



Ciência & Saúde Coletiva

ISSN: 1413-8123

cienciaisaudecoletiva@fiocruz.br

Associação Brasileira de Pós-Graduação
em Saúde Coletiva
Brasil

Rabelais Duarte, Cristina Maria; Abud Marcelino, Miguel; Siqueira Boccolini, Cristiano; de
Moraes Mello Boccolini, Patrícia

Proteção social e política pública para populações vulneráveis: uma avaliação do
Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC no Brasil

Ciência & Saúde Coletiva, vol. 22, núm. 11, novembro, 2017, pp. 3515-3526

Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=63053632005>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Proteção social e política pública para populações vulneráveis: uma avaliação do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC no Brasil

Social protection and public policy for vulnerable populations: an assessment of the Continuous Cash Benefit Program of Welfare in Brazil

Este artigo também está disponível em áudio

Cristina Maria Rabelais Duarte ¹

Miguel Abud Marcelino ^{1,2}

Cristiano Siqueira Boccolini ¹

Patrícia de Moraes Mello Boccolini ¹

Abstract *This paper describes the historical development and profile of Continuous Cash Benefit (BPC) applicants, intended for poor elderly and people with disabilities, which, since 2009, uses eligibility criteria based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) of the WHO and is aligned with the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. The behavior of benefits was determined from the analysis the coefficients of the general and non-judicial grants between 1998 and 2014. The profile was established for the years 2010 and 2014 according to situation of acceptance, age, gender and ICF components. The average annual growth of the coefficient was higher from 2000 to 2010, prior to the adoption of the biopsychosocial eligibility model, and the coefficient of non-judicial grants increased until 2010, falling thereafter. The deferrals acceptance/rejections ratio was higher among children and among those facing severe or total environmental barriers, limitations, constraints and bodily changes. The implementation of the biopsychosocial evaluation model did not cause an increased rate of grants and results evidence the need for flexibility in the eligibility criteria.*

Key words *International Classification of Functioning, Functioning Disability and Health, Disability evaluation, Social protection, Social vulnerability*

Resumo *O artigo descreve a evolução histórica e o perfil dos requerentes do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC), destinado a idosos e pessoas pobres com deficiência, que utiliza, desde 2009, critérios de elegibilidade construídos com base na CIF/OMS e em consonância com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com deficiência da ONU. O comportamento dos benefícios foi determinado a partir da análise dos coeficientes de concessões gerais e não judiciais, entre 1998 e 2014. O perfil, segundo situação de deferimento, idade, sexo e componentes da CIF, foi estabelecido para os anos de 2010 e 2014. O crescimento médio anual do coeficiente foi maior de 2000 a 2010, anterior à adoção do modelo de elegibilidade biopsicossocial, enquanto o de concessões não judiciais cresceu até 2010, decrescendo a seguir. A razão de deferimento foi maior entre as crianças e entre os que enfrentam barreiras ambientais, limitações e restrições e alterações corporais graves ou completas. A implantação do modelo de avaliação biopsicossocial não ocasionou aumento no ritmo de concessões e os resultados evidenciam a necessidade de flexibilização dos critérios de elegibilidade.*

Palavras-chave *Classificação Internacional de Incapacidade, Funcionalidade e Saúde, Avaliação de deficiência, Proteção social, Vulnerabilidade social*

¹ Núcleo de Informação, Políticas Públicas e Inclusão Social (NIPPIS), LIS/ICICT/FIOCRUZ/FMP/FASE. R. Barão do Rio Branco 1003, Centro. 25680-120 Petrópolis RJ Brasil. crisrabelais@gmail.com.

² Instituto Nacional do Seguro Social no Rio de Janeiro. Petrópolis RJ Brasil.

Introdução

O objetivo deste artigo é descrever a evolução histórica e o perfil dos requerentes do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC), que integra a política de proteção social brasileira.

A formação de sistemas de proteção social resulta de ação pública que visa a resguardar a sociedade dos efeitos dos riscos clássicos que produzem dependência e insegurança: doença, velhice, invalidez, desemprego e exclusão. Também tem sido reconhecido o papel dos sistemas de proteção social no desenvolvimento econômico, inclusive como fator de estabilidade para países com sistemas mais aperfeiçoados¹.

No Brasil, o BPC é garantido como direito constitucional pelo Artigo 203, que prevê “a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família”. Trata-se de benefício dirigido a um segmento em situação de dependência e insegurança social.

No desenho institucional atual, o BPC integra a Proteção Social Básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), destinada à população em situação de vulnerabilidade social, entendida como decorrente da pobreza, privação e/ou fragilização de vínculos afetivos².

A elegibilidade ao BPC implica a avaliação segundo critérios de renda e características definidoras das populações alvo, idade avançada ou deficiência, que têm sido considerados bastante restritivos em seus pontos de corte e revistos ao longo dos anos nos regulamentos do benefício, acompanhando as alterações nas políticas e normativas voltadas para esse público alvo³. Estas alterações, no entanto, se referem apenas à idade e à caracterização de deficiência, visto que o limite de renda permanece o mesmo desde a instituição do benefício, renda mensal familiar per capita inferior a 1/4 de salário mínimo.

A idade mínima exigida para idosos, inicialmente fixada em 70 anos, mudou para 67 anos em 1998 e para 65 anos em 2004. A caracterização da deficiência é bem mais complexa e controversa, especialmente em função dos avanços relativos à conceituação e à garantia dos direitos sociais de pessoas com deficiência.

No que se refere à concepção, a proposição de um novo paradigma para a abordagem da deficiência e da incapacidade efetivou-se no plano

internacional inicialmente com a divulgação pela OMS da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)⁴, publicada no Brasil em 2003, e consubstanciou-se com a promulgação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, em 2006 em Nova York, aprovada e promulgada no Brasil, com status de Emenda Constitucional⁵, pelo Decreto Legislativo 186/2008 e Decreto 6.949/2009⁶.

A influência internacional se materializou, no contexto do BPC, na revisão do modelo de avaliação da deficiência para o acesso ao benefício⁷. Até 1997, a concessão tomava por base a avaliação e o laudo expedidos por serviço do SUS ou do INSS que contasse com equipe multiprofissional. A partir de agosto de 1997, a avaliação passou a ser responsabilidade exclusiva da Perícia Médica do INSS. O acesso ao benefício exigia o atendimento aos critérios de renda per capita familiar e caracterização da deficiência, entendida como incapacidade para o trabalho e para a vida independente. Os critérios para a concessão e a revisão do BPC permaneceram até 2009, efetivamente orientados pela concepção biomédica^{3,8,9}.

A mudança de paradigma foi estabelecida pelo Decreto nº 6.214/2007, ao estabelecer novos critérios de elegibilidade. A Portaria Conjunta MDS/INSS nº 1/2009¹⁰ instituiu os instrumentos e os critérios para a avaliação biopsicossocial da deficiência para acesso ao BPC, construídos com base no modelo biopsicossocial da CIF e em consonância com a Convenção da ONU, quando a avaliação passou a ser realizada por Assistentes Sociais e Peritos Médicos do INSS. A segunda versão dos instrumentos de avaliação da deficiência foi implantada em 2011¹¹ e a terceira em 2015¹².

É profunda a mudança na concepção de deficiência, representada pelo modelo biopsicossocial proposto pela CIF e pela Convenção da ONU, visto que sua incorporação no modelo de elegibilidade ao benefício representou um avanço sem precedentes na história da proteção social e da política pública voltada para pessoas com deficiência em situação de vulnerabilidade social no país.

Entretanto, discriminação, invisibilidade e desigualdade ainda persistem^{6,13}. Tome-se como exemplo, as diferenças na situação de pobreza e exclusão social que marcam as pessoas com algum tipo de deficiência identificadas no censo de 2010¹⁴, em relação à população geral. Entre os maiores de 15 anos, 61% não tinham instrução ou ensino fundamental completo. Quanto mais graves as deficiências, mais importante a exclusão. Entre pessoas com deficiências completas

ou graves com mais de 10 anos ocupadas, 14% não possuíam rendimentos e 42% ganhavam até 1 salário mínimo, enquanto para pessoas sem deficiência estes valores foram 6 e 31%, respectivamente.

A situação de pobreza e exclusão evidenciada pelos dados nacionais sublinha a importância dos benefícios assistenciais não contributivos como o BPC, associados a políticas de inclusão social. Apesar da relevância do benefício como componente da proteção básica brasileira, os critérios de elegibilidade têm sido recorrentemente questionados, já que a adoção de um limite de renda tão exíguo impossibilita o acesso de importante parcela da população em situação de pobreza³. O crescente fenômeno da judicialização da concessão do benefício^{3,15-17} tem evidenciado a necessidade de revisão dos critérios de caracterização de dependência e vulnerabilidade, especialmente considerando os impactos que a presença do envelhecimento e da deficiência geram sobre o orçamento das famílias. Estes gastos, denominados “gastos catastróficos” pela literatura, ampliam ou aprofundam o risco de pobreza para todo o grupo familiar³. Em 2015, 30% dos benefícios foram concedidos judicialmente, segundo dados informados pela Secretaria Nacional de Assistência Social do MDS¹⁸.

De fato, dois movimentos foram determinantes para os níveis de acesso ao BPC desde sua criação: a trajetória de regulamentação dos critérios de idade e deficiência e a atuação do judiciário identificando lacunas protetivas na insuficiente garantia de acesso ao BPC pelos idosos e pessoas com deficiência³.

Levando em conta a adoção do modelo de elegibilidade biopsicossocial a partir de 2009, os resultados do presente artigo, discutidos à luz da literatura produzida sobre o tema, estão apresentados em três seções. Na primeira, o modelo de avaliação da pessoa com deficiência para acesso ao BPC é examinado; na segunda, busca-se identificar possíveis alterações no ritmo de concessão de novos benefícios, avaliando a tendência entre 1998 e 2014 e, na última parte, descreve-se o perfil das pessoas com deficiência requerentes ao BPC na vigência do novo modelo de avaliação.

Métodos

Trata-se de um estudo descritivo, observacional, baseado em dados secundários.

Tendo em vista que a avaliação para a concessão do BPC passou a ser de responsabilidade

exclusiva do INSS em agosto de 1997, o comportamento dos benefícios foi determinado para o período de 1998 a 2014, a partir da análise do coeficiente dos concedidos para pessoas com deficiência (PcD) na população de 0 a 64 anos (por 10 mil habitantes), que correspondem à entrada de novos benefícios no sistema previdenciário (http://www1.previdencia.gov.br/aeps2006/15_01_01_02_01.asp).

No numerador do coeficiente foi utilizado o número de benefícios concedidos a pessoas com deficiência disponibilizado pela Dataprev na Base de Dados Históricos da Previdência Social, denominados “Amparo Portador de Deficiência”¹⁹. Como denominador considerou-se a população de 0 a 64 anos, estimada pela Fundação IBGE (<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptbr.def>). Utilizando a mesma fórmula e excluindo-se do numerador os benefícios concedidos judicialmente²⁰, foi calculado também o coeficiente de concessões não judiciais para o período de 2004 a 2014. A população maior de 65 anos foi desconsiderada por ser elegível ao BPC para o idoso, sendo inexistente ou residual o número de concessões a pessoas com deficiência nesta faixa de idade.

Inicialmente, foi realizada uma análise descritiva do comportamento dos coeficientes de concessões no período de estudo. A seguir, a análise de tendência foi realizada pelo programa *Join Point Regression*, do *National Cancer Institute*²¹, de acesso livre, versão 4.4.0.0, de 04 de janeiro de 2017.

A análise *joinpoint* foi desenvolvida segundo o método de regressão linear segmentada, com estimação dos pontos de inflexão, para determinar se estes e as tendências estimadas são estatisticamente significativos. A análise *joinpoint* identifica o momento em que se produzem mudanças na tendência (pontos de inflexão) e calcula a percentagem anual de mudança (*Annual Percentage Change - APC*) em cada segmento de tendência, com intervalo de confiança (IC) de 95%. Os valores de *APC* podem ir de menos a mais infinito (números negativos representando tendência decrescente, e positivos, tendência crescente), sendo que o valor zero representa a ausência de tendência.

O perfil de deferimento foi analisado na vigência do novo modelo de avaliação da pessoa com deficiência para os anos 2010 e 2014, anos inteiramente sob a vigência de uma única versão do instrumento de avaliação, considerando a razão de deferimentos, segundo idade, componentes da CIF e gênero, sendo, o último, analisado

apenas para 2014, devido à grande proporção de registros ignorados existente em 2010.

Os componentes da CIF – barreiras em Fatores Ambientais, alterações em Funções do Corpo e limitações e restrições em Atividades e Participação – foram considerados conforme resultados da avaliação social e médica, expressos através de qualificadores que variam de nenhuma até completa, segundo a métrica proposta pela classificação.

A razão de deferimento foi calculada dividindo-se o número de benefícios deferidos pelo número de benefícios indeferidos e multiplicando-se o resultado por 100.

As informações sobre o perfil de deferimentos foram obtidas em base estruturada no âmbito do projeto de pesquisa Aprimoramento da Política Pública para Pessoas com Funcionalidade Reduzida – Pessoas com Deficiência e Idosos, a partir de dados fornecidos pelo MDS. Neste caso, apenas os benefícios que apresentavam avaliação médica e social completa foram incluídos na análise. Algumas diferenças são observadas no número de registros de benefícios concedidos (na Base Histórica da Previdência Social) e deferidos (na base estruturada pelo referido projeto de pesquisa). Provavelmente devem-se a diferenças na atualização das bases existentes nas duas fontes. No período de 2010 a 2014, a menor diferença, de 0,8%, foi observada em 2010 e a maior, de 4,9%, em 2012.

O estudo foi aprovado em Comitê de Ética em Pesquisa brasileiro.

O modelo biopsicossocial de avaliação da deficiência para acesso ao BPC

Em termos do seu regulamento, o BPC foi implementado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, Lei nº 8.742, de 7/12/1993, com significantes alterações efetuadas pelas Leis nº 12.435, de 06/07/2011 e nº 12.470, de 31/08/2011. A regulamentação se deu pelo Decreto nº 6.214/2007 e alterações posteriores, sendo a mais recente o Decreto 8.805, de julho de 2016.

O modelo de avaliação biopsicossocial para elegibilidade ao BPC passou a vigorar em agosto de 2009, fruto do trabalho de grupo multiprofissional e multissetorial, instituído para alinhar os critérios de elegibilidade, adotados na ocasião, à concepção de deficiência proposta pelos marcos internacionais²². Foi desenvolvido com base na CIF e em consonância com a Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

O modelo biopsicossocial apresentado pela

CIF/OMS transcende as alterações corpóreas, centrando-se na interação entre as várias dimensões da saúde (biológica, individual e social)^{4,23}. Diferentes gradações de funcionalidade e deficiência são fruto da interação entre uma condição de saúde (doença, trauma, lesão) e os fatores do contexto (fatores ambientais e pessoais). Deficiência e funcionalidade plenas constituem dois extremos de um contínuo, no qual o indivíduo se posiciona de forma dinâmica – que se altera devido à idade, ou a eventos específicos que ocorreram ao longo da vida, produzindo situações permanentes ou temporárias, conforme o resultado concreto da interação entre suas condições físicas e psicológicas e o meio que o cerca.

Segundo a perspectiva biopsicossocial, deficiência nasce de contextos sociais específicos e pode ser definida pelas barreiras encontradas pelo indivíduo ao executar tarefas cotidianas básicas ou mais complexas, necessárias a uma vida independente. Importante ressaltar que se trata de uma abordagem aplicável a um amplo leque de situações e condições de saúde, agudas ou crônicas, em interação com o meio, não se restringindo a perdas estruturais ou de funções tradicionalmente consideradas como deficiências.

A Convenção da ONU, fruto da participação de governos, instituições civis e pessoas com deficiência de todo o mundo, reconhece que deficiência é um conceito em evolução e conceitua “pessoas com deficiência”, oficializando o termo. Na versão em português para o Brasil, pessoas com deficiência incluem aquelas que têm “impedimentos físicos, mentais, intelectuais ou sensoriais de longo prazo, que em interação com as várias barreiras obstruem sua plena e efetiva participação na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas”²⁴.

No Brasil, o conceito estabelecido pela Convenção é explicitamente adotado no marco regulatório do BPC e, desde 2009, o modelo de avaliação para elegibilidade ao benefício inclui, duas etapas: 1) avaliação da renda familiar declarada, a partir de registro, por técnico ou analista de seguro social, em sistema de cadastro específico; 2) avaliação da deficiência, realizada por assistente social e por médico perito.

A avaliação da deficiência é realizada com base no Instrumento de Avaliação Médico-Pericial e Social da Deficiência para Acesso ao BPC, organizado em componentes, domínios e unidades de classificação selecionados da CIF, em duas modalidades: para menores de 16 anos e para 16 anos ou mais. Peritos-Médicos avaliam 18 domínios, relacionados a alterações em Fun-

ções do Corpo e a limitações e restrições ligadas a aspectos médicos. Assistentes Sociais avaliam 9 domínios, relacionados à existência de barreiras ambientais e a limitações e restrições ligadas ao contexto social.

O resultado da avaliação produz um qualificador final para cada um dos três componentes integrantes do instrumento, quantificando a intensidade das barreiras ambientais, das limitações e restrições em atividades e participação e das alterações em funções/estruturas do corpo, em 5 níveis: nenhuma, leve, moderada, grave ou completa.

O resultado final da avaliação e a decorrente indicação para deferimento se baseia na combinação dos qualificadores finais dos três componentes. Fatores Ambientais, desde que qualificados como barreiras graves ou completas, são determinantes para a concessão apenas em uma situação, quando Funções do Corpo e Atividades e Participação forem limitrofes, isto é, qualificadas como moderadas. As demais combinações, com os respectivos resultados de deferimento, encontram-se sistematizadas no Quadro 1.

Considerando o exposto, vale sublinhar dois aspectos em relação ao modelo vigente de avaliação da deficiência para acesso ao BPC: 1) apenas requerentes com alterações corporais e limitações e restrições de longo prazo moderadas ou severas são considerados elegíveis ao benefício; 2) apesar da introdução da avaliação social no modelo, o resultado da avaliação médico-pericial tem maior peso no resultado final.

Controvérsias em relação ao modelo apon-tam para a preponderância da avaliação médica e para a restrição à concessão devida a impedi-

mentos de longo prazo. Silva e Diniz⁹ chamam a atenção para a redação atual da LOAS que excluiu a exigência de ausência de capacidade para a vida independente e para o trabalho que existia na redação original do dispositivo, alinhando -o à linguagem contemporânea da Convenção, mas inverteu o sentido positivo da mudança ao qualificar o impedimento de longo prazo com a exigência de produção de efeitos por dois anos. Argumentam, corretamente, que o texto da Convenção e, portanto, da Constituição Federal, não reduz direitos fundamentais à duração de impedimentos corporais.

De fato, os indivíduos socialmente vulneráveis que, devido a alteração temporária em sua condição de saúde não possam prover suas necessidades básicas²⁵, podem ser qualificados com deficiências temporárias, sublinhe-se, na concepção ampliada da CIF. Uma vez não sendo cobertos pelo seguro social (contributivo), não são alcançados pelo BPC e permanecem desguarnecidos de proteção social.

A ampliação do acesso a esse segmento pode ser conseguida substituindo-se a fixação engessada em dois anos por uma avaliação da duração do impedimento, por peritos-médicos e assistentes sociais, pautada nas necessidades individuais dos requerentes, com previsão de reavaliação conforme prazo estipulado em cada caso, ou cessação automática do benefício em situações com prazos previsíveis.

Vale registrar que, conforme sublinha o Relatório Mundial sobre Deficiência, além de benefícios de assistência social temporários, maior flexibilidade nos pagamentos e opções para manter benefícios suspensos enquanto pessoas se in-

Quadro 1. Matriz de combinações entre os resultados de avaliação social e médico-pericial de pessoas com deficiência para acesso ao BPC, de acordo com o modelo biopsicossocial.

| Alterações em funções/ estruturas do corpo* | Limitações em atividades e restrições a participação | | | | |
|--|--|------|--|-------|----------|
| | Nenhuma | Leve | Moderada | Grave | Completa |
| Nenhuma | Não | Não | Não | Não | Não |
| Leve | Não | Não | Não | Não | Não |
| Moderada | Não | Não | Não | Sim | Sim |
| | | | Sim (apenas se barreiras ambientais forem graves ou completas) | | |
| Grave | Não | Não | Sim | Sim | Sim |
| Completa | Não | Não | Sim | Sim | Sim |

NOTA: As categorias sim ou não correspondem à condição de deferimento em relação à combinação dos qualificadores finais, em atendimento aos requisitos previstos no artigo 20 da Lei 8.742/93, que define pessoa com deficiência.

*Terminologia introduzida a partir da 3ª versão dos instrumentos em 2015 (utilizada aqui para o correto entendimento do que é efetivamente avaliado no componente).

Fonte: Elaboração própria. Adaptado do Anexo III da Portaria Conjunta MDS/INSS n. 1/11¹¹.

serem no mercado de trabalho podem ter efeitos positivos na empregabilidade de pessoas com deficiência, fazendo com que se sintam ao mesmo tempo incentivadas a trabalhar e seguras por saberem que, caso não obtenham sucesso, ainda poderão recorrer ao benefício²⁶.

O modelo biopsicossocial e a concessão de benefícios: a tendência entre 1998 e 2014

O coeficiente de concessões variou, com oscilações, de 8,7 a 11,4 no período de 1998 a 2010. Entre 2010 e 2014, o coeficiente declinou alcançando 9,8 em 2014, após um pequeno aumento em 2013 (Tabela 1).

O novo modelo de avaliação da deficiência passou a vigorar no segundo semestre de 2009. A análise pelo método *join point* (Figura 1) revelou tendência significativa de aumento no coeficiente de concessões de 1998 a 2004, a uma taxa de 2,84% ao ano. Um modelo alternativo, que toma os anos de 2000 e 2010 como pontos de inflexão, revelou que, no período em que vigorava o modelo médico de avaliação de deficiência sob responsabilidade exclusiva da perícia médica do INSS, houve uma diminuição não significativa de 14,67% a.a. nos dois primeiros anos da série

– que pode ter sido decorrente da eliminação da concessão com base em laudo expedido por serviço do SUS – seguida de aumento significativo de 5,26% a.a. até 2010. A tendência de aumento parece ter se revertido nos quatro últimos anos da série, após, portanto, a adoção do novo modelo, já que o coeficiente apresentou um leve declínio (não significativo) de 1,53% ao ano em relação ao pico máximo de 2010, mantendo-se, porém, em níveis semelhantes a 2008, último ano da avaliação exclusivamente médica.

Os benefícios concedidos judicialmente (Tabela 1) aumentaram progressivamente entre 2004 e 2014, quando a proporção de concessões judiciais ultrapassou 24%. A tendência à judicialização da política impacta fortemente os níveis de concessão, o que fica evidente ao se observar o coeficiente de concessões não judiciais, que apresentaram tendências inversas, embora não significativas, antes e após 2010: aumentaram 4,21% ao ano entre 2004 e 2010 e diminuíram 3,58% ao ano entre 2010 e 2014, diminuição relativamente maior do que aquela apresentada pelas concessões gerais (Figura 2).

Os resultados encontrados indicam que o ritmo de concessão de benefícios não se elevou com a incorporação de critérios sociais de elegibilidade

Tabela 1. Evolução dos coeficientes de concessões total e não judiciais (por 10 mil habitantes) do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC), no Brasil, entre 1998 e 2014.

| Ano | Número de benefícios concedidos à PcD no ano (1) | População de 0 a 64 anos (2) | Coeficiente de concessões à PcD por 10 mil hab. (3) | Benefícios concedidos judicialmente à PcD (4) | Percentual de concessões judiciais (%) | Coeficiente de concessões não judiciais à PcD por 10 mil hab.(3) |
|------|--|------------------------------|---|---|--|--|
| 1998 | 138.528 | 159.408.459 | 8,7 | --- | --- | --- |
| 1999 | 109.847 | 161.574.034 | 6,8 | --- | --- | --- |
| 2000 | 107.915 | 163.726.137 | 6,6 | --- | --- | --- |
| 2001 | 88.387 | 165.888.577 | 5,3 | --- | --- | --- |
| 2002 | 144.301 | 167.976.072 | 8,6 | --- | --- | --- |
| 2003 | 119.096 | 169.994.582 | 7,0 | --- | --- | --- |
| 2004 | 141.198 | 171.952.349 | 8,2 | 9.497 | 6,7 | 7,7 |
| 2005 | 132.578 | 173.852.503 | 7,6 | 16.069 | 12,1 | 6,7 |
| 2006 | 131.774 | 175.688.292 | 7,5 | 19.423 | 14,7 | 6,4 |
| 2007 | 145.245 | 177.456.142 | 8,2 | 25.321 | 17,4 | 6,8 |
| 2008 | 178.900 | 179.146.245 | 10,0 | 28.545 | 16,0 | 8,4 |
| 2009 | 166.924 | 180.744.946 | 9,2 | 31.340 | 18,8 | 7,5 |
| 2010 | 207.396 | 182.244.390 | 11,4 | 31.530 | 15,2 | 9,7 |
| 2011 | 185.935 | 183.647.517 | 10,1 | 33.088 | 17,8 | 8,3 |
| 2012 | 174.013 | 184.953.422 | 9,4 | 35.205 | 20,2 | 7,5 |
| 2013 | 186.027 | 186.162.628 | 10,0 | 41.060 | 22,1 | 7,8 |
| 2014 | 183.465 | 187.279.396 | 9,8 | 44.525 | 24,3 | 7,4 |

Fontes: (1) Base de dados históricos da Previdência Social. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/infologo/>; (2) IBGE - Estimativas de população, disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptuf.def>; (3) Elaboração própria; (4) MDS. Boletim BPC 2015, disponível em: <http://www.mds.gov.br/>.

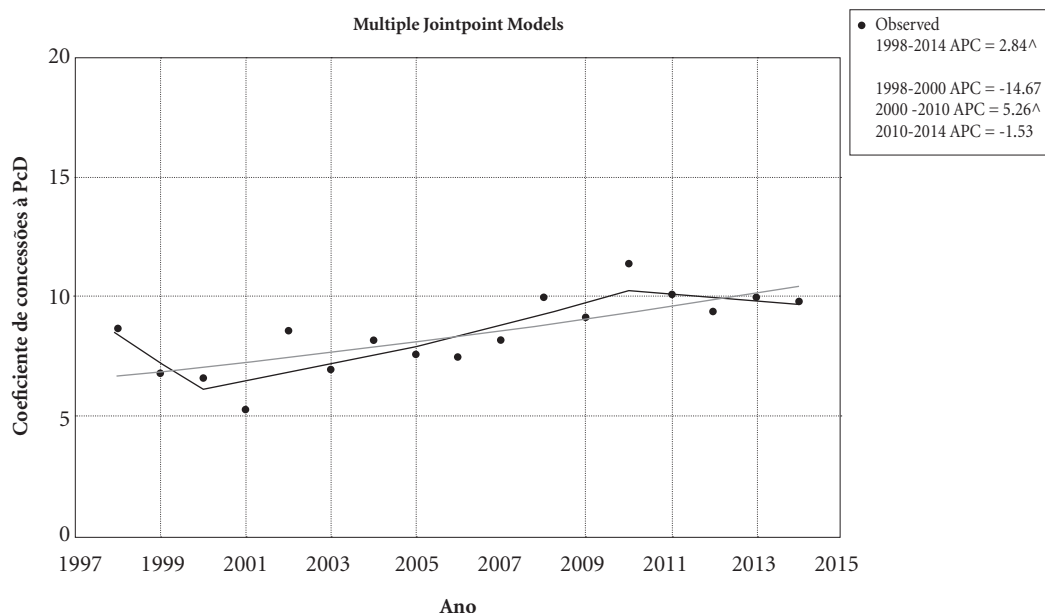


Figura 1. Coeficientes de concessões por 10 mil habitantes observados e esperados através do método *join point* e variação percentual anual, segundo segmento temporal. Brasil, 1998 a 2014.

[^] Indica que a variação percentual anual (APC) foi significativamente diferente de zero ($\alpha = 0,05$).

Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados na Base de Dados Históricos da Previdência Social (disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/infologo/>) e IBGE - Estimativas de população (disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptuf.def>).

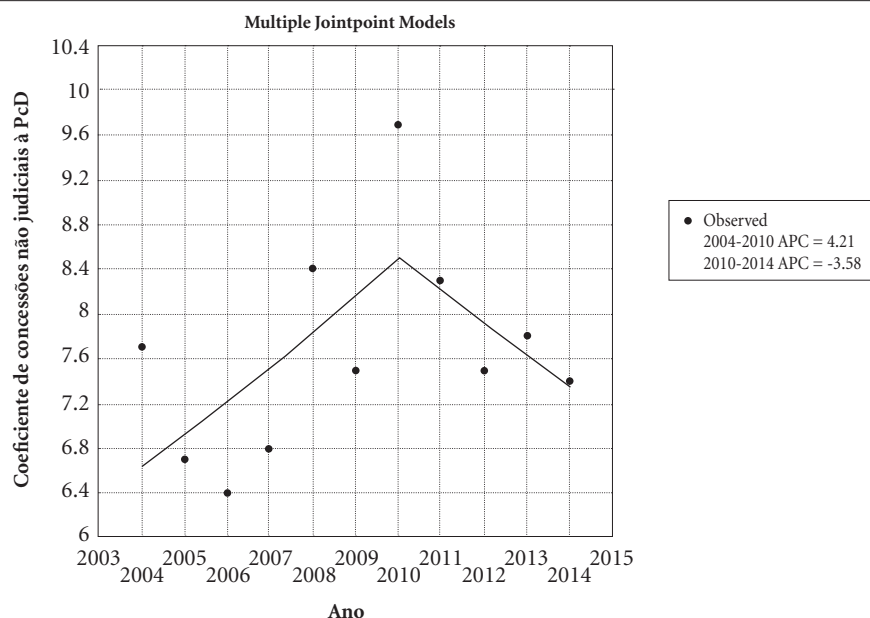


Figura 2. Coeficientes de concessões não judiciais por 10 mil habitantes observados e esperados através do método *join point* e variação percentual anual, segundo segmento temporal. Brasil, 2004 a 2014.

[^] Indica que a variação percentual anual (APC) foi significativamente diferente de zero ($\alpha = 0,05$).

Fonte: Elaboração própria a partir de dados coletados no Boletim BPC 2015, divulgado pelo Ministério do Desenvolvimento Social (disponível em: <http://www.mds.gov.br>) e IBGE - Estimativas de população (disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?ibge/cnv/poptuf.def>).

de. Ao contrário, a implantação do novo modelo foi acompanhada pela estabilização e leve declínio do coeficiente de beneficiários, sendo, entretanto, necessários mais alguns anos de observação da série para confirmar, ou não, 2010 como um ponto de inflexão significativo na tendência de concessão de benefícios.

Não foram localizados estudos sobre os efeitos do novo modelo de avaliação sobre as concessões do BPC para pessoas com deficiência. Santos²⁷, entretanto, chama a atenção para o marco que significou a adoção da perspectiva biopsicossocial na avaliação do BPC, uma das primeiras políticas que adotou na íntegra o conceito de pessoa com deficiência da Convenção de 2006.

Por outro lado, um dos objetivos do BPC é o enfrentamento da pobreza no segmento atendido²⁸⁻³⁰ e, já há alguns anos, estudos apontam para os seus efeitos sobre a desigualdade. Soares *et al.*³⁰, avaliando dados da PNAD 2004 concluem que o benefício é suficientemente alto para retirar da pobreza um número significativo de famílias. Vianna e Teixeira²⁹, por outro lado, em estudo sobre o papel de benefícios não contributivos no combate à pobreza, em 2005, argumenta que, embora o número de benefícios crescesse anualmente, ainda estava aquém do que parecia necessário para fazer frente à pobreza. O problema estaria, portanto, na cobertura alcançada pela política.

Embora os resultados do presente estudo mostrem crescimento anual do coeficiente de benefícios, ainda não autorizam uma revisão das observações da autora. A despeito da evolução na concepção da deficiência e nos critérios de elegibilidade, o BPC pode não ser capaz de atingir cobertura suficiente da população a que se destina. Entretanto, a inexistência de dados populacionais sobre o número de pessoas com deficiência pertencentes a famílias com renda per capita familiar menor do que 1/4 de salário mínimo – população alvo do programa – inviabiliza uma avaliação conclusiva. Apesar disso, o impacto do BPC está longe de ser desprezível. Em 2015, 4,2 milhões de brasileiros receberam dos cofres públicos um salário mínimo mensal, representando um total de R\$ 39,6 bilhões injetados no mercado²⁰, que têm contribuído efetivamente para a diminuição da desigualdade ao longo dos anos^{28,29,31}.

A ampliação das concessões judiciais corrobora a avaliação de que o BPC não vem cumprindo o seu papel na proteção social básica, deixando à margem de direitos sociais mínimos parcelas expressivas da população em situação de pobreza. Conforme Silveira *et al.*³, a progres-

siva judicialização impõe uma deliberação normativa acerca da flexibilização das condições de concessão do benefício, pois amplia a iniquidade no acesso ao direito, já que sua efetivação passa a depender da capacidade do requerente acessar a justiça e do entendimento particular de cada juiz ou corte acerca das situações específicas dos requerentes.

Os autores apontam que a decisão proferida em 2013 pelo Supremo Tribunal Federal, sobre a insuficiência do critério de renda para aferição da vulnerabilidade dos requerentes do BPC, ainda aguarda decisão. Apesar de suscitar, no âmbito dos órgãos gestores do benefício, a discussão sobre novos critérios, baseados em conceitos de dependência e autonomia e considerando um leque mais amplo de vulnerabilidades socioeconômicas, o diploma legal mais recente – o Decreto 8.805/2016 – não acolheu a regra de flexibilização de acesso para os demandantes com renda superior a 1/4 do salário mínimo, o que mantém a incerteza jurídica para estes casos.

O padrão de deferimento do BPC na vigência do modelo de avaliação médico-social

O padrão geral de deferimentos (Tabela 2) revela maior proporção entre homens – a razão de deferimentos é 1,5 vezes maior do que entre mulheres – e entre os mais jovens, notadamente os menores de 1 ano.

É importante destacar a alteração no padrão observado em menores de 1 ano: a razão de deferimentos aumentou 1,5 vezes em 2014 em comparação com 2010. Apesar da possibilidade deste aumento expressivo ser decorrente das alterações na segunda versão do formulário, que aumentaram a chance de deferimento, esses achados indicam a necessidade de estudo mais aprofundado, especialmente considerando possíveis sequelas decorrentes do vírus Zika³, antes que a alteração do padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil fosse caracterizada pelo Ministério da Saúde, o que ocorreu a partir de 2015³².

A análise do perfil dos requerentes ao BPC, considerando os componentes da CIF, contribui para desvendar como dinâmicas sociais e culturais mais abrangentes, em conexão com aspectos individuais, definem uma situação de vulnerabilidade no campo da saúde, numa abordagem que procura superar práticas ancoradas no conceito de risco e captar interferências entre as múltiplas dimensões envolvidas no processo saúde e doença³³. Ademais, permite revelar dificuldades

Tabela 2. Distribuição proporcional dos requerimentos do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC, segundo faixa etária, situação e razão de deferimento - Brasil, 2010 e 2014.

| | 2010 | | | | | 2014 | | | | |
|---|---------------|--------------|----------------|--------------|---------------------------------|---------------|--------------|----------------|--------------|---------------------------------|
| | Deferimentos | | Indeferimentos | | Razão de deferimentos (1) | Deferimentos | | Indeferimentos | | Razão de deferimentos (1) |
| | | | | | | | | | | |
| | N | % | N | % | | N | % | N | % | |
| Faixa Etária | | | | | | | | | | |
| menor que 1 ano | 6102 | 3,0 | 2083 | 1,0 | 293 | 7928 | 4,2 | 1752 | 0,9 | 453 |
| entre 1 e 6 anos | 25871 | 12,6 | 12674 | 6,2 | 204 | 28240 | 15,0 | 11503 | 6,0 | 246 |
| entre 7 e 14 anos | 23609 | 11,5 | 18342 | 9,0 | 129 | 22625 | 12,0 | 18849 | 9,8 | 120 |
| entre 15 e 19 anos | 11802 | 5,8 | 8992 | 4,4 | 131 | 10931 | 5,8 | 9879 | 5,2 | 111 |
| entre 20 e 49 anos | 84656 | 41,3 | 92814 | 45,4 | 91 | 67704 | 36,0 | 81410 | 42,5 | 83 |
| entre 50 e 59 anos | 36371 | 17,7 | 47688 | 23,3 | 76 | 34638 | 18,4 | 46083 | 24,0 | 75 |
| entre 60 e 64 anos | 16598 | 8,1 | 21799 | 10,7 | 76 | 15999 | 8,5 | 22131 | 11,5 | 72 |
| entre 65 e 69 anos | 3 | 0,0 | 3 | 0,0 | 100 | 0 | 0,0 | 0 | 0,0 | --- |
| Ignorados | | | | | | 182 | 0,1 | 89 | 0,0 | |
| Sexo | | | | | | | | | | |
| masculino | --- | --- | --- | --- | --- | 102596 | 54,5 | 84962 | 44,3 | 121 |
| feminino | --- | --- | --- | --- | --- | 85461 | 45,4 | 106651 | 55,6 | 80 |
| Ignorados | --- | --- | --- | --- | --- | 190 | 0,1 | 83 | 0,0 | 218 |
| Componentes da CIF | | | | | | | | | | |
| Barreiras Ambientais | | | | | | | | | | |
| Nenhuma | 62 | 0,0 | 425 | 0,2 | 15 | 115 | 0,1 | 360 | 0,2 | 32 |
| Leve | 1967 | 1,0 | 7855 | 3,8 | 25 | 1774 | 0,9 | 5332 | 2,8 | 33 |
| Moderada | 39913 | 19,5 | 88857 | 43,5 | 45 | 33139 | 17,6 | 75308 | 39,3 | 44 |
| Grave | 161208 | 78,6 | 106326 | 52,0 | 152 | 152577 | 81,1 | 110331 | 57,6 | 138 |
| Completa | 1862 | 0,9 | 932 | 0,5 | 200 | 642 | 0,3 | 365 | 0,2 | 176 |
| Limitações e restrições em atividades e participação | | | | | | | | | | |
| Nenhuma | 0 | 0,0 | 3510 | 1,7 | 0 | 0 | 0,0 | 918 | 0,5 | 0 |
| Leve | 0 | 0,0 | 110952 | 54,3 | 0 | 0 | 0,0 | 81669 | 42,6 | 0 |
| Moderada | 101777 | 49,6 | 87699 | 42,9 | 116 | 90985 | 48,3 | 105054 | 54,8 | 87 |
| Grave | 99988 | 48,8 | 2234 | 1,1 | 4476 | 92139 | 48,9 | 3511 | 1,8 | 2624 |
| Completa | 3247 | 1,6 | 0 | 0,0 | | 5123 | 2,7 | 544 | 0,3 | 942 |
| Alterações em funções do corpo | | | | | | | | | | |
| Nenhuma | 0 | 0,0 | 38682 | 18,9 | 0 | 0 | 0,0 | 27512 | 14,4 | 0 |
| Leve | 0 | 0,0 | 108008 | 52,8 | 0 | 0 | 0,0 | 113842 | 59,4 | 0 |
| Moderada | 61988 | 30,2 | 47143 | 23,1 | 131 | 65004 | 34,5 | 43661 | 22,8 | 149 |
| Grave | 101786 | 49,6 | 8264 | 4,0 | 1232 | 72378 | 38,4 | 4945 | 2,6 | 1464 |
| Completa | 41238 | 20,1 | 2298 | 1,1 | 1795 | 50865 | 27,0 | 1736 | 0,9 | 2930 |
| Total | 205012 | 100,0 | 204395 | 100,0 | 100 | 188247 | 100,0 | 191696 | 100,0 | 98 |

(1) Razão de deferimento para cada 100 indeferimentos. Calculada através da relação: nº de deferidos / nº de indeferidos x 100.

Fonte: Elaborado no âmbito do projeto de pesquisa Aprimoramento da Política Pública para Pessoas com Funcionalidade Reduzida – Pessoas com Deficiência e Idosos”, (LIS/ICICT/FIOCRUZ, FMP-FASE/FOG). Base de dados fornecida pelo Departamento de Benefícios Assistenciais do Ministério do Desenvolvimento Social (DBA/SNAS/MDS).

enfrentadas tanto pelos que têm o benefício deferido, como pelos indeferidos, sendo fundamental, no caso destes últimos, para orientar políticas dirigidas a segmento não coberto pelo BPC.

Os principais definidores de deferimento são as limitações e as restrições em Atividades e Participação e as alterações em Funções do Corpo. Entre os deferidos, predominam as classificações

graves ou completas e no caso dos indeferidos as limitações e restrições são de menor intensidade e as alterações corpóreas leves ou moderadas. De 90 a 100% dos requerentes com comprometimentos graves ou completos tiveram o seu benefício deferido. Em 2014, houve uma diminuição na razão de deferimento para aqueles com limitações e restrições mais severas. Por outro lado, a razão de deferimentos aumentou para indivíduos com maiores alterações em Funções do Corpo.

Grande proporção dos avaliados enfrenta barreiras ambientais importantes. Apesar de registrar diferenças no perfil dos deferidos e indeferidos, este é o componente em que as divergências são menores. Caso as barreiras moderadas sejam levadas em conta, a quase totalidade de requerentes as vivenciou nos dois anos da série – cerca de 99% dos deferidos e de 96 a 97% dos indeferidos.

Segundo a CIE, fatores ambientais são externos aos indivíduos e têm influência positiva ou negativa sobre os demais componentes: no desempenho enquanto membro da sociedade (Participação), sobre a capacidade de executar ações ou tarefas (Atividades) ou sobre a função ou estrutura do corpo. Barreiras ambientais se caracterizam por dificuldades de acesso a produtos e tecnologias, ambientes não adaptados, inexistência de redes de apoio e relacionamentos, barreiras atitudinais e dificuldades de acesso a serviços e políticas. Quanto mais importantes as barreiras, maior a dependência e vulnerabilidade, situação levada ao limite pela pobreza.

A associação entre pobreza, deficiência e exclusão social é reconhecida na literatura internacional³⁴. No Brasil, a Pesquisa Nacional de Saúde, cujos dados foram coletados em 2013, oferece algumas pistas importantes sobre a vulnerabilidade a que estão submetidas pessoas com doenças crônicas ou deficiências, na concepção tradicional do termo. A prevalência de limitações de maior intensidade das atividades habituais, é maior entre os mais pobres, os mais velhos, aqueles com menor escolaridade e as mulheres³⁵. Como sublinham Cavalcante e Goldson³⁶, pessoas com deficiência são os mais pobres entre os pobres e permanecerão sob risco de agravamento da pobreza e sujeitos a deficiências piores, a menos que sejam objeto de políticas públicas de proteção e inclusão social. Neste sentido, é

fundamental a mobilização de agências governamentais e não governamentais, grupos ativistas, famílias e pessoas com deficiência, empoderadas e organizadas.

Considerações finais

A implantação do modelo biopsicossocial de avaliação da deficiência representou um avanço em relação à concepção biológica vigente até 2009. A sua adoção não inflacionou o coeficiente de concessões do BPC, como demonstrou a análise de tendência. Ao contrário, sob a ótica da proteção social, a diminuição no ritmo de concessões após sua adoção, mais exacerbada quando se consideram apenas as concessões não judiciais, evidencia, conforme argumentado, a necessidade de flexibilização dos critérios de avaliação de dependência e vulnerabilidade, em especial aqueles direcionados aos que ganham mais do que ¼ de salário mínimo, sob pena da política reforçar iniquidades ao invés de minimizá-las.

O perfil dos requerentes evidenciou a situação de vulnerabilidade a que estão submetidos, especialmente considerando a grande proporção daqueles que enfrentam barreiras ambientais mais severas, sublinhando, conforme discutido, a necessidade de estabelecimento de políticas públicas voltadas para os segmentos não atendidos pelo BPC.

Coerente com o desenho do modelo implantado em 2009, a maior razão de deferimentos foi encontrada entre aqueles que vivenciam barreiras ambientais, limitações, restrições e alterações corpóreas graves ou completas. Todos os que foram considerados com limitações e restrições e alterações corpóreas inexistentes ou leves tiveram o benefício indeferido.

A inexistência de dados populacionais sobre o segmento alvo da política é uma limitação do estudo. Durante a vigência do novo modelo, mudanças no padrão de deferimento entre os requerentes com limitações e restrições graves ou completas, com alterações corporais graves ou completas e entre os menores de um ano, assim como a maior razão de deferimento observada no sexo masculino, permanecem como aspectos a serem aprofundados em estudos específicos.

Colaboradores

CMR Duarte participou em todas as etapas; MA Marcelino participou na concepção, análise e interpretação dos dados, revisão crítica e aprovação da versão a ser publicada; CS Boccolini e PMM Boccolini participaram na concepção, metodologia e aprovação da versão a ser publicada.

Agradecimentos

Os dados sobre perfil de deferimento foram produzidos no âmbito do projeto *Aprimoramento da Política Pública para Pessoas com Funcionalidade Reduzida – Pessoas com Deficiência e Idosos*. As opiniões, hipóteses e conclusões ou recomendações expressas neste material são de responsabilidade dos autores e não necessariamente refletem a visão do MDS.

Agradecemos a Nilson do Rosário Costa pela cuidadosa revisão e sugestões ao texto.

Referências

- Viana AL, Elias PE, Ibañez N, organizadores. *Proteção Social. Dilemas e Desafios*. São Paulo: Hucitec; 2005.
- Ministério do Desenvolvimento Social (MDS). Proteção Social Básica [Internet]. 2017 [acessado 2017 Mar 24]. Disponível em: http://www.mds.gov.br/suas/guia_protecao.
- Silveira FG, Jaccoud L, Mesquita AC, Passos L, Natalino MA. Deficiência e dependência no debate sobre a elegibilidade ao BPC [Internet]. Brasília: IPEA; 2016. (Nota Técnica). Report N° 31. [acessado 2017 Ago 11]. Disponível em: http://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/7338/1/NT_n31_Disoc.pdf
- Centro Brasileiro de Classificação de Doenças. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. São Paulo: Edusp - Editora da Universidade de São Paulo; 2003.
- Brasil GF. Portal da legislação. Tratados equivalentes a Emendas Constitucionais [Internet]. [acessado 2017 Ago 11]. Disponível em: <http://www4.planalto.gov.br/legislacao/portal-legis/internacional/tratados-equivalentes-a-emendas-constitucionais-1>
- Maior I. Breve trajetória histórica do movimento das pessoas com deficiência [Internet] 2010; [acessado 2017 Maio 10]. Disponível em: <http://violenciaedeficiencia.sedpcd.sp.gov.br/pdf/textosApoio/Texto2.pdf>
- Santos WR. Assistência social e deficiência no Brasil: o reflexo do debate internacional dos direitos das pessoas com deficiência. *Serv. Soc. Rev.* [periódico na Internet]. 2010; 13(1):80 [acessado 2017 Ago 14]. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10440>
- Bim MCS, Murofuse NT. Benefício de Prestação Continuada e perícia médica previdenciária: limitações do processo. *Serv. Soc. Soc.* 2014; (118):339-365.
- Silva JLP, Diniz D. Mínimo social e igualdade : deficiência, perícia e benefício assistencial na LOAS. *R Katál* [periódico na Internet]. 2012; 15(2):262-269. [acessado 2017 Ago 10]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rk/v15n2/11.pdf>
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Instituto Nacional do Seguro Social. Portaria Conjunta MDS/INSS N° 1, de 29 de maio de 2009. Institui instrumentos para avaliação da deficiência e do grau de incapacidade de pessoas com deficiência requerentes ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC. *Diário Oficial da União* 2009; 01 jun e 02 jun.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Instituto Nacional do Seguro Social. Portaria Conjunta MDS/INSS n° 1, de 24 de maio de 2011. Estabelece os critérios, procedimentos e instrumentos para a avaliação social e médico-pericial da deficiência e do grau de incapacidade das pessoas com deficiência requerentes do Benefício de Presta. *Diário Oficial da União* 2011; 26 maio.
- Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Instituto Nacional do Seguro Social. Portaria Conjunta INSS/MDS n° 2 de 30/03/2015. Dispõe sobre critérios, procedimentos e instrumentos para a avaliação social e médica da pessoa com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada. *Diário Oficial da União* 2015; 9 abr.
- Nogueira GC, Schoeller SD, Ramos FRS, Padilha MI, Brehmer LCF, Marques AMFB. Perfil das pessoas com deficiência física e Políticas Públicas: a distância entre intenções e gestos. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet]. 2016; 21(10):3131-3142. [acessado 2017 Ago 13]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n10/1413-8123-csc-21-10-3131.pdf>
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). *Tabelas de resultados Censo Demográfico 2010 características gerais da população, religião e pessoas com deficiência* [Internet] 2010; [acessado 2017 Ago 7]. Disponível em: http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/caracteristicas_religiao_deficiencia/caracteristicas_religiao_deficiencia_tab_pdf.shtm

15. Silva NL. A judicialização do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social. *Serv Soc Soc* [periódico na Internet]. 2012; 111(jul./set.):555-575. [acessado 2017 Jun 25]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n111/a09.pdf>
16. Coppetti CSL, Crispim MA. O Processo de judicialização do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC) - 2004 a 2014. In: *39º Anais do Encontro Anual da ANPOCS 26 a 30 de outubro de 2015* [Internet]. Caxambú; 2015. Disponível em: <http://www.anpocs.com/index.php/papers-39-encontro/spg/spg16?format=html>
17. Costa NR, Marcelino MA, Duarte CMR, Uhr D. Proteção social e pessoa com deficiência no Brasil. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet]. 2016; 21(10):3037-3048. [acessado 2017 Maio 13]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n10/1413-8123-csc-21-10-3037.pdf>
18. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). *Benefícios concedidos judicialmente, quantidade e percentual sobre o total de concessões, por espécie, Brasil, 1996 a 2017*. Brasília: MDS; 2017. [mimeo]
19. Brasil. Ministério da Previdência Social. Aeps Infologo. Base de dados históricos da Previdência Social [Internet]. [acessado 2017 Fev 10]. Disponível em: <http://www3.dataprev.gov.br/infologo/>
20. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Boletim BPC 2015*. Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social [Internet]. Brasília, DF; 2015. [acessado 2017 Abr 13]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br>
21. National Cancer Institute. Division of Cancer Control & Population Sciences. *Joinpoint Trend Analysis Software* [Internet]. 2017. [cited 2017 Jun 10]. Available from: <https://surveillance.cancer.gov/joinpoint/>
22. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). *Avaliação de pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social. Um novo instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. Brasília: MDS; 2007.
23. Sampaio RF, Mancini MC, Gonçalves GGP, Bittencourt NFN, Miranda AD, Fonseca ST. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. *Rev. Bras. Fisioter.* [periódico na Internet] 2005; 9(2):129-136 [acessado 2017 Abr 13]. Disponível em: <http://files.fisioterapiafap.webnode.com/200000012-316bc3265d/CIF%20BASES.pdf>
24. United Nations (UN). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities and Optional Protocol* [Internet]. New York: UN; 2006. [cited 2017 Jun 10]. Available from: <http://www.un.org/disabilities/default.asp?navid=15&pid=150>
25. Žganec N, Laklija M, Babic, Milic M. Access To Social Rights and Persons With Disabilities. *Drus Istraz* [serial on the Internet]. 2012; 21(1 (115)):59-78 [cited 2017 Jun 10]. Available from: http://hrcak.srce.hr/index.php?show=clanak&id_clanak_jezik=118342
26. World Report on Disability (WHO) [Internet]. 2011 [cited 2017 Apr 08]. Available from: http://www.who.int/disabilities/world_report/2011/report.pdf
27. Santos W. Deficiência como restrição de participação social: desafios para avaliação a partir da Lei Brasileira de Inclusão. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet] 2016; 21(10):3007-3016 [acessado 2017 Ago 12]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n10/1413-8123-csc-21-10-3007.pdf>
28. Brasil. Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. *Diário Oficial da União* 2007; 28 set.
29. Vianna ML, Teixeira W. Seguridade social e combate à pobreza no Brasil: o papel dos benefícios não contributivos. In: Viana ALA, Elias PEM, Ibañez N, organizadores. *Proteção Social: dilemas e desafios*. São Paulo: Hucitec; 2005. p. 89-122.
30. Soares FV, Soares S, Medeiros M, Osório RG. Programas de transferência de renda no Brasil: impactos sobre a desigualdade [Internet]. Brasília; 2006. (Textos para Discussão nº 1228) [acessado 2017 Abr 17]. Disponível em: http://www.ipea.gov.br/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=4374
31. World Bank Group. Salvaguardas Contra a Reversão dos Ganhos Sociais Durante a Crise Econômica no Brasil [Internet] 2017 [acessado 2017 Jun 20]. Disponível em: https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2017/02/NovosPobresBrasil_Portuguese.pdf
32. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Portaria nº 1813, de 11 de novembro de 2015. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) por alteração no padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil. *Diário Oficial da União* 2015; 12 nov.
33. Oviedo RAM, Czeresnia D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. *Interface (Botucatu)* [periódico na Internet] 2015;19(53):237-250 [acessado 2017 Jun 15]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807-576220140436.pdf>
34. Greek National Confederation of Disabled People. European Disability Forum. Disability and Social Exclusion in the European Union Final study report [Internet]. Atenas; 2002 [cited 2017 Jun 22]. Available from: http://sid.usal.es/docs/F8/FDO7040/disability_and_social_exclusion_report.pdf
35. Boccolini PMM, Duarte CMR, Marcelino MA, Boccolini CS. Desigualdades sociais nas limitações causadas por doenças crônicas e deficiências no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde-2013. *Cien Saude Colet* 2017; 22(11):3537-3546.
36. Cavalcante FG, Goldson E. Análise da situação da pobreza e da violência entre crianças e jovens com deficiência nas Américas – uma proposta de agenda. *Cien Saude Colet* [periódico na Internet]. 2009; 14(1):7-20 [acessado 2017 Jun 25]. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000100003&lng=en&nrm=iso&tlng=en

Artigo apresentado em 15/05/2017

Aprovado em 03/07/2017

Versão final apresentada em 01/09/2017