e, diante da baixa resposta de estados e municípios, foi estabelecida portaria (BRASIL, 2012) que determina a adesão até junho de 2014. O programa é de responsabilidade principal do Ministério da Educação e à assistência cabe a função de busca ativa e registro dos beneficiários em idade escolar.

Assim como o BPC Trabalho, o BPC Escola ainda não passou por avaliação. Mas há indícios de baixa receptividade do Programa pelos municípios. Pesquisa em fase de conclusão em 21 municípios do estado do Rio de Janeiro² mostra que, dos 20 gestores da assistência social entrevistados, 17 dizem conhecer o BPC Escola, 12 atestam que a Prefeitura adota o programa, mas somente 4 sabem quantas crianças beneficiárias do BPC estão fora da escola, atividade precípua da assistência social. Já entre os coordenadores de CRAS dos mesmos municípios, 5 atestam que o CRAS não participa em nada do Programa, nem com a busca ativa.

² Pesquisa “Assistência Social e construção de direitos no Estado do Rio de Janeiro: avaliação a partir da experiência do Benefício de Prestação Continuada - BPC” coordenada por Lenaura Lobato, Luciene Burlandy e Monica Senna e realizada pelo Núcleo de Avaliação e Análise de Políticas Sociais, com financiamento da FAPERJ.

Dados da mesma pesquisa indicam que é ainda precária a incorporação dos beneficiários do BPC à assistência social. Há avanços com a criação do SUAS e a instituição de corpo de procedimentos, atividades e métodos de trabalho a partir da definição dos níveis de proteção social e seus respectivos domínios de atuação. Aos poucos, a assistência deixa de ser uma atividade que “qualquer um pode praticar” e avança na profissionalização, dando sentido à política pública. Até bem pouco tempo, o BPC era um benefício ainda bem centralizado e aos municípios cabia apenas a revisão bianual dos beneficiários. A relação dos idosos e pessoas com deficiência beneficiários se dividia entre o INSS, a saúde e as ações de apoio, em grande parte fornecida a esse segmento por instituições privadas, sem nenhum acompanhamento pela assistência.

Essa situação se alterou, quando se vê que os beneficiários conhecem os CRAS e qualificam seu atendimento entre excelente e bom, acima da avaliação dada à área de saúde. Contudo, os municípios se limitam hoje a visitar os beneficiários e sua capacidade de alterar sua situação de exclusão é muito baixa. Tanto coordenadores de CRAS como gestores atestam problemas orçamentários e de recursos humanos para executar ações para os beneficiários do BPC. O problema de recursos humanos parece ser grave na assistência. Estudo recente com o perfil dos estados brasileiros mostra a carência de funcionalismo para a assistência social. No Rio de Janeiro, situação mais grave, não há sequer um funcionário próprio estatutário no nível estadual: ou eles são comissionados ou sem vínculo permanente (IBGE, 2013). Embora o SUAS seja novo, não há indícios de projeto nacional de melhoria desse quadro e as prefeituras resistem a realizar concursos, por restrições fiscais. Há que se ter atenção para o aprendizado com o SUS, que vive problema semelhante e já tem 25 anos de história.

As ações disponíveis para pessoas com deficiência são em geral em número muito menor do que aquelas destinadas aos idosos. É claro: atividades para idosos são mais simples e muitas são grupos de convivência, enquanto para pessoas com deficiência nada pode ser feito

se nem acessibilidade os CRAS garantem. O principal papel da assistência em várias áreas, entre elas a da deficiência, é também o de articulador serviços com a rede de proteção. Contudo, há que se avaliar até que ponto esse papel não tem sido, e permanecerá sendo, o de “repassadora” ou apenas “encaminhadora” dos beneficiários. No caso do Rio de Janeiro, muitos beneficiários já atestam a visita de assistentes sociais em suas residências e identificam que essas ocorreram para o conhecimento de suas necessidades, o que é bastante positivo. Mas os beneficiários do BPC com deficiência permanecem com os mesmos problemas, como falta de equipamentos, acessibilidade, medicamentos, assistência à saúde, etc.

Além da falta de recursos humanos e materiais, a estrutura dos sistemas locais tende a reproduzir a setorialização dos sistemas nacionais e estaduais, com várias secretarias, baixa capacitação técnica e pouca articulação. Por outro lado, a condução da assistência em nível federal tem, em alguma medida, repetido o que ocorre há anos no SUS, que é o repasse de inúmeros incentivos para programas e ações diversas, que os municípios têm dificuldade de acompanhar. A postura muitas vezes passa a ser de preenchimento de dados e alimentação de sistemas para garantir o recebimento de recursos, tornando o planejamento de ações peças de ficção.

Considerações Finais

A compreensão da deficiência como um processo social e expressão da diversidade humana é bastante recente e tem desafiado a construção de políticas públicas em sociedades democráticas, em especial no campo da assistência social. No Brasil, apenas a partir dos anos 1980 é que a deficiência como tema de direitos humanos e de justiça social entra, de fato, na agenda governamental. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU e sua ratificação com *status* constitucional pelo governo brasileiro representam um inquestionável avanço na compreensão da deficiência, abrindo possibilidades para a instauração de um novo paradigma no campo dos direitos das pessoas deficientes no país.

Dadas a magnitude da deficiência no Brasil (dados do Censo Demográfico de 2010 indicam que quase 24% da população brasileira possui alguma deficiência e 7% deficiência severa) e as situações de desigualdades, opressão e discriminação por que passam as pessoas deficientes, o reconhecimento da cidadania plena desse segmento exige a adoção de políticas públicas capazes de aliar aspectos de justiça distributiva ao reconhecimento e respeito dos deficientes como pares, de forma a possibilitar sua participação na vida em sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas.

No âmbito da assistência social, o BPC tem se constituído como uma das principais políticas de proteção social para deficientes, configurando um importante instrumento de combate à pobreza e de redução das desigualdades sociais no país, conforme destacaram Medeiros *et al.* (2007). As recentes alterações no BPC – em especial aquelas envolvendo o conceito de deficiência, os critérios de elegibilidade e os mecanismos de avaliação da deficiência – apresentam potencial para a ampliação do benefício e promoção da equidade no tratamento dos direitos das pessoas com deficiência no país, mas sua avaliação ainda requer estudos capazes de acompanhar e analisar os rumos e alcance dessas mudanças.

Ainda que avanços na incorporação do BPC à política de assistência social também sejam verificados, é preciso considerar os desafios postos tanto pela magnitude e complexidade da interseção entre deficiência e pobreza no Brasil, quanto pela construção de uma nova institucionalidade para a área de assistência social brasileira *vis-à-vis* a herança do legado prévio das intervenções públicas nessa área. Nessa direção, torna-se fundamental a articulação do BPC a uma robusta rede de programas, projetos e serviços sociais.

Considerando os significativos avanços tanto na deficiência quanto na política de assistência, há que se acompanhar de perto o impacto dessas inovações na vida cotidiana das pessoas, para que um conjunto progressista de princípios e diretrizes não se transforme em uma assistência frágil e uma deficiência não inclusiva.

Submetido em 2 de março de 2013 e aceito para publicação em 2 de setembro de 2013

Referências:

ANDRADE, LD. *O BPC para pessoas com deficiência: redefinindo trajetórias*. Dissertação (Mestrado em Política Social). Niterói: Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social, 2012.

ARAUJO, TSF. *O acesso ao benefício de prestação continuada pela via judiciária*. Dissertação (Mestrado em Política Social). Niterói: Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social, 2013.

BARNES, C; BARTON, L; OLIVER, M. *Disability studies today*. Cambridge: Polity Press, 2002.

BRASIL. MDS/CIT. Resolução CIT n° 4, de 1 de março de 2012.

_____. Lei n° 12.435, de 6 de julho de 2011.

_____. Secretaria de Direitos Humanos. *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Decreto Legislativo n° 186, de 09 de julho de 2008: Decreto n° 6.949, de 25 de agosto de 2009*. 4. ed., rev. e atual. Brasília : Secretaria de Direitos Humanos, 2010. 100p.

_____. Decreto no 1.744, de 8 de dezembro de 1995.

BODSTEIN, R; RAMOS, CL & HORTALE, V (coord.). *Programa de Reabilitação Comunitária: experiência de inclusão social da pessoa portadora de deficiência*. FUNLAR, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, 132 p.

CAVALIERE, IAL. *Memórias do isolamento compulsório no Hospital Colônia Tavares de Macedo – RJ (1936-1986)*. Tese (Doutorado em Política Social). Niterói: Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social, 2013.

DINIZ, D. *O que é Deficiência*. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 2007.

DINIZ, D; BARBOSA, L; SANTOS, WR dos. Deficiência, direitos humanos e justiça. *Sur, Rev. int. direitos humanos*, v. 6, n. 11, pp. 64-77, dez. 2009. FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

FIGUEIRA, E. *Caminhando em silêncio: uma introdução à trajetória das pessoas com deficiência na História do Brasil*. São Paulo : Giz Editora, 2008. 182pp.

GUEDES, CR; NOGUEIRA, MI; CAMARGO JR, K R. A subjetividade como anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. *Ciência & Saúde Coletiva vol.11, n.4*, 2006. pp. 1093-1103.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Pesquisa de Informações Básicas Estaduais. *Perfil dos Estados Brasileiros*. Rio de Janeiro; IBGE, 2013.

LOBATO LVC; GÓIS JB H; SENNA MCM; VASCONCELLOS, M; REIS, MF. Avaliação do Benefício de Prestação Continuada. In VAITSMAN, J. e PAES & SOUZA, R (org.). *Avaliação de Políticas e Programas do MDS – Resultados: Bolsa Família e Assistência Social v.2*. Brasília: MDS; SAGI, 2007.

MEDEIROS, M; DINIZ, D. *A nova maneira de se entender a deficiência e o envelhecimento*. Texto para discussão 1040. Brasília; IPEA, 2004. 21p.

MEDEIROS, M; DINIZ, D; SQUINCA, F. Transferências de renda para a população com deficiência no Brasil: uma análise do Benefício de Prestação Continuada. *Texto para discussão 1184*. Brasília, IPEA, 2006.

MEDEIROS, M; BRITTO, T; SOARES, F. Programas focalizados de transferência de renda no Brasil: contribuições para o debate. *Texto para discussão 1283*. Brasília: IPEA, 2007.

MELLO, AG. de & NUERNBERG, AH. Gênero e deficiência: interseções e perspectivas. *Estudos Feministas 20(3)*, set-dez 2012. pp.635-655.

PENALVA, J; DINIZ, D; MEDEIROS, M. Política Assistencial, Orçamento e Justiça no Benefício de Prestação Continuada. In: DINIZ, D; MEDEIROS, M.; BARBOSA, L. (orgs.). *Deficiência e Igualdade*. Brasília: Letras Livres; Editora Universidade de Brasília, 2010. pp. 61-84.

SANTOS, WR dos. *Deficiência e Democracia: a interpretação do poder judiciário sobre o Benefício de Prestação Continuada*. Dissertação (Mestrado em Política Social). Brasília: Universidade de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Política Social, 2009.

SASSAKI, RK. Mobilização das pessoas deficientes: como foi de 1980 a 1989 e como será de 1990 a 1999. *Integração vol.3 n. 9*, 1990, pp.31-33.

SILVA, KF. *Análise dos novos critérios para avaliação da incapacidade na concessão do Benefício de Prestação Continuada*. Monografia (Graduação em Serviço Social) Universidade Federal Fluminense, Escola de Serviço Social, 2009.

STIL. Independent living: a Swedish definition. In: RATZKA, A. *Tools for power*. Stockholm: Independent Living Committee of Disabled Peoples' International, 1990.

WHO (World Health Organization). *Towards a Common Language for Functioning, Disability and Health*. Geneva: WHO, 2002.