



**Universidade de Brasília**  
**Instituto de Ciências Humanas**  
**Departamento de Serviço Social**

**Natália Pereira Gonçalves**

**Benefício de Prestação Continuada para Deficientes: uma análise dos  
deficientes que tiveram o benefício negado**

**Brasília (DF), junho de 2008.**

**Natália Pereira Gonçalves**

**Benefício de Prestação Continuada para Deficientes: uma análise dos deficientes que tiveram o benefício negado**

**Monografia apresentada ao Departamento de Serviço Social na Universidade de Brasília para obtenção do diploma de graduação em Serviço Social, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Debora Diniz.**

**Brasília (DF), junho de 2008.**

*Dedico esta monografia ao meu Deus que é soberano e fiel e que devido ao seu grandioso amor age a cada dia com bondade e cuidado para minha vida, realizando infinitamente mais do que tudo o que eu pude pedir ou imaginar.*

*Aos meus pais Artur Nélio e Maria Eldy que com muito amor sempre dedicaram o seu melhor para garantir minha felicidade. Eu amo vocês.*

*Às minhas amadas irmãs Larissa e Daniela que me apoiaram de diferentes formas, não apenas para a concretização deste projeto, mas durante toda a minha vida.*

*À minha amada sobrinha Júlia Stephane que demonstra o seu amor alegrando os meus dias.*

*À Pedro Henrique que com muito amor me acompanha em todos os momentos.*

*À toda minha família e amigos que sempre me incentivaram e que compartilham comigo a alegria de mais esta conquista.*

## **Agradecimentos**

À professora doutora Debora Diniz pelo empenho e dedicação na orientação desta monografia e pelo incentivo acadêmico, que foram de grande contribuição para minha vida profissional e acadêmica.

À assistente social e mestre Flávia Squinca pela disponibilidade em aceitar participar da banca de avaliação desta monografia, pela dedicação na supervisão da experiência de estágio e pelas amigáveis orientações que contribuem para minha vida acadêmica e profissional.

À professora doutora Rosa Helena Stein por aceitar com cordialidade participar da banca de avaliação desta monografia.

À Lívia Barbosa, assistente social do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, pelo incentivo e por conceder publicações sobre o Benefício de Prestação Continuada que foram de grande importância para este estudo.

À Anis – Instituto de Bioética Direitos Humanos e Gênero, pelo financiamento da pesquisa e pelas oportunidades de crescimento acadêmico e profissional.

Aos colegas do grupo Ética Saúde e Desigualdade Social, Regiane Rodrigues, Raquel Guimarães e Wederson Rufino, pela amizade e trocas de experiências nas discussões teóricas e nos campos de pesquisa.

À Raquel Guimarães pela amizade, por compartilhar a mesma caminhada com ajuda e incentivo e pelo apoio em todas as fases desta monografia.

À Wederson Santos pela amizade, pela agradável companhia durante a pesquisa de campo e pela atenção e apoio de grande contribuição para esta monografia.

Ao grupo PET/SER (Programa de Educação Tutorial de Serviço Social) pela contribuição durante toda a minha graduação para uma formação acadêmica e profissional no âmbito do ensino, pesquisa e extensão e pela alegre convivência e amizade de colegas que me incentivaram em todas as fases desta monografia.

Às amadas amigas Nathália Eliza, Pollyana Moreira, Samara Nogueira e Vivian Lopes que me apoiaram e contribuíram para a realização desta monografia e, principalmente, pela amizade que tornou meus anos de graduação em anos alegres e inesquecíveis.

## **Lista de Tabelas**

Tabela 1: Tipos de Lesões/Doenças.....	39
--	----

## **Resumo**

Este trabalho de conclusão de curso é resultado da pesquisa “Indeferimento do Benefício de Prestação Continuada (BPC) para Deficientes”, realizada em 2006 e 2007 no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. O objetivo foi levantar e analisar as razões para o indeferimento de pedidos ao BPC solicitados na cidade de Unaí – MG durante os anos de 2004 e 2005. A pesquisa utilizou método qualitativo com instrumento de entrevista semi-estruturada. Durante dois meses foram realizadas 28 entrevistas semi-estruturadas com pessoas deficientes que tiveram o pedido de concessão do BPC negado. Nos anos de 2004 e 2005, foram realizadas 430 solicitações ao BPC por pessoas deficientes em Unaí. Desses 430 pedidos, houve 276 pedidos negados (64%) e 154 benefícios concedidos (36%). A realização de 28 entrevistas correspondeu a uma amostra de 10% do total de pedidos negados. O resultado da pesquisa mostrou que: 1. o motivo predominante para o indeferimento do BPC foi a consideração das pessoas deficientes como capazes para a vida independente e trabalho (43%); 2. as pessoas deficientes que não tiveram acesso ao BPC são pessoas que experimentam restrições de funcionalidades e habilidades devido a suas lesões, não tiveram acesso à educação e trabalho, são pobres e dependem economicamente de familiares, amigos e instituições religiosas. Esses resultados mostram que o conceito de incapacidade para a vida independente e trabalho é guiado pelo modelo biomédico de deficiência que pouco considera a opressão da experiência da deficiência e, dessa forma, as pessoas deficientes que necessitam do BPC como mecanismo de proteção social são excluídas do acesso ao benefício.

**Palavras-chaves:** Benefício de Prestação Continuada, deficiência e proteção social.

## Sumário

Introdução.....	8
Capítulo 1 - Metodologia.....	11
1.1. Apresentação.....	11
1.2. Procedimentos Éticos.....	12
1.3. Trabalho de Campo.....	13
1.3.1 Instrumento de Pesquisa.....	14
1.4. Plano de Análise de Dados.....	15
Capítulo 2 – Deficiência.....	17
2.1. Modelo Médico de Deficiência.....	18
2.2. Modelo Social de Deficiência.....	20
2.3. Deficiência no Contexto Brasileiro.....	22
Capítulo 3 – Benefício de Prestação Continuada e Proteção Social.....	25
3.1. O Benefício de Prestação Continuada.....	25
3.2. Proteção Social.....	26
3.3. Deficientes Protegidos e Desprotegidos.....	27
Capítulo 4 – O Indeferimento do Benefício de Prestação Continuada.....	32
4.1. Do Pedido de Concessão ao Indeferimento do Benefício de Prestação Continuada.....	32
4.2. Deficientes Desprotegidos por Serem Capazes para a Vida Independente e Trabalho.....	38
Considerações Finais.....	43
Referências Bibliográficas.....	46
Anexos.....	50

## Introdução

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um benefício da assistência social que consiste no repasse de um salário mínimo mensal para pessoas idosas e deficientes.<sup>1</sup> Para ter acesso ao BPC são impostos critérios de elegibilidade restritivos que impedem que vários idosos e deficientes tenham acesso ao benefício. Para as pessoas idosas e deficientes é necessária a comprovação de renda familiar *per capita* inferior a um quarto do salário mínimo e, no caso das pessoas deficientes, é necessária a comprovação de deficiência incapacitante para a vida independente e para o trabalho. Dessa forma, as pessoas idosas e deficientes que recorrem ao BPC configuram um grupo de pessoas pobres com grandes restrições de acesso aos recursos sociais.

Por ser o único benefício da assistência social voltado para pessoas deficientes, o BPC se apresenta como uma importante política de proteção social para os deficientes. As pessoas deficientes vivenciam uma situação vulnerabilidade social devido às desvantagens sociais que experimentam pela experiência da lesão em sociedades pouco receptivas às diversidades. Porém, as restrições colocadas pelos critérios de elegibilidade do BPC pouco avaliam os aspectos sociais em que acontece a experiência da deficiência e não permite com que muitas pessoas deficientes que necessitam do BPC por vivenciarem situação de vulnerabilidade tenham acesso a esse benefício.

Dessa forma, o objetivo desta monografia foi identificar e analisar as razões para o indeferimento de pedidos ao BPC solicitados por pessoas deficientes. Para isso, foram realizadas entrevistas com as pessoas deficientes que requereram ao BPC e tiveram seu pedido negado. A partir das entrevistas foi possível conhecer os motivos do indeferimento do BPC e a forma como foi conduzido o processo de indeferimento do benefício, desde a solicitação até o resultado do indeferimento. A hipótese do estudo foi de que cumpridos todos os critérios formais de elegibilidade, o principal motivo de indeferimento do BPC seria a compreensão dos critérios de seletividade de acordo com o modelo biomédico da deficiência. Assim, a partir do relato do processo de seleção do

---

<sup>1</sup> Não existe um consenso sobre a terminologia adequada para se referir às pessoas que experimentam a deficiência. Termos como pessoas com deficiência, pessoa portadora de necessidades especiais, pessoas portadoras de deficiência, dentre outros, são propostos por diferentes movimentos de deficientes. No entanto, este estudo utilizará as proposições feitas pelo modelo social de deficiência que usa o termo “pessoa deficiente” e “deficiente” como forma de afirmar a deficiência como parte constitutiva da identidade da pessoa. Portanto, em consonância a proposta do modelo social, este estudo utilizará os termos “deficiente” e “pessoa deficiente” para se referir as pessoas que experimentam a deficiência.

BPC pelos participantes, foi possível conhecer os critérios utilizados na perícia médica e a compreensão da deficiência utilizada pelo programa.

A monografia está dividida em cinco capítulos. O primeiro capítulo consiste na apresentação da metodologia utilizada no estudo. A metodologia consistiu em pesquisa qualitativa em Ciências Humanas. Nesse capítulo, foram apresentadas as principais fases metodológicas da pesquisa que são: procedimentos éticos; trabalho de campo; instrumento de pesquisa utilizado, e; plano de análise dos dados. Os procedimentos éticos referem-se aos cuidados tomados para a proteção dos participantes da pesquisa durante o processo de investigação. O trabalho de campo foi realizado na cidade de Unai – MG com a aplicação de entrevistas semi-dirigidas como instrumento de pesquisa. O plano de análise dos dados foi guiado pelo método de codificação de pesquisas qualitativas.

O segundo capítulo consistiu na apresentação do referencial teórico utilizado para o debate sobre deficiência. Nesse debate existem duas abordagens predominantes para a compreensão da deficiência, o modelo médico e o modelo social. O modelo médico compreende a deficiência a partir de aspectos biomédicos e desconsidera os aspectos sociais que perpassam a experiência da deficiência. O modelo social compreende as desvantagens sociais vividas pelos deficientes e entende a deficiência como questão de justiça social. Devido a situação de vulnerabilidade vivida pelas pessoas deficientes, torna-se necessário pensar na forma como a sociedade compreende e trata as pessoas deficientes. Essas situações de vulnerabilidade são apontadas, nesse capítulo, a partir dos dados sobre a população de deficientes do Censo Demográfico de 2000 que afirmam a necessidade de políticas de proteção social para os deficientes.

A importância do BPC como política de proteção social para as pessoas deficientes que vivenciam situação de vulnerabilidade social foi o tema tratado no terceiro capítulo. Foi realizada uma revisão da literatura sobre proteção social e a importância de políticas dessa natureza para pessoas deficientes. Sobre o BPC, foram apresentados o funcionamento do programa, seus critérios de seletividade e a compreensão da deficiência pelo benefício. A partir dessas informações, foi apontada a necessidade do BPC como política de proteção social para as pessoas deficientes que se encontram desprotegidas devido a situação de exclusão e pobreza que vivenciam resultantes da experiência da deficiência.

No terceiro capítulo foi realizada a análise dos dados coletados na pesquisa. Em um primeiro momento, foi exposto o funcionamento do processo de solicitação até o

indeferimento do benefício em uma comparação do processo descrito pelo Ministério do Desenvolvimento e Combate à Fome (MDS) com o relato dos participantes da pesquisa. A partir do conhecimento do funcionamento desse processo foi possível conhecer as etapas do programa e a importância de cada uma para o resultado do processo. Em seguida, foi apresentado o principal motivo de indeferimento do BPC e foi traçado um perfil das pessoas deficientes que não tiveram acesso ao benefício.

As considerações finais apontaram para a necessidade de revisão dos critérios de seletividade do BPC para pessoas deficientes, pois, os critérios biomédicos utilizados pelo programa não consideram as desvantagens sociais experimentadas pelas pessoas deficientes. Em 2007, alguns procedimentos do BPC, dentre eles os critérios de seletividade, foram revistos pelo Decreto nº 6.214 (BRASIL, 2007). As principais considerações desse Decreto sobre os critérios de seletividade do BPC foram apontadas nas considerações finais.

## **Capítulo 1**

### **Metodologia**

#### **1.1. Apresentação**

Para este trabalho de conclusão de curso foram utilizados os resultados da pesquisa “Indeferimento do Benefício de Prestação Continuada para Deficientes”. Essa pesquisa foi realizada pela autora do presente estudo nos anos de 2006 e 2007 no Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – PIBIC/CNPq/UnB. Os recursos para a realização da pesquisa foram financiados pela Anis – Instituto de Bioética Direitos Humanos e Gênero e pela bolsa de incentivo à pesquisa do PIC, patrocinado pelo CNPq.

Este estudo consiste em uma pesquisa qualitativa em Ciências Humanas. De acordo com John W. Creswell (2007), a pesquisa qualitativa é um processo investigatório que pretende conhecer determinada realidade social e acontece em um cenário natural com múltiplos métodos que permitem o envolvimento dos participantes do estudo. A pesquisa qualitativa é baseada em suposições que são estabelecidas antes de iniciada a investigação. Essas suposições são guiadas por referenciais teóricos acrescidos de conhecimentos intuitivos que surgem nas múltiplas dinâmicas da realidade social. O procedimento qualitativo se propõe a investigar e analisar uma determinada realidade social e, dessa forma, se harmoniza aos objetivos que fundamentam esse projeto.

A técnica utilizada na pesquisa consistiu em entrevistas semi-dirigidas. A entrevista semi-dirigida é uma técnica de entrevista guiada por um roteiro que apresenta uma lista de perguntas a serem respondidas (COMBESSIE, 2004). As perguntas são elaboradas de modo a obter na resposta dos participantes, os dados da realidade estudada. A entrevista semi-dirigida busca manter em seu desenvolvimento uma lógica provável dos encadeamentos e para isso utiliza-se de recursos como questões-trampolim, que anunciam o tema a ser abordado criando uma dinâmica na entrevista (COMBESSIE, 2004). Na entrevista semi-dirigida é utilizado também o recurso da retomada, que é a repetição de uma fala que acaba de ser dita (COMBESSIE, 2004). A retomada é um recurso importante, pois, costuma ter como efeito, provocar o

participante a refletir sobre aquilo que acaba de dizer afirmando sua posição sobre seu argumento para evitar possíveis contradições (COMBESSIE, 2004).

A entrevista semi-dirigida é um instrumento pelo qual a pesquisadora se envolve com os participantes na coleta de dados e tenta estabelecer harmonia e credibilidade com os participantes (CRESWELL, 2007). Os manuais de metodologia qualitativa tentam homogeneizar os estilos de condução das entrevistas, mas, ainda assim, cada pesquisadora tem sua própria maneira de conduzir a entrevista (COMBESSIE, 2004). Além disso, a condução e conteúdo da entrevista será marcada por relações de idade, sexo, origens sociais, nível de instrução e trajetória de cada participante em relação aos demais, o que exige da pesquisadora uma sensibilidade para adequar a condução da entrevista aos participantes (COMBESSIE, 2004). Devido a essa relação entre pesquisadora e participante na coleta de dados, devem ser tomados cuidados éticos durante todas as etapas da pesquisa.

Este estudo apresentou as seguintes etapas metodológicas: 1. levantamento teórico sobre deficiência, proteção social e BPC; 2. apresentação do projeto a um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para analisar as implicações éticas do projeto; 3. trabalho de campo: a) consulta aos processos de solicitação do BPC durante os anos de 2004 e 2005 que tiveram seu pedido negado; b) construção de um instrumento de coleta de dados que consistiu em uma entrevista semi-dirigida; c) realização do pré-teste aplicado a três participantes que validou do instrumento; d) realização de vinte e oito entrevistas com gravação da voz dos entrevistados; 4. transcrição das entrevistas e análise qualitativa dos dados.

## **1.2. Procedimentos Éticos**

Por se tratar de um método subjetivo, a pesquisa qualitativa deve se preocupar com as implicações éticas decorrentes do processo de investigação na vida dos indivíduos, por isso os participantes da pesquisa devem receber informações suficientes sobre o estudo para assegurar sua proteção (MEDEIROS, *et al.* 2007). Dessa forma, foi apresentado aos participantes a pesquisa, seus objetivos, e a forma de participação nas entrevistas. Antes de iniciar a entrevista, os participantes receberam informações sobre a participação voluntária e a possibilidade de desistência em qualquer momento da pesquisa.

O consentimento dos participantes para a realização da pesquisa foi realizado de forma oral. A aplicação do consentimento oral justifica-se pela dificuldade de

compreensão da escrita pelos participantes. O uso do consentimento oral permitia com que a pesquisa e seus objetivos fossem compreendidos evitando situações constrangedoras para os participantes. O uso do gravador para registro das entrevistas só aconteceu após a autorização dos participantes. Participaram das entrevistas, apenas as pessoas que compreenderam os procedimentos da pesquisa e aceitaram participar. Uma participante desistiu da entrevista quando informada do uso do gravador por não se sentir à vontade. Foi assegurado o sigilo dos dados pessoais de todos os participantes da pesquisa.

A pesquisa qualitativa em Ciências Humanas entende as ações humanas de acordo com os significados e representações que o participante compreende da sua realidade, portanto, o conhecimento da pesquisadora sobre esses fatos favorecem a produção de conhecimento e o levantamento de questões éticas (GUILHEM e ZICKER, 2007). Nesse sentido, as questões éticas devem ser reconhecidas para proteger os sujeitos de pesquisa de possíveis desvantagens decorrentes da relação entre sujeitos e pesquisadores (GUILHEM e ZICKER, 2007). Como forma de garantir a proteção dos participantes da pesquisa e dos pesquisadores, existe no Brasil a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde que direciona as questões éticas de pesquisas envolvendo seres humanos.

A Resolução 196/96 consolidou o Sistema CEP/CONEP, que se configura na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) com diversos Comitês de Ética em Pesquisa - fóruns privilegiados de discussão e avaliação ética em pesquisas (GUILHEM e ZICKER, 2007). A submissão de projetos de pesquisa ao CEP não é um processo obrigatório e, apesar desta pesquisa não apresentar desvantagens e riscos físicos, morais ou materiais para os sujeitos envolvidos, foi considerado importante submeter essa pesquisa a um CEP. Dessa forma, para analisar as possíveis implicações éticas em todas as fases da pesquisa, como fator de proteção para os sujeitos envolvidos e para a pesquisadora, o projeto desta pesquisa foi submetido ao CEP do Instituto de Ciência Humanas da Universidade de Brasília.

### **1.3. Trabalho de Campo**

O trabalho de campo foi realizado na cidade de Unaí –MG. A escolha pela cidade se justificou pela possibilidade de realizar um estudo em profundidade, pois, Unaí só conta com um posto central do INSS e devido ao porte demográfico da cidade foi possível a análise de todas as solicitações dos anos de 2004 e 2005, permitindo que

os resultados da pesquisa fossem confiáveis e representativos. Além disso, foi autorizado, pela pessoa responsável pela agência do INSS, o acesso aos processos, para que, após a apresentação dos objetivos da pesquisa e firmado compromisso de sigilo dos dados, fosse possível coletar informações para buscar contato com os participantes.

De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), durante o período de 2004 e 2005, ocorreram 430 pedidos de acesso ao BPC por pessoas deficientes na única agência do INSS da cidade (BRASIL, 2007). Desses 430 processos de pedido de concessão, houve 276 pedidos negados (64%) e 154 benefícios concedidos (36%) (BRASIL, 2007). A realização de 28 entrevistas correspondeu a uma amostra de 10% do total de pedidos negados.

### **1.3.1. Instrumento de Pesquisa**

A primeira fase do trabalho de campo consistiu na construção um instrumento de coleta de dados para conhecer as razões do indeferimento do BPC para pessoas deficientes. O instrumento de pesquisa consistiu em uma entrevista semi-dirigida validada após a realização de um pré-teste em três entrevistas. As entrevistas do pré-teste foram exploratórias no sentido de integrar novos aspectos e excluir os que se tornaram desnecessários ou inviáveis para a elaboração de um guia mais preciso e detalhado (COMBESSIE, 2004). A validação do instrumento se deu com verificação de um conteúdo homogêneo nas respostas dos temas previstos (COMBESSIE, 2004).

O instrumental foi aplicado em 28 entrevistas com deficientes que tiveram sua solicitação do BPC negadas. A escolha pela realização das entrevistas com os indivíduos que solicitaram o BPC se deu por ser o grupo mais atingido pela decisão do indeferimento e por estes sujeitos participarem de todas as fases do processo, desde a solicitação do benefício até o seu indeferimento. As entrevistas foram realizadas a partir das informações coletadas nos processo do INSS. Essas informações foram parciais e diziam respeito à data do início do processo e aos dados sobre nome e endereço das pessoas que deram entrada. A partir da seleção dos processos os 28 participantes foram escolhidos aleatoriamente.

De acordo com John W. Creswell (2007), na pesquisa qualitativa a pesquisadora sempre vai ao local onde está o participante para que seja possível desenvolver um nível de detalhes sobre a pessoa, o local e se envolver nas experiências reais do participante. Dessa forma, as entrevistas foram realizadas na residência dos participantes. Nas situações em que a pessoa deficiente que teve o BPC negado estava ausente ou, por

alguma limitação, não podia participar da entrevista, as perguntas foram dirigidas ao responsável ou à pessoa que acompanhou o processo de requerimento do BPC. As entrevistas foram realizadas face a face com os participantes e para registro das informações foi utilizado um gravador para a gravação da voz.

#### **1.4. Plano de Análise dos Dados**

Os motivos do indeferimento do BPC foram analisados qualitativamente a partir do conteúdo das entrevistas aplicadas aos deficientes que tiveram o pedido do benefício negado. A análise testou a hipótese em que cumpridos todos os critérios formais de elegibilidade, a compreensão dos critérios pelo modelo médico da deficiência foi o principal motivo para o indeferimento do BPC. Os dados levantados pelas entrevistas foram analisados sob a perspectiva dos referenciais teóricos do modelo social de deficiência.

O conteúdo das entrevistas foi transcrito pela pesquisadora responsável, que durante esse processo utilizou o método de retoque. De acordo com Jean-Claude Combessie (2004) o método de retoque consiste em transcrever a narração dos entrevistados com ajustes de linguagem de acordo com os padrões formais. Essa formalização tem uma função de síntese e de esclarecimento, tratando-se, inclusive, de proteger a imagem da pessoa entrevistada no momento em que se publica a forma escrita da entrevista oral (COMBESSIE, 2004).

A partir do texto transcrito das entrevistas, foi realizada uma leitura aprofundada para extrair dados da pesquisa, o que é interpretado por John W. Creswell (2007) como a fase de organização e preparação dos dados para a análise. Concluída essa fase, foi possível obter um sentido geral das informações para um aprofundamento do entendimento dos dados (CRESWELL, 2007). A análise detalhada das entrevistas foi realizada por um processo de codificação das respostas abertas para permitir a comparação (MAY, 2004). No processo de codificação, foram levantados tópicos de análise a partir da extração do sentido total das entrevistas. Os tópicos similares foram agrupados e abreviados em categorias, que foram posicionadas dentro dos referenciais teóricos estudados para esta pesquisa (CRESWELL, 2007). A análise dos dados foi realizada a partir das categorias elencadas sob a perspectiva do modelo social de deficiência.

De acordo com Anselm Strauss e Juliet Corbin (2008), a análise qualitativa produz resultados não alcançados através de procedimentos estatísticos e de

quantificação. Alguns dados podem ser quantificados, porém, sua força está na análise interpretativa (STRAUSS e CORBIN, 2008). Por se tratar de uma pesquisa de Ciências Humanas no campo das Ciências Sociais Aplicadas, a análise interpretativa dos dados desta pesquisa identifica problemas e propõe soluções. Essa característica aponta para a possibilidade de vieses da pesquisadora na interpretação dos dados. Dessa forma, para garantir uma neutralidade na pesquisa e buscar uma imparcialidade, foram utilizados os métodos apresentados nesta pesquisa.

A metodologia é uma forma de se pensar uma determinada realidade social e os métodos são um conjunto de procedimentos e técnicas para coletar e analisar dados (STRAUSS e CORBIN, 2008). Dessa forma, a utilização de metodologias e métodos acrescidos de conhecimentos teóricos, é muito importante por fornecer meios de transformar o olhar da pesquisadora para a realidade, conferindo-lhe uma análise confiante. Os resultados dessa análise geram novos conhecimentos da realidade social que por serem baseados em dados de pesquisa resultam em uma teoria fundamentada (STRAUSS e CORBIN, 2008).

## Capítulo 2

### Deficiência

De acordo com o Censo Demográfico de 2000, 24,5 milhões de brasileiros são deficientes, o que corresponde a 14,5% da população. Esse contingente populacional é muito superior ao que indicava o censo de 1991, onde a população de deficientes no Brasil era menos de 2% do total da população (NERI e SOARES, 2008). O aumento da população deficiente deve-se a mudança dos instrumentos de coleta de informações. A partir de recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), o último Censo incluiu as pessoas que apresentavam dificuldades permanentes para enxergar, ouvir e caminhar, ou seja, passou a incluir, principalmente, pessoas doentes e idosas (NERI e SOARES, 2008).

O envelhecimento é acompanhado de mudanças nas capacidades físicas e mentais. Assim, as novas metodologias adotadas pelo Censo acabam por incluir um grande número de pessoas idosas que experimentam algumas dessas restrições de funcionalidades. Devido ao envelhecimento populacional, os doentes crônicos que têm representado uma grande demanda por serviços de saúde, passaram a ser incluídos na população de pessoas deficientes (BARROS, *et al.* 2006). De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), nos últimos dez anos, a população idosa do Brasil aumentou 49% (IBGE, 2000). Portanto, o envelhecimento populacional é uma das possíveis explicações para a expansão do contingente populacional de pessoas deficientes. A inclusão de pessoas idosas e doentes no contingente populacional dos deficientes aponta para uma nova interpretação da experiência da deficiência, que considera o meio social em que vive a pessoa com lesão.

Nesse sentido, no Brasil, os deficientes representam uma minoria social com considerável expressão demográfica, o que demanda a necessidade de se pensar em como a sociedade brasileira compreende a deficiência e de como essa sociedade trata as pessoas deficientes. De acordo com Debora Diniz (2007), a deficiência é um campo pouco explorado no Brasil por, principalmente, ainda ser considerada uma tragédia pessoal e não uma questão de justiça social, pois, devido a isso, o debate da deficiência não alcança a esfera pública e sua atenção prevalece no âmbito familiar privado.

A questão da deficiência pode ser entendida a partir de duas abordagens principais: a biomédica que privilegia o corpo e a funcionalidade de seus órgãos e membros a partir de uma perspectiva clínica, e; a social que busca entender a

deficiência a partir de seus aspectos históricos e culturais, considerando a relação da pessoa que experimenta a deficiência com o meio em que está inserida. A essas duas perspectivas deu-se o nome de modelo médico e modelo social de deficiência, respectivamente.

## **2.1. Modelo Médico de Deficiência**

A partir do surgimento da medicina moderna no século XVIII, a racionalidade médica proporcionou um discurso médico sobre o indivíduo, o sujeito era reduzido em comparação a um padrão corporal de normalidade colocado pelo olhar médico (FOUCAULT, 1994). Nesse contexto, os indivíduos que experimentavam a deficiência eram entendidos como anormais e necessitavam de acompanhamentos médicos para correções de suas lesões. A experiência da deficiência passou a ser entendida a partir dessa mensuração de um padrão de normalidade, onde a deficiência passou a ser vista como um prejuízo social resultante de um azar individual.

De acordo com o modelo médico, a deficiência é a expressão de um corpo anormal com deformidades de funções no corpo biológico, os cuidados médicos não se dão apenas para garantir o bem-estar dessas pessoas, mas para ajustar os corpos de forma a responder a um padrão de normalidade imposto. A comparação entre os corpos favorece ou prejudica aquele que corresponde ou se afasta dos padrões de normalidade (CANGUILHEM, 1978). De acordo com Georges Canguilhem (1978), a comparação entre o corpo do deficiente e o do não deficiente, afasta os indivíduos deficientes daqueles com os quais é comparado, o que gera uma exclusão das pessoas deficientes que só pode ser rompida quando se reconhece as diversidades corporais. Shelley Tremain (2004) afirma que a imposição de um modelo corporal normal é resultado do discurso de um grupo socialmente dominante – as pessoas não deficientes – sobre os deficientes. O discurso da normalidade fortalece as relações de dominação exercidas por esse grupo e exclui as pessoas deficientes da participação na sociedade. Esse discurso é gerado pelo pensamento biomédico que entende o corpo apenas em sua esfera material e rejeita as circunstâncias históricas, culturais e as relações de poder que caracterizam o corpo das pessoas deficientes (TREMAIN, 2004).

Desde o surgimento da racionalidade médica, o modelo biomédico tem se consolidado no campo das ciências naturais (GUEDES, *et al.* 2006). Com isso, as ciências médicas criaram termos e conceitos que consideram as doenças e lesões apenas em aspectos biomédicos, excluindo a subjetividade da singularidade e do sofrimento

humano (GUEDES, *et al.* 2006). O pensamento biomédico ignora que as pessoas que vivenciam a experiência da doença e da lesão estão envolvidas em questões culturais, sociais e psicológicas que escapam ao biológico (GUEDES, *et al.* 2006). Prova disso, é a constante tentativa de sistematização de manuais médicos que generalizam a doença e a lesão ignorando todo tipo de queixa e sofrimento que não são possíveis de enquadrar em seus catálogos.

A diferenciação e objetivação da lesão são práticas biomédicas, e a definição de variação de habilidades e restrição de funções é um julgamento de valor (MEDEIROS, *et al.* 2006). Porém, para que o debate da deficiência seja colocado dentro da perspectiva de diversidade, não significa que as normatizações médicas devam ser abandonadas. As objetivações desse campo são importantes quando considerada a experiência social da deficiência, pois, dessa forma se tornam instrumentos para reparação de desigualdades (MEDEIROS, *et al.* 2006).

Como reflexo dessa objetividade médica, em 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) (DINIZ, 2007; CHAGAS, 2006).<sup>2</sup> A CIDID codificou as doenças e lesões para sistematizar a linguagem biomédica baseando-se no modelo médico de deficiência (DINIZ, 2007). A CIDID baseou-se em três principais conceitos que descreviam em uma seqüência linear as condições decorrentes da lesão: lesão-deficiência-desvantagem. De acordo com a CIDID, lesão era a ausência de um órgão ou função que expressava uma anormalidade; deficiência era a restrição ou falta de habilidade para realizar uma função considerada normal devido à presença de uma lesão, e desvantagem era o prejuízo individual resultante da limitação e dificuldade para o desempenho de atividades consideradas normais (DINIZ, 2007).

Dessa forma, a compreensão da deficiência pela CIDID era de uma limitação corporal resultante de uma tragédia particular que necessitava de medidas sanitárias de reabilitação (DINIZ, 2007). Essa compreensão da deficiência recebeu várias críticas dos estudiosos do modelo social de deficiência que propunham o entendimento da deficiência por aspectos sociais. Devido às diversas críticas, na década de 1990 a OMS iniciou um processo de revisão da CIDID que resultou na publicação, em 2001, da Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde (CIF) (DINIZ, 2007). Esse novo documento substituiu a ênfase negativa da deficiência, por uma

---

<sup>2</sup> *International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH)* na versão em inglês.

descrição neutra das estruturas corporais e seu funcionamento, considerando também a experiência da deficiência na realidade social (CHAGAS, 2006).

## 2.2. Modelo Social de Deficiência

O modelo social de deficiência surgiu na década de 1960 no Reino Unido e foi responsável por compreender a experiência da deficiência a partir de conceitos sociológicos e não apenas biomédicos (DINIZ, 2007). A Upias (*The Union of the Physically Impaired Against Segregation*) foi um movimento político dos deficientes e surgiu na década de 1970 como um dos percussores do modelo social de deficiência (MEDEIROS e DINIZ, 2004).<sup>3</sup> Um dos objetivos da Upias era retirar a deficiência apenas dos discursos biomédicos e colocá-la como uma questão prioritária para a Sociologia e a Política (DINIZ, 2007).

A Upias foi responsável por diferenciar deficiência de lesão, o que foi considerado um feito histórico nos estudos sobre deficiência (DINIZ, 2007). Para o modelo social, lesão passou a ser entendida como a ausência de um órgão ou de alguma funcionalidade que expressa uma diversidade, e a experiência da deficiência como uma desvantagem resultante da discriminação de sociedades pouco receptivas a diversidade (CORKER e SHAKESPEARE, 2004). Em contraste à essa compreensão, o modelo médico da deficiência entende o corpo com lesões como uma desvantagem biológica, avaliando o funcionamento dos órgãos e das capacidades físicas e cognitivas e, dessa forma, impondo um modelo corporal como padrão de normalidade, onde a lesão é resultado de uma desvantagem devido à incapacidade do indivíduo de se adaptar aos ambientes das pessoas que não experimentam a deficiência (THOMAS e CORKER, 2004).

Na tentativa de aproximar a compreensão do tema da deficiência às Ciências Sociais, o movimento de deficientes britânico utilizou como principal marco teórico o materialismo histórico. De acordo com Debora Diniz (2007), a deficiência compreendida como expressão da opressão social buscava a resposta de quem se beneficiaria com a segregação dos deficientes e, de acordo com esse referencial teórico, o capitalismo seria beneficiado por entender a função econômica dos deficientes como massa de reserva. Em uma sociedade capitalista, que privilegia a capacidade produtiva dos indivíduos, a deficiência era a expressão de um corpo disfuncional e incapaz.

---

<sup>3</sup> Traduzido para o português como a “Liga dos Lesados Físicos contra a Segregação” (DINIZ, 2007).

A partir da perspectiva do materialismo histórico foi possível a compreensão da deficiência como resultado de um ordenamento político e econômico. Os teóricos do modelo social afirmavam que a resposta para a segregação e opressão dos deficientes estava nesse ordenamento. Essa afirmação não recusava a atenção biomédica para os corpos com lesões, reconhecia que era necessário ir além da medicalização da lesão para compreendê-la nos campos da sociologia e da política e atingir as políticas públicas para a deficiência (DINIZ, 2007). Dessa forma, para a primeira geração dos teóricos do modelo social, o desafio era introduzir uma nova divisão social do trabalho que incorporasse a deficiência (DINIZ, 2007).

O materialismo histórico consolidou-se como principal referencial teórico da primeira geração dos teóricos do modelo social. Porém, nos anos de 1990 e 2000 as críticas feministas começaram a fazer parte do debate sobre deficiência e configuraram a segunda geração de estudiosos do modelo social de deficiência (TOMAS e CORKER, 2004). Assim como os deficientes eram oprimidos devido ao corpo com lesões, as mulheres eram oprimidas por causa do sexo e, dessa forma, o grupo de feministas encontrou na oposição à desigualdade uma aproximação argumentativa no debate sobre deficiência (DINIZ, 2007).

A primeira geração do modelo social de deficiência considerava que a independência dos deficientes não era alcançada devido à opressão e discriminação do meio social em que viviam. As teorias feministas questionaram a afirmação de que os limites eram apenas sociais e não do indivíduo, argumentando que a deficiência não poderia ser entendida como um fenômeno social isolado (THOMAS e CORKER, 2004; DINIZ, 2007). Era necessário entender o fenômeno da deficiência relacionando outras variáveis de desigualdade, como raça, gênero, orientação sexual ou idade (THOMAS e CORKER, 2004). Além disso, era necessário reconhecer os limites corporais, as dores e o sofrimento de determinadas lesões, o que refutava a idéia que todos os deficientes desejariam a independência, como proposto pelo projeto da primeira geração (DINIZ, 2007). Era necessário reconhecer a particularidade do modo de vida da pessoa deficiente, que é o corpo com lesão. Nesse sentido, Debora Diniz enfatiza que:

Deficiência não é mais uma simples expressão de uma lesão que impõe restrições à participação social de uma pessoa. Deficiência é um conceito complexo que reconhece o corpo com lesão, mas que também denuncia a estrutura social que oprime a pessoa deficiente (DINIZ, 2007, p.9).

As teorias feministas introduziram um debate ignorado pela primeira geração do modelo social de deficiência: o debate sobre o papel das cuidadoras dos deficientes. Para os teóricos do modelo social era arriscado assumir o cuidado como questão de justiça social, pois, essa afirmação poderia fortalecer a exclusão social dos deficientes garantindo o cuidado ao invés de modificar o ordenamento social que excluía os deficientes (DINIZ, 2007). O grupo de feministas defendia que as relações de dependência eram inevitáveis na vida social e que essas relações e o cuidado deveriam ser reconhecidos como questões de justiça social para deficientes e não-deficientes (DINIZ, 2007).

A compreensão da deficiência pelo modelo social é resultado de um processo histórico que incorporou as idéias e experiências dos movimentos sociais de deficientes, as influências dos referenciais teóricos do materialismo histórico e das críticas feministas pós-modernas. Porém, o conceito de deficiência é complexo e está expresso na variedade de interpretações e experiências em torno do corpo e da relação deste com o ambiente (MEDEIROS, *et al.* 2006). Alguns teóricos do modelo social afirmam que a deficiência é algo que se experimenta e é de difícil compreensão (DINIZ, 2007). A incompreensão da deficiência deve-se ao processo histórico de opressão e exclusão social dos deficientes devido ao confinamento da deficiência na esfera doméstica e privada (DINIZ, 2007). Para romper com esse silêncio, o modelo social propõe a compreensão da deficiência como expressão da diversidade humana, denunciando a opressão do desprezo pelo corpo do deficiente (DINIZ, 2007).

### **2.3. Deficiência no Contexto Brasileiro**

Na sociedade brasileira as pessoas deficientes vivenciam constantes situações de opressão e discriminação devido a pouca receptividade dessa sociedade para a diversidade. Apesar das pessoas deficientes constituírem um expressivo grupo populacional, a deficiência ainda é um campo pouco explorado no Brasil e sua atenção prevalece no âmbito familiar privado (DINIZ, 2007). A compreensão da deficiência apenas por critérios biomédicos contribui para o aumento das situações de discriminação e opressão vivida pelas pessoas deficientes, pois, a deficiência passa a ser entendida como prejuízo individual.

O pensamento biomédico não considera as desvantagens sociais experimentadas pelos deficientes e, dessa forma, as situações de vulnerabilidades sociais vividas por essas pessoas são silenciadas, o que contribui para que as questões relativas à

deficiência não sejam incluídas no debate das políticas públicas do Estado brasileiro. Nesse sentido, a partir dos dados do Censo Demográfico de 2000, é possível apontar a situação de vulnerabilidade vivida pelas pessoas deficientes no Brasil.

Dentre o universo das pessoas deficientes considerado no Censo, as lesões descritas foram: deficiência mental (11,5%), tetraplegia, paraplegia ou hemiplegia (0,4%), falta de um membro ou parte dele (5,3%), dificuldade de enxergar (57,2%), dificuldade de ouvir (19%), dificuldade de caminhar (22,7%), dificuldade permanente de ouvir (0,7%), dificuldade permanente de caminhar (2,3%), dificuldade permanente de enxergar (0,6%) (IBGE, 2000; NERI, 2003). O número de mulheres deficientes foi de 1,7 milhão a mais que os homens, as lesões mais frequentes entre as mulheres foram a dificuldade permanente de enxergar e de caminhar, nas demais lesões apontadas pelo Censo a maior frequência foi nos homens (IBGE, 2000; CHAGAS, 2006).

No que se refere a faixa etária, o contingente populacional de pessoas deficientes foi distribuído pelo Censo da seguinte forma: 8,8% se referia às crianças entre 0 e 14 anos, 14,6% às pessoas com idade entre 15 e 39 anos, 47,2% às pessoas com idade de 30 a 59 anos, e 29,3% às pessoas com idade superior a 60 anos (IBGE, 2000; SQUINCA, 2007). Além disso, o Censo observou a distribuição por cor das pessoas deficientes, essa distribuição foi classificada de acordo com as nomenclaturas utilizadas pelo IBGE e apontou que 13,8% eram brancas, 17,5% preta, 13,9% amarela, 15% parda e 17% indígena (CHAGAS, 2006; IBGE, 2000). A menor ocorrência de lesões entre pessoas brancas e amarelas aponta para a necessidade de as políticas de prevenção às doenças, diferenciarem os grupos populacionais para melhor atenderem suas necessidades, como exemplo da ocorrência de anemia falciforme entre as pessoas negras (CHAGAS, 2006).

No aspecto educacional, o Censo observou que a taxa de alfabetização das pessoas não deficientes com 15 anos ou mais de idade, foi de 87,1%, já, entre as pessoas deficientes, essa taxa foi de 72% (IBGE, 2000). 13% das pessoas deficientes frequentavam a escola e as pessoas não deficientes conferiam a taxa de 34,7% de frequência à escola (CHAGAS, 2006). A partir desses dados é possível verificar a desvantagem social das pessoas deficientes no âmbito educacional, pois, por ser uma política social, a educação é um direito de todos e de acordo com os dados do censo, tem sido um recurso indisponível para as demandas dos deficientes.

Sobre a participação das pessoas deficientes no mercado de trabalho, 38,6% tinham alguma ocupação, enquanto esse dado era expresso em 49,9% na situação das

peças não deficientes (CHAGAS, 2006; IBGE, 2000). Da mesma forma, existiam mais deficientes desocupados (61,4%), do que peças não deficientes desocupadas (50%) (CHAGAS, 2006; IBGE, 2000). Além disso, o Censo apontou para a dificuldade dos deficientes mentais no acesso ao mercado de trabalho, pois, apenas 19,3% dos deficientes mentais estão inseridos no mercado de trabalho (SQUINCA, 2007). Sabe-se que a questão do desemprego é uma problemática da conjuntura política e econômica brasileira, porém, a insensibilidade à diversidade na sociedade, torna maior o desemprego das peças deficientes.

Relacionado à questão do trabalho, está a questão da renda onde, de acordo com o Censo, 44,5% da população de peças não deficientes não recebem rendimentos, taxa superior a de 31% das peças deficientes (CHAGAS, 2006; IBGE, 2000). Ana Maria Chagas (2006) aponta que o motivo dessa prevalência dos rendimentos das peças deficientes deve-se ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) e Renda Mensal Vitalícia (RMV) recebidos por 1,5 milhão de deficientes. Os benefícios recebidos pelas peças deficientes são benefícios da assistência social e se referem ao repasse de um salário mínimo. Dessa forma, 31,9% das peças com deficiência recebem até um salário mínimo de rendimento, enquanto 15% das peças não deficientes recebem esse mesmo rendimento, porém, em relação às peças que recebem acima de cinco salários mínimos 9,4% são deficientes e 11,6% são peças não deficientes (CHAGAS, 2006).

## Capítulo 3

### Benefício de Prestação Continuada e Proteção Social

#### 3.1. O Benefício de Prestação Continuada

O BPC é um benefício assistência social previsto na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) de 1993. É o primeiro benefício não contributivo garantido na Constituição (SPOSATI, 2004). Apesar de constituído em 1988, a implantação do BPC se deu apenas em 1996 e desde então, o número de pessoas beneficiadas apresentou um aumento de 10% ao ano (BRASIL, 2007). De acordo com Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) em 1996 o BPC alcançava 346 mil idosos e deficientes, em 2005 esse número aumentou para 2,5 milhões de pessoas, sendo que mais de 1,3 milhão são pessoas deficientes (BRASIL, 2007).

O BPC é uma política de transferência de renda para idosos ou pessoas deficientes extremamente pobres. As transferências são concedidas a pessoas idosas com idade acima de 65 anos ou pessoas com deficiência grave, cuja renda familiar per capita é inferior a um quarto de salário mínimo (R\$ 103,75 em março de 2008), ou seja, pessoas que se encontram impossibilitadas de prover sua manutenção, ou tê-la provida por sua família (BRASIL, 2007).<sup>4</sup> O valor da transferência é equivalente a um salário mínimo mensal. As transferências não são vitalícias, são intransferíveis, independentes de contribuições prévias para o sistema de seguridade social e não podem ser acumuladas a outros benefícios da seguridade social, com exceção da assistência médica (BRASIL, 2007).

Por atender um grande contingente populacional sem exigir contribuições prévias ao sistema de seguridade social, o BPC apresenta-se como um programa de grande importância dentro da política de assistência social brasileira. De acordo com a Constituição de 1988, a assistência social constitui-se em um direito de cidadania e dever do Estado e deve ser prestada a quem dela necessitar. Essa concepção rompeu com a tradição histórica que compreendia a assistência social como dever moral de

---

<sup>4</sup> Valor calculado com base no salário mínimo correspondente a R\$ 415,00, de acordo com a Medida Provisória Nº 421, de 29 de fevereiro de 2008.

ajuda, marcada por ações assistencialistas que conferiam a responsabilidade ao âmbito privado e não ao Estado (GOMES, 2004).

De acordo com Ana Lígia Gomes (2004), as ações da assistência social para a população idosa e deficiente anteriores ao BPC eram programas descontínuos, incertos e desarticulados, marcados por características assistencialistas e que atendiam de modo precário as pessoas que dela necessitavam. Além disso, a transferência de renda era condicionada a contribuições anteriores que acabavam por exigir vinculações dos indivíduos ao mercado de trabalho, o que excluía do acesso aos direitos sociais as pessoas que não estavam inseridas em relações de trabalho formal (BOSCHETTI, 2006). A previsão do BPC na Constituição como uma política da assistência social atribuiu ao benefício a condição de direito, o que foi um marco significativo no âmbito da seguridade social brasileira, pois, garantiu com que as pessoas idosas e deficientes que respondessem aos critérios de elegibilidade tivessem esse direito garantido como responsabilidade social e dever do Estado.

### **3.2. Proteção Social**

Os indivíduos que vivem em sociedade são vulneráveis a diversas situações incertas que podem acontecer no percurso de suas vidas. Essas situações podem ser várias, tais como acidentes, doenças, desemprego, velhice e circunstâncias imprevisíveis da vida que podem ser entendidas como riscos sociais por comprometerem a capacidade dos indivíduos de assegurar por si mesmo sua independência social (CASTEL, 2005). A consequência de estar à mercê dessas eventualidades é o sentimento de insegurança social vivido pelos membros de uma sociedade (CASTEL, 2005). Para que os membros de uma sociedade sejam afastados da insegurança social eles devem ser protegidos (CASTEL, 2005). Nesse sentido, proteção social é uma forma de preservar os sujeitos contra as principais situações de risco de suas vidas (CASTEL, 2005).

De acordo com Alain Euzéby (2004), a proteção social deve ser entendida como forma de justiça social, pois esta é um meio de garantir direitos aos membros de uma sociedade. A garantia desses direitos permite com que os indivíduos em sociedade tenham ampliados o acesso aos recursos sociais como saúde, educação, renda, dentre outros, que melhore as condições de vida dessas pessoas. As sociedades em que os indivíduos detêm direitos são sociedades justas que proporcionam a segurança social de seus membros. A concepção de direitos impede que as formas de assegurar a proteção

dos membros de uma sociedade sejam consideradas benesse ou generosidade e, portanto, são entendidas como questões de justiça.

Ronald Dworkin (2005) afirma que os Estados devem ter igual consideração pelos seus membros e que os recursos sociais disponíveis devem ser amplamente distribuídos de maneira que atenda às diferentes necessidades dos indivíduos. Os critérios de distribuição de recursos devem reconhecer a diversidade humana relacionada a fatores como idade, saúde, classe social, cultura, entre outros, que demandam diferentes necessidades entre os membros de uma sociedade. Se a diversidade não for reconhecida para a distribuição de recursos, serão geradas situações de desigualdade.

Nesse sentido, um sistema de seguridade social torna-se importante para prever desvantagens sociais que os indivíduos podem experimentar. Para alcançar uma justiça social, as desigualdades podem ser corrigidas por ações redistributivas que compensem aqueles que tiveram seu bem-estar afetado (EUZÉBY, 2004). Essas ações permitem com que as pessoas disponham dos diferentes recursos no curso de suas vidas que contribuam para o seu bem estar individual e coletivo (EUZÉBY, 2004). É importante que as ações de reparação sejam coletivas com a participação dos indivíduos nos grupo protetores, pois, os direitos adquiridos pelo grupo serão estendidos aos seus participantes (CASTEL, 2005).

### **3.3. Deficientes Protegidos e Desprotegidos**

A experiência da deficiência em sociedades pouco sensíveis à diversidade é opressora e excludente. Nessas sociedades, as pessoas deficientes não têm acesso a direitos sociais como educação, cultura e trabalho, o que as excluem da participação nas sociedades em que vivem. Por não terem os seus direitos garantidos, as pessoas deficientes vivenciam uma situação de insegurança social que pode ser controlada a partir do desenvolvimento de políticas que visem protegê-los. A proteção social possibilita uma sociedade sem exclusões, pois disponibiliza recursos e direitos necessários que permitem uma relação de interdependência entre todos (CASTEL, 2005). A criação de políticas de proteção social para as pessoas deficientes pode reparar a exclusão vivida pelos deficientes, contribuir com a retirada de barreiras sociais, influenciar as atitudes dos demais membros da sociedade e garantir os direitos de cidadania dos deficientes.

No Brasil, apenas muito recentemente têm-se criado políticas de proteção social para os deficientes. Os setores privados e não-governamentais têm uma tradição histórica de atenção aos deficientes, porém, a atenção se dava por medidas assistencialistas e de caridade que afirmavam a insegurança vivida pelos deficientes (CHAGAS, 2006). A partir da década de 1980 essas ações têm tido um caráter de direitos, pois, a construção da Constituição democrática proporcionou o surgimento de ações públicas governamentais voltadas para os deficientes, dentre elas, o BPC.

O BPC é um instrumento de proteção social que visa garantir direitos de cidadania aos indivíduos beneficiados. De acordo com Alain Euzéby (2004), a proteção social é um meio de justiça social geradora de vantagens não apenas individuais, mas que contribuem para o bem-estar coletivo. Porém, apesar de ser um importante meio de proteção social para as pessoas deficientes, o BPC apresenta fragilidades em seu planejamento e execução. Nesse sentido, Castel ressalta que:

[...] ser protegido não é viver na certeza de poder controlar perfeitamente todos os riscos da vida, mas sobretudo viver cercado de sistemas de segurança que são construções complexas e frágeis que trazem em si mesmas o risco de falhar em sua tarefa e de decepcionar as expectativas que elas suscitaram (CASTEL, 2005, p. 8).

Desde sua implementação em 1996, o principal alvo de contestações sobre a operacionalização do BPC têm sido a respeito de seus critérios de elegibilidade (GOMES, 2004; SPOSATI, 2004). Apesar do reconhecimento legal do BPC como direito, permanecem resquícios da lógica assistencialista conservadora, onde para conceder benefícios sem contribuição prévia os deficientes pobres devem comprovar sérias razões que justifiquem o não-exercício do trabalho (BOSCHETTI, 2006). Dessa forma, a comprovação de renda familiar *per capita* inferior a um quarto do salário mínimo e incapacidade para a vida independente e trabalho limita a abrangência do benefício e exclui uma grande parcela de pessoas deficientes que necessitam de mecanismos de proteção social por experimentarem restrição de direitos.

O critério de renda estabelecido pela LOAS foi um recorte extremamente restritivo que passou a exigir das pessoas deficientes não apenas sua comprovação de pobreza, mas de toda sua família (BOSCHETTI, 2006; SPOSATI, 2004). Dessa forma, para o cálculo da renda familiar *per capita*, deve ser declarada a fonte de renda de todos os membros da família. Diante disso, a LOAS definiu o conceito de família como “a unidade mononuclear, vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela

contribuição de seus integrantes” (BRASIL, 1993, p. 21). Essa compreensão foi alterada em 1998 pela Lei nº 9.720 que passou a definir família como “o cônjuge, a companheira, o companheiro, os filhos e irmãos de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido; os pais; a pessoa designada, menor de 21 anos ou maior de 60 anos ou inválida” (BRASIL, 1998; BRASIL, 2007).

A comprovação de renda feita com base no cálculo da renda familiar e não individual, não permite com que o BPC seja uma política de transferência de renda para a reparação de desigualdades vivida pelos deficientes, mas transforma esse benefício em uma política de proteção social para suas famílias (DINIZ, *et. al* 2006). Debora Diniz, Marcelo Medeiros e Flávia Squinca (2006) apontam que essa lógica é mantida por dois pressupostos muito comuns no pensamento da sociedade brasileira sobre a deficiência. O primeiro é que um deficiente apenas necessita do BPC se sua situação de vulnerabilidade incluir a dependência de cuidados e dependência econômica de seus familiares (DINIZ, *et. al* 2006). O segundo, é que a idéia de deficiência como tragédia individual pressupõe que a atenção à deficiência deva ser dada em âmbito privado pelas famílias e que a atenção do Estado deve acontecer apenas quando a família for impossibilitada de atender as pessoas deficientes (DINIZ, *et. al* 2006).

Esses dois pressupostos, não levam em consideração que as pessoas deficientes que não dependem economicamente de suas famílias se inserem no mercado de trabalho em situações de desvantagens em relação às pessoas não deficientes, pois, os deficientes ocupam os piores postos de trabalho e recebem salários inferiores aos das pessoas não deficientes (DINIZ, *et. al* 2006). Além disso, a idéia de deficiência como azar individual impede que a questão da deficiência seja inserida nas políticas sociais do Estado, o que contribui para que o cuidado e atenção à deficiência sejam realizados em âmbito privado (DINIZ, *et. al* 2006).

O objetivo do BPC é atender uma população de pessoas deficientes extremamente pobres. No entanto, o limite de renda estabelecido não leva em consideração as particularidades das expressões da deficiência. O critério de renda do BPC trata da mesma forma famílias com necessidades diferentes e não considera as necessidades específicas demandadas por cada tipo de lesão que geram gastos diferenciados (MEDEIROS, *et al.* 2006). Além disso, cada cidade disponibiliza recursos públicos de forma diferenciada para as pessoas deficientes, esses recursos são de grande significado para populações pobres e não são levados em consideração para o cálculo da renda (MEDEIROS, *et al.* 2006).

Além de comprovar renda familiar *per capita* inferior a um quarto do salário mínimo, as pessoas deficientes devem comprovar a incapacidade para a vida independente e para o trabalho. A avaliação dos critérios de incapacidade é realizada através de uma perícia médica. Até 1997, a perícia médica das pessoas deficientes que requeriam o BPC era realizada por uma equipe multidisciplinar do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2007). A partir de 1997, a realização da perícia médica passou a ser responsabilidade do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Para avaliar os critérios de incapacidade para a vida independente e trabalho, os médicos peritos do INSS utilizam a compreensão de deficiência apresentada nas normatizações do BPC. De acordo com o Decreto nº 3.298 de 1999 considera-se:

- I - deficiência - toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano;
- II - deficiência permanente - aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e
- III - incapacidade - uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida (BRASIL, 1999).

Devido a essa concepção de deficiência, a perícia médica do INSS avalia a experiência da deficiência a partir do desempenho das atividades diárias. Na perícia médica busca-se saber a capacidade da pessoa deficiente para realizar atividades de autocuidado de forma independente, que são reduzidas às habilidades de vestir-se, comer e realizar a higiene pessoal (BRASIL, 2007). Além disso, a experiência da deficiência é entendida como uma situação permanente priorizando as situações em que as lesões são irreversíveis. A perícia médica realizada pelo INSS está inserida dentro de uma tradição dos benefícios previdenciários, como o auxílio doença e a aposentadoria por invalidez, que privilegiam o diagnóstico da lesão em um enfoque individual (BRASIL, 2007). Essa avaliação desconsidera que a experiência da deficiência está relacionada a aspectos sociais e se utiliza de critérios biomédicos para avaliar a deficiência.

Estabelecer uma definição sobre deficiência não é uma tarefa simples, pois, não existe um consenso sobre as habilidades e funcionalidades que caracterizam a deficiência (MEDEIROS, *et al.* 2006). Porém, definir que determinadas habilidades e funcionalidades são condicionantes para a experiência da deficiência é um julgamento

de valor (MEDEIROS, *et al.* 2006). Deve-se reconhecer que as pessoas com lesão podem ou não experimentar a deficiência de acordo com a sociedade em que estão inseridas. Em sociedades hostis à diversidade corporal, as pessoas com lesão podem experimentar a deficiência, porém, em sociedades sensíveis às diversidades, essas pessoas podem não experimentar a deficiência (MEDEIROS, *et al.* 2006).

A perícia médica do BPC desconsidera os aspectos sociais que determinam a experiência da deficiência. Além de não terem acesso aos recursos sociais devido à situação de pobreza que caracteriza a população demandante do BPC, as pessoas deficientes também não têm acesso a esses recursos devido às limitações de sua lesão. Os critérios biomédicos de seletividade utilizados no BPC acabam por não considerar as desvantagens sociais vivenciadas pelos deficientes e, dessa forma, excluem do acesso ao benefício os indivíduos que necessitam ser protegidos por essa política. Assim, um grande número de pessoas deficientes pobres encontra-se “desprotegidas” por estarem excluídas do BPC, uma das principais políticas de proteção social para as pessoas deficientes.

## **Capítulo 4**

### **O Indeferimento do Benefício de Prestação Continuada**

#### **4.1. Do Pedido de Concessão ao Indeferimento do Benefício de Prestação Continuada**

A cidade de Unaí – MG possui uma única agência do INSS que congrega todas as solicitações do Benefício de Prestação Continuada (BPC) da cidade. A população de Unaí é composta por 80 mil habitantes e devido a esse porte demográfico foi possível analisar todos os processos dos pedidos de concessão do BPC dos anos de 2004 a 2005. A análise dos processos foi realizada na agência do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e a partir das informações coletadas, foram escolhidos aleatoriamente 28 processos de pessoas deficientes que tiveram o pedido do BPC negado para a realização de entrevistas. As entrevistas foram feitas com os 28 deficientes que tiveram o BPC negado. De acordo com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) no período de 2004 a 2005 foram realizadas 430 solicitações do BPC em Unaí, sendo que deste total, 276 corresponderam aos pedidos indeferidos (64%) e 154 aos benefícios concedidos (36%) (BRASIL, 2007). A realização de 28 entrevistas correspondeu a 10% do número de pedidos ao BPC indeferidos.

A partir das entrevistas foi possível conhecer a dinâmica do processo de concessão do BPC desde a solicitação do benefício até o resultado do indeferimento. A análise dessa dinâmica foi importante para entender o funcionamento do programa e a forma como são mensurados os critérios de seletividade do BPC. O MDS propõe um modelo pelo qual o processo de solicitação do BPC deve ser seguido em âmbito nacional. A partir desse modelo foi feita uma comparação com o relato das pessoas entrevistadas em Unaí.

De acordo com o MDS, o processo de requerimento até a concessão ou indeferimento do BPC acontece da seguinte forma: 1. após tomar conhecimento do benefício, a pessoa solicita o benefício no INSS, por meio de requerimento próprio, que deve ser preenchido e assinado pelo requerente ou pelo responsável legal; 2. deve declarar a composição do grupo familiar e comprovar renda inferior a  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo mensal por pessoa da família; 3. o requerimento, acompanhado da documentação (identidade do requerente e de seus familiares, comprovação de renda da família e comprovante de residência) deve ser entregue ao INSS ou nos locais

autorizados; 4. pessoas deficientes deverão aguardar a convocação do INSS para a realização da perícia médica; 5. no caso das pessoas deficientes, para receber o benefício é necessário ter a sua condição de incapacitada para a vida independente e para o trabalho atestada pela perícia médica do INSS; 6. após a perícia, dentro de 30 dias aproximadamente o requerente recebe em seu domicílio uma carta informando se receberá, ou não, o benefício; 7. caso o BPC seja indeferido, é possível entrar com recurso no INSS dentro de 45 dias. Em caso de novo indeferimento podem ser solicitados novos recursos no INSS ou entrar com ação na Justiça para a revisão do processo (BRASIL, 2007).

De acordo com os participantes da pesquisa, desde a solicitação do BPC até a resposta do indeferimento, o processo vivenciado por elas foi semelhante e apenas em alguns momentos divergia da previsão feita pelo MDS. Durante a descrição do processo, foi possível perceber a falta de informações sobre as regras e funcionamento do programa pelos deficientes que requereram o benefício. Quando perguntadas sobre o conhecimento dos critérios do BPC, 22 pessoas (82%) afirmaram não conhecer as regras do programa. Além disso, elas confundiam o BPC com outros programas da assistência e previdência social. Em alguns casos, a falta de informações sobre o BPC acarretou mudanças na dinâmica do processo, pois, as pessoas deficientes não utilizavam os recursos oferecidos pelo programa.

Para solicitarem o BPC as pessoas que necessitam desse benefício precisam tomar conhecimento do programa. O BPC não é um programa amplamente divulgado para a população, outros programas de transferência de renda recebem maior atenção na mídia do que o BPC. Uma das possíveis explicações para o silêncio da mídia em relação ao BPC deve-se ao caráter constitucional desse benefício que deixa de atribuir o mérito de sua execução a governos específicos (MEDEIROS, *et al.* 2006). A ausência de publicidade sobre o BPC faz com que as pessoas que necessitam dele fiquem impossibilitadas de acessá-lo por desconhecerem o programa.

As principais fontes de informação pelas quais as pessoas tomaram conhecimento do BPC foram: 9 pessoas (32%) através dos médicos que acompanharam o tratamento das doenças e lesões dos deficientes; 9 pessoas (32%) por pessoas próximas como amigos e parentes, e; 8 pessoas (28%) pelas assistentes sociais da prefeitura da cidade. Apenas 1 pessoa (3%) tomou conhecimento do BPC através da distribuição de documento oficial de divulgação do benefício. A sugestão da solicitação do BPC pelos médicos era entendida pelos requerentes como uma comprovação da

necessidade de receber o benefício e de seu merecimento. Essa idéia era reforçada por amigos e parentes que vivenciaram ou souberam de situações em que pessoas com lesões similares haviam recebido o benefício. A idéia de merecimento devido ao argumento médico é uma das expressões da predominância do modelo médico de deficiência que garante à figura dos médicos, poder de influência nas decisões das pessoas. Isso foi evidenciado na fala de vários participantes, como mostra um dos participantes da pesquisa:

Eu fiquei sabendo desse benefício porque eu tive hidrocefalia e uso um aparelho da cabeça que liga na bexiga. Eu não tenho condições de trabalhar. Por isso o médico que eu faço tratamento lá em Brasília falou comigo há muitos anos atrás e perguntou por que eu ainda não tinha arrumado o benefício. Eu não sabia que eu tinha direito, mas ele disse que era lógico que eu tinha. Tanto tenho direito que eu conheço várias pessoas com problemas como o meu e recebem. Depois que eu soube desse benefício eu vim aqui no INSS de Unai e tentei, mas deu negativo (Pessoa com hidrocefalia)

Depois de tomarem conhecimento do BPC, as pessoas foram até a agência do INSS e apresentaram toda a documentação exigida sobre dados pessoais, composição familiar e comprovação de renda dos membros da família. Após a entrada no requerimento do benefício e entrega dos documentos, todos os participantes da entrevista aguardaram a convocação para a perícia médica. Mesmo nos casos em que as pessoas deficientes possuíam renda familiar superior ao limite colocado pelo programa, elas foram submetidas à perícia médica. Permitir com que todas as pessoas deficientes participem da perícia médica é importante para que os critérios de renda e incapacidade não sejam avaliados isoladamente.

A perícia médica é um instrumento do INSS para avaliar a incapacidade para vida independente e trabalho das pessoas deficientes. As pessoas descreveram a forma como acontecia a perícia médica e mesmo sendo realizada por médicos diferentes, as perícias foram similares. A perícia durava aproximadamente quinze minutos e se iniciava com a análise do médico perito dos documentos exigidos, dentre eles um laudo médico que atestava a deficiência da pessoa. A apresentação do laudo não é obrigatória e nem padronizada, porém, de acordo com os entrevistados, não era possível realizar a perícia sem o laudo médico em mãos. Em seguida, o médico fazia perguntas que pretendiam reconhecer as habilidades corporais das pessoas para realizar atos da vida diária e conhecer alguns fatores da vida social. O procedimento da perícia é relatado da seguinte forma:

O médico perguntava o que eu conseguia fazer, se eu conseguia tomar banho sozinho, se eu conseguia ir pra escola sozinho. Eu fiz a perícia três vezes e todas foram da mesma forma. (Pessoa com deficiência física)

O medico fez um monte de perguntas, se eu conseguia tomar banho sozinha, o que eu conseguia fazer dentro de casa, esse tipo de pergunta. Ele falou pra mim que não era necessário eu receber porque eu tava caminhando, conversando e colocava minha comida na boca sozinha. (Pessoa com doença de chagas)

Os participantes da pesquisa mostraram insatisfação pela forma como foi conduzida a perícia. Para essas pessoas, a dinâmica pericial restrita a perguntas não avaliava as desvantagens sofridas por elas devido a sua lesão, pois, as perguntas se referiam a situações de total dependência física e financeira que não correspondiam às necessidades das pessoas que participaram da pesquisa.

As perguntas que conduziram a perícia estão de acordo com o instrumento elaborado pelo INSS para estabelecer parâmetros durante a perícia médica. Esse instrumento denominado “Avaliemos” é um acróstico gerado pelos tópicos considerados na perícia que são: aptidão para o trabalho; visão; audição e palavra; atividades da vida diária; locomoção; instrução; excretores; manutenção permanente de cuidados médicos ou de terceiros; oligofrenia e deficiência mental; síndrome e quadros psiquiátricos (BRASIL 2007). A ausência ou presença de variações nesses tópicos recebem uma pontuação onde a soma determinará a concessão ou indeferimento do BPC (BRASIL, 2007). Apesar da consonância da análise pericial descrita nas entrevistas com o instrumento do INSS, não é possível afirmar que os médicos peritos utilizaram esse instrumento, pois, sua utilização não se dá de maneira uniforme, e sim a critério do médico perito.

O instrumento “Avaliemos” é utilizado para avaliar as categorias de incapacidade para a vida independente e trabalho. Apesar da existência desse instrumento, essa avaliação ainda se dá de forma vaga e discricionária, pois, não existe uma definição para essas categorias (MEDEIROS, *et. al* 2006). A decisão final da avaliação das categorias de vida independente e trabalho é conferida aos médicos peritos que, por não serem guiados por critérios claros e objetivos, acabam por conceder ou indeferir o BPC de forma discricionária (MEDEIROS, *et. al* 2006). Devido a isso, esse instrumento se torna pouco confiável, o que compromete sua eficácia e pode causar riscos ao processo de elegibilidade do programa (MEDEIROS, *et. al* 2006).

Após a perícia médica, as pessoas deveriam aguardar em seu domicílio aproximadamente 30 dias o recebimento da carta do INSS informando o resultado do pedido de concessão do BPC. Além de informar se as pessoas haviam sido ou não beneficiadas, nos casos de indeferimento, a carta do INSS também informava o motivo do indeferimento. Porém, 15 pessoas (54%) tiveram a resposta do indeferimento antecipada pelo médico perito. Dessas pessoas, 11 (40%) também receberam a carta do INSS posteriormente.

Os médicos já falavam na hora que eu não podia receber o benefício porque eu podia trabalhar. E quando eu saía o rapaz que ficava no computador lá no INSS falava que o benefício tinha sido indeferido. Depois chegou uma carta do INSS. (Pessoa com doença de chagas)

O médico me falou na hora que eu não podia receber por não me enquadrar, mas não me falou o porquê. (Pessoa com câncer)

Após receberem a resposta de indeferimento do BPC, as pessoas eram informadas na carta do INSS da possibilidade de recurso para revisão do indeferimento do BPC. A entrada do pedido de revisão poderia ser feita no INSS após 30 dias da resposta do indeferimento e poderia acontecer em até duas tentativas, ou com entrada de ação na Justiça contra a decisão de indeferimento. Quando o pedido de revisão era feito no INSS, as pessoas eram submetidas a um novo processo de solicitação do benefício, com uma nova análise da renda e nova perícia médica. Nos casos de pedido de revisão com ação na Justiça, as pessoas deficientes utilizavam recursos judiciais para contestarem a decisão do INSS.

Das 28 pessoas que participaram das entrevistas, 16 (57%) entraram com recurso no INSS para pedir a revisão do processo de indeferimento e apenas 2 (7%) entraram com ação na Justiça. Os casos de entrada de ação na Justiça aconteceram após duas tentativas de revisão do processo pelo INSS. Das 16 pessoas que entraram com pedido de revisão do processo no INSS nenhuma delas obteve sucesso com o recurso. Das 2 pessoas que entraram com ação na Justiça, uma obteve como resposta o indeferimento do BPC e outra ainda aguardava a finalização do processo no período da entrevista. Nos 18 casos (64%) de pedido de revisão no INSS e com ação na Justiça, 4 pessoas (14%) tiveram o resultado do indeferimento diferente do processo anterior.

Uma pesquisa realizada com os processos judiciais de revisão do pedido de indeferimento do BPC apontou que o principal motivo que garantiu a concessão do benefício para pessoas deficientes foi a ampliação do conceito de deficiência pelos

juízes federais (SANTOS, 2006). A compreensão de deficiência pelos juízes federais não se baseou apenas em critérios médicos como acontecia nas perícias, os juízes federais passaram a entender a deficiência por aspectos sociais e dessa forma ampliou-se também o critério de renda por considerar as limitações econômicas vivenciadas pelas pessoas devido a experiência da deficiência (SANTOS, 2006). Dessa forma, o pedido de revisão do indeferimento do BPC se apresenta como um importante recurso no processo de concessão do benefício, no entanto, é um recurso pouco difundido e por isso pouco utilizado entre as pessoas que tiveram o BPC indeferido.

Apesar da existência do recurso de revisão do indeferimento do BPC, quando as pessoas eram submetidas a novas avaliações e perícias, o processo se repetia e em muitos casos a perícia era feita com o mesmo médico do processo anterior. A perícia realizada pelo mesmo médico acabava por conferir um mesmo olhar sobre a experiência da deficiência na vida das pessoas, o que pode ser uma explicação para os 13 casos (46%) em que houve a repetição da resposta de indeferimento na revisão do processo. Nos 4 casos (14%) em que as pessoas que entraram com pedido de revisão e obtiveram justificativas diferentes para o indeferimento foi possível perceber divergências nos critérios de concessão do BPC, pois, em nenhum dos casos houve mudanças na renda familiar ou no estado de doença ou lesão das pessoas que requereram o benefício.

De acordo com as pessoas, por não terem o BPC concedido, elas eram informadas na agência do INSS sobre a possibilidade de recorrer a outro benefício – o Auxílio-doença. O Auxílio-doença é um benefício da Previdência Social concedido para pessoas com doenças consideradas temporárias e que estejam impedidas de trabalhar por mais de 15 dias consecutivos. O benefício consiste no repasse de um salário mínimo durante o limite máximo de dois anos. Para ter acesso ao benefício é necessário ter contribuído por no mínimo 12 meses para a Previdência Social e se submeter a uma perícia médica que ateste a necessidade do benefício devido à doença (BRASIL, 2008).

Dos participantes da pesquisa, 6 (21%) recorreram ao Auxílio-doença após terem o BPC indeferido. Em todos os casos as pessoas não haviam contribuído durante 12 meses para a Previdência Social por não trabalharem ou por terem trabalhado no mercado informal sem contribuições para a Previdência Social. Para receber o Auxílio-doença, todas elas pediram ajuda financeira aos familiares, amigos ou instituições religiosas, para o pagamento das parcelas de contribuição à Previdência Social necessárias para o recebimento do Auxílio-doença. No entanto, o Auxílio-doença não atende às necessidades de proteção social das pessoas deficientes. Devido ao caráter

contributivo, muitas pessoas ficam impedidas de acessá-lo e o limite de sua concessão por dois anos atente apenas temporariamente as pessoas que demandam por benefícios de proteção social. Devido a esses fatores, apesar de terem recebido o Auxílio-doença, as pessoas deficientes ainda buscavam a concessão do BPC.

#### **4.2. Deficientes Desprotegidos por Serem Capazes para a Vida Independente e Trabalho**

O BPC destina-se as pessoas que vivenciam situações vulnerabilidade social devido à experiência da deficiência e a situação de pobreza. Apresenta-se como um mecanismo de proteção social que pretende, através do repasse de renda, garantir o acesso dessas pessoas aos direitos de cidadania. No entanto, os critérios de seletividade impostos pelo programa são extremamente restritivos e avaliam apenas os aspectos de renda e de deficiência grave que incapacita as pessoas para a vida independente e trabalho. Os critérios impostos pelo BPC não consideram os aspectos sociais da experiência da deficiência e entendem a deficiência apenas em aspectos biomédicos. Dessa forma, um grande número de pessoas deficientes pobres que necessitam do BPC como política de proteção social ficam excluídas do acesso a esse benefício.

O BPC é indeferido para as pessoas deficientes que comprovem renda familiar *per capita* superior a  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo e que não possuam deficiência que os incapacite para a vida independente e trabalho. De acordo com os 28 participantes da pesquisa, 5 pessoas (18%) não receberam o BPC por apresentarem renda familiar *per capita* superior a  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo e 12 pessoas (43%) não receberam o benefício por serem consideradas capazes para a vida independente e para o trabalho. 4 pessoas (14%) obtiveram como resposta os dois motivos, em momentos diferentes, quando se submeteram ao processo de revisão do indeferimento.

O motivo predominante do indeferimento do BPC foi a comprovação de que a deficiência do indivíduo não o incapacitava para a vida independente e trabalho. Porém, esse dado é resultado de uma perícia médica que privilegia a funcionalidade dos órgãos e membros do corpo para o exercício de atividades diárias e desconsidera as relações sociais na experiência da deficiência. A tabela 1 aponta para as doenças e lesões experimentadas pelos participantes da pesquisa. Avaliadas do ponto de vista médico algumas dessas doenças e lesões podem pressupor que as restrições de habilidades e funcionalidades não incapacitam essas pessoas para a vida independente e trabalho. No entanto, se as lesões forem avaliadas na sociedade em que as pessoas estão inseridos, ela

pode determinar uma experiência severa da deficiência. Em sociedades em que a lesão é entendida como diversidade corporal, as pessoas com lesões podem não experimentar a deficiência, porém, em sociedades hostis à diversidade a experiência da deficiência pode ser severa (MEDEIROS *et. al*, 2006).

**Tabela 1**

**Tipos de Lesões/ Doenças\***

<b>Lesões/Doenças</b>	<b>Pessoas</b>
<b>Deficiências Físicas e Motoras</b>	<b>5</b>
<b>Doença de Chagas</b>	<b>5</b>
<b>Doenças Vasculares</b>	<b>4</b>
<b>Artrose</b>	<b>3</b>
<b>Seqüelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC)</b>	<b>2</b>
<b>Deficiências Mentais</b>	<b>2</b>
<b>Doenças Crônicas</b>	<b>2</b>
<b>Leishmaniose</b>	<b>1</b>
<b>Úlcera</b>	<b>1</b>
<b>Epilepsia</b>	<b>1</b>
<b>Disritmia Cerebral</b>	<b>1</b>
<b>Hidrocefalia</b>	<b>1</b>
<b>Total</b>	<b>28</b>

\*Fonte: Pesquisa “Deficiência em Questão: uma análise de Impacto do BPC”, financiada pelo CNPq e pela Anis: Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero.

No entanto, na tabela 1 não foram apresentadas apenas lesões e doenças com leves restrições de habilidades e funcionalidades. Lesões como doença de chagas, doenças crônicas e deficiências mentais demandam constantes cuidados médicos e de terceiros e em grande parte dos casos impedem a atividade do trabalho. Porém, devido às restrições dos critérios de elegibilidade do BPC, para que as pessoas deficientes fossem consideradas incapacitadas, essa dependência deveria ser absoluta e notável na execução de atividades individuais da vida cotidiana. Se levado em consideração que 18% das pessoas tiveram o BPC negado devido ao critério de renda, ainda assim, seria

possível observar que pessoas pobres e com doenças graves não tiveram acesso ao BPC devido às restrições dos critérios biomédicos de seletividade.

Das 28 pessoas que não tiveram o BPC concedido, 25 pessoas (89%) relataram renda familiar de até dois salários mínimos. Essa renda ainda sofria reduções com os altos custos de consumo necessário para o tratamento das doenças e lesões. De acordo com a pesquisa, 17 (61%) necessitavam de acompanhamentos médicos e tomavam medicações diárias. Os gastos com tratamento e medicação ficaram entre R\$50,00 e R\$150,00 reais para 9 pessoas (32%) e acima de R\$ 300, 00 para 3 pessoas (11%). Esses gastos comprometiam a renda familiar das pessoas deficientes agravando sua situação de pobreza. No entanto, a situação de pobreza dos deficientes não foi desconsiderada pelos critérios de seleção do BPC. De acordo com os critérios de renda estabelecidos pelo programa, as pessoas deficientes poderiam ter acesso ao benefício. No entanto, a situação de pobreza não era analisada como aspecto integrante da experiência da deficiência. Os critérios de renda e incapacidade eram avaliados isoladamente e apesar da situação de pobreza os deficientes eram considerados capazes para a vida independente e trabalho, e por isso, não podiam receber o BPC.

A consideração pelos critérios de seletividade do BPC de 43% dos participantes da pesquisa como pessoas capazes para a vida independente e trabalho não observou os diversos aspectos sociais que contribuem para a exclusão das pessoas deficientes do acesso aos recursos sociais oferecidos pela sociedade em que estão inseridos. O baixo nível de escolaridade dessas pessoas é um fator que as impede do acesso ao mercado de trabalho. Isso se deve à dificuldade enfrentada por pessoas deficientes de se prepararem para o mercado de trabalho com as mesmas condições que uma pessoa sem deficiência.

As escolas do governo não me aceitavam por causa do meu problema. Quando eu ia pra escola eles falavam que eu tinha que passar pela Apae. Pra eu estudar meu pai teve que me levar pra fazer umas consultas na Apae, porque as escolas públicas não me pegavam. (Pessoa com deficiência física)

Devido à baixa escolaridade das pessoas deficientes, os empregos acessíveis a elas são, em maioria, caracterizados por atividades que exigem habilidades corporais específicas. Devido a sua lesão, elas não podem permanecer nesses empregos, inclusive por recomendação médica, como pode ser visto na fala dos entrevistados:

Os médicos falam que eu não posso trabalhar com serviço pesado por causa do meu problema. Eu não tenho uma profissão, não tenho estudo, só tenho a

terceira série. A profissão que eu tenho é pedreiro. É difícil pra mim! Como é que eu vou pegar um serviço maneiro? (Pessoa com doença de chagas)

A desvantagem educacional e as restrições de habilidades resultantes da lesão excluem as pessoas deficientes da participação no mercado de trabalho. Do total dos participantes da pesquisa, 24 (86%) não estavam trabalhando. Por não trabalharem, essas pessoas dependiam economicamente de membros da família, amigos e instituições religiosas. Apenas 4 pessoas (14%) trabalhavam, a atividade dessas pessoas era como: pedreiro, costureira, doméstica e dona de pensão. Nos três primeiros casos, as pessoas trabalhavam em relações informais de trabalho e as atividades desempenhadas agravam as dores e restrições de habilidades devido a lesão.

As situações de discriminação e preconceito também excluem as pessoas deficientes do acesso ao mercado de trabalho. Dos participantes da pesquisa, 3 (11%) pessoas com lesões consideradas leves, não foram aceitas em empregos compatíveis com suas habilidades devido ao preconceito e discriminação que vivenciaram.

Às vezes quando você chega num lugar pra pedir um serviço, a pessoa te olha de cima em embaixo, e quando eles batem o olho no meu braço eles perguntam: - O que é isso? Não te atrapalha não? Teve uns três serviços em loja que a pessoa não me deu emprego por causa do braço. Se a pessoa olhar bem rápido pra mim não dá pra perceber, mas dependendo da pessoa, de primeira ela vem e faz perguntas sobre: - Por que você tem esse problema no braço? Não vai ter problema de você faltar serviço por causa disso? (Pessoa com deficiência física)

De acordo com Debora Diniz (2007), a experiência da deficiência em sociedades que não compreendem a deficiência como diversidade corporal segrega as pessoas deficientes da vida social. As pessoas deficientes são estigmatizadas pela sociedade hostil à diversidade, que enxerga no corpo do deficiente uma marca – a lesão – que não pode ser apagada nem escondida, mas que torna a pessoa deficiente inferior aos demais membros da sociedade. Essas relações de preconceito e discriminação não são avaliadas pelos critérios de seletividade do BPC. A perícia avalia os aspectos biomédicos da lesão e considera essas pessoas aptas para o trabalho, porém, o preconceito da sociedade oprime os deficientes e não permite com que eles tenham acesso ao mercado de trabalho.

A partir do relato das entrevistas foi possível conhecer o perfil das pessoas deficientes que não tiveram acesso ao BPC. Essas pessoas experimentam restrições de funcionalidades e habilidades devido a suas lesões, porém, para receberem o BPC essas restrições não são graves o suficiente para comprometer a execução de atividades da

vida diária. São pessoas que devido à incapacidade da sociedade em lidar com a diversidade experimentam desvantagens sociais permeadas por preconceitos e discriminações em diversos âmbitos, entre eles, o acesso a educação e trabalho. Por não poderem trabalhar e não terem acesso ao BPC, elas constituem um grupo de pessoas pobres e dependem economicamente de familiares, amigos e instituições religiosas.

De acordo com esse perfil, as pessoas deficientes que buscam o BPC esperam obter nesse benefício um meio de protegê-las da situação de vulnerabilidade social que vivenciam. No entanto, o critério de seletividade do BPC que avalia a incapacidade da pessoa deficiente para vida independente e para o trabalho, não permite com que esse perfil seja conhecido. Os critérios médicos utilizados avaliam apenas aspectos de funcionalidade dos membros e órgãos do corpo dos deficientes e não consideram que a experiência da deficiência se dá em uma relação do corpo com lesão em uma sociedade que segrega as pessoas deficientes (DINIZ, 2007). Dessa forma, apesar de os deficientes comprovarem sua situação de vulnerabilidade social diante dos demais critérios de acesso ao BPC, o critérios biomédicos de incapacidade para vida independente e trabalho acabam por excluir as pessoas deficientes do acesso ao BPC e agrava a situação de “desproteção” dessas pessoas.

## **Considerações Finais**

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é o único benefício não contributivo do sistema de seguridade social brasileiro para pessoas deficientes. Apresenta-se como um importante instrumento de proteção social para as pessoas deficientes em situação de vulnerabilidade. No entanto, os critérios de seletividade para o acesso ao BPC não permitem com que muitos deficientes que vivenciam situação de vulnerabilidade econômica e social tenham acesso a esse benefício.

Apesar da importância do BPC no contexto das políticas de seguridade social do Brasil, existem poucos estudos direcionados ao programa. Os estudos sobre as pessoas que não tiveram acesso ao BPC são raros e, dessa forma, pouco se sabe sobre essa população. Apenas um estudo publicado em 2007, que avaliou as políticas e programas do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome, incluiu as pessoas deficientes que tiveram o BPC negado (VAITSMAN e PAES-SOUZA, 2007). Nesse sentido, essa monografia foi um estudo pioneiro que, a partir da análise dos motivos de indeferimento do BPC, permitiu conhecer quem são os deficientes excluídos do benefício. Acredita-se que esse estudo possa contribuir para futuras análises e para o gerenciamento do programa.

Este estudo pretendeu identificar e analisar as razões para o indeferimento pericial de pedidos ao BPC solicitados por pessoas deficientes. Nesse sentido, o principal achado da pesquisa foi que o motivo predominante de indeferimento do BPC - a consideração das pessoas deficientes como capazes para a vida independente e trabalho - deveu-se à compreensão da deficiência pelo modelo médico de deficiência. Os critérios de seletividade utilizados pelo BPC compreendem a deficiência de acordo com o modelo médico de deficiência que analisa a experiência da deficiência a partir de uma comparação da funcionalidade dos órgãos e membros do corpo do deficiente com o corpo do não-deficiente. Esses critérios não avaliam as relações sociais em que se dá a experiência da deficiência.

As pessoas deficientes que requerem ao BPC vivenciam a experiência opressora da deficiência que as excluem do acesso a recursos sociais, como educação e trabalho, devido ao preconceito e discriminação, o que acaba por agravar a situação de pobreza dessas pessoas. As pessoas deficientes vivenciam uma situação de vulnerabilidade social e buscam no BPC um meio de protegê-las. Porém, devido aos parâmetros

biomédicos de compreensão da deficiência, essas pessoas são consideradas capazes para a vida independente e trabalho e, dessa forma, são excluídas do acesso ao BPC.

Para que os critérios de seletividade do BPC passem a reconhecer a experiência da deficiência em aspectos sociais e inclua no programa as pessoas deficientes que necessitam desse benefício, os critérios de seletividade devem passar a compreender a deficiência de acordo com as propostas do modelo social de deficiência. O modelo social compreende a experiência da deficiência como resultado da relação de pessoas com lesões em sociedades não receptivas à diversidade e entende a deficiência como questão de justiça social e não de azar individual. O reconhecimento dos aspectos sociais da deficiência propõe o reconhecimento da situação de pobreza das pessoas deficientes. Dessa forma, para que os deficientes pobres não sejam excluídos do BPC pelo critério de renda, esse critério pode ser calculado a partir da avaliação de uma cesta de consumo mínimo das pessoas deficientes (MEDEIROS, *et. al* 2006).

Por entender a deficiência como uma questão de justiça social, de acordo com a compreensão do modelo social de deficiência, o BPC se apresenta como uma política de reparação das desigualdades vivenciadas devido a experiência da deficiência. Dessa forma, a incorporação do modelo social de deficiência nos critérios de seletividade do BPC contribuirá para que o benefício se torne um mecanismo de proteção social acessível àqueles que dele necessitarem.

Em 2007 foi publicado um Decreto que regulamenta o BPC, o Decreto nº 6.214 (BRASIL, 2007). Esse Decreto foi resultado de constantes contestações sobre os restritivos critérios de acesso ao BPC e sobre a operacionalização e funcionamento do programa. O Decreto nº 6.214 incorporou as propostas feitas pela Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) que analisa a experiência da deficiência a partir de aspectos médicos e sociais. Dessa forma, o Decreto nº 6.214 propôs a incorporação de aspectos médicos e sociais para a concessão do BPC.

O critério de incapacidade para vida independente e trabalho permanece no Decreto nº 6.214. O Decreto nº 6.214 definiu a categoria “incapacidade”, pois, não existia uma definição para essa categoria nas legislações e normatizações do BPC anteriores a esse Decreto. O termo “incapacidade” passou a ser entendido como a limitação do desempenho de atividade e restrição de participação na interação entre a pessoa com deficiência e seu ambiente físico e social (BRASIL, 2007). O Decreto 6.214 propôs, também, a realização de duas perícias para a concessão do BPC, uma médica que considerará a deficiência nas funções e estruturas do corpo e uma social que

avaliará os diversos fatores sociais que limitam a participação dos deficientes na sociedade (BRASIL, 2007).

Dessa forma, o Decreto 6.214 incorporou as principais críticas do presente estudo (BRASIL, 2007). No entanto, as propostas do Decreto só serão implementadas em julho de 2008 e por não existir uma execução prática desse Decreto, não é possível afirmar uma mudança nos dados apontados neste estudo. Portanto, apesar da existência do novo Decreto, não se pode afirmar que as pessoas deficientes excluídas do acesso ao BPC por não terem considerados os aspectos sociais da experiência da deficiência, terão acesso a esse benefício.

## Referências Bibliográficas

BARROS, Marilisa Berti de Azevedo; CÉSAR, Chester Luiz Galvão; CARANDINA, Luana; TORRE, Graciella Dalla. Desigualdades sociais na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD-2003. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.11 n.4, Rio de Janeiro out./dez. 2006.

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

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 3.298 de 20 de dezembro de 1999**. Regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasília, 1999.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 6.214 de 26 de setembro de 2007**. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 e dá outras providências. Brasília, 2007.

\_\_\_\_\_. **Lei nº. 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social. Brasília, 1993.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 9.720 de 30 de novembro de 1998**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, 1998.

\_\_\_\_\_. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome**. Benefício de Prestação Continuada. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br>>. Acesso em 20 de maio de 2008.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade Social e Trabalho: paradoxos na construção das Políticas de Previdência e Assistência Social no Brasil**. Brasília: LetrasLivres: Editora UnB, 2006.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. Rio de Janeiro: Universidade Forense, 1978.

CASTEL, Robert. **A Insegurança Social: o que é ser protegido?** Petrópolis: Vozes, 2005.

CHAGAS, Ana Maria de R. **Avanços e Impedimentos para a Construção de uma Política Social para as Pessoas com Deficiência.** Dissertação de Mestrado. Brasília: UnB/SER, 2006.

CORKER, Mairian; SHAKESPEARE, Tom. Mapping the Terrain. In: CORKER, Mairian; SHAKESPEARE, Tom. **Embodying Disability Theory.** Londres: Continuum, 2004.

COMBESSIE, Jean-Claude. **O Método em Sociologia: o que é, como se faz?** São Paulo: Edições Loyola, 2004.

CRESWELL, John. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Porto Alegre: Artmed – Bookman, 2007.

DINIZ, Debora. **O que é deficiência?** São Paulo: Editora Brasiliense, 2007. Coleção Primeiros Passos.

DINIZ, Debora; SQUINCA, Flávia; MEDEIROS, Marcelo. Deficiência, Cuidado e Justiça Distributiva. In: COSTA, Sérgio; MALU, Fontes; SQUINCA, Flávia. **Tópicos em Bioética.** Brasília: LetrasLivres, 2006.

DWOKIN, Ronald. **A Virtude Soberana: a teoria e a prática da igualdade.** São Paulo: Martins Fontes, 2005.

EUZÉBY, Alain. Proteção Social, Pilar de Justiça. In: SPOSATI, Aldaíza, **Proteção Social de Cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal.** São Paulo: Cortez, 2004.

FOUCAULT, Michael. **O Nascimento da Clínica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

GUEDES, Carla Ribeiro, NOGUEIRA, Maria Inês e CAMARGO JR., Kenneth R. de. A Subjetividade como Anomalia: contribuições epistemológicas para a crítica do modelo biomédico. **Ciência e Saúde Coletiva**, vol.11, n.4, Rio de Janeiro, out./dez. 2006.

GUILHEM, Dirce; ZICKER, Fábio. **Ética na Pesquisa em Saúde: Avanços e desafios**. Brasília: Letras Livres; Editora da UnB, 2007.

GOMES, Ana Lígia. O Benefício de Prestação Continuada: uma trajetória de retrocessos e limites – construindo possibilidades de avanços? In: SPOSATI, Aldaíza, **Proteção Social de Cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal**. São Paulo, Cortez, 2004.

IBGE. **Censo Demográfico 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 10 de abril de 2008.

MAY, Tim. **Pesquisa Social: questões, métodos e processos**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora. Envelhecimento e Deficiência. **SérieAnis** 36, Brasília, LetrasLivres, 1-8, junho, 2004.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora; SQUINCA, Flávia. **Estudo do Programa Brasileiro de Transferência de Rendas para a População com Deficiência e Suas Famílias: uma análise do Benefício de Prestação Continuada**. Texto para discussão nº. 1184, IPEA: Brasília, 2006.

MEDEIROS, M; MUNARI, D. B; BEZERRA, A. L. Q; BARBOSA, M. A. Pesquisa Qualitativa em Saúde: implicações éticas. In: GUILHEM, Dirce; ZICKER, Fábio. **Ética na Pesquisa em Saúde: Avanços e desafios**. Brasília: Letras Livres; Editora da UnB, 2007.

NERI, Marcelo Côrtes. **Retratos da Deficiência no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

NERI, Marcelo Côrtes e SOARES, Wagner Lopes. Idade, Incapacidade e o Número de Pessoas com Deficiência. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Campinas, v. 21, n. 2, p. 303-321, jul./dez. 2004. Disponível em: <<http://www.abep.nepo.unicamp.br>>. Acesso em 12 de maio de 2008.

SANTOS, Wederson. Deficiência no Plural: a perspectiva dos juízes federais. In: **SérieAnis** 44, Brasília: LetrasLivres, 1-8, julho, 2006.

SPOSATI, Aldaíza. Benefício de Prestação Continuada como Mínimo Social. In: SPOSATI, Aldaíza, **Proteção Social de Cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal**. São Paulo: Cortez, 2004.

SQUINCA, Flávia. **Deficiência e Aids: o Judiciário e o Benefício de Prestação Continuada**. Dissertação de Mestrado. Brasília: UnB/FS, 2007.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

THOMAS, Carol; CORKER, Mairian. A Journey around the Social Model. In: CORKER, Mairian; SHAKESPEARE, Tom. **Embodying Disability Theory**. Londres: Continuum, 2004.

TREMAIN, Shelley. On the Subject of Impairment. In: CORKER, Mairian; SHAKESPEARE, Tom. **Embodying Disability Theory**. Londres: Continuum, 2004.

VAITSMAN, Jeni e PAES-SOUZA, Rômulo (orgs.). **Avaliação de Políticas e Programas do MDS – Resultados**. Volume II: Bolsa Família e Assistência Social. /Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Brasília-DF: SAGI, 2007.

## **Anexos**

### **Anexo 1 – Questionário para as pessoas deficientes que tiveram o Benefício de Prestação Continuada negado em Unaí – MG.**

01. O (a) Senhor (a) poderia me contar a história de como foi pedir o benefício BPC no posto de INSS?

*Nessa primeira pergunta deve aparecer respostas sobre 1-toda a trajetória da pessoa até conseguir o benefício, 2- porque ela tentou, 3- como ficou sabendo que poderia receber, 4- como foi a perícia-médica, o preenchimento do formulário e a documentação, 5-quanto tempo levou pra concluir o processo desde o momento em que a pessoa fez o pedido até ela receber o benefício. Se, nessa primeira resposta não aparecer esses pontos, a próxima pergunta será sobre alguns deles ou todos deles.*

02. Como o (a) senhor (a) ficou sabendo do Benefício de Prestação Continuada?

03. Como o (a) senhor soube que não poderia receber o BPC?

04. Como foi feita sua perícia?

05. Quem pode receber o benefício do governo?

06. O (a) senhor (a) conhecia bem os critérios (ou regras) necessários para ter direito a receber o benefício?

07. Como o (a) senhor (a) avalia esses critérios ou regras?

08. Por que o (a) senhor (a) não recebeu o BPC?

09. O (a) senhor (a) concorda com esse motivo?

10. O (a) senhor (a) entrou com recurso junto ao INSS para tentar novamente receber o BPC?

11. O (a) senhor (a) entrou com alguma ação na Justiça para tentar rever o processo?

12. Quais as dificuldades que o senhor (a) enfrenta no dia a dia por causa da sua lesão (deficiência ou doença)?

13. Por que o (a) senhor (a) queria receber o benefício?

14. Quantas pessoas moram aqui?

15. Qual a renda aproximada da família? E ela é suficiente para atender as necessidades da família?

16. A renda da família ou da casa vem de onde?

17. A família recebe algum tipo de ajuda de vizinhos ou da igreja?