



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

**Wederson Rufino dos Santos**

**A análise do Benefício de Prestação Continuada feita por quem recebe e  
por quem concede: duas perspectivas sobre a proteção social do  
benefício?**

**Brasília (DF), dezembro de 2007.**

**Wederson Rufino dos Santos**

**A análise do Benefício de Prestação Continuada feita por quem recebe e por quem concede: duas perspectivas sobre a proteção social do benefício?**

**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), dezembro de 2007.**



**Dedico esta monografia a minha família, amigos e a Leonardo Alves de Campos**

## **Agradecimentos**

Agradeço a minha orientadora professora doutora Debora Diniz pela imensa dedicação e atenção dispensadas a mim durante minha graduação, sobretudo, nessa fase final do curso. Por ser responsável pela minha paixão por pesquisa científica, estudos sobre deficiência e justiça social.

Às professoras doutoras Silvia Cristina Yannoulas e Rosa Helena Stein pela disponibilidade em participar da banca de defesa da monografia.

À assistente social e mestre Flávia Squinca pela grande dedicação, aprendizado cotidiano, amizade e por ter sido tão presente durante minha graduação e formação profissional.

À colega e amiga Natália Pereira Gonçalves pela agradável companhia nas pesquisas de campo no interior de Minas Gerais, trabalhos de estágios e discussões sempre agradáveis sobre os temas da monografia.

Ao Grupo de Pesquisa Ética, Saúde e Desigualdade Social do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília por todos os momentos de grande aprendizado, troca de experiências e debates intensos sobre política social, teorias de deficiência e justiça social.

À colega e amiga Nathália Elisa de Freitas pela leitura atenta, comentários aos temas da monografia e debates acadêmicos sempre enriquecedores e instigantes.

À Elaine Andrade Lara Gonçalves, chefe da agência do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) de Unaí-MG que tanto colaborou para a realização da pesquisa que fundamentou a monografia.

À Anis: Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero por todas as oportunidades acadêmicas e inserção em projetos de pesquisa extremamente importantes para minha formação profissional e de aprendizado em estágio em Serviço Social com uma equipe de profissionais extremamente competentes.

## Resumo

Esta monografia teve como objetivo analisar, por meio de um estudo de caso, como a proteção social do Benefício de Prestação Continuada (BPC) é compreendida por quem recebe o benefício e por quem é responsável pela sua concessão. Como as pessoas atendidas pelo BPC, médico-peritos e funcionários do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) responsáveis pela concessão do benefício interpretam a proteção social do BPC é fundamental para identificar se essa interpretação interfere no processo de concessão do benefício ao ponto de comprometer a eficácia e o alcance da política social. A pesquisa consistiu em um estudo de caso em Ciências Sociais realizado na cidade de Unaí-MG, fazendo uso de metodologia qualitativa de levantamento e análise de dados. O trabalho de campo consistiu 1. no levantamento e análise de todos os processos de pedido do BPC para pessoas com deficiência no período de janeiro de 2004 a janeiro de 2006 da agência do INSS da cidade de Unaí-MG; 2. aplicação de três questionários abertos semi-estruturados que foram aplicados a: a) 20% do total de pessoas com deficiência beneficiadas pelo BPC no período de janeiro de 2004 a janeiro de 2006 (30 deficientes beneficiados), b) aos médico-peritos responsáveis por todas as avaliações periciais das pessoas com deficiência beneficiadas pelo BPC durante os dois anos analisados (4 médico-peritos) e c) aos funcionários da agência do INSS responsáveis por todas as concessões do BPC realizadas durante os dois anos citados (4 funcionários). As evidências da pesquisa apontam que as pessoas responsáveis pela concessão do BPC e as pessoas atendidas pelo benefício compartilham de uma análise semelhante sobre a proteção social do benefício. Tanto as pessoas atendidas pelo BPC quanto os médico-peritos e funcionários do INSS responsáveis pela concessão do benefício avaliam o BPC como uma política social que garante os mínimos sociais de sobrevivência das pessoas deficientes e tem potencial para acrescentar noções de cidadania e dignidade às pessoas atendidas, refutando as hipóteses da pesquisa e evidenciando que a implementação do BPC pelo INSS não representa uma contradição à efetivação do benefício assistencial.

**Palavras-chave:** BPC, Deficiência, Proteção Social, INSS e Médico-peritos.

**“As diversidades humanas são  
desconsideradas não pela mal  
interpretada razão elevada da igualdade  
dos seres humanos, mas pela inferior  
razão pragmática da necessidade de  
simplificação.”**

**Amartya Sen**

**Lista de Tabelas**

Tabela 1: Tipos de Deficiências/Doenças.....	35
Tabela 2: Idade.....	35
Tabela 3: Tipos de Moradia.....	36
Tabela 4: Cesta de consumo do BPC.....	37



## Sumário

Introdução.....	10
Capítulo 1- Metodologia.....	14
1.1 Apresentação.....	14
1.2 Procedimentos Éticos.....	15
1.3. Trabalho de Campo.....	16
1.3.1 O local para o Trabalho de Campo.....	16
1.3.2 Os Instrumentos de Coleta de Dados e a Amostra.....	17
1.4 Plano de Análise de Dados.....	19
Capítulo 2 - O caso da deficiência e o desafio de proteção social do BPC.....	21
2.1 Por que a deficiência é uma questão de todos?.....	22
2.2 Mercado de Trabalho e proteção social.....	26
Capítulo 3 - Por que políticas públicas de proteção social?.....	30
3.1 Igualdade e Direitos Humanos na diversidade: dois valores democráticos.....	31
3.2 O princípio de justiça das políticas sociais.....	33
Capítulo 4 - Avaliação do BPC por quem recebe e por quem concede o benefício.....	36
4.1 Duas perspectivas sobre a proteção social do benefício?.....	38
4.2 Dois grupos, uma visão sobre o BPC.....	43
Considerações Finais.....	46
Referências Bibliográficas	
Notas	
Anexos	

## Introdução

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é um benefício da assistência social que consiste na transferência mensal de renda, sem contrapartidas e temporária, equivalente a um salário mínimo destinado às pessoas pobres com deficiência incapazes para o trabalho e também às idosas acima de 65 anos, ambas com renda *per capita* familiar inferior a 1/4 de salário mínimo (BRASIL, 1993; BRASIL, 1999; BRASIL, 2007a).<sup>1</sup> O BPC é um benefício garantido na Constituição Federal de 1988, regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social de 1993 (LOAS) e se configura como uma política social de combate às desigualdades no Brasil (MEDEIROS *et. al*, 2007). Em novembro de 2007 atendia mais de 2,6 milhões de pessoas, sendo que desse quase 1,4 milhões são pessoas com deficiência e pouco mais de 1,2 milhões são idosos acima de 65 anos (BRASIL, 2007b).

Muito embora seja um benefício da assistência social, a implementação do BPC está a cargo das agências do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) de todo o país. Existem compreensões diferenciadas sobre esse desenho do BPC. A implementação do benefício se tornou viável e ágil pelo aproveitamento da estrutura já existente das agências do INSS em âmbito nacional. Entretanto, a implementação do benefício assistencial realizada pelas agências da previdência social, poderia aproximar o entendimento do benefício do caráter contributivo da lógica previdenciária e não da compreensão do BPC como um benefício da assistência social (SPOSATI, 2004). Ou seja, a perspectiva sobre a lógica previdenciária e contributiva presente na prática profissional das agências do INSS poderia representar uma contradição à efetivação do BPC como benefício da assistência social, comprometendo o alcance e a eficácia da política social não contributiva.

Nesse sentido, o objetivo desta monografia foi o de analisar por meio de um estudo de caso como a proteção social do BPC é compreendida por quem recebe o benefício e por quem é responsável pela sua concessão. Como as pessoas atendidas pelo BPC, médicos-peritos e funcionários do INSS responsáveis pela concessão do benefício interpretam a proteção social do BPC – um dos princípios básicos do benefício – é fundamental para

---

<sup>1</sup> Há um intenso debate sobre como devem ser apresentadas as nomenclaturas sobre as pessoas que vivem a experiência da deficiência. Por considerar esse debate extremamente importante, mas não nesse momento, durante toda a monografia serão usados de forma indiscriminada os termos *pessoa com deficiência*, *pessoa deficiente*, *deficiente* e *pessoa portadora de deficiência* para representar todo o conjunto das pessoas que sofrem opressão pelo corpo devido à experiência da deficiência.

identificar se essa interpretação interfere no processo de concessão do benefício ao ponto de comprometer a eficácia e o alcance da política social. Além disso, conhecer como médico-peritos e funcionários do INSS compreendem o BPC será importante para avaliação, acompanhamento e monitoramento do benefício.

A perspectiva da monografia é de valorização do BPC como política de assistência social para idosos e pessoas deficientes pobres no país. O BPC, na literatura de algumas das áreas do conhecimento que tratam de políticas públicas e sociais, vem sendo transformado em um símbolo de política social focalizada, de garantia apenas dos mínimos de sobrevivência dos beneficiados e de alcance ainda restrito no combate à pobreza e à desigualdade socioeconômica (SPOSATI, 2004; GOMES, 2004; PEREIRA, 2006). No entanto, é importante salientar que a persistência nas literaturas sobre o BPC da menção ao benefício apenas como exemplo de política social com alcance restrito acaba por relegar ao segundo plano a necessidade de estudos que tratam da análise da implementação e acompanhamento do BPC – o que fragiliza ainda mais o benefício e compromete seu alcance.

O presente estudo sobre o BPC está amparado em pesquisas anteriores realizadas por diferentes setores da sociedade, sejam eles governamental, acadêmico ou da sociedade civil, sobre a mesma temática e tenta responder questões que ainda não estão incluídas no debate (SPOSATI, 2004; MEDEIROS *et. al.*, 2006 a; MEDEIROS *et. al.*, 2006 b; MEDEIROS *et. al.*, 2007; DINIZ *et. al.*, 2007; SQUINCA, 2007; VAITSMAN e PAES-SOUZA, 2007). Amparado nessas publicações, esta análise busca elaborar e responder questões importantes para o campo das políticas públicas no que diz respeito à dinâmica de funcionamento de políticas sociais e à necessidade de ampliação dos direitos sociais à população.

A pergunta da monografia “Como as pessoas beneficiadas pelo BPC e as responsáveis pela sua concessão compreendem a proteção social oferecida pelo benefício?” tem como fundamento analisar o que pode representar o desenho do BPC sendo implementado pelas agências do INSS de todo o país. Para responder à pergunta da pesquisa, foi realizado um estudo de caso com o intuito de levantar evidências para a formulação das afirmações que pudessem comprovar ou refutar as duas hipóteses elaboradas no projeto de pesquisa. Na análise dos dados foi checado, primeiramente, se as pessoas deficientes atendidas pelo BPC e as pessoas responsáveis pela sua concessão têm uma avaliação diferente sobre a proteção social oferecida pelo benefício. Depois, a

hipótese específica tinha o objetivo de checar se as pessoas beneficiárias do BPC compreendem a proteção social do benefício como um direito aos mínimos básicos e sociais de sobrevivência, enquanto as pessoas responsáveis pela concessão compreendem o BPC como uma medida assistencialista e desnecessária do Governo.

\*

A monografia está dividida em cinco partes. A metodologia utilizada na pesquisa que fundamentou a monografia é tema do primeiro capítulo. A pesquisa consistiu em um estudo de caso em Ciências Sociais realizado na cidade de Unaí-MG, fazendo uso de metodologia qualitativa de levantamento e análise de dados. Tal capítulo tem o objetivo de discorrer sobre os procedimentos utilizados no trabalho de campo para a coleta e tratamento dos dados para a elaboração das conclusões do trabalho.

No segundo capítulo, é tratada a temática da deficiência e os desafios de justiça implicados no tema. Primeiro, é traçado o percurso em que a questão da deficiência sai da esfera do familiar e privado para se transformar em uma questão social pública demandante de reajustes sociais e políticos para promover mais igualdade e mais liberdade para quem experimenta a deficiência. Logo após, o capítulo avança em temas que dizem respeito à necessidade de um Estado democrático comprometido com a justiça e a igualdade na estruturação de políticas e programas para atender demandas das pessoas deficientes.

Um levantamento sobre os fundamentos das políticas públicas de proteção social para pessoas deficientes e a importância dessas políticas como objetivo de combater desigualdades é tema do terceiro capítulo. É tematizado o debate sobre a importância de se ter políticas sociais para a construção de uma rede de proteção social com o objetivo de fortalecer a cidadania das pessoas deficientes. No entanto, o capítulo aborda a proteção social vista não apenas no arcabouço legal, mas também no âmbito teórico das fundamentações sobre políticas sociais como forma efetiva para combater a questão social e a situação de vulnerabilidade social resultante dela.

O quarto capítulo consiste na apresentação dos principais dados e resultados da pesquisa de campo realizada na cidade de Unaí-MG. As evidências da pesquisa apontam que as pessoas responsáveis pela concessão do BPC e as pessoas atendidas pelo benefício compartilham de uma análise semelhante sobre a proteção social do benefício. Tanto as pessoas atendidas pelo BPC quanto os médico-peritos e funcionários do INSS responsáveis

pela concessão do benefício avaliam o BPC como uma política social que garante os mínimos sociais de sobrevivência das pessoas deficientes e tem potencial para acrescentar noções de cidadania e dignidade às pessoas atendidas, refutando as hipóteses da pesquisa e evidenciando que a implementação do BPC pelo INSS não representa uma contradição à efetivação do benefício assistencial.

O último capítulo consiste nas conclusões gerais do trabalho de monografia. Reafirmando a importância do tema trabalhado e dos principais achados da pesquisa, nas conclusões aponta-se para possíveis futuras pesquisas que serão de extrema importância para levar adiante os achados da pesquisa que ora serão apresentados aqui, na tentativa de solucionar questões que se relacionam diretamente com a efetivação e implementação tanto do BPC quanto de outras políticas sociais.

## **Capítulo 1**

### **Metodologia**

#### **1.1 Apresentação**

A pesquisa que fundamentou esta monografia teve como característica dar seguimento aos achados de duas pesquisas anteriores do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – PIBIC/CNPq, da Universidade de Brasília (UnB) realizadas nos anos de 2005, 2006 e 2007 em que estive envolvido: “Deficiência no Plural: a perspectiva dos juízes federais, movimentos sociais, cuidadoras e gestores” e “Deficiência em Questão: uma análise de impacto do BPC”, ambas sobre BPC e deficiência.

O presente estudo consiste em uma pesquisa de Ciências Sociais, com uso de técnicas qualitativas de levantamento e análise de dados. A pesquisa qualitativa é, em grande parte, um processo investigativo no qual o pesquisador busca compreender gradualmente o sentido de um fenômeno social. Essa modalidade de pesquisa tem suas raízes na Antropologia Cultural e Sociologia Urbana (CRESWELL, 2007). A pesquisa qualitativa como modalidade de processo investigativo que visa contrastar, comparar e classificar determinado fenômeno social foi o método mais adequado aos objetivos da pesquisa de campo. E dentro das técnicas qualitativas, foi selecionada a técnica de estudo de caso como modalidade para a pesquisa.

A técnica de pesquisa que foi utilizada é considerada de estudo de caso pelo recorte espacial e não pela amostra, uma vez que a amostra definida para a pesquisa é abrangente para as investigações obtidas. Um estudo de caso representa a estratégia de pesquisa mais adequada quando se tenta responder questões do tipo “como” e “por que”, e, sobretudo, quando o pesquisador tem pouco controle sobre os acontecimentos e o foco do estudo se encontra em fenômenos contemporâneos inseridos no contexto da vida cotidiana (YIN, 2005). Para Robert K. Yin, o estudo de caso permite uma investigação para se preservar 1. as características holísticas, ou seja, ter um enfoque teórico que pretenda estudar os diversos aspectos da realidade como um todo e 2. as características significativas dos acontecimentos da vida cotidiana; e essa estratégia de pesquisa vem sendo muito utilizada na Psicologia, Sociologia, Ciência Política, Serviço Social, Administração e na Economia (YIN, 2005). O estudo de caso ganha força e se mostra adequado devido à necessidade de se compreender fenômenos complexos por meio de investigação científica.

A metodologia adotada na pesquisa consistiu de sete etapas distintas, são elas: **1.** levantamento bibliográfico sobre o BPC, teorias de deficiência e sobre proteção social; **2.** trabalho de campo: levantamento e análise de todos os processos de pedido do BPC para pessoas com deficiência no período de janeiro de 2004 a janeiro de 2006 da agência do INSS da cidade de Unaí-MG; **3.** levantamento na página eletrônica do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) de quantos, do total de processos analisados na fase anterior, resultaram em benefícios concedidos para, a partir daí, compor a amostra das pessoas atendidas pelo benefício que seriam entrevistadas; **4.** elaboração dos instrumentos de coleta de dados, que resultou em três questionários abertos semi-estruturados que foram aplicados a: a) 20% do total de pessoas com deficiência beneficiadas pelo BPC em Unaí nos anos de 2004 e 2005, b) a todos os médico-peritos responsáveis pelas avaliações periciais das pessoas com deficiência beneficiadas pelo BPC do período mencionado e c) aos funcionários da agência do INSS responsáveis pelo atendimento das pessoas requerentes da concessão do BPC; **5.** pré-teste realizado com a aplicação das entrevistas a 10% de cada um dos três grupos da amostra definida para a pesquisa com o objetivo de testar, ajustar e melhorar os três instrumentos de coleta de dados; **6.** entrevistas aplicadas, mediante gravação de voz, ao total dos participantes da pesquisa dos três grupos populacionais descritos na etapa 4; **7.** transcrição das entrevistas, leitura e análise qualitativa em profundidade dos dados levantados e comparação com as hipóteses do projeto.

## **1.2 Procedimentos Éticos**

Assim como o pesquisador responsável por este trabalho, a chefe da agência do INSS de Unaí-MG que permitiu o acesso aos processos de pedido de BPC também compreende que esta é uma pesquisa que não há riscos, além dos cotidianos, sejam eles de ordem moral, físico ou material para nenhum dos três grupos de participantes da pesquisa a serem entrevistados, uma vez que 1. o anonimato dos participantes e o sigilo das informações levantadas com as entrevistas serão garantidos; 2. só participariam da entrevista aqueles que compreendessem os procedimentos e objetivos da pesquisa como um trabalho acadêmico para fins de conhecimento científico, e consentissem a gravação da entrevista por meio de gravador de voz; 3. das pessoas com deficiência que recebem o BPC, seriam entrevistadas somente aquelas que já recebem o benefício há pelo menos 6 meses, permitindo que os entrevistados entendessem que a pesquisa não faz parte dos

procedimentos de avaliação para concessão do BPC, nem de revisão do benefício, portanto, não implicando em nenhum tipo de risco à continuação da concessão do BPC; 4. todos os participantes da pesquisa tomariam conhecimento antecipado de que a participação é voluntária, sem remuneração e que poderiam inclusive desistir de participar da entrevista a qualquer momento, mesmo depois de iniciada ou finalizada a gravação; 5. as pessoas com deficiência que recebem o BPC foram informadas de que o acesso ao nome e endereço delas só foi permitido pela chefe da agência do INSS para fins dessa pesquisa e, que a pesquisa só teria prosseguimento somente após a autorização das pessoas com deficiência beneficiadas.

### **1.3 Trabalho de Campo**

#### **1.3.1 O local para o Trabalho de Campo**

A escolha pela cidade de Unaí-MG para a realização da pesquisa de campo se justificou pela possibilidade de realizar um estudo de caso em profundidade, pois: 1. a cidade possui apenas uma agência do INSS e essa mesma agência, por meio da chefe geral da unidade, permitiu o acesso a todos os processos de BPC para pessoas com deficiência realizados no período de janeiro de 2004 a janeiro de 2006, o que torna os resultados da pesquisa confiáveis e representativos. Pois em maio de 2007, 1.023 deficientes eram beneficiados pelo BPC em Unaí-MG e, desse total, foram concedidos 154 benefícios no período analisado na pesquisa (janeiro de 2004 a janeiro de 2006), o que representa 15% do total de BPCs para deficientes na cidade; 2. a concentração em uma única agência do INSS de todos os processos que foram analisados permitiu a identificação de todos os sujeitos envolvidos diretamente tanto na concessão do BPC quanto na identificação e localização das pessoas com deficiência beneficiadas; 3. o porte demográfico da cidade (80 mil habitantes) e a localização próxima ao Distrito Federal (140 km) permitiram uma pesquisa de campo com facilidade, agilidade e qualidade.

O trabalho de campo consistiu no levantamento e análise de todos os processos de pedido do BPC para pessoas com deficiência no período de janeiro de 2004 a janeiro de 2006 da agência do INSS da cidade de Unaí-MG. Nessa fase, a chefe da agência do INSS permitiu o acesso aos processos desde que o acesso fosse parcial, ou seja, permitindo cópia de informações gerais dos processos, tais como o nome do requerente do BPC, endereço e data do início do processo. Essa fase durou uma semana e logo após teve início o levantamento junto à página do MDS de quantos do total dos processos levantados



resultaram em benefícios concedidos e quantos resultaram em benefícios negados. Esse procedimento foi necessário porque as informações conseguidas dos processos na agência do INSS não dispunham dessa informação. E como o MDS disponibiliza mensalmente em sua página eletrônica o número de pessoas atendidas pelo BPC em cada município brasileiro, esse procedimento foi possível com agilidade e confiabilidade.

### **1.3.2 Os Instrumentos de Coleta de Dados e a Amostra**

A quinta fase da pesquisa consistiu na elaboração dos instrumentos de coleta de dados, que resultou em três questionários abertos semi-estruturados que foram aplicados a: a) 20% do total de pessoas com deficiência beneficiadas pelo BPC no período de janeiro de 2004 a janeiro de 2006 (30 deficientes beneficiados), b) aos médico-peritos responsáveis por todas as avaliações periciais das pessoas com deficiência beneficiadas pelo BPC durante os dois anos analisados (4 médico-peritos) e c) aos funcionários da agência do INSS responsáveis por todas as concessões do BPC realizadas durante os dois anos citados (4 funcionários). A escolha desses três grupos populacionais (beneficiados, médico-peritos e funcionários do INSS) para serem aplicados os questionários e realizar o levantamento de dados se deu por serem os grupos diretamente envolvidos com o BPC na cidade escolhida e sendo, dessa maneira, representativos para um estudo de caso já que esse mesmo painel de atores envolvidos no processo de concessão do BPC se dá em todo o território nacional de forma padronizada.

Durante um mês, foram entrevistadas as 30 pessoas com deficiência atendidas pelo BPC. O questionário aplicado a esse grupo foi do tipo aberto, semi-estruturado e com técnicas de entrevista perceptiva. Entrevista perceptiva é um tipo de entrevista com características opostas à entrevista direcionada, uma vez que através de processos investigativos indiretos se alcança as categorias analíticas desejadas para o levantamento de evidências (YIN, 2005). Durante o período de 2004 e 2005, ocorreram 430 pedidos de acesso ao BPC por pessoas deficientes na única agência do INSS da cidade. Desses 430 processos de pedido de concessão, houve 276 pedidos negados representando 64% dos processos de pedidos e 154 benefícios foram concedidos, representando 36% dos pedidos do período analisado (BRASIL, 2007). A amostra de deficientes foi a partir desse número de 154 beneficiados, número que foi possível após o levantamento junto à página do MDS, ou seja, 30 beneficiados representam 20% dos 154 beneficiados na cidade nos dois anos levantados na pesquisa. Das 30 pessoas entrevistadas, havia 8 crianças e 6 adultos com

deficiências mentais o que impediu a realização da entrevista com o próprio atendido pelo benefício, fazendo com a que entrevista fosse realizada com o responsável ou representante legal da pessoa.

Já a seleção dos 4 médico-peritos e dos 4 funcionários do INSS foi realizada, pois, representam a totalidade dos sujeitos envolvidos na concessão do BPC na cidade escolhida. Os questionários aplicados a esses dois grupos foram do tipo aberto, semi-estruturado com entrevistas direcionadas. Entrevistas direcionadas consistem de características que enfocam diretamente o tópico do estudo de caso para se alcançar as categorias analíticas desejadas para o levantamento de evidências (YIN, 2005). A entrevista com esses dois grupos teve a duração de 2 semanas. Dos 4 médico-peritos, dois deles já não realizam mais avaliações periciais para o INSS há quase 2 anos. Entretanto, esses dois foram peritos do INSS prestadores de serviço à unidade por mais de 14 anos consecutivos e a grande maioria (85%) dos 30 processos selecionados para a amostra levantados tiveram as perícias médicas realizadas por esses dois peritos. Os outros dois peritos são funcionários públicos concursados da Previdência Social e exercem a função nas avaliações periciais na agência há quase dois anos. A minoria das avaliações periciais (15%) dos 30 processos selecionados foram realizadas por esses outros dois peritos. Apenas um médico-perito não consentiu a gravação da entrevista por meio de gravador de voz, entrevista essa que ocorreu de forma oral e manuscrita.

Dos funcionários do INSS, todos são funcionários públicos efetivos da Previdência Social. Dos 4 funcionários, 3 realizam atendimentos diretos aos segurados, aos beneficiados e ao público em geral que procuram pelos serviços da agência e a outra pessoa entrevistada é a chefe da unidade do INSS. Com exceção da chefe da agência, todos os componentes desse grupo são responsáveis pelo atendimento direto dos requerentes do BPC e dois deles já realizavam esse atendimento e acompanhamento do processo de concessão do benefício desde o período escolhido para essa pesquisa (os anos de 2004 e 2005). Apenas um dos entrevistados é funcionário da agência há pouco mais de 6 meses, período que não coincide com o definido para compor a amostra da pesquisa. No entanto, esse funcionário também foi entrevistado, com o objetivo de diversificar e enriquecer a amostra e estabelecer possíveis comparações e levantamento de informações acerca dos procedimentos e dinâmicas da concessão do benefício por meio da compreensão dos funcionários.

A penúltima fase consistiu da aplicação das entrevistas semi-estruturadas, elaboradas na etapa 4 para serem aplicadas aos três grupos populacionais descritos nos três parágrafos anteriores. Antes dessa fase, houve a fase do pré-teste realizado com a aplicação das entrevistas a 10% da amostra de cada um dos três grupos definidos para a pesquisa com o objetivo de testar, ajustar e melhorar os três instrumentos de coleta de dados. O pré-teste teve a duração de uma semana e após sua realização e ajuste dos instrumentos foi realizada a coleta de dados. As entrevistas foram realizadas após o consentimento livre e esclarecido dos participantes aptos a serem entrevistados, mediante gravação de voz ou mediante assinatura de termo de consentimento livre e esclarecido. Essa fase teve a duração total de seis semanas.

#### **1.4 Plano de Análise de Dados**

Após a aplicação das entrevistas a toda a amostra definida, teve início a fase de análise dos dados qualitativos a partir do conteúdo das entrevistas aplicadas aos três grupos definidos. Essa fase teve a duração de um mês. As entrevistas foram transcritas pelo pesquisador responsável e durante a transcrição foram utilizadas as técnicas do recentramento e retoque (COMBESSIE, 2004). Estas técnicas permitem sintetizar, aperfeiçoar e tornar mais claras as informações que serão encontradas de maneira dispersa nas entrevistas. Segundo Jean-Claude Combessie, essa técnica, além de facilitar o manuseio das informações para transformá-las em evidências no momento da análise dos dados, permite uma forma mais escrita aos temas que surgem na entrevista oral (COMBESSIE, 2004). Esse procedimento buscou esses objetivos desde que a fidelidade dos fatos, temas e evidências não fossem comprometidos.

Após a transcrição foi realizada uma leitura na íntegra de todas as entrevistas com o objetivo de selecionar, organizar e classificar os principais fatos e temas que aparecem com mais frequência e que puderam ser transformados em evidências de pesquisa. Nessa fase, a análise dos dados foi possível pelo uso do processo de codificação (CRESWELL, 2007). Codificação é um processo por meio do qual permite organizar, padronizar e nomear fatos, eventos e relatos que aparecem nas entrevistas e, posteriormente, transformando-os em categorias analíticas e temáticas.

A fase de avaliação das evidências dependeu de um processo de elaboração teórica cuidadosa pelo pesquisador, pois o projeto reconhece que a análise de evidências empíricas é um processo dedutivo de análise, portanto, que depende diretamente do marco teórico e

conceitual a ser utilizado pelo pesquisador na fase de análise dos dados (POPPER, 1993). A matriz de julgamento e análise das evidências foi elaborada a partir de uma ordenação das variáveis encontradas no trabalho de campo, resultado do processo de codificação e agrupamento das categorias analíticas. Além disso, os dados foram submetidos à análise de conteúdo, sob a referência do marco conceitual do projeto e da testagem das hipóteses.

## Capítulo 2

### O caso da deficiência e o desafio de proteção social do BPC

Um longo percurso histórico marca a trajetória da deficiência saindo da compreensão como tragédia e responsabilidade individual para a compreensão da deficiência como uma questão social pública matéria de justiça social. Segundo o Censo de 2000, realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o Brasil possui 24 milhões de pessoas com algum tipo de deficiência – o que expressa 14,5% da população (BRASIL, 2007). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), no Brasil são aproximadamente 17 milhões de pessoas deficientes – o que representa 10% da população. Muito embora haja diferença entre esses números, o debate sobre a origem dessas diferenças perde força ao se constatar a fragilidade das políticas públicas de proteção a essa população, bem como o baixíssimo número de pesquisas, publicações e estudos sobre o tema no país.

Os estudos internacionais sobre deficiência cresceram a partir da década de 1970. E assim como os estudos culturais, sobre mulheres ou sexualidade, os estudos sobre deficiência se desenvolveram a partir de uma posição de compromisso e de ativismo político que, de certa forma, promoveu uma maior integração e valorização no tratamento dos direitos humanos, civis e sociais para parcelas específicas da população (BARNES *et al.*, 2002). Desde sua politização nos anos 1970, os ativistas da deficiência e algumas organizações de deficientes, tornaram-se atores na defesa de ações afirmativas, mudanças nas legislações nacionais e internacionais e mais recentemente, muitos governos democráticos têm algum tipo de lei antidiscriminação e de proteção às pessoas deficientes. Na vanguarda do campo, o Reino Unido instituiu a Lei Britânica de Doenças Crônicas e Pessoas Deficientes, em 1970 e os Estados Unidos, a Lei Estadunidense de Reabilitação, em 1973.

Em 1981, foi reconhecida pela Organização das Nações Unidas (ONU) a responsabilidade dos governos por garantir direitos iguais às pessoas com deficiência. Esse reconhecimento da ONU, expresso no Ano Internacional da ONU para Pessoas Deficientes, representa a mudança no tratamento do tema da deficiência pelos organismos internacionais. A mudança de perspectiva analítica e política sobre a deficiência, explicando-a a partir da expressão da diversidade humana – ou seja, um corpo com

deficiência é compreendido como uma entre muitas das possibilidades da existência corporal para a vida humana – permitiu o reconhecimento do tema sob a égide da justiça, da igualdade e da democracia (DINIZ, 2007). Pois reconhecer a experiência da deficiência como uma entre muitas das formas corporais de estar presente no mundo e como um estilo de vida, é valorizar a diferença entre as pessoas e assumir o compromisso democrático de garantir a igualdade e a liberdade nas sociedades a partir do reconhecimento dessas diferenças (DINIZ, 2007).

A proteção das pessoas com deficiência passou a integrar as normas constitucionais no Brasil com a Constituição Federal de 1988. Antes disso, as políticas e as ações de proteção e cuidado às pessoas com deficiência situavam-se na esfera do assistencialismo, práticas caritativas e cuidados familiares, quando não eram tratadas no âmbito do abandono e do enclausuramento (NERI, 2003). A partir da Constituição de 1988, graças à pressão social, criaram-se dispositivos legais em áreas como educação, trabalho, assistência social e acessibilidade, de forma a garantir a inclusão social das pessoas com deficiência.

O objetivo desse capítulo é o de contribuir para o debate dos estudos sobre deficiência no Brasil, a partir de dois enfoques. O primeiro deles é a compreensão da deficiência como uma expressão da diversidade humana, partindo da análise do debate do modelo social da deficiência. Já o segundo, diz respeito à organização da sociedade e à sua responsabilidade de justiça sobre a deficiência, por meio de políticas públicas que garantam a cidadania, a proteção social e o processo de inclusão.

## **2.1 Por que a deficiência é uma questão de todos?**

Há duas maneiras diferentes de compreender a deficiência. Uma delas afirma que a deficiência é uma manifestação da diversidade humana que demanda adequação social para ampliar a sensibilidade dos ambientes às diversidades corporais (DINIZ, 2007). A segunda perspectiva sustenta que a deficiência é uma restrição corporal que necessita de avanços na área da Medicina, da Reabilitação e da Genética para oferecer tratamento adequado para a melhoria do bem-estar das pessoas. Quando vista como uma desvantagem natural, a deficiência tem na Biomedicina a autoridade sobre o assunto, permitindo a melhoria das condições de vida das pessoas fazendo uso da intervenção médica. Já para a compreensão da deficiência como uma desvantagem social, os instrumentos analíticos e políticos estão nas Ciências Sociais e partindo desse pressuposto, a melhoria das condições

de vida do deficiente seria possível com as adequações nos ambientes sociais tornado-os inclusivos.

As diferenças corporais – sejam elas qualificadas como deficiência ou não – são expressões da diversidade humana. Entretanto, a existência de corpos com diferenças sempre despertou a curiosidade, o espanto ou a indiferença das pessoas em diferentes sociedades. Os corpos marcados por características não reconhecidas nos demais são redescritos entre os diferentes discursos do normal e do anormal (THOMSON, 1996; CAMGUILHEM, 1995). O que parece evidente nesses discursos é que o corpo reduzido apenas às diferenças é fundamental também às narrativas pelas quais as pessoas com corpos sem as diferenças fazem sentido de si mesmas (FOUCAULT, 2001). Uma vez que o corpo deficiente é descrito quando há o contraste com a representação de um corpo sem deficiências.

Para Erving Goffman, os próprios ambientes sociais estabelecem parâmetros e valores sobre a expectativa do normal e do patológico e, conseqüentemente, quais tipos de pessoas têm maior possibilidade de serem consideradas membros normais de cada um desses ambientes (GOFFMAN, 1988). Esse processo classificatório se dá no jogo cotidiano das relações sociais e pela construção da expectativa de identidade social condizente com um ambiente. Ou seja, quando uma pessoa com características diferentes daquelas que se esperava encontrar em um determinado ambiente, é apresentada ou é vista fazendo parte dele, essa pessoa pode ser considerada estranha. As pessoas com marcas corporais específicas ou com lesões experimentam a noção da identidade estranha por serem consideradas como não-pertencentes a determinados ambientes sociais e às expectativas de relações sociais produzidas pelos processos de sociabilização.

Durante um longo período do pensamento ocidental, o corpo com diferenças e marcas foi compreendido como a evidência mística – fosse pela ira ou pelo milagre divino. Mas, com a entrada da narrativa biomédica sobre o corpo, o discurso sobre o extraordinário pelo mistério religioso perdeu força e passou a ser uma narrativa cultural autorizada pela modernidade. Nesse processo de dominação do corpo pela ciência biomédica, o corpo excepcional passou crescentemente a ser representado por condições clínicas como patologia (FOUCAULT, 2001). Aos poucos, o discurso biomédico foi ganhando autoridade para explicar as patologias e as enfermidades e, conseqüentemente, os corpos passaram a ser diagnosticados e classificados em normais, anormais, monstruosos ou deficientes.

Segundo Michel Foucault, o corpo diferente passou a ser conhecido como o *corpo monstruoso*, “aquele que constitui em sua existência mesma e em sua forma, não apenas uma violação das leis da sociedade, mas também uma violação das leis da natureza” (2001, p.69). Para ele, o *monstro humano* combina o impossível com o proibido e serviu como o grande modelo de todas as pequenas discrepâncias. O corpo marcado pelas diferenças, mesmo sendo o princípio de inteligibilidade de todas as formas da anomalia, o monstro, o anormal, ou o deficiente é, em si, inteligível ou dotado de uma inteligibilidade tautológica (FOUCAULT, 2001). Nesse contexto, o anormal seria uma espécie de monstro cotidiano, ou um corpo com diferenças banalizado pelo controle que a Biomedicina exerce sobre ele.

O nascimento do corpo anormal foi possível com a entrada da narrativa moderna da Ciência – ou mais especificamente da Medicina, com a conseqüente classificação do corpo como patológico. Essa compreensão da deficiência como um fenômeno no âmbito da patologia ou da anormalidade ficou conhecido como o *modelo médico da deficiência*. Esse percurso moderno da deficiência saindo da esfera mística para a patológica permitiu que o corpo com restrição de habilidades fosse docilizado, por meio de intervenção cirúrgica ou reabilitação. Dessa maneira, a deficiência tornou-se um fenômeno social explicado pelo azar ou pelo imprevisível e, sobretudo, visto como uma experiência privada e individual, compreendida como uma opressão provocada pela lesão corporal e pelas restrições de capacidades resultantes dela.

A partir da segunda metade do século XX, ativistas e os teóricos dos movimentos sociais dos deficientes questionaram a soberania do discurso biomédico frente à deficiência (DINIZ, 2007). Uma das primeiras tentativas de afastar a deficiência do campo biomédico aproximando-a das Ciências Sociais foi realizada por Talcott Parsons em 1951. Dentro da área geral da sociologia da deficiência iniciada por Parsons, o campo começou a se consolidar com o aumento de publicações e o interesse pela área foi ganhando força. Durante as décadas de 1960 e 1970, algumas publicações sobre o tema foram *A Fabricação de Homens Cegos*, de Robert Scott em 1969 nos Estados Unidos; a coleção editada de Gary Albrecht, *A Sociologia da Deficiência Física e Reabilitação*, em 1976; na Inglaterra publicaram *O Significado da Deficiência*, de Mildred Blaxter, em 1976; e *A Pobreza no Reino Unido* de Peter Townsend, em 1979 (BARNES *et. al*, 2002) . Uma contribuição em comum dessas obras foi a crítica ao discurso biomédico como único recurso explicativo para a deficiência, ao passo que as Ciências Sociais foram se consolidando como narrativa alternativa.



O pioneirismo britânico nos estudos sobre deficiência consolidou-se com a formação do *modelo social da deficiência* – movimento teórico e político de crítica ao modelo biomédico. A tese do modelo social era de que a desigualdade pela deficiência não estava apenas nas lesões corporais, mas constituída nas várias barreiras físicas, econômicas, políticas e sociais da vida em sociedade para os deficientes (BARNES *et. al*, 2002). Segundo Michel Oliver:

todos os deficientes experimentam a deficiência como uma restrição social, não importando se estas restrições ocorrem em consequência de ambientes inacessíveis, de noções questionáveis de inteligência e competência social, se da inabilidade da população em geral em utilizar a linguagem de sinais. (1990, p.xiv).

Dessa maneira, o modelo social da deficiência, ao resistir à redução da deficiência à lesão, oferece instrumentos analíticos e políticos mais poderosos para o ativismo social em torno da deficiência do que os biomédicos. A tese central do modelo social desloca para a organização da sociedade a necessidade de enfrentar a deficiência como uma questão social pública e não mais somente restrita à esfera privada e dos cuidados familiares.

O modelo social da deficiência sustenta que não há uma relação direta de causalidade entre lesão e deficiência, deslocando o debate sobre saúde e direitos das pessoas deficientes para o terreno da organização social e política (DINIZ, 2007). Para os defensores do modelo social, a lesão seria uma característica corporal, como seria o sexo ou a cor da pele, ao passo que deficiência seria o resultado da opressão e da discriminação sofrida pelas pessoas em função de uma sociedade que se organiza de uma maneira pouco sensível à diversidade. Assim, é possível uma pessoa ter lesões e não experimentar deficiência, a depender de quanto à sociedade esteja ajustada para incorporar a diversidade. Por exemplo, uma pessoa surda terá sua diferença corporal transformada em uma restrição de habilidades, a depender de quanto os diversos ambientes sociais frequentados por ela sejam adaptados ou não à sua característica corporal, permitindo ou não a comunicação por meio de instrumentos manuais (DINIZ, 2003).

O modelo social da deficiência nasceu da crítica à opressão que o capitalismo impõe às pessoas deficientes. A tese original do modelo social argumentava que um corpo com lesões não seria apto ao regime de exploração da mão de obra e aos padrões fabris de comportamento que o capitalismo necessita (BARTON e OLIVER, 1997). Para Foucault, o padrão emergente sobre a expectativa do sujeito ideal necessário ao modelo de produção capitalista exige um tipo de sujeito com corpo hábil às novas atividades e práticas fabris,

onde a força física torna-se fundamental (FOUCAULT, 1986). Esse sujeito produtivo ideal e necessário ao capitalismo, não considera o deficiente. Sendo assim, os primeiros teóricos do modelo social defendem que a deficiência é a opressão sofrida pelas pessoas com alguma lesão, quando o corpo entra em contato com ambientes sociais hostis às restrições de habilidades.

Em outras palavras, o modelo social da deficiência defende que a opressão às pessoas deficientes é devido à incompatibilidade entre o corpo com lesão e as exigências do capitalismo, quando nos seus mais diferentes ambientes sociais não possui adaptação às diversidades corporais. A argumentação dos primeiros teóricos do modelo social representou o questionamento dos padrões exigidos pelo capitalismo, no que diz respeito ao corpo com as características ideais capazes de oferecer aos sistemas sociais a potencialidade produtiva. Essa argumentação dos teóricos do modelo social fragilizou as bases sobre as quais a deficiência foi erguida e que, durante um longo período, foi compreendida ora como um acontecimento ligado ao azar, ora como patologia que exigia da Biomedicina compreensão e intervenção.

Segundo John Stuart Mill, o direito de uma pessoa pode ser entendido como a tutela que ela pode exigir da sociedade seja com base na lei, seja com base na educação ou na opinião. Se uma pessoa possui o que se considera uma razão suficiente para ter, por qualquer motivo, uma garantia por parte da sociedade, então, há um direito (MILL, 2000). Em um contexto de promoção de liberdade e igualdade, o modelo social da deficiência devolve para a sociedade a responsabilidade por enfrentar a deficiência como uma questão social na esfera do público, promovendo a garantia dos direitos de quem a experimenta. Pois, um estado verdadeiramente democrático deve dispor de mecanismos que incorpore a deficiência a partir do reconhecimento das demandas específicas dessa população como demandas legítimas.

## **2.2 Mercado de Trabalho e Proteção Social**

Deficiência é um tema desafiante para as políticas públicas por estar articulada com mercado de trabalho restritivo e pouco sensível à diversidade de funcionalidades, com pobreza e fragilidade das políticas sociais para a garantia de cidadania dessa parcela da população (SANTOS, 2007). Além das demandas de acessibilidade no mercado de trabalho para promover inclusão social, a deficiência é um tema alarmante quando articulada à pobreza. Para ilustrar esse cenário, um levantamento feito por Marcelo Neri

mostra que do total das pessoas com deficiência no país, 29% delas vivem em situação de miséria, ou seja, vivem em famílias com renda *per capita* abaixo de meio salário mínimo (NERI, 2003).

Para Neri, esse contingente que combina deficiência e pobreza é ainda mais preocupante quando observado o que o autor chama de as pessoas com percepções de incapacidade (PPI), ou seja, as deficiências que ele considera graves e que representam 2,5% das pessoas deficientes no país. Pois, desse total de mais de 4,2 milhões de pessoas com deficiências graves, o número de pessoas vivendo na miséria aumenta para 41% (NERI, 2003).<sup>i</sup> Esses números são significativos para problematizar a necessidade de política de assistência social e proteção social, uma vez que há ocorrência de incapacidade para o trabalho aliada à pobreza absoluta que resultam em situações de extrema vulnerabilidade social.

Segundo Amartya Sen, a eficácia no combate à pobreza e desigualdade sócio-econômica depende da compreensão da pobreza não somente como baixo nível de renda, mas, sobretudo, como privação de *capacidades básicas* (SEN, 2000). Ou seja, a privação de renda se configura em situação de desvantagem social em sentido absoluto, mas determinadas desvantagens como a idade, doenças ou certas deficiências reduzem o potencial de um indivíduo transformar renda em capacidades para alcançar uma vida que ele considera com valor (SEN, 2001). Para Sen, as políticas públicas são mecanismos para responder às demandas sociais, amparados em princípios éticos e de justiça social, e têm, nesse sentido, função fundamental para beneficiar os indivíduos que têm o potencial reduzido para transformar suas *funcionalidades* em *capacidades*.<sup>ii</sup>

Essa perspectiva de Sen para avaliação do desenvolvimento das sociedades com o enfoque na pobreza não a partir somente da restrição de renda e recursos, mas também como de privação de capacidades básicas, amplia as noções sobre o impacto que o desenvolvimento das sociedades pode trazer para os indivíduos (MEDEIROS e DINIZ, 2007). Para Sen, o desenvolvimento das sociedades é desejável não do ponto de vista apenas do crescimento econômico, do aumento das inovações tecnológicas ou da conexão das economias em escala global, mas, principalmente, pela ampliação das possibilidades abertas à realização dos indivíduos, como processo de expansão das liberdades reais que as pessoas desfrutam (SEN, 2000).

Determinados eventos tais como pobreza, doença, a experiência da deficiência, a velhice ou o desemprego, podem determinar casos extremos de vulnerabilidade e

insegurança social por serem responsáveis por privação profunda de capacidades básicas. No entanto, as sociedades devem se organizar para proteger socialmente as pessoas desses eventos ou das condições de possibilidade da emergência deles e suas conseqüências (CASTEL, 2005). A modernidade, ao retirar a explicação dos fenômenos sociais do discurso religioso, sobretudo os fenômenos que resultam em injustiças, promoveu com as noções de direito, justiça e Estado, a necessidade do enfrentamento das contingências sociais antes compreendidas como responsabilidades individuais. Ao mesmo tempo, a estruturação dos sistemas produtivos baseada no ordenamento capitalista transformou as relações de trabalho em um espaço de proteção social dos indivíduos modernos e dos seus direitos.

O trabalho não é uma simples técnica de produção, mas um suporte privilegiado de inscrição na estrutura social, onde existe uma forte correlação entre o lugar ocupado na divisão social do trabalho e a participação nas redes de sociabilidade e nos sistemas de proteção que protegem um indivíduo diante dos acasos da existência (CASTEL, 1998). Assim, a associação entre o trabalho estável e a inserção relacional sólida caracteriza uma área de integração, ao passo que, inversamente, a ausência de participação em qualquer atividade produtiva e o isolamento relacional conjuga em seus efeitos negativos para produzir a exclusão e a desfiliação. Para Robert Castel, a vulnerabilidade social, é, portanto, uma zona intermediária e instável, que conjuga a precariedade do trabalho e a fragilidade dos suportes de coesão social.

As pessoas com deficiência enfrentam duplamente os efeitos dessa vulnerabilidade social. Primeiro, por não serem reconhecidas socialmente como sujeitos produtivos pela dificuldade de inserção no mercado de trabalho. E segundo, pela dificuldade e, mesmo, impossibilidade de garantirem sua autonomia econômica, social e simbólica por causa das lesões, o que resulta em exclusão e isolamento ao não fazerem parte da sociedade produtiva por meio dos processos de sociabilidade promovidos pelo mundo do trabalho (MEDEIROS *et. al*, 2007). Ou seja, a noção de proteção social garantida ao sujeito moderno quando ele passa a fazer parte das relações de trabalho, no caso das pessoas com deficiência, torna-se uma noção frágil pelas especificidades dessa minoria.

Com base no Censo de 2000, das aproximadamente 24 milhões de pessoas deficientes no país, estima-se que mais de 9 milhões em idade produtiva poderiam entrar no mercado formal de trabalho, se lhes fossem proporcionadas condições adequadas de acessibilidade (NERI, 2003). Entretanto, o número de pessoas deficientes que estão no

mercado de trabalho formal não chega a 600 mil, o que representa 2% do total das pessoas no mercado formal de trabalho e 6,6% das pessoas deficientes em idade produtiva (NERI, 2003).

Durante muito tempo, houve por parte do poder público um silêncio político sobre a inserção dos deficientes no mercado de trabalho. As políticas públicas para a criação de novos postos de trabalho para pessoas deficientes, a implementação e efetivação da legislação que reserva cotas para esse segmento populacional no serviço público ou em empresas privadas de médio e grande porte, são os principais mecanismos que devem ser acionados para permitir a inclusão de pessoas deficientes no mundo do trabalho.

## Capítulo 3

### Por que Políticas Públicas de Proteção Social?

As teorias sobre justiça social e ética compõem um importante debate contemporâneo nas Ciências Econômicas, Sociais e na Filosofia Política. Tais teorias analisam, entre outras coisas, os fundamentos em que o Estado democrático se baseia para atuar nos processos produtivos a fim de garantir justiça e igualdade na sociedade (VITA, 1999; KERSTENETZKY, 2005). As diversas teorias sobre justiça social e ética têm em comum avaliar os parâmetros e o alcance das instituições sociais para estabelecer garantias aos indivíduos para alcançarem a vida que eles consideram com valor.

As políticas sociais são um tipo de política pública com funções capazes de construir uma rede de proteção social tal que os direitos de cidadania são garantidos para a realização das necessidades humanas básicas dos indivíduos (PEREIRA, 2006). Segundo Castel, proteção social é a condição de possibilidade para formar uma sociedade no meio da qual ninguém é excluído, porque cada um disporá de certa quantidade de recursos e de direitos para manter relações de interdependência com todos (CASTEL, 2005). Dessa maneira, as políticas sociais são implementadas em um ambiente onde as instituições sociais estão amparadas em princípios gerais de justiça social, ética, igualdade e liberdade.

Para compreender o significado de proteção social é preciso compreender as formas institucionalizadas nas sociedades para proteger parte ou conjunto de seus membros de certas experiências decorrentes da vida natural ou social, tais como velhice, doença, privações ou restrições de habilidades (DI GIOVANI, 1998). A proteção social se efetiva por meio de um conjunto de mecanismos de redistribuição de recursos tendo como objetivos beneficiar os menos protegidos pela eficácia do sistema econômico, favorecer a igualdade de chances e reduzir as desigualdades ligadas a fatores negativos que reduzem as potencialidades das pessoas.

O objetivo desse capítulo é o de oferecer subsídios para a compreensão dos fundamentos das políticas públicas de proteção social para os deficientes no Brasil. Será demonstrado que as instituições sociais em um Estado democrático devem se amparar em noções de justiça social para promover mais igualdade e mais liberdade ao reconhecer as reivindicações das pessoas deficientes. E, ainda, será demonstrado que as políticas sociais são necessárias para construir uma rede de proteção social com o objetivo de 1. proteger

socialmente os indivíduos que não são privilegiados pelas vantagens do sistema econômico e 2. por meio dessa proteção, garantir os direitos humanos como forma de combater as contingências sociais e as situações de vulnerabilidade social resultantes delas.

### **3.1 Igualdade e Direitos Humanos na diversidade: dois valores democráticos**

As sociedades democráticas têm razões suficientemente fortes para promover tanto quanto possível a igualdade entre as pessoas. Entretanto, essa importante afirmação que prevê e define as ações que orientarão as sociedades não pode desconsiderar que a diversidade humana é parte constituinte de qualquer sociedade (RAWLS, 2005). As diversidades humanas não são desconsideradas pela razão de valorizar até o máximo possível a igualdade entre os seres humanos, mas é devido a inferior razão pragmática da necessidade de simplificação das características humanas (RAWLS, 2005; SEN, 2001). O que torna o valor democrático da igualdade como central para proteger as diversidades humanas e não o contrário, como à primeira vista poderia parecer.

A diversidade humana não simplesmente é parte constituinte de qualquer sociedade, como também, a depender de como as sociedades se organizam, algumas expressões da diversidade podem resultar em fenômenos de desigualdade (BRAH, 2006). Em sociedades com valores democráticos, dispor de mecanismos institucionais para proteger as diversidades implica em definir quais diversidades devem ser protegidas e como protegê-las. Quando se trata de valorizar a igualdade entre os indivíduos, o debate sobre a igualdade recai na questão: *igualdade de quê?* (SEN, 2001). Saber exatamente sobre o que se quer igualar até o máximo possível é fundamental para dispor de mecanismos institucionais afinados com tal objetivo. Os estudos sobre deficiência a partir da década de 1970 foram responsáveis por redescrever o modo pelo qual a sociedade passou a ser responsável por tratar a deficiência com mais igualdade (DINIZ, 2007). Isso foi possível porque ao enfraquecer o discurso biomédico como único recurso explicativo sobre o corpo deficiente, o modelo social da deficiência deslocou o debate sobre a atenção às reivindicações dos deficientes para o âmbito das negociações políticas e sociais que acontecem na estrutura básica da sociedade.

Em uma sociedade onde as pessoas reconhecem certas normas vinculativas de comportamento, as vantagens enquanto cooperação social acontecem porque torna vantajoso para todos o modo de vida que ninguém alcançaria se vivesse apenas pelos seus próprios esforços (RAWLS, 2005). A aproximação da deficiência do campo das Ciências

Sociais proporcionou um questionamento contundente sobre como, até então, as Ciências Biomédicas compreendiam o corpo deficiente porque favoreceu a ampliação do escopo de reivindicações no campo da deficiência como uma questão pública de toda a sociedade (OLIVER e BARNES, 1998). Uma dessas reivindicações diz respeito à necessidade de políticas sociais para as pessoas deficientes tendo como objetivo a garantia da cidadania e da proteção social dessa parcela da população.

Por que cuidar ou proteger socialmente as pessoas deficientes? Essa é uma das questões centrais no campo dos estudos sobre deficiência (SCULLY, 2005). Proteger socialmente as pessoas deficientes significa a responsabilidade do Estado democrático em atender uma demanda específica para promover justiça e não meramente uma medida paternalista ou benevolente. A guinada teórica e analítica que permitiu desvendar a deficiência como um fenômeno não mais restrito à esfera individual e patológica, passando a ser uma questão social pautada na responsabilidade do Estado em promover justiça social, lançou luz sobre o debate dos direitos humanos das pessoas portadoras de deficiência. E, conseqüentemente, transferiu a atribuição do cuidado e proteção do campo da benevolência para o campo da garantia de direitos amparada em princípios éticos e na solidariedade como uma questão pública.

A expressão da proteção social às pessoas deficientes pode ser verificada – para além das políticas de incentivo à entrada no mercado de trabalho – nas políticas sociais, tal como a assistência social (CASTEL, 1998). As pessoas com deficiências graves representam 2,5% da população brasileira e, nesse caso, as políticas de proteção dos direitos de cidadania dessa população dependem da efetivação da política de assistência social, já que elas não entrarão para o mercado de trabalho mesmo ocorrendo as adequações necessárias nos ambientes sociais (NERI e SOARES, 2004). O cenário político-institucional de um Estado democrático permite que os diferentes grupos populacionais, recebam igual consideração e tratamento para que, partindo de suas condições que são específicas, possam ter por parte do Estado a promoção e a garantia da igualdade (DWORKIN, 2005). Ou seja, as pessoas somente são tratadas como iguais quando o Estado demonstrar por elas o mesmo respeito e consideração reconhecendo suas demandas.

Em democracias sólidas, existem dois tipos de direitos que as pessoas possuem: o direito ao tratamento como igual e o direito ao igual tratamento (DWORKIN, 2005). Apesar de semelhantes, são direitos fundamentados em princípios diferentes. O primeiro é



fundamental, já o segundo é um direito derivado. As pessoas com demandas específicas, como é o caso das minorias sociais, dos grupos que sofrem opressão de algum tipo ou populações em situação de vulnerabilidade social, recebem do Estado tratamento como igual partindo do reconhecimento das diferenças para, então, garantir a igualdade e a justiça (DWORKIN, 2005). A justiça e a igualdade não são possíveis em sociedades que oferecem tratamentos desiguais às pessoas por causa de alguns critérios como gênero, cor da pele, restrições de habilidades, entre outras. Os governos democráticos atuam, portanto, de maneira a promover a igualdade de modo geral, respeitando o direito individual das pessoas à igualdade e à liberdade.

Segundo Castel, “os fundamentos de solidariedade nascidos no sistema de produção capitalista expressam o reconhecimento e a aceitação de que a sociedade moderna forma um conjunto de condições desiguais e interdependentes” (1998, p.278). A solidariedade nascida com o capitalismo permitiu aos países capitalistas a busca de uma relação que permita escapar tanto dos caminhos do egoísmo quanto do comunalismo e o conhecimento das leis da solidariedade é, fundamentalmente, a tomada de consciência da interdependência entre as pessoas (CASTEL, 1998). Essa solidariedade nas sociedades capitalistas modernas está nas políticas públicas e sociais, tais como de seguridade social (saúde, previdência e assistência social), de educação, de habitação, trabalho, entre outras.

### **3.2 O princípio de justiça das Políticas Sociais**

Todas as instituições sociais são limitadas e incompletas. Porém, são necessárias desde que se complementem e estejam vinculadas a princípios normativos mais amplos de regulação social como os de justiça social, igualdade e liberdade (DWORKIN, 2005). Sen afirma que o Estado e os mercados, portanto, não são instituições que devem concorrer entre si para exercer uma influência maior na sociedade para, assim, aumentar seu alcance e eficiências (SEN, 2007). Os mecanismos de mercado e o Estado são instituições com papéis muito gerais e que devem servir aos princípios normativos mais amplos citados por Ronald Dworkin – se assim a sociedade os desejar e criar condições para sua concretização.

Nessa perspectiva dos papéis tanto do Estado quanto dos mercados, o nascimento das políticas sociais está relacionado tanto às exigências de determinados setores da sociedade que se viram obrigados a reivindicar maior proteção social junto ao Estado – pois, a ordem industrial moderna ameaçava a integração social – quanto à necessidade de

adequações por parte do próprio ordenamento capitalista de produção que necessitava de maiores eficiência, lucratividade e controle das demais funções sociais da sociedade (BEHRING e BOSCHETTI, 2006; FALEIROS, 2004; PEREIRA, 2006). A compreensão do surgimento das políticas sociais por essa ótica tem o papel de transformá-las em mecanismos de justiça social estabelecendo parâmetros ao atribuir direitos e deveres nas instituições básicas das sociedades.

O BPC representa o marco inicial no Brasil sobre o papel do Estado de regulador para responder demandas de justiça social por meio da política de assistência social como direito (BOSCHETTI, 2006; SPOSATI, 2004). É um benefício gigante pelo número de pessoas atendidas, muito embora seja um benefício que não tem muita visibilidade e poucas estratégias de divulgação oficial por parte do Governo Federal (MEDEIROS *et. al*, 2006 b; MEDEIROS, 2007). Além disso, o BPC é ainda um benefício que garante os mínimos sociais de sobrevivência do seu público-alvo e não uma política abrangente que promove alterações consideráveis nos padrões de consumo das pessoas atendidas (PEREIRA, 2006). Entretanto, o BPC integra uma rede de proteção social, desde que articulado com outras política públicas, objetivando a ampliação da cidadania das pessoas idosas e com deficiência pobres no país.

A proteção social firmada na Constituição de 1988 é estruturada no reconhecimento de que a inscrição dos indivíduos em grupos e relações de dependência recíprocas é a base do paradigma previdenciário-assistencial (BOSCHETTI, 2006). No entanto, se por um lado, a Constituição de 1988 foi um marco para o reconhecimento da política de assistência social como direito, por outro, a política de seguridade social passou a enfrentar um grande desafio à sua implementação: com os preceitos constitucionais de 1988, a seguridade social, principalmente, o complexo previdenciário-assistencial ficou dependente da condição de assalariamento da sociedade, ou seja, os direitos e benefícios trabalhistas são garantidos quando a população começa a fazer parte do mercado formal de trabalho (BOSCHETTI, 2006). Entretanto, o Brasil ainda não se constituiu em uma sociedade de base salarial para a maioria da população.

As políticas sociais para as pessoas com deficiência reforçam essa controvérsia existente na efetivação da política de seguridade social no Brasil. Promover justiça às pessoas deficientes significa fazer uso da política de previdência, promovendo a inserção da população no mercado de trabalho. Mas, sobretudo, é também necessário garantir a

proteção dos direitos de cidadania, por meio da política da assistência social a todas aquelas que por suas restrições de habilidades não farão parte do mundo do trabalho.

A deficiência é, portanto, uma expressão da diversidade humana e apenas se torna uma questão de injustiça quando a estrutura básica da sociedade não consegue tratá-la com equidade, impondo às pessoas com deficiência barreiras físicas ou morais e de dificuldades de acesso à convivência social. A expressiva incidência de pessoas deficientes na sociedade brasileira transforma o tema da deficiência em uma questão social que exige do poder público ações no sentido de promover os direitos humanos das pessoas que a experimentam, por meio das políticas sociais que garantam a justiça.

## Capítulo 4

### Avaliação do BPC por quem recebe e por quem concede o benefício

Para requerer o BPC, a pessoa idosa ou portadora de deficiência deve procurar um dos postos do INSS, preencher o formulário de solicitação do benefício e de declaração de renda dos membros da família, comprovar residência e apresentar documentos próprios e da família para avaliar os critérios de renda (BRASIL, 2007). A pessoa deficiente será encaminhada para uma avaliação médico-pericial em que os médico-peritos do INSS verificam, entre outras coisas, a aptidão para a atividade laboral, níveis de dificuldades visuais, auditivas, de locomoção, fala e o grau de dificuldade para exercer as atividades da vida diária (MEDEIROS *et. al*, 2006 b). A pessoa beneficiada passa por uma revisão a cada dois anos e nessa revisão a situação social e níveis de vulnerabilidade são também avaliados por meio da avaliação social e visita domiciliar.

A pesquisa de campo realizada em Unaí-MG foi possível pela autorização dada pela chefe da única agência do INSS da cidade aos processos de pedido de concessão do BPC por pessoas deficientes na cidade. O acesso aos processos de pedido de BPC, que totalizaram 430 processos entre os anos de 2004 e 2005, permitiu o levantamento de todas as pessoas envolvidas na concessão do benefício para compor um cenário representativo para um estudo de caso. Unaí é uma cidade de pequeno porte com 80 mil habitantes, localizada no interior de Minas Gerais ficando a 140 km do Distrito Federal, o que permitiu uma pesquisa de campo com agilidade e qualidade. Características estas que seriam opostas, caso a pesquisa fosse realizada, por exemplo, em uma agência do INSS de Brasília-DF, tanto pela dificuldade de levantamento de todos os envolvidos no processo de concessão do benefício quanto na localização das pessoas beneficiadas em uma metrópole.

Durante um mês e meio, foram entrevistadas 30 pessoas com deficiência atendidas pelo BPC, o que representa 20% do total de benefícios concedidos no período de janeiro de 2004 a janeiro de 2006 na cidade. De maneira aleatória, os endereços eram escolhidos e realizava-se a entrevista após o consentimento do participante. Ao atingir o número de 30 beneficiados entrevistados, o trabalho de campo com esse grupo foi encerrado. As tabelas a seguir mostram o perfil das pessoas deficientes atendidas pelo BPC entrevistadas:

**Tabela 1****Tipos de Deficiências/ Doenças\***

<b>Deficiências/Doenças</b>	<b>Pessoas</b>
<b>Deficiências Físicas e Motoras</b>	<b>9</b>
<b>Deficiências Mentais</b>	<b>8</b>
<b>Doenças crônicas</b>	<b>9</b>
<b>Seqüelas de Acidente Vascular Cerebral (AVC)</b>	<b>2</b>
<b>Doenças genéticas</b>	<b>2</b>
<b>Total</b>	<b>30</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. Realizada durante os anos de 2006 e 2007 em Unaí-MG.

As diversas deficiências da amostra da pesquisa compõem um cenário representativo dos tipos de restrições de habilidades devido à lesão experimentada por pessoas que vivem em contato com ambientes hostis às diversidades corporais. Ao lado de um grande número de deficiências físicas e mentais, na amostra apareceram também vários tipos de doenças como câncer, vírus HIV e diabetes. A recuperação pela pesquisa dessas doenças atendidas pelo benefício indica um alargamento do conceito de deficiência utilizado nas concessões do BPC (SQUINCA, 2007; DINIZ *et. al*, 2006; SANTOS, 2006).

**Tabela 2****Idade\***

<b>Faixa Etária</b>	<b>Pessoas</b>
<b>Até 18 anos</b>	<b>8</b>
<b>Entre 19 e 30 anos</b>	<b>4</b>
<b>Entre 30 e 40 anos</b>	<b>9</b>
<b>Entre 40 e 60 anos</b>	<b>9</b>
<b>Total</b>	<b>30</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. Realizada durante os anos de 2006 e 2007 em Unaí-MG.

Em todo o país, crianças e adolescentes são a faixa etária de maior incidência de pessoas deficientes atendidas pelo BPC: um em cada cinco BPCs concedidos no país é para crianças e adolescentes até 18 anos de idade (BRASIL, 2007). As demais idades encontradas na amostra indicam a concessão do BPC para deficientes em diferentes idades, mas que têm em comum o fato de ainda estarem em idade considerada produtiva.

**Tabela 3**

**Tipos de Moradia\***

<b>Tipo de Moradia</b>	<b>Pessoas</b>
<b>Casa Própria</b>	<b>14</b>
<b>Alugada</b>	<b>6</b>
<b>Casas cedidas, não-alugadas</b>	<b>10</b>
<b>Total</b>	<b>30</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. Realizada durante os anos de 2006 e 2007 em Unaí-MG.

É interessante o alto número de pessoas deficientes atendidas pelo benefício morando em residência própria (14 pessoas). Mas por outro lado, o elevado número de pessoas deficientes que recebem o benefício que não possuem residência própria também é alto, totalizando 16 pessoas entrevistadas. O que revela a situação de extrema vulnerabilidade social das pessoas com deficiência pobres do país.

#### **4.1 Duas perspectivas sobre a proteção social do benefício?**

As pessoas deficientes entrevistadas reportaram melhoria significativa em suas condições de vida após o acesso ao BPC. Entretanto, pelo relato dos entrevistados é possível constatar que o BPC consiste, sobretudo, em um rendimento seguro e mensal para atender as necessidades mínimas de sobrevivência dos beneficiados e suas famílias, não promovendo aumento considerável nos padrões de consumo de bens secundários, duráveis ou de utilização dos rendimentos do benefício para algum tipo de geração de renda. A tabela seguinte, mostra como são utilizados os rendimentos do BPC pelas pessoas entrevistadas:

Tabela 4

## Cesta de consumo do BPC\*\*\*

Consumo	Frequência	Pessoas
Alimentação	Prioridade	30
Tratamentos Médicos	Prioridade	22
Tarifas de água, luz e aluguel	Prioridade	16
Lazer	Casualmente	2
Investimentos	Casualmente	0

\*Fonte: Pesquisa "Deficiência em Questão: uma análise de Impacto do BPC", financiada pelo CNPq e pela Anis: Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero. Realizada durante os anos de 2006 e 2007 em Unaí-MG.

\*\*As perguntas permitiam que as pessoas escolhessem mais de um item.

O relato a seguir corrobora a afirmação de que os rendimentos do BPC são utilizados de forma prioritária com despesas básicas de alimentação e tratamentos médicos pela família daqueles atendidos pelo benefício:

Eu fui atrás de tentar receber o benefício pra minha filha porque a renda aqui de casa não dava para todas as despesas dela. Tem as fraldas, que ela usa fraldas o tempo todo. Os remédios que são muito caros... E por isso, eu fui atrás para ela poder ter uma vida melhor. Às vezes falta até dinheiro pra colocar comida aqui em casa! (Entrevistado 4)

A exigência da pobreza familiar como critério de acesso ao BPC transforma o benefício em uma garantia de renda destinada à família e não somente ao deficiente (MEDEIROS *et. al*, 2006 a; SPOSATI, 2004). O critério de  $\frac{1}{4}$  de salário mínimo *per capita* familiar de renda que permite o acesso ao BPC aliado à pobreza das famílias dos deficientes configuram o alcance do benefício como restrito para promover mudanças significativas nos padrões de consumo dos deficientes atendidos.

A constatação de que o benefício consiste, principalmente, em atender as necessidades mínimas de sobrevivência dos beneficiados se revela também quando se constata o papel desempenhando pelo BPC na composição dos rendimentos da família dos deficientes beneficiados. Das 30 pessoas da amostra, 13 pessoas beneficiadas têm o BPC como a única renda da família e 17 pessoas têm o BPC como a principal renda familiar.

Apesar de se ter 17 pessoas que não têm o BPC como a única renda familiar, em 12 desses casos os rendimentos totais das famílias não ultrapassam 2 salários mínimos.

A melhoria das condições de vida dos deficientes após o recebimento do BPC está para além do aumento e da garantia de segurança da renda familiar. Os adultos acima de 19 anos relacionaram o recebimento do benefício com o aumento da sua autonomia e independência social em relação às famílias. Antes, a necessidade dos cuidados familiares e a dependência financeira total da família, fazia com que as pessoas deficientes tivessem uma autonomia diminuída, o que contribuía para a situação de frustração frente à dinâmica familiar e à sociedade. Esse trecho é de um dos entrevistados que revelou a importância do BPC para ampliação de sua autonomia e independência:

foi muito bom meu irmão receber o benefício porque ele não consegue trabalhar por causa do problema de cabeça (retardo mental) e ele tinha muita vontade de ter o dinheiro dele, agora ele tem e não precisa depender de ninguém. Isso é o que eu acho que foi mais importante: ele tinha até depressão, ele era meio revoltado porque queria trabalhar e não dava conta, e precisava depender dos outros, da mamãe, nós irmãos deles que ajudavam... Mas quando ele passou a receber, ele passou a se sentir bem melhor. (Entrevistado 5)

Esse trecho revela o papel da política de assistência social, não somente de garantir proteção social, como também de promover cidadania contribuindo para redescrever os papéis representados pelos deficientes em suas famílias e na sociedade.

A compreensão de que o BPC provoca melhoria nas condições de vida das pessoas deficientes também é compartilhada pelos responsáveis pela concessão do benefício. Quando os 4 funcionários do INSS e os 4 médico-peritos responderam à questão: “Alguma coisa muda na vida das pessoas depois que elas passam a receber o BPC?”, todos os entrevistados responderam afirmativamente sobre as mudanças na vida das pessoas devido o acesso ao BPC. Principalmente, relativas à segurança dos rendimentos mensais para gastos com as necessidades básicas, tais como alimentação, remédios e tratamentos médicos. O trecho a seguir comprova essa interpretação por parte dos responsáveis pela concessão do BPC:

As pessoas são muito pobres. Muita coisa muda. Para quem tem um deficiente ou doente grave em casa que ele já não consegue trabalhar tem muito tempo, ou é criança ou já idoso que tem gastos com alimentação, remédios, essas coisas... a certeza de um salário mínimo todo mês muda muita coisa. Pelo menos para alimentação e remédio que a maioria das pessoas gastam muito com medicação, o benefício ajuda sim. (Perito 1)

As mudanças provocadas pelo BPC na vida dos beneficiados, ainda foram relacionadas pelos responsáveis pela concessão do benefício, no que diz respeito à



alteração na noção de autonomia das pessoas deficientes e independência social em relação às famílias. O trecho a seguir corrobora essa afirmação:

Para muitos muda muita coisa, sim. Não é só na questão da certeza da renda não, é de dignidade também, cidadania... Muitas pessoas tem histórias de vida complicadas, de pobreza da família, de abandono, de total falta de recursos pra conviver com a deficiência de maneira tranqüila, então, o benefício é uma segurança pra isso também. E ainda tem aquelas questões da família, que antes, tinha abandonado o deficiente e depois que ele recebe, passa a ser diferente com ele, passa a valorizar. (Funcionário 1 do INSS)

A concessão do benefício por meio do INSS, um espaço onde outros direitos sociais trabalhistas são implementados, dá um caráter mais impessoalizado à concessão do benefício assistencial, evitando práticas clientelistas e eleitoreiras (MEDEIROS *et. al*, 2006 b; MEDEIROS *et. al*, 2007; VAITSMAN e PAES-SOUZA, 2007). Para os deficientes entrevistados em Unai, receber o BPC é 1. um direito que está sendo garantido devido à incapacidade para o trabalho resultante da deficiência e 2. receber o benefício é uma espécie de “aposentadoria” devido à situação de pobreza e incapacidade do beneficiado para o trabalho, “aposentadoria” esta que não foi necessária contribuição prévia para concessão. Para os entrevistados, essa compreensão que aproxima o BPC ora de um direito que está sendo garantido ora se aproxima de uma espécie de aposentadoria sem contribuição prévia se dá, sobretudo, pelo fato do processo de concessão do benefício acontecer em uma agência do INSS.

Essa constatação poderia se aproximar da observação feita por Adaílza Sposati sobre a implementação do BPC ficar a cargo do INSS, o que poderia aproximá-lo do significado de um benefício contributivo e previdenciário, e não de um benefício da assistência social (SPOSATI, 2004). Entretanto, embora haja essa aproximação, não houve compreensões equivocadas dos beneficiados sobre o BPC como política que não seja a de assistência social. Apesar de ter alguns entrevistados que relacionaram o BPC a uma espécie de aposentadoria, eles ressaltaram não ser uma aposentadoria de fato porque a concessão não foi precedida de contribuição. O que houve na verdade, foi o fortalecimento da idéia de que o BPC é um direito garantido porque não dependeu de vontade política local ou governamental, nem de práticas clientelistas para a concessão, porque o processo se deu de forma isonômica e impessoalizada em uma agência do INSS.

A maioria dos entrevistados relatou aumento da segurança social, ou seja, o BPC é responsável pela proteção social de renda das pessoas com deficiência que, antes, para sobreviver dependia da ajuda familiar, da caridade de vizinhos e de comunidades

religiosas. A seguir, um trecho de relato onde o BPC é compreendido como uma política pública de responsabilidade do Estado que responde às demandas sociais por meio de proteção social:

o dinheiro que entrava era do meu serviço, mas depois que fiquei doente nunca mais trabalhei. Não dava conta. Então, depois que fiquei doente e antes de receber o benefício eu só não morri de fome porque eu tinha ajuda da família e da igreja, lá da Sociedade São Vicente de Paula (Igreja Católica). Mas sabe como é: não dá pra viver de ajuda! E depois eu parei de receber ajuda, e aí eu consegui receber o benefício. O benefício é muito bom, porque é com ele que sustento minha família!  
(Entrevistado10)

Para Potyara Pereira, as políticas sociais são um tipo de política pública com funções capazes de construir uma rede de proteção social onde os direitos humanos são garantidos para a realização das necessidades humanas básicas dos indivíduos (PEREIRA, 2006).

Para as pessoas responsáveis pela concessão do BPC, o benefício assistencial também é uma forma de regulação pública sob a responsabilidade do Estado amparado em princípios éticos e de justiça social para combater a pobreza e a vulnerabilidade social. Os entrevistados relataram a importância de ser o Estado, o responsável por atender essa demanda de proteção social. Para corroborar essa afirmação, tem-se o seguinte trecho das entrevistas:

Essas pessoas não têm como sobreviver, não tem outro tipo de proteção. As famílias também são muito pobres, não conseguem ajudar a ter uma vida com dignidade. Elas precisam de algum tipo de garantia de algum lado. O Estado é responsável por isso? Então, que seja ele. Como eu já falei, as pessoas com incapacidades já entram pra competir no mercado de trabalho com desvantagens, essas desvantagens precisam ser corrigidas, principalmente, pra quem não vai entrar no mercado de trabalho de forma alguma. (Perito 2)

O BPC, nesse sentido, integra uma rede de proteção social estruturada por políticas públicas onde o Estado é responsável por atender as demandas sociais.

Outra formulação comumente encontrada em publicações sobre o BPC e demais políticas sociais é sobre se a nomenclatura utilizada para se referir aos programas e benefícios da assistência social pode indicar o grau em que o entendimento sobre a assistência social se aproximaria do direito social ou da mera ajuda, das práticas caritativas e clientelistas (SPOSATI, 2004). No caso do BPC, para Sposati, esse problema já começa com a própria denominação do benefício utilizada pelo Sistema Informacional da Previdência Social (DATAPREV), que o denomina como *amparo assistencial*, o que destituiria, assim, o benefício de qualquer conteúdo que o aproxime da lógica do direito de

cidadania (SPOSATI, 2004). Nas entrevistas realizadas com os responsáveis pela concessão do BPC, foi constatado que todos utilizam de maneira indiscriminada as nomenclaturas *amparo assistencial*, *BPC*, *benefício da LOAS*, e *benefício da assistência social* para se referir ao BPC.

Como todos os entrevistados relacionaram a concessão do benefício à efetivação de um direito social, não é possível afirmar que as variações em torno da nomenclatura utilizada para se referir ao BPC é reflexo da compreensão do benefício como uma mera ajuda ou benesse de caridade. O uso dessas diferentes nomenclaturas pelos responsáveis pela concessão do BPC que variam entre *benefício* e *auxílio* pode ser explicado porque o BPC é um benefício da assistência social, portanto, uma renda que de fato não é resultante da atividade laboral, nem da contribuição previdenciária. E não simplesmente porque quem concede o BPC compreende o benefício como um amparo caritativo destituído do caráter de direito à justiça social.

#### **4.2 Dois grupos, uma visão sobre o BPC**

As duas hipóteses elaboradas para serem testadas durante a monografia, exploravam as perspectivas sobre a proteção social do BPC que as pessoas deficientes atendidas pelo programa e as responsáveis pela concessão do benefício poderiam ter e, sobretudo, levantar, se a compreensão do benefício por esses dois grupos poderia representar uma contradição à efetivação do BPC como política de assistência social para pessoas deficientes. As evidências levantadas a partir das entrevistas com esses dois grupos, apontam para a convergência de opiniões sobre a avaliação da proteção social do benefício e não para a oposição de avaliações, ou seja, as evidências do estudo de caso não conseguiram comprovar as duas hipóteses.

Em vários momentos do estudo de caso, seja na interpretação por quem concede o benefício dos princípios do BPC, seja na avaliação baseada no cotidiano de trabalho que médico-peritos e funcionários do INSS têm sobre o impacto que o BPC pode provocar na vida dos deficientes, a compreensão do benefício por essas pessoas é de valorização do benefício assistencial. A avaliação da proteção social do benefício por esses dois grupos oscila entre 1. importante política pública de proteção social que garante as necessidades básicas, tais como de alimentação e tratamentos de saúde dos beneficiados e 2. uma garantia de renda importante com potencial para promover cidadania e justiça social à

população atendida, desde que articulada com outras políticas públicas e aconteça algumas mudanças nos critérios de elegibilidade.

Em nenhum momento do trabalho de campo, houve relatos por parte das pessoas responsáveis pela concessão do BPC de que o benefício é uma política pública com caráter assistencialista e desnecessária ou alguma evidência que pudesse indicar que a implementação do BPC pela agência do INSS pode representar uma contradição à efetivação do direito à assistência social como política pública não contributiva. Ao contrário disso, determinados achados da pesquisa apontam que as pessoas responsáveis pela concessão do benefício têm uma análise crítica sobre alguns pontos relacionados à estruturação e à legislação do BPC. Esses pontos são, principalmente, sobre o fato de que o BPC, pela maneira como está estruturado na legislação, é um benefício com critérios de elegibilidade bastante restritivos, o que compromete a implementação e a efetivação da cidadania e justiça social às pessoas deficientes que ainda não são atendidas pelo benefício.

Os critérios restritivos do BPC apontados pelos responsáveis pela concessão do benefício são: 1. todos os entrevistados consideram que a renda familiar *per capita* de  $\frac{1}{4}$  de salário mínimo exigida como critério de elegibilidade tem de ser alterada para, pelo menos meio salário mínimo, com o objetivo de expandir o BPC a um número maior de pessoas; 2. o procedimento utilizado para avaliar a renda *per capita* das famílias dos solicitantes é considerado falho por alguns dos entrevistados. Para estes, o procedimento não capta a renda real da família e 3. as entrevistadas que concedem o BPC, consideram a perícia médica insuficiente para que a avaliação dos critérios de incapacidade dos solicitantes do benefício seja justa e segura. Essas pessoas são favoráveis à permanência das avaliações médicas periciais, mas desde que sejam auxiliadas por outros profissionais da saúde, tais como psicólogos e assistentes sociais, ou ainda sejam auxiliadas por visitas domiciliares e juntas médicas para avaliação de casos duvidosos de incapacidade. Muitas dessas sugestões partiram, inclusive, de médico-peritos.

Os entrevistados responsáveis pela concessão do BPC, consideram importante participar continuamente de cursos de treinamento, especialização ou reciclagem sobre temas relacionados tanto às perícias médicas para concessão de benefícios sociais quanto temas relacionados à dinâmica de funcionamento dos próprios benefícios. Apenas um funcionário da agência relatou não ter realizado nenhum tipo de treinamento ou aperfeiçoamento específico da prática profissional, incluindo alguma temática sobre o BPC, nos últimos 2 anos.

Os entrevistados reportaram a importância desse tipo treinamento continuado para trocar experiências, compartilhar e solucionar dúvidas sobre o funcionamento de benefícios sociais ou trabalhistas. Os atuais médico-peritos da agência relataram ainda a importância de participarem de treinamentos específicos sobre perícia médica que são realizados mensalmente em Brasília-DF juntamente com os demais médico-peritos da região. Para esses dois peritos, esses cursos mensais são muito importantes, além de aperfeiçoar as avaliações periciais, para conhecerem também de maneira mais aprofundada determinados benefícios sociais, a dinâmica e princípios.

Portanto, o presente estudo de caso se mostrou importante por revelar que a implementação do BPC pelas agências do INSS em âmbito nacional não representa uma contradição à efetivação do benefício como uma política da assistência social, nem compromete o alcance a todos que dele tem direito e necessita. E também mostrou que a avaliação e a análise crítica sobre o benefício, por parte das pessoas responsáveis pela sua concessão, apontam para a necessidade de reestruturação do benefício, seja na operacionalização seja na legislação que trata do benefício assistencial.

## **Considerações Finais**

A deficiência é um conceito relacionado aos fenômenos sociais que percorreu um longo caminho nas diferentes sociedades e passou por vários significados – começando pelo discurso místico até a compreensão moderna como patologia ou expressão da diversidade humana. Hoje, movimentos políticos e teóricos permitem que as pessoas que experimentam a deficiência tenham melhores instrumentos de reivindicação para a garantia de seus direitos previstos em sociedades democráticas.

As diversas expressões da deficiência, tais como as representadas por restrições de habilidades mais leves ou as deficiências graves, exigem do Estado ações e instrumentos legais que permitam a proteção social às pessoas deficientes. O modelo social da deficiência permitiu uma redescritção em termos do papel da sociedade para tratar a deficiência com mais igualdade, pois reconhecer a deficiência como expressão da diversidade humana implica em dispor de mecanismos institucionais de proteção social reconhecendo a expressão das diferenças. Essa proteção social pode se expressar por meio de políticas de inclusão ao mercado de trabalho, ações de inclusão na educação ou políticas de assistência social.

O debate contemporâneo nas Ciências Econômicas, Sociais e na Filosofia Política sobre os fundamentos das políticas públicas de proteção social aponta para o papel da assistência social e, portanto, do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Isso significa reconhecer que a afirmação na Constituição de 1988 de que a assistência social é uma garantia do Estado não é razão suficiente para compreender que essa expressão constitucional representa a efetivação da cidadania à população.

O BPC se configura como política-chave de proteção social a idosos e pessoas deficientes pobres incapazes para o trabalho por fazer uso de um mecanismo de reparação de desigualdades no Brasil. Entretanto, existem poucos estudos sobre o BPC que tratam da implementação, gerenciamento e expansão do seu alcance. A pesquisa que fundamentou esta monografia avaliou aspectos relativos ao funcionamento do BPC, uma variável rara nos estudos nacionais.

As evidências levantadas com os dados do estudo de caso mostram que os dois grupos populacionais investigados – pessoas que recebem o benefício e pessoas responsáveis pela sua concessão – compartilham o projeto de justiça que fundamenta o benefício como um instrumento de proteção social. Há, certamente, matizes particulares na

narrativa sobre justiça para cada grupo, mas que não comprometem o processo de implementação do BPC.

Uma questão recorrente ao debate nacional sobre o BPC é o fato de o gerenciamento ser de responsabilidade do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), pois há quem considere que seja uma contradição ter uma política da assistência gerenciada pela Previdência Social (SPOSATI, 2004). No entanto, alguns achados da pesquisa apontam que a implementação do BPC pelo INSS não compromete a efetivação do benefício como política de assistência social não-contributiva. As pessoas responsáveis pela concessão do BPC têm uma análise crítica sobre pontos centrais da dinâmica do benefício, tais como 1. os critérios de elegibilidade restritivos que impedem pessoas deficientes com outro nível de renda serem também atendidas e 2. o fato de analisarem a perícia médica como insuficiente para as avaliações sobre incapacidade dos requerentes do BPC e, portanto, sugerem alterações na legislação para maior eficiência e alcance do benefício.

Uma possível explicação para esse compartilhamento de narrativas entre grupos tão diversos sobre o projeto de justiça do BPC pode ser verificada a partir de uma mudança de mentalidades sobre o sentido da assistência social nos últimos anos. De um projeto caritativo para uma garantia de direitos fundamentais, essa guinada teórica e política é representada pelos cursos de treinamento e aperfeiçoamento profissional ministrados pelo INSS aos seus técnicos. Há indícios de que uma nova compreensão da política esteja se firmando e isso poderia estar sendo representado em uma mudança de mentalidades dos técnicos do INSS responsáveis pela concessão do benefício.

A mesma mudança de perspectiva sobre a assistência social pôde ser verificada entre os beneficiários. Os deficientes reportaram a compreensão do benefício como um direito que está sendo garantido para a atenção às suas necessidades básicas de sobrevivência e à continuidade de tratamentos médicos. A narrativa que descreve o benefício como um direito tem como possível explicação o fato de o BPC ser concedido pelas agências do INSS, instituição esta que é compreendida pelos deficientes como um espaço que garante impessoalidade e critérios justos às concessões de benefícios sociais.

Os principais achados dessa pesquisa apontam para a necessidade de estudos futuros a fim de avançar em alguns temas levantados aqui de maneira ainda exploratória, mas que não deixam de ter importância significativa tanto para o campo dos estudos sobre políticas sociais como no campo dos estudos sobre deficiência no Brasil. Será importante

ter estudos que tentem averiguar como funcionários do INSS e médico-peritos lidam com os critérios do BPC, apontados por eles mesmos, como restritivos por ainda deixar outras pessoas deficientes de fora do programa.



## Referências Bibliográficas

BARNES, Colin; BARTON, Len; OLIVER, Mike. **Disability Studies Today**. Cambridge: Polity Press, 2002.

BARTON, Len and OLIVER, Mike. **The Birth of Disability Studies**. Leeds: The Disability Press, 1997.

BEHRING, Elaine Rossetti e BOSCHETTI, Ivanete. **Política social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez Editora, 2006. (Biblioteca básica de serviço social; 2) ISBN 8524912596.

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

BRAH, Avta. Diferença, diversidade e diferenciação. In **Cadernos Pagu**: Rio de Janeiro, 2006. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/cpa/n26/30396.pdf>. Acesso em 1 ° de outubro de 2007.

BRASIL. **Censo Demográfico de 2000**. Disponível em <[http://www. ibge. gov. br](http://www.ibge.gov.br)>. Acesso em: 10 de agosto de 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 a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. Brasil, 2007.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.742**. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social. Diário Oficial da União 1993; 8 de dezembro de 1993.

\_\_\_\_\_. **Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS)**. Benefício de Prestação Continuada. <http://www.mds.gov.br> (acessado em 10/jun./2007).

\_\_\_\_\_. **Resolução nº 196** do Ministério da Saúde, de 1996 que trata sobre regulamentação de pesquisa científica envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

CANGUILHEM, Geoges. O normal e o Patológico. Rio de Janeiro, Editora Forense Universitária, 1995.

CASTEL, Robert. **A insegurança social: o que é ser protegido?** Tradução de Lúcia M. Endlich Orth. São Paulo: Vozes, 2005.

\_\_\_\_\_. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Tradução de Iraci Poleti. 5ª edição. Petrópolis - R.J.: Vozes, 1998.

COMBESSIE, Jean-Claude. **O Método em Sociologia: o que é, como faz**. Tradução de Maria Stela Gonçalves. São Paulo: Editora Loyola, 2004.

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

DINIZ, Debora. O modelo social da deficiência: a crítica feminista. **SérieAnis**. Vol. 28, p. 1-8. Brasília, 2003.

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

DINIZ, Debora; SQUINCA, Flávia; MEDEIROS, Marcelo. Qual Deficiência? Perícia Médica e Assistência Social no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 2007. No prelo.

DI GIOVANNI, Geraldo. Sistemas de Proteção Social: uma introdução conceitual. In **Reforma do Estado e Políticas de Emprego no Brasil**. Campinas/SP: Editora Unicamp, 1998.

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

EUZÉBY, Alain. Proteção Social, pilar da justiça social. In SPOSATI, Adailza (org.) **Proteção Social de Cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal**. São Paulo: Cortez, 2004.

FALEIROS, Vicente de Paula. **O que é Política Social?** São Paulo: Brasiliense, 2004. Coleção Primeiros Passos.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. Tradução e organização de Roberto Machado. 6. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1.986.

\_\_\_\_\_. **Os Anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

GOFFMAN, Erving. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro: Livros Técnicos e Científicos (LCT), 1988.

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

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

KERSTENETZKY, Célia Lessa. **Políticas Sociais: universalização ou focalização?** Texto para Discussão n.º 180. Disponível em <http://www.desenvolvimentosocial.sp.gov.br/usr/File/2006/imprensa/CeliaLessa.pdf>. Acesso em 10 de junho de 2007.

MEDEIROS, Marcelo e DINIZ, Debora. **Paradigmas de Justiça Distributiva em Políticas Sociais**. Inglaterra, 2007. No prelo.

MEDEIROS, Marcelo; BRITTO, Tatiana; SOARES, Fábio. **Programas Focalizados de Transferência de Renda no Brasil: Contribuições para o Debate**. Texto para Discussão nº 1283. Brasília: IPEA, 2007. Disponível em: <http://www.ipea.gov.br/default.jsp>. Acesso em 10 de junho de 2007.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora; SQUINCA, Flávia. Deficiência, Cuidado e Justiça Distributiva. In COSTA, Sérgio; FONTES, Malu e SQUINCA, Flávia. **Tópicos em Bioética**. Brasília: LetrasLivres, 2006, p.82-94.

\_\_\_\_\_. **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 n.º. 1184, IPEA: Brasília, 2006.

MILL, John Stuart. Utilidade e Justiça. In MAFFETONE, Sebastiano e VECA, Salvatore (orgs.). **A idéia de Justiça: de Platão a Rawls.** Tradução de Karina Jannini. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

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. In **Revista B. de Estudos Populacionais**, vol.21, num. 2, p.303-321, jul. - dez, 2004.

OLIVER, Michel e BARNES, Colin. **Disabled People and Social Policy: from exclusion to inclusion.** London: Longman, 1998.

OLIVER, Michael. **The Politics of Disablement.** London: MacMillan, 1990.

PEREIRA, Potyara A. P. **Necessidades Humanas: subsídios à crítica aos mínimos sociais.** 3º edição. São Paulo: Cortez, 2006.

POPPER, Karl. Introdução à Lógica Científica: Alguns Componentes Estruturais de uma Teoria da Experiência. In: **A Lógica da Pesquisa Científica.** 9ª ed. São Paulo: Cultrix, 1993: 27-159.

RAWLS, John. Justiça e Equidade. In MAFFETONE, Sebastiano e VECA, Salvatore (orgs.). **A idéia de Justiça: de Platão a Rawls.** Tradução de Karina Jannini. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

SANTOS, Wederson Rufino dos. Justiça e Deficiência: a visão do Poder Judiciário sobre o BPC. In **Revista Sociedade em Debate.** Pelotas: Universidade Católica de Pelotas. EDUCAT, Vol. 12, n.º 2, pág. 165 a 186. Pelotas-RS, 2006.

SANTOS, Wederson Rufino dos. Pessoas com Deficiência: Nossa Maior Minoria. In **Revista Physis de Saúde Coletiva.** Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ). Rio de Janeiro, 2007.

SEN, Amartya. **Desenvolvimento como Liberdade**. Tradução de Laura Teixeira Mota. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

\_\_\_\_\_. Entrevista concedida a Sílvia Boccanera. In **Revista Economia e Sociedade**. Tradução Kimberly Marjorie Paulin. Campinas (SP), n.º 16., p.129-139, 2001. Disponível em: [http://www.eco.unicamp.br/publicacoes/economia\\_sociedade/download/revista\\_16/07sen.pdf](http://www.eco.unicamp.br/publicacoes/economia_sociedade/download/revista_16/07sen.pdf). Acesso em 02 de agosto de 2007.

\_\_\_\_\_. **Desigualdade Reexaminada**. Tradução de Ricardo Doninelli Mendes. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SCULLY, Jackie Leach. Corporificação da Deficiência e uma Ética do Cuidar. Tradução de Debora Diniz. In DINIZ, Debora (org.). **Admirável Nova Genética: Bioética e Sociedade**. Brasília: LetrasLivres: Editora UnB, 2005.

SPOSATI, Adailza (org.). **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.

THOMSOM, Rosemaire Garland. **Freakery – Cultural spectacles of the extraordinary body**. New York Press. University Press. Edited by Rosimarie Garland Thomsom, 1996.

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. 412 p. ISBN: 978-85-60700-03-5.

VITA, Álvaro de. Justiça Distributiva: a crítica de Sen a Rawls. In **Revista Dados**. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0011-52581999000300004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0011-52581999000300004&script=sci_arttext). Acesso em 10 de junho de 2007.

YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e Métodos**. Tradução de Daniel Grassi. – 3 edição. Porto Alegre: Bookman, 2005.

## Notas

<sup>i</sup> Para Marcelo Neri, a categoria *peças perceptoras de incapacidade* (PPI) é uma categoria que se refere às pessoas com deficiências graves, sobretudo, para diferir da categoria *peças com deficiência*, que é resultado do corpo com lesão quando entra em contato com um ambiente que não prevê e não está adequado à diversidade corporal. Essa classificação do autor vai de encontro com um movimento internacional de aproximação da deficiência como opressão social. O modelo social da deficiência redescreveu o modo pelo qual a deficiência antes era compreendida apenas como desvantagem biológica. A categoria PPI aproxima muito a deficiência do modelo biomédico, o que dificulta a negociação da deficiência como uma restrição social, matéria de justiça social.

<sup>ii</sup> As categorias *funcionamentos* e *capacidade* são apresentadas e amplamente discutidas por Amartya Sen em várias de suas obras, uma delas *Inequality Reexamined* (Desigualdade Reexaminada) de 2002. Para Sen, viver consiste em um conjunto de “funcionamentos” inter-relacionados que compreendem estados e ações e a realização de uma pessoa pode ser concebida, nesse sentido, como o vetor de seus funcionamentos. Relacionada com a noção de funcionamentos, está a noção de capacidade para realizar funcionamento. A capacidade, segundo Sen, é, portanto, um conjunto de vetores de funcionamentos, refletindo a liberdade da pessoa para levar um tipo de vida que ela considera com valor.

## Anexos

### Anexo 1: Questionário para os Médico-Peritos do INSS de Unaí-MG.

#### Bloco 1

- 1- Há quanto tempo é (ou foi) médico (a) perito (a) do INSS?
- 2- Quantas perícias médicas o (a) senhor (a) chega (ou chegava) a ter que fazer em um dia?
- 3- O (a) senhor (a) recebeu algum tipo de treinamento, curso preparatório ou especialização para realizar essas avaliações periciais para concessão do BPC?
- 4- Caso tenha feito algum treinamento: o que acha (ou) desses treinamentos? Por quê?
- 5- Caso não tenha feito nenhum treinamento: o (a) senhor (a) acha que é necessário treinamento para a atividade de perícia? Por quê?

#### Bloco 2

- 6- Na experiência que o (a) senhor (a) tem com as perícias do BPC, como o (a) senhor (a) vê os critérios que o Governo utiliza para dizer quem pode receber o BPC?
- 7- Por que o senhor (a) acha que as pessoas tentam receber o BPC?

- 
- 8- O (a) senhor (a) acha necessário um benefício como o BPC para pessoas pobres que não conseguem trabalhar por causa da incapacidade? Por quê?
- 9- Alguma coisa muda na vida das pessoas depois que elas passam a receber o BPC?

### **Bloco 3**

- 10- Como se avalia a incapacidade para o trabalho e para a vida independente de uma pessoa que está pedindo o BPC?
- 11- O (a) senhor (a) acha que os todos os peritos interpretam da mesma forma o que seja incapacidade para a vida independente e para o trabalho? Por exemplo: os peritos, para fins de concessão do BPC, vêm da mesma forma uma pessoa com HIV-positivo, ou câncer, ou artrose. Por quê?
- 12- Há casos de o (a) senhor (a) olhar uma pessoa e rapidamente saber que ela pode receber o BPC? Quais? Por quê?
- 13- Houve ou há situações contrárias? Quais? Por quê?
- 14- Determinadas lesões não são totalmente incapacitantes para o trabalho (por exemplo, lesões físicas leves, deficiência visual, auditiva), mas por causa dessa lesão a pessoa tem dificuldades de conseguir emprego. Na hora de conceder o BPC, o senhor leva em consideração a dificuldade de uma pessoa conseguir emprego ao invés de levar em consideração somente a incapacidade dela para o trabalho?
- 15- O (a) senhor (a) acha que a perícia médica é suficiente para avaliar a incapacidade da pessoa para o trabalho e para a vida independente? Por quê?
- 16- O senhor utiliza o questionário do INSS para avaliação da incapacidade das pessoas que estão pedindo o BPC? Se sim, como o (a) senhor (a) avalia esse instrumento?
- 17- O (a) senhor (a) acha que uma visita domiciliar para conhecer as condições de moradia da pessoa seria importante para avaliar a incapacidade dela para a vida independente e para o trabalho? Por quê?

## **Anexo 2**

### **Questionário para as pessoas com deficiência beneficiadas pelo BPC em Unai-MG.**

#### **Bloco 1**

- 1- Você poderia me contar como foi toda a sua história para conseguir receber o BPC?

- 
- 2- Você sabe me dizer quem pode receber esse benefício do Governo? É para todo mundo ou não...? Quais tipos de pessoas têm direito de receber...?
  - 3- Você concorda com as regras que o Governo usa para dizer quem tem direito de receber o BPC?
  - 4- Por que você achou que tinha direito de receber o benefício?
  - 5- Qual tipo de doença ou deficiência você tem?
  - 6- Quais os tipos de dificuldades você enfrenta no seu dia a dia por causa da sua lesão (deficiência, doença...)?

## **Bloco 2**

- 7- O que mudou depois que você passou a receber o BPC?
- 8- O dinheiro do seu benefício é usado para quais tipos de gastos?
  - 1- ( ) remédios
  - 2- ( ) alimentação
  - 3- ( ) tratamentos médicos
  - 4- ( ) transporte
  - 5- ( ) despesas domésticas: água, energia, aluguel e gás.
  - 6- ( ) roupas
  - 7- ( ) gastos gerais de ajuda à família
  - 8- ( ) Lazer
- 9- Quantas pessoas moram aqui na sua casa?
- 10- A casa é própria ou alugada?
- 11- Há quanto tempo vocês moram aqui?
- 12- Qual a renda aproximada da família?
- 13- Essa renda vem de onde?
- 14- Essa renda é suficiente para todas as despesas da família?
- 15- Antes de você receber o BPC a renda da família vinha de onde?
- 16- E essa renda era suficiente para todas as despesas da família?
- 17- Sua família recebe algum tipo de ajuda da igreja, comunidade ou dos vizinhos?



---

### Anexo 3

#### **Questionário para os funcionários do INSS responsáveis pela concessão do BPC na agência de Unaí-MG.**

- 1-Há quanto tempo é funcionária (o) do INSS trabalhando com o BPC?
- 2-Quantas pessoas que o (a) senhor (a) chega a atender para o BPC para pessoas com deficiência por dia?
- 3- O (a) senhor (a) recebeu algum tipo de treinamento, curso preparatório ou especialização para realizar essas avaliações periciais para concessão do BPC?
- 4- Caso tenha feito algum treinamento: o que acha (ou) desses treinamentos? Por quê?
- 5-Caso não tenha feito nenhum treinamento: o (a) senhor (a) acha que é necessário treinamento para o seu dia a dia de atendimento de pessoas requerentes do BPC? Por quê?
- 6- Na experiência que o (a) senhor (a) tem com a concessão do BPC, como o (a) senhor (a) vê os critérios que o Governo utiliza para dizer quem pode receber o BPC?
- 7- Por que o senhor (a) acha que as pessoas tentam receber o BPC?
- 8- O (a) senhor (a) acha necessário um benefício como o BPC para pessoas pobres que não conseguem trabalhar por causa da incapacidade? Por quê?
- 9-Alguma coisa muda na vida das pessoas depois que elas passam a receber o BPC?
- 11- O (a) senhor (a) acha que a perícia médica é suficiente para avaliar a incapacidade da pessoa para o trabalho e para a vida independente? Por quê?
- 12- O (a) senhor (a) acha que uma visita domiciliar para conhecer as condições de moradia da pessoa seria importante para avaliar a incapacidade dela para a vida independente e para o trabalho? Por quê?
- 13-O que é uma pessoa incapacitada para vida independente e para o trabalho para fins de concessão do BPC?