TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 1184

TRANSFERÊNCIAS DE RENDA PARA A POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL: UMA ANÁLISE DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

Marcelo Medeiros
Debora Diniz
Flávia Squinca

Brasília, agosto de 2006

TEXTO PARA DISCUSSÃO Nº 1184

TRANSFERÊNCIAS DE RENDA PARA A POPULAÇÃO COM DEFICIÊNCIA NO BRASIL: UMA ANÁLISE DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA*

Marcelo Medeiros**
Debora Diniz***
Flávia Squinca****

Brasília, agosto de 2006

* A análise foi realizada sob a coordenação da Cnotinfor <www.cnotinfor.pt>, que administrou recursos do Portuguese Trust Fund TF030624 gerenciados pelo Banco Mundial para execução do projeto Disability and Inclusive Development in Brazil. A execução técnica do estudo foi responsabilidade da Anis: Instituto de Bioética, Direitos Humanos e Gênero, em parceria com a Universidade de Brasília e o International Poverty Center. Somos extremamente gratos a uma grande quantidade de pessoas que ajudaram imensamente a realização deste trabalho. Em particular, somos gratos à Deusina Lopes Cruz, Rosângela Berman Bieler, Raimundo Nonato Lopes de Souza, Maria José de Freitas, Miguel Abud Marcelino, Franck James, Fábio Veras, Kathy Lindert, Benedicte de la Briere, Camila Potyara, à Associação Nacional dos Médicos Peritos e aos membros do grupo interministerial para a revisão dos critérios de operação do Benefício de Prestação Continuada (BPC). A pesquisa somente foi possível com a participação de uma equipe treinada e dedicada de pesquisadores: Fabiana Paranhos, Gracielle Ribeiro, Kátia Soares Braga, Juliana Medeiros, Layanna Melo e Sandra Costa.

O presente Texto para Discussão foi publicado originalmente em língua inglesa em maio de 2006, sob o mesmo número desta série, com o título *Cash Benefits to Disabled Persons in Brazil: an analysis of BPC – continuous cash benefit programme*.

** Coordenador do Ipea no International Poverty Centre (IPC)/Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud).

*** Professora da Universidade de Brasília (UnB).

**** Pesquisadora da Universidade de Brasília (UnB).

Governo Federal

Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

Ministro – Paulo Bernardo Silva
Secretário-Executivo – João Bernardo de Azevedo Bringel

ipea **Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada**

Fundação pública vinculada ao Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, o Ipea fornece suporte técnico e institucional às ações governamentais – possibilitando a formulação de inúmeras políticas públicas e programas de desenvolvimento brasileiro – e disponibiliza, para a sociedade, pesquisas e estudos realizados por seus técnicos.

Presidente
Luiz Henrique Proença Soares

Diretor de Cooperação e Desenvolvimento
Alexandre de Ávila Gomide

Diretora de Estudos Sociais
Anna Maria T. Medeiros Peliano

Diretora de Administração e Finanças
Cinara Maria Fonseca de Lima

Diretor de Estudos Setoriais
João Alberto De Negri

Diretor de Estudos Regionais e Urbanos
Marcelo Piancastelli de Siqueira

Diretor de Estudos Macroeconômicos
Paulo Mansur Levy

Chefe de Gabinete
Persio Marco Antonio Davison

Assessor-Chefe de Comunicação
Murilo Lôbo

URL: http://www.ipea.gov.br

Ouvidoria: http://www.ipea.gov.br/ouvidoria

ISSN 1415-4765

JEL I38

TEXTO PARA DISCUSSÃO

Publicação cujo objetivo é divulgar resultados de estudos direta ou indiretamente desenvolvidos pelo Ipea, os quais, por sua relevância, levam informações para profissionais especializados e estabelecem um espaço para sugestões.

As opiniões emitidas nesta publicação são de exclusiva e de inteira responsabilidade do(s) autor(es), não exprimindo, necessariamente, o ponto de vista do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada ou o do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

É permitida a reprodução deste texto e dos dados nele contidos, desde que citada a fonte. Reproduções para fins comerciais são proibidas.

A produção editorial desta publicação contou com o apoio financeiro do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), via Programa Rede de Pesquisa e Desenvolvimento de Políticas Públicas – Rede-Ipea, o qual é operacionalizado pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud), por meio do Projeto BRA/04/052.

SUMÁRIO

SINOPSE

1 INTRODUÇÃO 7

2 METODOLOGIA 8

3 DESENHO E OPERAÇÃO 9

4 CONCLUSÕES 29

5 RECOMENDAÇÕES 31

REFERÊNCIAS 33

SINOPSE

Este trabalho analisa o Benefício da Prestação Continuada (BPC), uma transferência incondicional de renda para idosos ou pessoas com deficiência extremamente pobres, realizado no Brasil desde 1993. As informações usadas para esta avaliação provêm da legislação e de regulamentos relacionados ao programa desde sua implementação; de questionários aplicados aos médicos-peritos que realizam parte da seleção dos beneficiários; de entrevistas com os gestores do programa e com pessoas relacionadas diretamente com seu funcionamento; e de análise de estudos pré-existentes sobre o BPC. Com o objetivo de contribuir para o gerenciamento do programa, bem como para a melhoria ou mesmo implementação de programas similares em outros países, este estudo produziu algumas recomendações sobre o desenho, a operação e o futuro aprimoramento do programa brasileiro.

ABSTRACT

The paper presents an analysis of the Continuous Cash Benefit Programme (BPC, which stands for Benefício de Prestação Continuada in Portuguese), an unconditional cash transfer to the elderly or to extremely poor individuals with disabilities. The information used in the assessment stems from the study of court decisions and laws related to the programme since its implementation, an analysis based on questionnaires applied to medical experts, interviews with the programme managers, as well as a review of pre-existing studies regarding BPC. In order to contribute to the management of the programme, as well as to improvements or even implementation of similar programmes in other countries, the study gives some recommendations about the design, operation and future evaluations of the programme.

1 INTRODUÇÃO

O Benefício da Prestação Continuada (BPC) é uma transferência incondicional de renda para idosos ou pessoas com deficiência extremamente pobres realizado no Brasil desde 1993. As transferências são concedidas a pessoas idosas ou a pessoas com deficiência grave, cuja renda familiar *per capita* é inferior a um quarto de salário mínimo (aproximadamente US$ 1/dia, em março de 2006). O valor da transferência é equivalente a um salário mínimo mensal (cerca US$ 4/dia). As transferências são independentes de contribuições prévias para o sistema de seguridade social e não são condicionadas a qualquer contrapartida. Todas as pessoas extremamente pobres acima de 65 anos de idade, deficientes ou não, são elegíveis ao benefício. No caso dos deficientes não idosos, apenas aqueles extremamente pobres classificados como possuidores de deficiência grave que incapacita para a vida independente e para o trabalho podem receber o BPC. Peritos do BPC realizam testes para avaliar tanto a situação social quanto a condição de deficiência. O sistema de transferências prevê reavaliações sistemáticas, a cada dois anos, para verificar a persistência dessas condições (BRASIL, 2002).

O objetivo deste trabalho é analisar criticamente o desenho e a operação do programa Benefício de Prestação Continuada, a fim de destacar lições que possam ser úteis para a melhoria ou a implementação de programas semelhantes em outros países, bem como levantar sugestões que permitam o aprimoramento do programa brasileiro. Em particular, a análise concentra-se na modalidade de benefício relacionada à deficiência, especialmente a normatização em torno das definições de deficiência e a sua implementação efetiva na operação do programa. A atenção especial às definições e à sua implementação é motivada pelo fato de esses aspectos formarem o eixo central de qualquer política focalizada na população deficiente. As informações usadas para este texto provêm das seguintes fontes de informação: *i)* levantamentos da legislação e de regulamentos relacionados ao programa, desde sua implementação; *ii)* um levantamento baseado em questionários aplicados aos médicos-peritos que realizam parte da seleção dos beneficiários; *iii)* entrevistas com os gestores do programa e pessoas relacionadas diretamente com seu funcionamento; e *iv)* análise de estudos preexistentes sobre o BPC.

As diversas seções deste trabalho obedecem a um padrão semelhante. Cada seção corresponde a uma dimensão importante de funcionamento do BPC e consiste em uma breve descrição de seu objeto, seguida de uma análise de pontos fortes e fracos e, eventualmente, de sugestões de alternativas para o melhor funcionamento do programa. Ao final do relatório, é apresentada uma síntese dessas recomendações. Algumas das recomendações dizem respeito a medidas que estão dentro da esfera de atuação dos gestores do programa; outras vão além de seu alcance e exigiriam modificações na legislação vigente. As recomendações realizadas podem ser agrupadas em duas grandes linhas. A primeira consiste em sugestões para melhorar o uso, organização, análise e divulgação das informações coletadas para a operação do programa e formação de um sistema de avaliação sistemática do BPC. A segunda refere-se a sugestões de modificação nas ferramentas de avaliação das condições sociais e da deficiência. Em sua maioria, são sugestões simples e objetivas, muitas de baixo custo caso venham a ser adotadas, mas é evidente que tais sugestões devem ser avaliadas quanto à pertinência por aqueles que conhecem mais de perto as limitações enfrentadas no processo de administração de um programa de grandes proporções.

Finalmente, dois comentários referentes à terminologia utilizada merecem ser destacados. O primeiro diz respeito ao termo "programa" para fazer referência ao BPC; e o segundo, à terminologia adotada para identificar a população que experimenta algum tipo de deficiência. A rigor, o BPC não é exatamente um "programa", uma vez que a definição de suas bases legais vai muito além da esfera de poder do Executivo. Todavia, por motivos de simplificação, o termo "programa" será aplicado indiscriminadamente ao BPC. No que diz respeito à deficiência, há uma certa controvérsia sobre a terminologia correta a ser utilizada para se referir a pessoas e populações com deficiência. Por julgar que essa controvérsia não é central para os objetivos deste trabalho, serão utilizados indiscriminadamente os termos pessoa deficiente, deficiente, pessoas com deficiência e, eventualmente, pessoas portadoras de deficiência.

2 METODOLOGIA

A análise do programa de Benefício de Prestação Continuada baseou-se em evidências obtidas a partir de seis fontes distintas, a saber: *i)* a compilação da cadeia normativa que regulamenta o programa; *ii)* um questionário fechado aplicado a uma amostra nacional de médicos-peritos encarregados da seleção dos beneficiários; *iii)* o levantamento, no Congresso Nacional, de todos os projetos de lei em tramitação que tenham o BPC como objeto; *iv)* entrevistas, a partir de um roteiro estruturado, com os gestores do BPC; *v)* entrevistas estruturadas com os membros do grupo de trabalho interministerial encarregado de revisar os critérios de seleção de beneficiários; e *vi)* análise de avaliações prévias do BPC.

A compilação da cadeia normativa regulamentando o BPC incluiu: *i)* as referências na Constituição Federal a direitos sociais, princípios normativos e organizacionais da seguridade social e da assistência social devida à população deficiente no Brasil; *ii)* a legislação complementar que disciplina a assistência social, incluindo a Lei Orgânica da Assistência Social (Loas); *iii)* toda a legislação ordinária, incluindo a revogada por leis posteriores, que, em algum momento de sua vigência, relacionou-se direta ou indiretamente ao BPC; *iv)* todos os decretos com o mesmo caráter e validade; e *v)* todas as resoluções, orientações normativas e ordens de serviço do Cônselho Nacional dos Direitos de Pessoa Portador de Deficiência (Conade) e do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) que, em algum momento, estabeleceram definições ou procedimentos para operacionalização do BPC.

A aplicação dos questionários aos médicos-peritos encarregados da seleção dos beneficiários baseou-se em uma amostra incidental de 16% de aproximadamente três mil peritos de todas as regiões do país. O questionário permitiu uma avaliação da qualidade das instruções, dos formulários e dos procedimentos relativos aos critérios de elegibilidade adotados pelos médicos-peritos no processo de concessão do BPC para as pessoas deficientes, uma vez que o mecanismo de seleção de beneficiários é um dos eixos centrais de qualquer política focalizada.

No levantamento de dados com os peritos enfrentaram-se dois grandes obstáculos. O primeiro obstáculo foram as limitações de caráter administrativo para se ter acesso a uma lista completa com a identificação e contato dos médicos-peritos que permitisse a geração de uma amostra aleatória para a aplicação dos questionários por telefone.

O segundo obstáculo foi uma greve de longa duração (cerca de 50 dias), ocorrida ao longo da pesquisa, que tornou impossível o contato direto, no local de trabalho, com a maior parte dos médicos-peritos. Diante desses dois fatos, a alternativa foi aplicar um questionário eletrônico distribuído por *e-mail* em uma lista que abarca cerca de 90% dos mais de três mil peritos, obtida com a Associação Nacional dos Médicos Peritos da Previdência Social (ANMP), interrompendo o levantamento quando a incidência de respostas atingiu 16% do total (ANMP, 2005). Caso se tratasse de uma amostragem aleatória simples, o erro amostral seria de cerca de 0,04.

No Congresso Nacional, foram levantados os projetos de lei relativos ao BPC ou os projetos de lei que propunham algum tipo de definição sobre o significado da deficiência para efeitos legais. Foram levantados todos os 52 projetos em tramitação (45 na Câmara dos Deputados e sete no Senado Federal), independentemente do estágio em que se encontravam no debate legislativo. Os projetos foram analisados e classificados por meio de um vocabulário controlado que teve como eixo central os critérios de elegibilidade do programa. O objetivo desse monitoramento do Congresso Nacional era o de identificar possíveis particularidades do debate legislativo ou mesmo a presença ou não de movimentos políticos divergentes das iniciativas do Executivo.

Os coordenadores-gerais do BPC no governo federal e os membros do grupo de trabalho encarregado de revisar os procedimentos de operação do BPC foram entrevistados a partir de um mesmo roteiro estruturado, cujo objetivo era obter informações sobre o funcionamento real de todas as etapas e fatores que envolvem o BPC: gerenciamento; operacionalização; elaboração da política para a implementação do benefício; seleção dos critérios de elegibilidade; definição do público-alvo; perfil dos profissionais responsáveis pelas avaliações médicas e sociais; estratégias para informar as pessoas idosas e deficientes sobre a existência e o acesso ao benefício; financiamento; concessão; revisão; e o papel das agências governamentais. Entre esses profissionais estão os coordenadores de benefícios/BPC do INSS e do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), assistentes sociais, médicos-peritos e responsáveis pelo Gerenciamento de Benefício por Incapacidade (Gebenin).

Também foram revisadas todas as avaliações preexistentes e os relatórios de operação do BPC. Além disso, foram analisados os documentos de treinamento, formulários de inscrição e ferramentas de seleção de beneficiários (formulários de avaliação) usados desde o surgimento do programa. De maneira não sistemática, foram ainda levantados artigos de jornais, entrevistas em revistas e discussões na mídia em geral sobre o tema do BPC e da deficiência.

3 DESENHO E OPERAÇÃO

3.1 TRANSFERÊNCIAS

As transferências do BPC são feitas mensalmente, usando o sistema bancário. Cada beneneficiário tem um cartão magnético para o saque do dinheiro. Alguns bancos operam em correios, agências lotéricas e estabelecimentos comerciais, o que aumenta substancialmente os espaços de distribuição dos benefícios. No caso de os beneficiários não poderem receber o benefício pessoalmente, outra pessoa pode se responsabilizar pelo recebimento da transferência em seu nome.

O valor da transferência mensal de renda é de um salário mínimo (R$ 300, US$ 125, em março de 2006), um valor seis vezes maior do que a transferência básica do conhecido programa Bolsa-Família. O valor do salário mínimo varia ano a ano e é definido sob forte influência de decisões de caráter político. *Grosso modo*, a determinação do salário mínimo no Brasil possui relação forte com o sistema previdenciário e não apenas com o funcionamento do mercado de trabalho. O salário mínimo é usado como patamar para boa parte do sistema previdenciário e qualquer mudança em seu valor tem implicações diretas no orçamento fiscal. Apesar de as aposentadorias no Brasil serem tributadas, as transferências de renda do BPC não são sujeitas a nenhum tipo de tributação direta. A tributação indireta (como os impostos sobre compras de bens e serviços), no entanto, é aplicada normalmente, exceto quando há isenção por quaisquer outros motivos.

3.2 BENEFÍCIO INDIVIDUALIZADO

O BPC não é um benefício para a família. É um benefício individualizado que leva em consideração características das pessoas e de suas famílias. Isso tem algumas implicações do ponto de vista legal. Dentre elas está o fato de que, até pouco tempo atrás, quem recebia o BPC não poderia acumular nenhum outro benefício de renda proveniente de políticas públicas, mas suas famílias poderiam. Além disso, sendo o benefício destinado ao indivíduo, outros membros da família (como as cuidadoras) não receberiam nenhuma forma especial de proteção das políticas sociais.[1]

Na prática, o BPC era destinado às famílias que não recebiam nenhum outro tipo de transferência de renda. Uma família dificilmente poderia acumular benefícios, uma vez que um aumento na renda familiar causado por outro benefício tende a elevar a renda familiar para acima do limite do recorte de renda para a inclusão no programa. Isso mudou em 2003, depois da aprovação do Estatuto do Idoso, o qual determina que o valor das transferências de assistência social recebido por outros membros idosos da família não deve ser levado em conta nos cálculos de renda *per capita* para o BPC. Atualmente, quatro projetos de lei para garantir o mesmo direito às pessoas portadoras de deficiências tramitam no Congresso Nacional (PL nº 5.254/2005, 2.057/1996 e 2.058/1996). Se aprovado, tais projetos serão de extrema importância para famílias em que a deficiência afeta mais de uma pessoa (deficiências de origem genética, por exemplo).

Uma vez que a maioria dos direitos de proteção social no Brasil – incluindo o BPC – é individualizada, não há programas que simultaneamente protejam as cuidadoras. Cuidar de crianças ou de idosos, ação principalmente exercida por mulheres, é uma atividade que pode restringir a participação no mercado de trabalho, e os direitos sociais, como aposentadoria e outras formas de seguridade social, que dependem dessa participação. Atualmente há um projeto de lei no Congresso Nacional que propõe o pagamento do mesmo valor do BPC (um salário mínimo) às cuidadoras de pessoas com lesão medular (PL nº 1.312/2003). Independentemente da validade e da

1. Um projeto de lei em apreciação no Congresso Nacional propõe que, em caso de falecimento do beneficiário do BPC, o benefício seja herdado pelo cônjuge. Todavia, há poucas chances de esse projeto de lei ser aprovado e se tornar lei. Neste trabalho será utilizado o gênero feminino para se referir às cuidadoras, uma vez que é um atributo de mulheres na sociedade brasileira.

viabilidade orçamentária de tal política, não faria sentido limitar qualquer benefício às cuidadoras de pessoas portadoras de lesões específicas e, em termos de justiça, esse tipo de proposta ganharia se destinada a todas as cuidadoras de pessoas que requeiram cuidados intensivos.

3.3 PÚBLICO-ALVO

O BPC é destinado a uma população bastante específica: pessoas acima de 65 anos de idade que não trabalhem ou pessoas portadoras de deficiência que as incapacite de trabalhar e de viver independentemente, ambos vivendo com renda familiar *per capita* menor do que 25% de um salário mínimo (menos de US$ 1 por dia, em março de 2006). A comprovação da idade é simples e feita por um registro oficial ou outra evidência que comprove a idade. A condição de deficiência grave é avaliada por exames clínicos sob a responsabilidade dos médicos-peritos, ao passo que a renda familiar é analisada por um questionário socioeconômico em geral, sob a responsabilidade de um assistente social. A cada dois anos, os beneficiários são submetidos a uma reavaliação de sua condição de deficiência ou de pobreza para a permanência no benefício ou para sua exclusão.

3.4 PATAMAR MÍNIMO DE RENDA

A renda familiar *per capita* é avaliada mediante um questionário que coleta informações acerca do *status* ocupacional dos membros da família e da renda declarada de todas as fontes de renda de cada membro. Para o programa, "família significa o grupo de pessoas que reside no mesmo domicílio" (BRASIL, 1998). No entanto, sem justificativa clara, o programa calcula a renda *per capita* considerando apenas os membros da família ditos como dependentes econômicos para fins de seguridade social, isto é, pessoas mais jovens que 21 anos que não trabalham e adultos incapazes de trabalhar. Esse procedimento introduz um viés indesejável no programa, pois, em teoria, permite que algumas famílias ricas com composições específicas sejam elegíveis. Em uma família na qual vive um idoso sem renda e seu filho adulto rico, por exemplo, a renda *per capita* para fins do BPC seria zero, pois é calculada levando-se em consideração apenas a renda do idoso.

Para as pessoas que vivem em instituições, suas famílias serão os moradores do domicílio do qual elas são economicamente dependentes. Se esses moradores não existirem, a pessoa é tratada como alguém que vive sozinha, como se fosse uma família de um só indivíduo. Não há, no entanto, protocolo padronizado para averiguar a veracidade das informações declaradas, o que não significa que a declaração de renda seja aceita sem verificação. Em vários municípios, essas informações são coletadas por um assistente social do Conselho de Assistência Social local, o qual geralmente usa informações extras sobre a localidade e o tipo de residência, e sobre os serviços e os bens presentes na residência para averiguar se a renda declarada é plausível ou não.

Outros instrumentos para mensurar a renda individual e familiar poderiam ser mais eficazes e os gestores do programa estão conscientes desse fato. Por isso, um grupo de trabalho vem desenvolvendo um novo questionário que deve proporcionar um método mais padronizado de avaliação das rendas declaradas. Espera-se que esse questionário esteja pronto para uso em 2006 e o instrumento ofereça informações

para integrar o BPC a outras políticas sociais. Com o novo questionário, os gestores do programa esperam que os assistentes sociais possam identificar a necessidade de provisão para as famílias de outros serviços sociais além do BPC. Apesar de o patamar mínimo de renda ter sido estabelecido por lei para definir o desenho básico do BPC, há uma intensa discussão se o recorte de renda adotado é consistente com os objetivos da política. Os critérios atuais foram estabelecidos por razões pragmáticas e permitiram o funcionamento do programa até o presente, mas ainda há espaço para melhoria nas ferramentas adotadas para selecionar os beneficiários.

O BPC tem como objetivo atingir indivíduos em famílias que vivem sob privações severas. Uma linha de pobreza única que não considere particularidades das famílias é inadequada nesse caso. Esse tipo de linha tende a tratar do mesmo modo famílias que têm necessidades bastante diferentes. Além disso, qualquer critério focado exclusivamente na renda não leva em conta a disponibilidade de serviços públicos que, em uma população tão pobre, são um determinante dos níveis de bem-estar de famílias tão importante quanto a renda familiar. Em algumas cidades, por exemplo, o transporte público é gratuito para idosos e os serviços públicos gratuitos de saúde são acessíveis, enquanto em outras, nenhum desses serviços é acessível, o que evidentemente marca uma diferenciação entre essas famílias. Além disso, o envelhecimento e a deficiência impõem vários custos adicionais às famílias e esses custos variam de pessoa para pessoa, mas o método atual de definição do patamar mínimo de renda de elegibilidade simplesmente ignora esse fato (MEDEIROS e DINIZ, 2004).

Não há solução definitiva para esses desafios. Todos eles, no entanto, esbarram no pressuposto legal de que a seleção dos beneficiários deve ser feita pela renda e não pelo consumo. O programa se fortaleceria caso considerasse também informações sobre despesas para definir os níveis de corte para seleção de beneficiários. Se uma cesta de consumo mínimo fosse estabelecida em termos de alimentos, produtos para higiene e outros itens essenciais, e se o nível de corte fosse definido tendo em conta essa cesta, as idiossincrasias das famílias, os efeitos de custos extras do envelhecimento e os custos para cobrir a falta de serviços públicos (ou o efeito positivo de se tê-los) seriam considerados durante o processo de análise. Algumas doenças genéticas, como é o caso da Doença de Huntington, são exemplos claros da importância da inclusão dessa dupla perspectiva renda/consumo: uma das fases de desenvolvimento da doença exige um consumo de 5.000 calorias/dia para garantir a sobrevivência individual. Algumas pessoas com Doença de Huntington ficam fora do programa por excederem o patamar mínimo de um quarto de salário mínimo, muito embora sua renda familiar não seja suficiente para garantir sequer o mínimo necessário ao atendimento das necessidades calóricas.

Tal cesta de consumo mínimo depende de decisões de caráter normativo. Apesar de ser uma característica da maioria das políticas de assistência social, dificilmente uma cesta seria objeto de consenso imediato. Independentemente do tipo de debate que venha a fundamentar a proposta da cesta, a mudança do foco para as despesas provavelmente resultará numa situação mais justa do que a atual. Do ponto de vista institucional, é importante que o debate se inicie imediatamente e um acordo razoável seja atingido, uma vez que a implementação de um novo critério de seleção dos beneficiários dependerá de mudanças na legislação existente, as quais dificilmente acontecerão se uma solução estável não for objeto de consenso.

Há uma tendência política de aumento no valor do patamar mínimo de renda para selecionar os beneficiários. Um sinal disso é o fato de pelo menos 15 projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional proporem patamares mínimos de renda mais altos para o BPC (PLs nºs 1.451/1996, 3.055/1197, 3.197/1997, 463/1999, 788/1999, 1.463/1999, 3.030/2000 e 4.005/2001). Os níveis propostos variam de meio a dois salários mínimos. Essa última proposta praticamente corresponderia a uma universalização do programa, uma vez que dois terços da população brasileira vivem com rendimentos *per capita* menores que dois salários mínimos (PL nº 2.299/2003). Alguns tribunais também entendem que o patamar mínimo de renda vigente é muito baixo. Um argumento recorrente para justificar o baixo nível de corte são as barreiras fiscais. Se o orçamento de um programa é muito limitado, parece razoável manter baixo o número de beneficiários e beneficiar as pessoas menos privilegiadas em primeiro lugar. No entanto, várias decisões judiciais recentes entenderam que um patamar mínimo de renda muito baixo viola direitos sociais básicos e forçaram a inclusão de beneficiários até o nível de meio salário mínimo. Apesar de tais decisões judiciais parecerem justas sob uma perspectiva de direitos individuais, o aumento dos patamares mínimos de renda caso a caso não parece ser a melhor solução do ponto de vista da eqüidade social. A solução judicial pressupõe imensos custos para uma família muito pobre e beneficia indivíduos particulares sem um critério uniforme. A melhor saída é uma mudança definitiva no critério de seleção do BPC, de forma que inclua candidatos até o nível de meio salário mínimo *per capita* ou mesmo de patamares mínimos de renda ainda mais altos, caso se considere a cesta mínima de consumo.

3.5 DEFINIÇÃO DE DEFICIÊNCIA E DE INCAPACIDADE PARA O TRABALHO E PARA A VIDA INDEPENDENTE

Como no caso da saúde, da educação ou até mesmo da pobreza, há diferentes definições para a deficiência. Regra geral, deficiência pressupõe a existência de variações de algumas habilidades que sejam qualificadas como restrições ou lesões. O que inexiste, no entanto, é um consenso sobre quais variações de habilidades e funcionalidades caracterizariam deficiências. Há pessoas com lesões que não experimentam a deficiência, assim como existem pessoas com expectativa de lesões que se consideram deficientes. Traçar a fronteira conceitual entre essas diversas expressões da diversidade humana é um exercício intelectual na fronteira de diferentes saberes, em especial entre o conhecimento médico e as ciências sociais. Essa variedade de interpretações e experiências em torno do corpo e da relação desse com o ambiente social perpassa grande parte das discussões contemporâneas sobre deficiência e justiça social. E não é por acaso que essa é também uma das questões mais controversas para a garantia do acesso ao BPC.

Uma das saídas para solucionar tal controvérsia seria listar quais variações de habilidades deveriam se caracterizar como deficiência para a identificação de beneficiários. Esse é um argumento intensamente discutido nos circuitos de especialistas do BPC, seja entre representantes governamentais, parlamentares, movimentos sociais e médicos-peritos. Caso fosse possível classificar e qualificar as habilidades, essa seria uma saída normativa que facilitaria o processo de seleção e de inclusão no programa, mas ignoraria a complexidade da relação entre as habilidades, as funcionalidades e o contexto social em que vive cada pessoa. A idéia de deficiência é freqüentemente

relacionada a limitações naquilo que se considera como habilidades básicas para a vida social. Não é fácil determinar quais são essas habilidades, muito embora grande parte do debate as relacione à mobilidade, ao uso dos sentidos, à comunicação, à interação social e à cognição. Uma outra condição para caracterizar uma variação de habilidade como deficiência é que essa se expresse no corpo como um estado permanente ou de longa duração. Dificilmente pessoas que encontram dificuldades de leitura porque são analfabetas e não tiveram acesso à escola serão consideradas deficientes, mas uma pessoa cega privada de braile e exposta à escrita gráfica seria considerada deficiente.

As habilidades para executar diferentes tarefas não são distribuídas igualmente na população. Se a distribuição de habilidades básicas para a caracterização da deficiência for vista em um *continuum*, é possível reconhecer a existência de desigualdades com respeito à intensidade das variações de deficiência em uma determinada população. Definir a variação da habilidade a ser considerada como uma lesão ou como uma restrição é, fundamentalmente, um julgamento de valor. Isso não significa que, ao afastar o debate sobre a deficiência de um campo essencialmente médico-normativo e aproximá-lo de um debate sobre quais diferenças de habilidades justificariam ações de reparação de desigualdade, serão perdidos os critérios objetivos da perícia médica para a inclusão de uma pessoa no BPC. O fato é que, apesar de a maioria das definições de deficiência se basear em variações corporais qualificadas como lesões, os dois conceitos (lesões e deficiência) não são sinônimos.

Deficiência é resultado de uma interação complexa das pessoas com a sociedade. Em um ambiente hostil à diversidade corporal, é possível imaginar uma pessoa com restrições leves de habilidades que experimente a deficiência de forma severa. A mesma restrição de habilidade em um ambiente receptivo à diversidade pode não levar à experiência da deficiência. Essa relação complexa entre corpo, habilidades e sociedade aponta para o fato de somente ser possível avaliar adequadamente o nível de deficiência elegível ao BPC se informações sobre o ambiente forem seriamente incorporadas ao protocolo de perícia. Não seria equivocado, portanto, considerar diferentes definições de deficiência para os programas sociais. Tais definições partiriam das variáveis de habilidades básicas, lesões e determinantes sociais, mas não pressuporiam um caráter absoluto, e sim uma interação complexa entre elas.

Desde a implementação do BPC, diferentes definições de deficiência foram utilizadas. Em 1995, ocasião da primeira definição, deficiência seria "uma condição devida a incapacidades biológicas irreversíveis que resulta na incapacidade para o trabalho ou para a vida independente." (BRASIL, 1995). A inspiração para essa definição foi o modelo médico da deficiência, um conjunto de teorias e práticas assistenciais em saúde que pressupõe uma relação de causalidade entre a lesão e a experiência da deficiência. Sob tal perspectiva, ainda hegemônica no debate sobre deficiência no Brasil, a deficiência seria a expressão de uma limitação corporal do indivíduo para interagir socialmente. Se, por um lado, é verdade que essa definição restringiu o debate político sobre deficiência, por outro, quando comparada à definição operacional vigente ("toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano"), deve ser considerada de vanguarda. (BRASIL, 1999). A atual definição é objeto de discussão por parte de um grupo de trabalho dedicado a adequar a definição operacional do BPC à Classificação Internacional de

Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS), refletindo a idéia de que deficiência é o resultado de uma interação de habilidades, capacidades e meio ambiente (WHO, 2001).

Pode-se argumentar que o conceito de restrição de habilidade irreversível ou permanente é incoerente com os objetivos finais da política. Sob a perspectiva dos direitos sociais, tal como definido pela Constituição brasileira de 1988, não se justificaria limitar a assistência social às pessoas com incapacidades permanentes, exatamente pelo mesmo motivo que seria inconcebível limitar qualquer política social às pessoas "permanentemente pobres" ou às "permanentemente doentes". Por princípio, direitos à assistência são determinados por necessidades. Independentemente de como as necessidades sejam definidas – se como lesões, restrições de habilidades ou deficiência –, os direitos existem enquanto as necessidades persistirem.

Uma análise mais cuidadosa do conceito de incapacidade permanente sugere ser esse uma tentativa de demarcar as fronteiras entre deficiência e doença, em um contexto discursivo em que deficiência, diferentemente de doença, seria um estado refratário ao tratamento ou mesmo à cura. Essa diferença entre estado (deficiência) e condição (doença) seria uma das explicações possíveis para a ênfase no modelo médico da deficiência nos mecanismos da perícia e nos critérios de inclusão para o benefício. Essa sobrevalorização do discurso médico em detrimento das variáveis sociológicas da deficiência não parece estar em harmonia com os princípios igualitários que fundamentam o programa. Ao adotar a definição de incapacidades permanentes, várias condições que poderiam ser entendidas como deficiências para o BPC são automaticamente excluídas. Se o *status* de elegibilidade para o BPC é revisado a cada dois anos, talvez fosse mais coerente para os objetivos e planejamento do programa incluir também incapacidades que persistam até a próxima rodada de revisão.

A lista de incapacidades permanentes elegíveis foi definida por um decreto em 1999 e excluiu algumas incapacidades tradicionalmente associadas à deficiência (BRASIL, 1999; 1989). Basicamente, a lista de incapacidades reduziu-se a limitações visuais e auditivas graves, tipos de paralisia física de origem neurológica, ausência de algum membro e uma lista inespecífica de incapacidades mentais manifestadas antes dos 18 anos. Se as definições fossem estritamente seguidas, pessoas com problemas neurológicos degenerativos, artrite, limitações circulatórias graves, HIV-Aids sintomática, doenças renais e esquizofrenia intermitente, só para citar alguns, não seriam elegíveis ao BPC, ainda que essas condições impedissem o trabalho, causassem dependência para os cuidados de atividades de vida diária e resultassem em extrema pobreza.

O que acontece na prática, entretanto, é que os médicos-peritos responsáveis pelos exames para o BPC consideram algumas doenças crônicas como uma condição elegível ao benefício. A pesquisa com os peritos do INSS mostrou que 82% dos médicos-peritos consideram uma pessoa em estágio avançado de infecção de HIV-Aids e 46% consideram que uma pessoa com quadro de artrose grave como elegíveis ao BPC. Nesses dois casos, o fator determinante para a inclusão no programa não seria apenas a condição do HIV-Aids ou da artrose, mas o fato de a primeira estar em estágio avançado de infecção e a segunda a gravidade de artrose. Quando questionados sobre uma pessoa com artrose em crises regulares de dor, apenas 2% dos médicos-peritos a identificariam como elegível ao BPC. O desafio que esses resultados levan-

tam não é o da inclusão de doenças crônicas para a elegibilidade ao BPC, mas sobre como definir critérios claros para que cada candidato seja tratado do mesmo modo no processo de seleção.

Na esfera legislativa, o tema da elegibilidade também vem sendo discutido. Atualmente, há cinco projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional que propõem que o BPC seja estendido às pessoas com epilepsia, doença de Parkinson, HIV-Aids e doenças graves e crônicas (PLs nºs 3.363/2004, 460/2003, 4.366/2004 e 2.064/1999). As iniciativas do legislativo, apesar de democráticas e legítimas, devem ser ultrapassadas pelas atividades do grupo de trabalho que busca harmonizar a definição de deficiência do BPC com a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial de Saúde (WHO, 2001). Ou seja, caso os resultados do grupo de trabalho transformem-se em decreto – e a expectativa é que isso ocorra ainda em 2006 –, as iniciativas legislativas nessa matéria perderiam o objeto (WHO, 2001). Além disso, há um caráter muito específico nos projetos de lei ao particularizar doenças ou condições, o que de alguma forma pode enfraquecer o debate público. De certa forma, o debate legislativo pode ser considerado uma extensão da estratégia política adotada pelo decreto de 1999, o qual tinha o objetivo de enumerar as incapacidades permanentes elegíveis ao BPC (BRASIL, 1999).

Mas no que se refere às incapacidades elegíveis, se as regras fossem rigorosamente cumpridas, cada incapacidade deveria ser considerada isoladamente, o que também não seria coerente com os princípios que fundamentam a existência do BPC. O desenho do programa não considera, por exemplo, a possibilidade de que várias incapacidades moderadas possam gerar uma experiência severa de deficiência. A idéia de pessoa deficiente elegível ao BPC seria aquela com uma incapacidade grave ou extremamente debilitante. Essa compreensão estreita de deficiência poderia resultar numa exclusão sistemática indesejada de parte da população com as chamadas "deficiências múltiplas", as quais não sejam classificadas isoladamente como severas.

Apesar das regras do programa, há evidências de que novas interpretações guiem a prática de concessão do benefício. Os resultados da pesquisa com os médicos-peritos mostram que uma pessoa com insuficiência renal crônica seria considerada elegível para 28% dos médicos. Se essa insuficiência fosse combinada com diabetes, a taxa de aprovação dobraria para 57% dos examinadores, e isso não seria causado pela presença de diabetes, mas pela combinação das duas condições. A intensidade da condição também é uma variável para determinar a elegibilidade: uma criança com anemia falciforme, uma doença genética prevalente em afrodescendentes, com crises regulares de dor, seria elegível ao BPC para 14% dos médicos-peritos. Mas se essa mesma criança tivesse apresentado dois acidentes vasculares cerebrais, o índice de aprovação seria de 90%. Ou seja, os examinadores já ponderam a existência de incapacidades múltiplas, de graus variados de intensidade da condição ou de fatores agravantes. Diante dessa realidade, uma das medidas do programa poderia ser oferecer novas ferramentas para que os médicos-peritos possam tornar suas decisões de modo mais sistemático e uniforme.

O BPC usa a definição de deficiência mental proposta pelo decreto de 1999 que regulamentou a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, a qual determina que deficiência mental é o

> funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos 18 anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como comunicação, cuidado pessoal, habilidades sociais, utilização dos recursos da comunidade, saúde e segurança, habilidades acadêmicas, lazer e trabalho (BRASIL, 1999; 1989).

Não restam dúvidas do quanto é difícil definir a deficiência mental por critérios objetivos e universais. Mais do que qualquer outra expressão da diversidade humana, a deficiência mental pressupõe uma ampla revisão do modelo médico da deficiência, em especial, dos conceitos de normal e patológico. No entanto, pelo menos três mudanças nas definições atuais relativas à deficiência mental poderiam torná-la mais consistente com os objetivos da política.

Assim como nos estudos sobre pobreza em que se considera improdutivo assumir uma linha de pobreza em virtude da renda média da população, não é a melhor estratégia se basear no desempenho intelectual médio de uma população como referência para o BPC. Mesmo que o conceito de "significativamente inferior à média" pudesse ser precisado – talvez por meio de algum teste padronizado –, a distância entre as médias não seria o método mais adequado de se definir parâmetros para habilidades e capacidades cognitivas e mentais. Além dessa dificuldade inerente à mensuração da competência, é comum confundir-se "média" com "normalidade". Normalidade é, antes, um valor moral, um julgamento sobre tipos humanos ideais e padrões de bem-viver do que um conceito neutro que permita uma avaliação médica de elegibilidade ao BPC. Não é possível afirmar que essa confusão entre "normal" e "média" esteve por trás do decreto de 1999, muito embora seja essa uma transposição conceitual muito comum ao modelo médico da deficiência (BRASIL, 1999; 1989). O fato é que se o objetivo do BPC é assistir as pessoas incapazes de viver independentemente e de trabalhar, então os critérios avaliativos de desempenho mínimo deveriam ser estabelecidos tendo essas duas variáveis em consideração.

Para uma pessoa ser elegível ao BPC, um dos critérios é que as restrições cognitivas ou mentais se manifestem antes dos 18 anos. Esse critério foi contestado pela maioria dos médicos-peritos entrevistados, pois 55% deles consideram a idade uma variável de baixa importância para a avaliação. A exigência de que a condição se manifeste até um limite de idade impede, desnecessariamente, que pessoas com deficiências graves fora dessa faixa etária se beneficiem do programa. Como parte do sistema de assistência social, o BPC dificilmente poderia justificar a exclusão de pessoas que desenvolvam suas limitações intelectuais na maturidade ou na velhice. A não ser que se considere que a deficiência mental apresente características particulares para a inclusão de uma pessoa no programa somente em uma determinada faixa etária, uma simples analogia com outras condições, como a deficiência física, mostra o quanto a exclusão de pessoas com deficiência mental acima de 18 anos infringe o princípio do igual tratamento. Como não há argumentos que justifiquem tal exclusão, o acesso a direitos sociais de pessoas com doenças degenerativas, condições psiquiátricas que somente se desenvolvem depois da maturidade ou perdas de funções neurológicas em razão de doenças infecciosas, não deveria ser impedido pelo critério etário.

O programa poderia reconsiderar o critério "incapacidade para o trabalho e para a vida independente" para definir a elegibilidade. Apesar de o critério, de fato, proteger as pessoas com deficiência que se encontram apartadas da vida social e, portanto, em situação de extrema vulnerabilidade, há um efeito perverso na centralidade da

avaliação nessas duas condições. Ao assumir o fato de somente as pessoas deficientes fora do universo do trabalho e/ou extremamente dependentes serem elegíveis, esses critérios podem também representar barreiras para a inclusão de pessoas que recebem o benefício. Qualquer movimento de inclusão é lento e difícil, ou seja, se a pessoa não tiver garantias de proteção durante suas primeiras incursões – seja no mundo do trabalho ou para experimentar a vida independente –, o BPC não se converterá também em uma política de promoção da mobilidade social para as pessoas deficientes.

Uma pessoa deficiente que começa a trabalhar ou a experimentar uma vida social independente passa a não ser mais elegível ao benefício; e é exatamente pelo fato de a inclusão pressupor uma transição entre o mundo da assistência e o mundo do trabalho que o critério deveria ser revisto. Há um projeto de lei em tramitação no Congresso Nacional que toca exatamente nesse ponto, ao estender o BPC a todas as pessoas que participam de programas de reabilitação ou de programas de ação afirmativa para o trabalho, ou seja, que estão no mercado de trabalho como resultado de alguma política criada para promover o emprego para pessoas deficientes (PL nº 5.926/2001).

Um outro desafio importante relativo à "incapacidade para o trabalho e para a vida independente" se refere à definição dessas duas categorias. Não há critérios objetivos e uniformes para defini-las, o que termina por transferir para os médicos-peritos a responsabilidade pelo julgamento final. O desafio dá-se pela dificuldade de definir trabalho e independência, categorias repletas de valor e de avaliações sobre o bem-viver, mas também porque muitas restrições para o trabalho ou para a vida independente não estão no indivíduo, mas na interação com o meio no qual a pessoa deficiente vive. Pouquíssimas são as pessoas deficientes incapacitadas de forma plena para o trabalho. O que há são muitas pessoas com restrições moderadas de habilidades que enfrentam graves restrições no mercado de trabalho em conseqüência de variáveis não mensuráveis, tais como discriminação, preconceito ou barreiras sociais de outras ordens. Nesse sentido, a categoria "incapacidade para o trabalho" exige tanto um conhecimento clínico para o diagnóstico de habilidades e capacidades corporais, quanto um extenso e cuidadoso diagnóstico do universo social e do trabalho no qual a pessoa deficiente vive.

Pessoas deficientes menores de 16 anos são automaticamente consideradas "incapazes para o trabalho". Essa é uma das razões que explicam o imenso contingente de população menor do que 18 anos de idade entre os beneficiários, 35% do total. Mas essa concentração de beneficiários entre os jovens pode ser analisada sob duas perspectivas. A primeira perspectiva considera uma maior prevalência de deficiências entre as crianças. As crianças e os adolescentes seriam os principais beneficiários, pois é nessa população que está a maior parcela de deficientes com graves restrições de habilidades e em situação de pobreza. A segunda perspectiva, apesar de não ignorar uma possível prevalência da deficiência entre jovens, aponta para a sobrevalorização do critério "trabalho" no processo de avaliação. Ou seja, potenciais beneficiários adultos seriam excluídos do programa por serem considerados aptos para o trabalho, muito embora os critérios de avaliação não contemplem a complexidade do fenômeno da deficiência, mas essencialmente as restrições clínicas corporais. Ou seja, quando a categoria "trabalho" não é considerada, as chances de inclusão de uma pessoa no programa crescem e não apenas pelo recorte etário.

Há ainda outro desafio na pouca especificidade do conceito "incapacidade para o trabalho". Uma longa tradição de estudos sobre deficiência demonstrou o quanto as pessoas deficientes foram submetidas a discursos moralizadores pautados em premissas religiosas ou na compaixão individual, o que redefiniu as pessoas deficientes ora como aquelas "pobres merecedoras da ajuda", ora como aquelas "pobres, porém, que não desejam trabalhar" (OLIVER, 2002). A assistência social é uma expressão de um direito constitucional que protege pessoas em situação de desvantagem. As pessoas deficientes em processo de seleção para a inclusão no BPC não necessitam se submeter a julgamentos sobre o significado da deficiência em sua vida, tampouco a um julgamento moral sobre suas motivações para o trabalho.

A população de deficientes elegível ao BPC é um grupo de pessoas em extrema pobreza, ou seja, chega a ser desnecessário testar capacidades em uma população que tem a busca por mínimos sociais como um incentivo para o trabalho. Um projeto de lei em tramitação no Congresso Nacional busca solucionar essa tensão moral ao sugerir uma mudança na definição de quem seja a pessoa deficiente: "pessoas que sofrem de limitações físicas, mentais ou emocionais que dificultam seu trabalho remunerado ou sobrevivência" (PL nº 4.005/2001). Apesar de essa nova definição ser ainda vaga e permitir ambigüidades interpretativas, ela representa tanto uma tentativa de solucionar a imprecisão da variável "incapacidade para o trabalho" como uma tentativa de incorporar a relação entre indivíduo e meio social.

As entrevistas com os representantes do grupo de trabalho para definir os rumos do BPC sugerem que a tendência da política seja o fato de esses critérios serem gradualmente modificados ou mesmo abandonados. Alguns movimentos legais nessa direção foram feitos. O Brasil, ao ratificar a Convenção Interamericana para a Eliminação de todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência, reconheceu o seu conteúdo com força de lei. Baseada nessa convenção, uma ação civil pública bem-sucedida se opôs ao uso do critério "incapacidade para o trabalho e para a vida independente" pelo BPC, criando uma interpretação alternativa àquela proposta pelo programa. O caminho do Judiciário pode implicar duas alternativas judiciais futuras. A primeira é que essa nova interpretação ganhe força e passe a ser requerida em processos judiciais de revisão para a inclusão no BPC de forma crescente. Gradualmente, poderá ser uma interpretação também utilizada pelos médicos-peritos para evitar ações de revisão judiciais com garantias de sucesso. A segunda alternativa é que a interpretação seja vencida também judicialmente, por uma ação do Estado ou também pelo Ministério Público Federal, exigindo ou uma adequação legal pelo Executivo ou o cumprimento da interpretação oficial do programa.

O instrumento que avalia as variáveis do trabalho e da vida independente é um questionário padronizado e utilizado por todos os médicos-peritos do país. Desde a implementação, o questionário sofreu modificações por ordens e resoluções internas ao INSS, mas ainda é objeto de discussão entre os profissionais que o utilizam para selecionar os beneficiários. A pesquisa com os examinadores do INSS mostrou que 47% deles consideram o questionário de avaliação ineficiente ou menos que eficiente, e somente 5% acreditam que o questionário é muito eficiente para o processo de seleção. Essa baixa taxa de confiança no instrumento deve ser entendida para além de uma simples ineficácia do questionário: pode ser um indicador do quanto a mensuração das variáveis "trabalho" e "vida independente" é complexa e pouco permeável a um

instrumento nos termos do atualmente em vigor. Mas o resultado dessa baixa confiança tem também um efeito imediato, que impõe riscos à elegibilidade ao programa: os médicos-peritos podem solucionar essa ineficiência do questionário incorporando outros mecanismos avaliativos à perícia. Caso pesquisas futuras comprovem a relação dessa saída personalista com a ineficiência alegada do questionário, ela deve ser considerada problemática para o programa. Quanto mais padronizada for a seleção, maiores as chances de haver objetividade no acesso ao programa e menores os riscos de as idiossincrasias pessoais dos avaliadores interferirem na elegibilidade.

As ações judiciais, as ações civis públicas ou mesmo as novas interpretações adotadas pelos médicos-peritos são, por um lado, a expressão de um processo contínuo de revisão de qualquer política pública e de garantias de direitos individuais, mas, por outro, podem representar ameaças para alguns dos fundamentos éticos do BPC, como a impessoalidade. Certamente essas são estratégias que solucionam em curto prazo entraves do programa, dificuldades dos instrumentos de seleção, ou mesmo atualizam o debate político em consonância com novas demandas e interpretações sobre a deficiência, mas qualquer decisão de caráter discricionário provoca sempre um impasse para a continuidade da política pública. Dos médicos-peritos, 59% trabalham como examinadores do INSS para o BPC há menos de quatro anos e, apesar de suas qualificações técnicas, não receberam treinamento específico para a tarefa que lhes foi designada. Em especial, não foram apresentados à complexidade do fenômeno médico e sociológico da deficiência na sociedade brasileira. É nesse contexto desafiante – de uma política de transferência de renda para uma população em situação de extrema pobreza, de um corpo de peritos recém-chegados na profissão, de variáveis complexas de serem mensuradas – que um sistema uniforme de seleção deve ser implementado e continuamente revisto.

3.6 DIVULGAÇÃO

A disseminação de informações é um ponto a ser fortalecido pelo programa. Enquanto outros programas de benefício de renda, como o Bolsa-Família e seus precedentes, são amplamente divulgados, pouco se vê do BPC na mídia. Uma explicação possível para esse fato pode ser que, por ter sido criado pela Constituição de 1988, o BPC não pertence a nenhum governo específico e, portanto, não recebe a mesma atenção política nem gera os créditos políticos que o Bolsa-Família e iniciativas similares. Estudos de caso conduzidos pela Universidade de Brasília (UnB) mostram que assistentes sociais em hospitais públicos, assim como outros profissionais de saúde, como psicólogos e enfermeiros, são a mais importante fonte de informação sobre o BPC (DINIZ, 2005). Isso pode contribuir para explicar por que os beneficiários do BPC estão proporcionalmente concentrados em áreas urbanas e metropolitanas, uma vez que essas são as áreas que têm hospitais públicos e grupos de assistência social. O papel das organizações da sociedade civil é secundário e a propaganda pública sobre o BPC é virtualmente inexistente.

O baixo investimento na divulgação do programa deve ser considerado um desafio ao avanço do programa. Essa é uma situação que traz implicações importantes para o universo de quem se beneficia pelo BPC, mas principalmente para os potenciais beneficiários que se encontram fora do programa por desconhecê-lo. Como qualquer outro programa social, o BPC deve ser amplamente divulgado na mídia que alcança a

população vivendo em extrema pobreza, em especial por programas de rádio e televisão, principais veículos de informação do público-alvo do BPC. Além disso, uma estratégia para criar canais de informação para a população alcançada pelos assistentes sociais em grandes instituições de saúde poderia ser eficaz pelo seu caráter permanente de fonte de informação.

3.7 ASPECTOS ORÇAMENTÁRIOS

O BPC cresceu ao longo do tempo. Durante anos, o BPC foi o maior programa não contributivo de transferências de renda no Brasil e, hoje, é o segundo programa, menor apenas do que o Bolsa-Família, muito embora ainda seja o que maior volume de recursos recebe do Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome. Em 1996, depois de seu primeiro ano de funcionamento, o programa contava com 346 mil beneficiários. Em 2005, cerca de 2,7 milhões de pessoas receberam transferências do BPC. Desse número, 1,5 milhão era de pessoas deficientes e 1,15 milhão era de pessoas idosas (BRASIL, 2005). Na verdade, há motivos para acreditar que o número de pessoas com deficiência entre os beneficiários seja maior do que 1,5 milhão, uma vez que as estatísticas brasileiras do último censo indicam que pelo menos um quarto da população com mais de 65 anos de idade possui algum tipo de deficiência (CENSO, 2000). Ou seja, é possível que na população de beneficiários classificados como idosos haja um número significativo de pessoas idosas deficientes.

O BPC não é o único mecanismo de transferência de renda para deficientes funcionando no Brasil. Além de algumas pensões pagas a grupos bastante específicos, há pelo menos dois outros tipos de transferência direcionados a pessoas portadoras de deficiência. O primeiro é a chamada "aposentadoria por invalidez", que funciona na forma de um seguro para trabalhadores do setor formal, ou seja, pessoas que contribuíram com o sistema de seguridade social. A segunda é a Renda Mensal Vitalícia, criada em 1974, e concedida a pessoas pobres de 70 anos de idade ou mais, consideradas inválidas para o trabalho. Depois da implementação do BPC, o programa foi extinto e as pensões existentes são resíduos de benefícios concedidos antes de 1995 (562 mil pensões em novembro de 2005). Quando comparado à aposentadoria por invalidez, o BPC é uma política de dimensão um pouco menor. As aposentadorias beneficiaram 2,6 milhões de pessoas em 2005 (BRASIL, 2005). Mas o que deve ser ressaltado no BPC são suas características de assistência social – completamente independentes de qualquer contribuição prévia – e sua focalização na população que vive em extrema pobreza.

O número de beneficiários tem crescido nos últimos cinco anos, a uma taxa que oscila em torno de 10% ao ano. As tendências para gastos futuros não são claras, mas há pelos menos três evidências de que esse número continuará crescendo nos próximos anos: *i*) a tendência é que as pessoas saibam cada vez mais da existência do BPC e a redução de barreiras procedimentais e burocráticas tornará o programa mais acessível. Com os custos de acesso reduzidos, espera-se um aumento na demanda efetiva; *ii*) há uma pressão demográfica sobre o BPC à medida que a proporção de idosos aumenta. No entanto, uma fração expressiva dessa população é composta por trabalhadores urbanos que contribuíram com o sistema previdenciário, são, portanto, pessoas elegíveis às aposentadorias de maior ou igual valor do sistema previdenciário regular. Sem pesquisas mais aprofundadas, é impossível definir o provável resultado dessas mudanças na

estrutura da população; e *iii*) a extrema pobreza está sendo reduzida, o que também ocorreria com o número de pessoas portadoras de deficiência ou maiores de 65 anos de idade para as quais as transferências seriam destinadas. No entanto, há projetos de lei em tramitação no Congresso propondo um aumento no corte de renda, e várias decisões judiciais isoladas duplicaram o valor do patamar mínimo de renda (a "linha de extrema pobreza") de um quarto para meio salário mínimo. A aprovação desses projetos de lei ou a consolidação da jurisprudência compensará as recentes reduções na incidência de extrema pobreza e aumentará o número de beneficiários.

A privação extrema e a pobreza não são aceitáveis do ponto de vista moral e a assistência social aos pobres é um direito constitucional no Brasil. As entrevistas com o grupo de trabalho responsável pela revisão do BPC mostraram o quanto um aumento no critério de renda para o BPC é uma das metas da política. Cabe perguntar se uma expansão do BPC afetaria a estabilidade fiscal, muito embora a resposta para tal pergunta dependa do que se entende como estabilidade fiscal. Mesmo que o número de beneficiários dobrasse, o custo total do BPC ainda seria pequeno se comparado às despesas não sociais do governo federal no Brasil (cerca de dois terços das despesas federais totais são destinados ao pagamento de juros e à amortização de dívidas). Portanto, o principal impacto não seria no nível, mas na distribuição do orçamento, que exigiria mudanças na alocação da receita.

3.8 ORÇAMENTO

O BPC é o programa de assistência social brasileiro de maior volume de gastos. Em termos orçamentários, o BPC recebe mais recursos do que qualquer outro programa de assistência, – é maior, até mesmo, do que a Bolsa-Família, conforme tabela 1. As transferências do BPC, em 2005, totalizaram R$ 8,2 bilhões (US$ 3,4 bilhões), ao passo que a Bolsa-Família, a Bolsa-Escola e outros programas, juntos, transferiram R$ 7,7 bilhões (US$ 3,2 bilhões) (BRASIL, 2005). Isso representa cerca de 2% do montante de recursos destinado à política social no Brasil. Esse valor corresponde a cerca de 50% do recurso orçado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome para gastos com projetos sociais em 2005.[2]

TABELA 1
Gastos em programas selecionados de transferência de renda – Brasil, 2005

Programa	Famílias	R$/ano	US$/ano
Bolsa-Família	8.700.451	6.592.630.104	2.746.929.210
Bolsa-Escola	1.783.913	462.643.740	192.768.225
Bolsa-Alimentação	24.145	4.984.380	2.076.825
Cartão-Alimentação	83.524	50.114.400	20.881.000
Auxílio-Gás	3.401.114	612.200.520	255.083.550
	Pessoas		
Peti	931.000	450.000.000	187.500.000
BPC – Deficiência	1.211761	4.384.828.296	1.827.011.790
BBC – Idosos	1.065.604	3.850.628.868	1.604.428.695

Fonte: Estimativas do Boletim Estatístico da Previdência Social, v. 10 n.12 e Ministério do Desenvolvimento Social e do Combate à Fome.

Obs.: R$ valores de dezembro de 2005, US$ câmbio para R$ 2,4.

2. Em 2005 o MDS teve R$ 17,1 bilhões orçados.

O lado do gasto do BPC é, por definição, bastante progressivo, mas o mesmo não pode ser dito de seu financiamento. Do ponto de vista da receita, as transferências do BPC são recursos do sistema de seguridade social e, portanto, são financiadas principalmente por meio de tributos aplicados sobre a folha de pagamento de trabalhadores formais. Esses tributos não são progressivos e há uma probabilidade razoável de que tal tributação afete negativamente a distribuição de renda. A falta de efeitos distributivos quanto ao financiamento se reflete nas características gerais do financiamento das políticas sociais no Brasil e uma reversão dessas características exigiria uma mudança profunda na estrutura de todo o sistema tributário do país.

Vários planejamentos institucionais protegem a receita do programa de flutuações de curto prazo, incluindo-se aí ciclos políticos e ajustes fiscais. A existência da transferência é prevista pela Constituição de 1988, e seu desenho básico é definido por uma lei de 1993 (BRASIL, 2003; 1993). Mudar o valor das transferências e os critérios de elegibilidade exigiria uma mobilização do Congresso Nacional para modificar essas leis. Não é provável que essa mobilização aconteça, dada a relevância social desse programa e os custos políticos associados a ela. Formalmente, o Congresso Nacional aloca recursos para o BPC ao prever a receita para o Fundo Nacional de Assistência Social. O governo federal decide quando e como gastar essa receita. Na prática, porém, o poder que o Congresso Nacional e o governo federal têm sobre o BPC é limitado, pois as transferências são entendidas como direito social e, como tal, devem ser endossadas em cada governo, conforme determina a legislação sobre o assunto. Por causa disso e do compromisso de governos sucessivos, os recursos têm sido liberados oportunamente e as transferências têm sido mantidas sem interrupções graves desde o início do programa.

3.9 COMPOSIÇÃO DOS GASTOS

Como o BPC é parte de um sistema muito mais amplo, é difícil oferecer uma estimativa dos custos operacionais totais do programa. Uma grande parte dos custos administrativos é contabilizada como gastos de pelo menos três instituições diferentes: dois ministérios e a agência de processamento de dados que gerencia as transferências. Como qualquer outro programa de transferência de renda, os custos operacionais do BPC provavelmente são baixos quando comparados à provisão de outros serviços como a saúde, mas não há estimativa exata desses custos. Não há razão para supor que uma futura expansão do BPC afetaria o custo administrativo unitário de um beneficiário. O programa é suficientemente grande para impedir reduções de custo variável resultante de aumento na escala.

Tampouco é possível estimar atualmente os custos implicados em avaliações do programa. Foram realizadas algumas auditorias internas para avaliar o funcionamento do programa e, recentemente, um esforço mais sistemático foi feito para avaliá-lo regularmente, com a formação do grupo de trabalho. As informações sobre os custos dessas ações não estão disponíveis. O Brasil faz uso das pesquisas domiciliares regulares para coletar dados sobre os beneficiários de vários programas, as quais permitirão avaliações de impacto do BPC, mas o custo dessa coleta de dados e do processamento certamente não será contabilizado como custo de avaliação do programa. Os dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Pnad) de 2004 serão divulgados em março de 2006 e permitirão um mapeamento inicial dos beneficiários e o impacto do programa em termos de transferência de renda.

3.10 CARACTERÍSTICAS DOS BENEFICIÁRIOS

As informações disponíveis sobre as características dos beneficiários são limitadas e provêm de duas fontes básicas. A primeira fonte são os registros administrativos de dados obtidos no momento do cadastramento de novos beneficiários. A segunda fonte são os dados levantados por um estudo por amostragem realizado ao longo do processo de revisão dos benefícios. Os dados a serem divulgados pela Pnad de 2004, que avaliou o BPC, fornecerão evidências sobre distribuição geográfica dos beneficiários, população atingida, montante de recursos, ou seja, um conjunto de dados fundamentais para futuras avaliações do programa. Não foram encontrados registros de análises brasileiras sobre o perfil dos solicitantes recusados, os principais motivos da recusa ou mesmo estudos de impacto do BPC entre os beneficiários.

As informações de caráter demográfico sobre a concessão de benefícios para pessoas deficientes no ano de 2004, obtidas no processo de cadastramento dos novos beneficiários processado pelo Dataprev indicam que grande parte das concessões por deficiência ocorre entre crianças e jovens. Cerca de 42% dos benefícios foram concedidos a pessoas em idades entre 0 e 24 anos, sendo boa parte deles concentrados nas idades mais jovens. A população de 25 a 45 anos representa cerca de 29% das novas concessões e a população de 46 a 64, a uma fração igual, 29% (BRASIL, 2005). Quanto à população idosa, é importante lembrar que o BPC é concedido a pessoas com deficiências, mas também a idosos em situação de pobreza. Ou seja, é possível que dentre a parcela de idosos no BPC exista um número considerável de idosos deficientes, os quais que se encontram classificados na categoria idosos e não na de deficientes.

As informações levantadas no processo de revisão permitem traçar um perfil limitado dos beneficiários do programa. Em 2002, durante a revisão dos benefícios concedidos, foi realizado um estudo por amostragem. A partir dessa amostra, foram investigados os tipos de deficiências que acessaram o BPC. De acordo com as categorias utilizadas para a coleta de informações, as deficiências foram divididas em: visual, 5%; auditiva, 5%; física, 17%; deficiência mental, 30%; doença crônica, 10%; deficiências múltiplas, 21%; doença mental, 12% (BRASIL, 2002). O alto índice de deficiências múltiplas deve ser frisado, dado o critério formal de análise da elegibilidade que isola as restrições de funcionalidade, um dado mencionado anteriormente.

A distribuição espacial do BPC parece ser desigual, com um atendimento desproporcional das áreas urbanas. Esse fato pode ser explicado de duas maneiras: *i)* como resultado de uma maior concentração dos beneficiários nessas regiões; e *ii)* como uma falha no sistema de registro no que diz respeito à área de residência do beneficiário, indicando apenas a localização do posto do INSS. A despeito da ausência de dados confiáveis sobre a distribuição dos beneficiários, o grupo de trabalho considera que há uma concentração real dos beneficiários em zonas urbanas. Isso ocorreria apesar da existência de um sistema de cotas para distribuição do benefício espacialmente distribuídas (JASPER, 2004).[3] Segundo análises do Ministério de Desenvolvimento Social, dentre os fatores que possivelmente determinariam essa distribuição desigual estão

3. As entrevistas com o grupo de trabalho mostram que o tema das cotas nos postos é uma questão controversa. Estudos de caso no Distrito Federal, conduzidos pela Universidade de Brasília, mostram a relação de potenciais beneficiários com a existência de cotas nos postos do INSS.

diferenças no acesso às informações sobre o benefício, a facilidade de acesso aos locais de concessão do benefício e avaliação médico-pericial, modos diferentes de avaliar a incapacidade para o trabalho e para a vida independente segundo regiões do país, e formas distintas de se interpretar as avaliações de cada caso. Uma outra hipótese possível de ser considerada, e analisada em estudos anteriores, é que nos centros urbanos se concentram os profissionais de saúde em hospitais públicos responsáveis pela informação "caso-a-caso" sobre o benefício.

As entrevistas com o grupo de trabalho apontam para a existência de outros desafios para a garantia do pleno funcionamento do programa: não há medidas claras de divulgação do benefício à população; a ausência de documentos de registro civil é um entrave importante para solicitação, em geral, em áreas rurais; os beneficiários e os candidatos da zona rural têm dificuldades de acesso aos pontos de avaliação em razão de situações topográficas, sistema viário de suas regiões ou mesmo pela inexistência de agências do INSS dentro de uma distância razoável; e, não menos importante, os movimentos sociais de pessoas portadoras de deficiência não possuem uma participação ativa na divulgação e promoção do BPC como um direito social. Na verdade, a relação dos movimentos sociais de deficientes com políticas focalizadas para a deficiência, em especial políticas de transferência de renda, é um tema de intensa controvérsia política, o qual carece de pesquisas e análises sobre a situação brasileira.

Evidentemente nenhum desses problemas possui uma solução trivial. É recomendável que uma estratégia de divulgação sobre o benefício e sobre os requisitos de elegibilidade seja desenvolvida, assim como existe para outros programas sociais, como é o caso do Bolsa-Família. Além disso, é fundamental que o sistema de informação estatística brasileira colete informações sobre pessoas – especialmente as mais pobres, que não possuem qualquer tipo de registro civil no país – para que medidas para contornar esse problema sejam adotadas. Embora essa última providência esteja fora do escopo de ação dos gerentes do BPC, uma estratégia eficaz seria o MDS pressionar para que os levantamentos sejam realizados.

Há registros bibliográficos de estudos que avaliam quais seriam os mecanismos para garantir um maior acesso de pessoas deficientes ao BPC. Segundo as entrevistas realizadas com o grupo de trabalho, o governo federal está empenhado em revisar os instrumentos de avaliação, em especial de forma que os torne mais precisos e uniformes quanto aos critérios de elegibilidade. A estimativa é que os resultados desse processo de revisão não estejam disponíveis antes do segundo semestre de 2006.

No que diz respeito a esse último tópico, este trabalho sugere três pontos a serem considerados no processo de revisão:

1) Tudo indica que a administração do programa seria beneficiada por um plano de estudo sistemático das características dos beneficiários e das características dos solicitantes recusados. Sem essa informação, torna-se mais difícil realizar estudos comparativos que permitam analisar dificuldades no sistema de focalização da política.

2) O uso de um instrumento padronizado de coleta de informações socioeconômicas que permita comparabilidade com grandes levantamentos de dados brasileiros, em particular as pesquisas domiciliares (Pnads), pesquisas de orçamento (POFs) e censos (que levantam regularmente informações sobre

deficiência), possibilitaria a melhor avaliação dos instrumentos de seleção, reduziria drasticamente custos de avaliação sistemática do programa, além de permitir estudos de demanda insatisfeita e simulações de custo para propostas de alterações das regras vigentes.

3) As entrevistas para revisão dos benefícios são uma excelente oportunidade para coletar informações do tipo painel, que permitem analisar a evolução das condições de vida dos beneficiários – e, por conseguinte, a eficiência do programa. Essa oportunidade não deve ser desperdiçada, e o programa ganharia se houvesse um bom instrumento de coleta de informações voltado para essa finalidade.

3.11 ASPECTOS LEGAIS

O BPC está garantido pela Constituição Federal de 1988, no artigo 203, e assegurado pelos artigos 21 e 22 da Lei Orgânica da Assistência Social (Loas), de 1993. Contudo, o BPC só foi implementado em janeiro de 1996, após o Decreto nº 1.774, de 8 de dezembro de 1995 (BRASIL, 1995). A idade limite para solicitação do BPC abaixou de 70 anos de idade para 67, com a Lei nº 9.720, de 30 de novembro de 1998; e de 67 para 65, a partir de janeiro de 2004, com a aprovação do Estatuto do Idoso (BRASIL, 1998; 2003). As rendas resultantes do BPC concedidos para idosos na mesma família não serão incluídas no cálculo de renda familiar nos novos requerimentos do benefício assistencial por outros idosos da mesma família. Até 1996, as pessoas idosas acima de 70 anos de idade e as pessoas deficientes, sem meios de subsistência, recebiam a Renda Mensal Vitalícia (RMV), instituída pela Lei nº 6.179, de 1974 (BRASIL, 1974). A RMV deixou de ser concedida a partir da instituição do BPC.

Para efeito do cálculo de renda familiar *per capita* mensal, a Loas definiu o conceito de família da seguinte forma: "a unidade mononuclear, vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes" (BRASIL, 1993). A partir de 1998, com a Lei nº 9.720, passou a ser considerado um novo conceito de família para a concessão do BPC: "o conjunto de pessoas elencadas, desde que vivam sob o mesmo teto" (BRASIL, 1998). Ou seja, os pais, o cônjuge, o companheiro, os filhos, os irmãos e os equiparados legalmente a essas condições, menores de 21 anos ou inválidos (BRASIL, 1998). Ao exigir a renda familiar como critério para inclusão de uma pessoa no BPC, o benefício assume uma dupla identidade: é a garantia de um direito individual a mínimos necessários à sobrevivência, mas o acesso a esse direito somente é garantido se a família do deficiente não for capaz de garantir os mínimos. Ou seja, a pobreza não é atestada pela renda ou ausência de renda da pessoa deficiente, e sim pela família em que a pessoa deficiente vive. Nesse sentido, o BPC é a garantia de um direito individual, mas é também uma política de bem-estar familiar.

Para fins de concessão do BPC, o Decreto nº 1.774, de 1995, estabelece que a pessoa portadora de deficiência como "aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho, em razão de anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditária, congênitas ou adquiridas, que impeçam o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho" (BRASIL, 1998). O Decreto nº 3.298, de 20 de dezembro de 1999, que regulamenta a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, considera, porém, que "deficiência é toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fi-

siológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano" (BRASIL, 1999; 1989; MARCELINO, 2005). O BPC, no entanto, usa uma definição mais restritiva de deficiência. Para a comprovação da deficiência, a pessoa é submetida a uma perícia médica realizada pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) – o que, na prática, atrela a definição de deficiência a avaliações médicas *ad hoc*.

3.12 ORGANIZAÇÃO INSTITUCIONAL E GERENCIAMENTO

O BPC é considerado parte da política nacional do idoso e da política nacional para pessoas portadoras de deficiência (BRASIL, 2003; 1989). No momento da concessão e no processo de revisão do benefício, a cada dois anos, assistentes sociais coletam informações sobre o impacto do BPC e as condições de vida dos beneficiários, que podem ser utilizadas pelas secretarias de assistência social dos municípios para implementação de serviços públicos e políticas sociais. Não há, no entanto, indicações de que isso seja feito sistematicamente, assim como não há estudos que analisem o impacto do benefício na qualidade de vida das pessoas deficientes.

O gerenciamento do BPC acontece por um tripé entre MDS, INSS e a Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social (Dataprev). O BPC é financiado pelo Fundo Nacional de Assistência Social. O benefício integra a Política Nacional de Assistência Social, coordenada pelo MDS. A coordenação geral do BPC é de responsabilidade do MDS, assim como a definição de diretrizes, o acompanhamento e a avaliação do benefício. O grupo de trabalho entrevistado para este relatório era composto por representantes do MDS e do INSS. Dentre os participantes, havia assistentes sociais e médicos-peritos.

O INSS, autarquia vinculada ao Ministério da Previdência Social, é o responsável pela operacionalização do benefício, e a Dataprev é a responsável por processar as informações e gerar dados estatísticos sobre o BPC. No governo federal, o grupo de gestão é integrado por representantes do MDS, do INSS e da Dataprev. O MDS é representado nas unidades da Federação pelas Secretarias dos Estados de Assistência Social (Seas), o INSS, pelas superintendências e a Dataprev, por escritórios. Nos municípios, a organização é semelhante: existem gerências do INSS, Secretarias Municipais de Assistência Social (SMAS) ou órgão equivalente. Os escritórios ou correspondentes da Dataprev nos estados cobrem os municípios. O gerenciamento do BPC constituído por esses órgãos – MDS, INSS e Dataprev –, com competência nos três níveis de governo, é descentralizado.

3.13 PROCEDIMENTOS DE REQUERIMENTO, APROVAÇÃO E REVISÃO

Para requerer o BPC, a pessoa idosa ou deficiente deve procurar um dos postos do INSS, preencher o formulário de solicitação do benefício, apresentar declaração de renda dos membros da família, comprovar residência e apresentar documentos próprios e da família para que os critérios de renda sejam avaliados. A pessoa deficiente será encaminhada para uma avaliação médico-pericial. Essa avaliação, realizada por médicos-peritos do INSS, verifica dentre outras coisas: a aptidão para a atividade laboral; níveis de dificuldades visuais, auditivas, de locomoção, de fala; grau de dificuldade para exercer as atividades da vida diárias, tais como higiene pessoal, comer, vestir; escolaridade; níveis de controle de funções de excreção; dependência de cuidados

permanentes de profissionais de saúde ou terceiros; existência e níveis de oligofrenia, deficiência mental, síndromes e quadros psiquiátricos. Na etapa de revisão do BPC, a situação social e níveis de vulnerabilidade são dados obtidos por meio da avaliação social.

Caso a pessoa deficiente não possa ir até o local de realização da perícia médica, a avaliação será realizada em seu domicílio. Além disso, se o benefício for negado, a pessoa requerente tem o direito de apresentar um recurso. O INSS possui uma junta de recursos de benefícios em duas instâncias. Na etapa de recurso, é permitido apresentar novos documentos como contra-argumento. Se os recursos forem indeferidos e a pessoa requerente ainda se sentir prejudicada, ela precisa recorrer à Justiça comum e contestar os resultados do INSS. Nos últimos anos, é crescente a contestação de perícias do INSS na Justiça, e a tendência é a de concessão dos benefícios pelos juízes federais. Não há, no entanto, nenhum estudo sistemático sobre as razões que fundamentam as decisões judiciais, sendo uma hipótese possível a de maior consideração à situação de vulnerabilidade social e econômica em detrimento do diagnóstico médico de deficiência adotado pelos médicos-peritos.

O BPC deve passar por uma revisão a cada dois anos a fim de verificar se as condições que geraram a solicitação do benefício ainda persistem. Na etapa de revisão, os profissionais de serviço social das Seas e SMAS subsidiam a avaliação médica realizada pelos médicos-peritos do INSS. Os assistentes sociais realizam uma avaliação das condições sociais das pessoas durante uma visita domiciliar. Se na avaliação social da pessoa deficiente, realizada durante o processo de revisão do BPC, for constatada a necessidade de uma nova averiguação da incapacidade para vida independente e para o trabalho, o beneficiário será encaminhado para a SMAS e a um dos postos ou correspondente responsável pela perícia do INSS.

3.14 AVALIAÇÃO E AUDITORIA DO BENEFÍCO DA PRESTAÇÃO CONTINUADA

Desde sua criação, o BPC foi objeto de algumas avaliações. Foram avaliadas tanto as etapas de processo quanto os produtos. Existem também auditorias de caráter operacional e auditorias de controle visando a identificar eventuais irregularidades no funcionamento do programa. Até o momento, não foi realizada nenhuma avaliação de impacto de tipo experimental sobre o BPC. Em março de 2006, espera-se que um questionário suplementar da principal pesquisa domiciliar brasileira, a Pnad 2004, traga informações que permitam uma análise mais abrangente dos impactos do BPC. O principal mecanismo de coleta de informações sobre os processos relativos à operação do BPC são os Encontros Nacionais sobre Gestão do Benefício Assistencial de Prestação Continuada (BRASIL, 2004). No que diz respeito ao levantamento de informações sobre o impacto do programa, a coleta ocorre ao longo do processo de revisão de benefícios.

A gerência geral do BPC realiza regularmente encontros nacionais que reúnem os gestores e executores locais do programa. Em termos gerais, os propósitos desses encontros são: *i)* capacitação, treinamento e atualização das pessoas envolvidas com a operação do BPC; e *ii)* coleta de informações que permitam a avaliação do funcionamento do programa diretamente com seus operadores. A importância do treinamento e atualização regulares em um programa de grandes proporções, com funcionamento descentralizado, é óbvia. O que merece destaque nesses encontros é seu uso para a avaliação da operação do BPC.

O processo de coleta de informações nesses encontros segue um modelo de formação de vários grupos de discussão, que seguem um protocolo padronizado de temas a serem abordados. Cada grupo apresenta um relatório parcial, sintetizando suas conclusões, consideradas na elaboração de um relatório geral. Como a gestão do programa é descentralizada, o aspecto positivo desse procedimento é fazer com que, por um lado, os gestores e operadores avaliem o funcionamento local de seus programas e, por outro, aprendam com as soluções de problemas similares enfrentados por outras unidades locais.

As revisões regulares de benefícios ocorrem em grandes ondas, nas quais diferentes coortes de beneficiários são avaliados para decidir pela manutenção ou cancelamento do benefício. Em cada entrevista de revisão, é aplicado um questionário de avaliação do beneficiário, que levanta informações sobre condições habitacionais, acesso a serviços comunitários, orçamento e despesas familiares e situação ocupacional, além de informações demográficas. Lamentavelmente, não existe uma rotina de processamento sistemático, distribuição ao público e avaliação dessas informações, que, na melhor das hipóteses, são usadas pelas equipes de assistência social local para realização de suas atividades.

Como o questionário é aplicado somente aos beneficiários do programa, torna-se praticamente impossível o estabelecimento de um grupo de controle para uma avaliação de impacto de tipo "quase-experimental". Como o grupo de beneficiários do BPC forma uma população relativamente restrita, uma alternativa metodológica para uma avaliação de impacto seria formar um grupo de controle a partir de informações obtidas em pesquisas domiciliares regulares. Todavia, o desenho do questionário não leva essa possibilidade em questão e não usa questões padronizadas comparáveis às dos levantamentos domiciliares. Indiscutivelmente o programa se beneficiaria muito de um questionário mais abrangente, o que também permitiria uma redução de custos em futuras tentativas de avaliação.

4 CONCLUSÕES

4.1 COMENTÁRIOS SOBRE O PROGRAMA

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) é o segundo maior programa não contributivo de transferências do Brasil, sendo menor apenas do que o Bolsa-Família. O programa coexiste com outras transferências de renda para pessoas com deficiência, como, por exemplo, as aposentadorias por invalidez. O que o torna peculiar é seu caráter não contributivo e focalizado de política de assistência social.

O gasto com transferências representa uma fração pequena (9%) do montante total transferido pelo sistema previdenciário de regime geral, que inclui os programas de assistência social. O programa conta com cerca de 2,1 milhões de beneficiários, dos quais pelo menos 1,1 milhão são pessoas com deficiência (BRASIL, 2005). O programa beneficia uma grande quantidade de jovens e crianças deficientes, mais de dois quintos dos beneficiários deficientes têm idade inferior a 24 anos, o que significa que boa parte deles deve permanecer no programa por um longo prazo, apesar das tendências de redução da pobreza extrema no país (BRASIL, 2004).

O número de beneficiários tem aumentado ao longo dos anos e há algumas indicações de que esse crescimento pode ser mantido no futuro próximo. Uma expansão do programa no ritmo observado nos últimos dois anos, ou até mesmo um pouco mais acelerado, não deverá ter impacto fiscal significativo. O ambiente político, assim como os arranjos legais e institucionais, que determinam o funcionamento do programa, tornam-no relativamente bem protegido perante a tentativas de redução de seu orçamento no curto prazo.

Pelo programa se realizam transferências incondicionais a idosos e pessoas com deficiência que estejam em situação de extrema pobreza. As transferências são mensais, no valor de um salário mínimo, e o dinheiro é retirado na rede bancária comum, por meio de cartões magnéticos, pelo beneficiário ou seus familiares. A pessoa não pode acumular outros benefícios, mas sua família pode, o que na prática não ocorre em virtude da focalização na extrema pobreza: o programa atende, basicamente, a pessoas em famílias que não recebem nenhum outro tipo de transferência. É praticamente impossível o recebimento de dois benefícios em família com mais de uma pessoa deficiente, embora isso seja possível em famílias com mais de uma pessoa idosa depois de alterações recentes na legislação. Existem projetos de lei no Congresso Nacional propondo a equiparação das pessoas deficientes aos idosos nesse sentido (PLs nºs 5.254/2005, 2.057/1996 e 2.299/2003). O BPC não inclui nenhum tipo de apoio às cuidadoras, embora também existam projetos de lei tratando desse assunto (PL nº 1.312/2003).

A seleção de beneficiários é feita por avaliação da renda familiar, comprovação de idade, no caso de idosos, e exame médico pericial, no caso da deficiência. A prova de idade é feita por meio de documentação, e o principal desafio relacionado a ela diz respeito à ausência de registro civil de uma parte não desprezível da população brasileira. O desenho do programa não leva em consideração os custos extras de algumas deficiências e do envelhecimento, assim como ignora a disponibilidade ou não de certos serviços públicos para decidir a concessão do benefício. O patamar de renda definido configura uma situação de extrema pobreza (um quarto de salário mínimo, US$ 1/dia *per capita*). Embora não seja consistente com os objetivos do programa, o exame médico pericial deveria considerar elegíveis apenas condições graves, irreversíveis e não relacionadas a doenças crônicas.

O patamar mínimo de renda tem sido considerado excessivamente baixo. Várias decisões judiciais têm concedido o direito de recebimento do benefício a famílias com renda *per capita* de meio salário mínimo. Simultaneamente, tramitam no Congresso Nacional projetos de lei propondo a elevação desse mínimo (PLs nºs 3.055/1997, 3.197/1197, 4.631/1999, 788/1999, 1.463/1999, 3.774/2000, 7.207/2002 e 770/2003). A tendência, portanto, é que seja elevado brevemente. Os critérios de elegibilidade para pessoas deficientes não são muito claros e permitem diversas decisões de caráter discricionário por parte dos médicos-peritos. Se, por um lado, a possibilidade de essas decisões existirem é positiva, pois permite lidar com as diversas exceções não previstas nos regulamentos do programa e assegurar os direitos sociais previstos na Constituição brasileira, por outro, existe o risco de o processo de seleção ocorrer sem uniformidade e depender excessivamente de decisões individualizadas.

A política de assistência da qual o BPC faz parte prevê a integração com outros programas sociais, mas, na prática, isso não ocorre de maneira sistemática. A principal forma de integração ocorre para fins de controle do acúmulo de benefícios e fiscalização de irregularidades.

5 RECOMENDAÇÕES

Com o objetivo de contribuir para o gerenciamento do programa, bem como para a melhoria ou mesmo implementação de programas similares em outros países, este estudo produziu algumas recomendações, enumeradas a seguir. Algumas se encontram dentro da esfera de ação dos gerentes do programa, ao passo que outras, provavelmente, exigem medidas do Legislativo.

5.1 FERRAMENTAS DE AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES SOCIAIS E DA DEFICIÊNCIA

Seria recomendável a revisão das ferramentas de avaliação das condições sociais e da deficiência. No que diz respeito às ações sob alcance dos gerentes do programa, isso pode incluir a aceitação das sugestões que provavelmente serão encaminhadas pelo grupo de trabalho interministerial encarregado do assunto. Em particular, recomenda-se que:

1) informações sobre gastos – e não apenas rendimentos – sejam consideradas para definir a elegibilidade;
2) uma cesta de consumo mínimo seja definida em termos normativos e usada como complemento à linha de um quarto de salário mínimo;
3) sejam reconhecidas as pressões ocorridas por decisões judiciais e a linha de um quarto de salário mínimo seja elevada para meio salário mínimo (ou valor mais alto compatível com limitações orçamentárias);
4) o critério de irreversibilidade da deficiência seja substituído por um critério de permanência provável até a próxima revisão dos benefícios;
5) as definições de deficiência aproximem-se dos critérios adotados pela Organização Mundial de Saúde, com o fim da distinção entre doenças crônicas e deficiência existente no momento;
6) a deficiência seja contemplada por uma melhor definição de deficiência em virtude do resultado do conjunto de perdas de funcionalidade e não da gravidade de uma perda isolada;
7) o critério de "incapacidade para o trabalho e para a vida independente" seja abandonado em razão de critérios mais claros e objetivos; e
8) o cálculo da renda familiar *per capita*, a exemplo do que ocorre com os idosos, não considere o BPC no cômputo dessa renda, pois os benefícios sociais dessa decisão seriam altos, enquanto o impacto orçamentário seria praticamente irrelevante.

5.2 INFORMAÇÕES E AVALIAÇÕES DO BENEFÍCIO DA PRESTAÇÃO CONTINUADA

Melhores usos, organização, análise e divulgação das informações coletadas para a operação do BPC, assim como comparações com resultados de pesquisas domiciliares, contribuiriam para a formação de um sistema de avaliação sistemática do BPC. No que diz respeito ao levantamento e uso dessas informações, recomenda-se que:

1) as informações produzidas façam parte de uma rotina de processamento, distribuição pública e avaliação do BPC;

2) as informações sobre condições sociais e de deficiência coletadas no momento das avaliações de seleção de beneficiários estejam disponíveis para uso por outros programas sociais;

3) os instrumentos avaliação das condições sociais, assim como de avaliação da deficiência, sejam mais abrangentes e desenhados de modo que possam ser compatíveis com outros tipos de levantamento de informação, particularmente os censos demográficos e as grandes pesquisas domiciliares e de orçamento;

4) para efeito de comparação e controle, sejam coletadas e armazenadas informações sobre as características dos solicitantes recusados e os motivos da recusa;

5) as entrevistas de revisão do benefício sejam usadas para coletar informações do tipo "painel", que permitam análises parciais de eficiência do programa;

6) as pesquisas domiciliares ou os censos demográficos coletem informações sobre a existência de registro civil na população e sua distribuição espacial, segundo grupos socioeconômicos, para que medidas para incentivar o registro civil da população possam ser tomadas; e

7) as pesquisas domiciliares, particularmente a Pnad, que coletam informações sobre o recebimento do BPC, coletem, eventualmente, informações sobre deficiência. Ou que os censos demográficos, que coletam informação sobre deficiência, coletem também informações sobre transferências de renda recebidas.

REFERÊNCIAS

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS MÉDICOS PERITOS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (ANMP). Disponível em: <http://www.perito.med.br>. Acesso em: 1 out. 2005.

BOLSA FAMÍLIA. Disponível em: <http://www.mds.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2005.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: Texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/92 a 40/2003 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 16/94, Brasília, Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2003.

_____. Decreto nº 1.744, de 8 de dezembro, de 1995. Regulamenta o benefício de prestação continuada devido à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências.

_____. 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.

_____. Decreto nº 3.956, de 08 de outubro de 2001. Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência.

_____. Lei nº 16.179, de 11 de novembro de 1974. Institui amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade e para inválidos, e dá outras providências.

_____. Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989. Dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiência, sua integração social, sobre a Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Corde), institui a tutela jurisdicional de interesses coletivos ou difusos dessas pessoas, disciplina a atuação do Ministério Público, define crimes, e dá outras providências.

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

_____. Lei nº 9.720, de 30 de novembro de 1998. Dá nova redação a dispositivos da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da assistência social, e dá outras providências.

_____. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências, 2003.

_____. Ministério da Previdência Social e Assistência Social. – Secretaria de Estado e Assistência Social. Benefício Assistencial de Prestação Continuada/BPC – Loas. Relatório do Processo de Revisão. Brasília: Ministério da Previdência Social e Assistência Social, 2002.

_____. Ministério da Previdência Social e Assistência Social. – Secretaria de Estado e Assistência Social. Revisão da Concessão do BPC-Loas – Terceira Etapa: Benefícios Concedidos no Período de 01.01.1999 a 31.07.2000. Brasília: Ministério da Previdência Social e Assistência Social, 2002.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Benefícios Assistenciais de Prestação Continuada. Distribuição por tipo de deficiência. Diretoria de Benefícios Assistenciais. Diretoria de Benefícios Assistenciais BPC – LOAS: relatório do Processo de Revisão – 2002. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2002.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Secretaria de Estado e Assistência Social (SEAS). Encontro Nacional sobre Gestão do Benefício Assistencial de Prestação Continuada – BPC. Brasília, 2004.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Benefícios Assistenciais de Prestação Continuada – BPC concedido à pessoa portadora de deficiência no período de janeiro de dezembro de 2004. Distribuição por faixa etária. Diretoria de Benefícios Assistenciais. Diretoria de Benefícios Assistenciais. MDS/SNAS. 2005.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Benefício de Prestação Continuada. Disponível em: <http://www.mds.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2005.

_____. PL da Câmara nº 1.451, de 1996. Aumentando de um quarto para um salário mínimo o limite de renda *per capita* da família incapaz de prover o sustento dos idosos e portadores de deficiência, objetivando o pagamento do beneficio de prestação continuada;

_____. PL da Câmara nº 2.057, de 1996. Estabelecendo que para o cálculo da renda familiar *per capita*, para fins de concessão do salário mínimo a pessoa idosa e deficiente, não será computado o beneficio de prestação continuada já concedido a outro membro da família.

_____. PL da Câmara nº 2.058, de 1996. Estabelecendo que para o cálculo da renda familiar *per capita*, para fins de concessão do salário mínimo a pessoa idosa e deficiente, não será computado o beneficio da prestação continuada já concedido a outro membro da família.

_____. PL da Câmara nº 3.055, de 1997. Aumentando para meio salário mínimo a renda mensal *per capita* da família da pessoa deficiente ou do velho, objetivando o recebimento do beneficio previdenciário.

_____. PL da Câmara nº 3.197, de 1997. Dispondo que as ações de formulação e coordenação da política nacional de assistência social ficarão a cargo de um órgão de administração publica federal direta, definido pelo poder executivo; aumentando para um salário mínimo a renda mensal *per capita* da família da pessoa portadora de deficiência ou velha que terá direitos ao beneficio de prestação continuada de um salário mínimo.

_____. PL da Câmara nº 463, de 1999. Altera o § 3º do art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, elevando para um salário mínimo *per capita* o limite de renda familiar para a concessão do benefício assistencial aos portadores de deficiência e aos idosos.

_____. PL da Câmara nº 788, de 1999. Altera o § 3º do art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que "dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá ou-

tras providências", elevando o limite de renda familiar para a concessão do benefício aos portadores de deficiência e idosos.

_____. PL da Câmara nº 1.463, de 1999. Aumentando para um salário mínimo a renda mensal per capita da família da pessoa deficiente ou do velho, objetivando o recebimento do benefício previdenciário.

_____. PL da Câmara nº 2.064, de 1999. Altera o art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1999, para estender o benefício assistencial de um salário mínimo aos portadores de doenças crônicas.

_____. PL da Câmara nº 3.030, de 2000. Estabelecendo que farão jus ao beneficio de prestação continuada, o idoso e a pessoa deficiente cuja família comprove rendimentos de, no máximo, três salários mínimos.

_____. PL da Câmara nº 3.774, de 2000. Aumentando para um salário mínimo *per capita* o limite de renda familiar para a concessão do beneficio assistencial ao portador de deficiência e ao idoso.

_____. PL da Câmara nº 4.005, de 2001. Definindo a pessoa portadora de deficiência, para efeito de concessão do benefício de prestação continuada correspondente a um salário mínimo, aquela que sofre limitação na sua capacidade física, mental e emocional dificultando a sobrevivência e o exercício da atividade remunerada.

_____. PL da Câmara nº 5.926, de 2001. Altera o § 5º do artigo 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para permitir o pagamento do Benefício de Prestação Continuada a pessoa portadora de deficiência participante de programas de habilitação e reabilitação promovidos por instituições especializadas, e no exercício de atividades de trabalho seletivo, protegido, terapêutico.

_____. PL da Câmara nº 7.207 de 2002. Aumentando para meio salário mínimo a renda mensal para o recebimento do benefício de prestação continuada e reduzindo a idade do idoso para 60 anos ou mais.

_____. PL da Câmara nº 460, de 2003. Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, para estender ao portador da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (Aids) o benefício de prestação continuada.

_____. PL da Câmara nº 770, de 2003. Aumentando para um salário mínimo *per capita* a renda familiar para a concessão do benefício assistencial ao portador de deficiência e ao idoso.

_____. PL da Câmara nº 1.312, de 2003. Inclui § 9º ao art. 20 da Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, para permitir a concessão de renda mensal no valor de um salário mínimo ao responsável legal pelos cuidados diários com o portador de deficiência tetraplégico.

_____. PL da Câmara nº 1.296, de 2003. Altera o parágrafo terceiro, do art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, dispondo sobre o benefício da prestação continuada à pessoa portadora de deficiência e ao idoso.

_____. PL da Câmara nº 2.299, de 2003. Elevando para dois salários mínimos o valor da renda mensal da família para concessão do benefício de prestação continuada aos idosos e às pessoas deficientes; excluindo do cálculo da renda familiar o benefício pago a outro membro da família.

_____. PL da Câmara nº 3.363, de 2004. Dispõe sobre a modificação do art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, visando estender o benefício assistencial de um salário mínimo aos portadores do Mal de Parkinson.

_____. PL da Câmara nº 3.633, de 2004. Aumentando para um salário mínimo *per capita* a renda familiar para a concessão do benefício assistencial.

_____. PL da Câmara nº 3.633, de 2004. Aumentando para um salário mínimo *per capita* a renda familiar para a concessão do benefício assistencial.

_____. PL da Câmara nº 3.652, de 2004. Aumentando para um salário mínimo *per capita* a renda familiar para a concessão do benefício assistencial.

_____. PL da Câmara nº 3.903, de 2004. Aumentando para um salário mínimo a renda mensal *per capita* para recebimento de benefício de prestação continuada e benefício eventual.

_____. PL da Câmara nº 4.366, de 2004. Incluindo no benefício de prestação continuada de um salário mínimo o portador de epilepsia, que comprove sua carência.

_____. PL da Câmara nº 4.592, de 2004. Aumentando de um quarto do salário mínimo para um salário mínimo a renda máxima mensal de família com deficiente ou idoso.

_____. PL da Câmara nº 4.674, de 2004. Aumentando para dois terços do salário mínimo a renda mensal *per capita* da família da pessoa deficiente ou do idoso, objetivando o recebimento do benefício de prestação continuada.

_____. PL do Senado nº 5.254, de 2005. Excluindo, para os fins de cálculo da renda familiar *per capita*, o benefício de prestação continuada (salário mínimo), já concedido a qualquer outro membro da família.

CENSO DEMOGRÁFICO 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br>. Acesso em: 1 out. 2005.

DINIZ, D. *Benefício de prestação continuada: o conceito de deficiência a luz dos desafios da doença hereditária anemia falciforme*. Projeto de Pesquisa. Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica – Pibic/CNPq/UnB, 2005.

JASPER, L. M. C. *Anemia Falciforme*: estratégias para a obtenção do benefício da prestação continuada. Monografia 2004. 60 p. (Graduação em Serviço Social) – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília.

MARCELINO, M. A. *Deficiência*: fundamentação legal. Grupo de Trabalho Interministerial. São Paulo, 2005.

MEDEIROS, M.; DINIZ, D. Envelhecimento e deficiência. *In*: CAMARANO, A. A. (Org.). *Muito além dos 60*: os novos idosos brasileiros. Rio de Janeiro: Ipea, 2004.

OLIVEIRA, B. A. S. *Benefício assistencial de prestação continuada:* anotações à normatização e a utilização da linha de pobreza como justo parâmetro econômico. Santa Catarina: Juizado Especial de Blumenau, 2004. Mimeografado.

OLIVER, M.; BARTON, L. *Disability studies today*. Cambrigde: Polity Press, 2002.

WHO. *International classification of functioning, disability and health*. Geneva, World Health Organization, 2001.

© Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – **ipea** 2006

EDITORIAL

Coordenação
Iranilde Rego

Supervisão
Aeromilson Mesquita

Revisão
Luísa Guimarães Lima
Maria Carla Lisboa Borba
Camila de Paula Santos (estagiária)
Karen Varella Maia Corrêa (estagiária)
Sheila Santos de Lima (estagiária)
Olavo Mesquita de Carvalho (estagiário)

Editoração
Elidiane Bezerra Borges
Lucas Moll Mascarenhas

Brasília
SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES, 9º andar
70076-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 3315-5090
Fax: (61) 3315-5314
Correio eletrônico: editbsb@ipea.gov.br

Rio de Janeiro
Av. Nilo Peçanha, 50, 6º andar – Grupo 609
20044-900 – Rio de Janeiro – RJ
Fone: (21) 2215-1044 R. 234
Fax: (21) 2215-1043 R. 235
Correio eletrônico: editrj@ipea.gov.br

Tiragem: 130 exemplares

COMITÊ EDITORIAL

Secretário-Executivo
Marco Aurélio Dias Pires

SBS – Quadra 1 – Bloco J – Ed. BNDES,
9º andar, sala 908
70076-900 – Brasília – DF
Fone: (61) 3315-5406
Correio eletrônico: madp@ipea.gov.br