

Benefício assistencial de prestação continuada (BPC): ferramenta de inclusão ou de exclusão social?

Franck Janes P. Lira¹

Introdução

A promulgação da Constituição em 1988 desencadeou um processo de luta pelo desenvolvimento inclusivo, principalmente no que diz respeito aos direitos das Pessoas Portadoras de Deficiência (PPD), pressionando e favorecendo a criação de leis e decretos que regulamentassem instrumentos legais de acessibilidade e assistência social. Por outro lado, nem todas as leis oferecem ampla garantia de igualdade social e de acessibilidade, como a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), que na opinião de alguns juristas, como o Juiz Federal Daniel Machado da Rocha – RS (Ação Civil Pública, Processo nº 2003.71.07.009187-5./Sentença n. 156, de 29 abr. 2004), fere alguns princípios e direitos garantidos constitucionalmente.

O Benefício Assistencial de Prestação Continuada (BPC) é um direito constitucional regulamentado pela LOAS e pelo Decreto nº 1.744/1995, destinado a idosos com 65 anos ou mais e a PPD incapacitadas para a vida independente e para o trabalho, com renda familiar *per capita* inferior a ¼ do salário mínimo. Implantado somente em janeiro de 1996, o BPC é concebido na esfera da assistência social, não exigindo contribuição para a Previdência Social, sendo integralmente financiado pelo Fundo Nacional de Assistência Social. Está sob a coordenação do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, cabendo ao

¹ Médico, Supervisor Pericial do Instituto Nacional do Seguro Social (PI)

Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) a sua operacionalização através da atividade médica pericial.

As divergências quanto ao conceito de incapacidade para a vida independente e para o trabalho têm trazido muitos conflitos nas avaliações de PPD pela Perícia Médica do INSS, uma vez que os exames médico-periciais devem enquadrar as pessoas com deficiências dentro de um acróstico (AVALIEMOS), com critérios que definem graus de deficiência física e mental, além de outros que caracterizam o grau de vulnerabilidade social, com acentuado caráter de subjetividade. Outra grande polêmica tem sido a discussão quanto ao teto de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo como renda *per capita*, condição atrelada ao deferimento do BPC. O dimensionamento da necessidade de quem não possui condições mínimas de sobrevivência não é algo fácil de se fazer. As Orientações Internas INSS/DIRBEN nº 58/2001 (em seu Anexo III) e nº 81/2003 (em seu Anexo X) estabelecem parâmetros para a avaliação de vulnerabilidade social também questionados, na medida em que a gravidade ou associação de deficiências envolve ou requer maior recurso financeiro.

A condição de pobreza extrema de grande parte da população brasileira leva a uma grande demanda de requerentes do BPC nas Agências da Previdência Social (APS). Um considerável número de idosos e PPD ainda está à margem desse processo por falta de acesso à informação, sem sequer chegar a se habilitar para a realização da perícia médica e/ou avaliação social. Uma grande parcela desses clientes que buscam o benefício não atende aos critérios de enquadramento da LOAS, mesmo com renda familiar *per capita* abaixo de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo.

Para o pagamento desses benefícios em 2004, foram utilizados recursos da ordem R\$ 5.900.000.000,00 (5 bilhões e 900 milhões de reais). A aprovação do Projeto de Lei nº 3.055/1997, pela Comissão de Constituição e Justiça da Câmara, no mês de abril/2005,

causou perplexidade a alguns segmentos do governo. Esse PL, no seu formato original, proveniente do Senado, amplia o direito ao BPC a idosos com 65 anos ou mais, a portadores de doenças crônicas graves e a PPD que vivam em família com renda *per capita* mensal de um salário mínimo, com estimativa de incorporação de aproximadamente 6 milhões de pessoas, com um custo total/ano em torno de 26 bilhões de reais.

Neste artigo, diante da relevância social e da magnitude dos recursos que envolvem a concessão dos BPC, optou-se por traçar um perfil das concessões desses benefícios, utilizando-se o método descritivo, após estudo da evolução dos conceitos de deficiência e de incapacidade para vida independente, análise dos bancos de dados estatísticos dessas concessões, junto ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS/DATAPREV), Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e IBGE, bem como o perfil das patologias mais comumente envolvidas. Por meio de uma análise crítica desses dados e dos critérios de inclusão de PPD contidos no Protocolo de Avaliação Médico-Pericial do INSS, à luz dos princípios bioéticos, como o da justiça e da beneficência, sob a ótica social, procurou-se obter resposta para a seguinte pergunta: em que medida os critérios para concessão do BPC ferem o princípio de justiça social, funcionando mais como instrumento de exclusão do que inclusão social?

Aspectos históricos e conceitos de deficiência e acessibilidade

Sabe-se que pelo menos 10% de qualquer sociedade apresenta algum tipo de deficiência, congênita ou adquirida, e que cerca de uma em cada quatro famílias tem uma PPD (SASSAKI, 2004). Até o início da década de 60, nos Estados Unidos o tratamento dispensado aos deficientes era o de caridade. Tinham uma postura passiva e limitada às decisões de especialistas e de familiares. A partir de meados dos anos 60, esse cenário

começou a mudar devido à iniciativa de um grupo de sete pessoas portadora de deficiências graves, como a tetraplegia, liderados por Edward V. Roberts (SASSAKI, 2004). Ed Roberts, como era conhecido, chegou a ser Diretor do Departamento de Reabilitação do Estado da Califórnia, catorze anos depois de ser considerado inelegível para trabalhar. Foi o grande responsável pela disseminação da idéia de vida independente, levada a todo o mundo pelos Centros de Vida independente (CIV), iniciado pelo movimento americano de vida independente, em 1972 (SASSAKI, 2004).

A Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes, aprovada pela Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas, em 9 de dezembro de 1975, define que pessoa deficiente refere-se a *“qualquer pessoa incapaz de assumir por si mesma, total ou parcialmente, as necessidades de uma vida individual ou social normal, em decorrência de uma deficiência, congênita ou não, em suas capacidades físicas ou mentais”* (BRASÍLIA, 2005). Em 1981, com o Ano Internacional das Pessoas Deficientes e com o Programa Mundial de Ação Relativo à PPD, adotado pela Assembléia Geral das Nações Unidas, em 3 de dezembro de 1982, definiu-se, pela primeira vez, a incapacidade (*handicap*) como uma função da relação entre pessoas com deficiência e seu ambiente. Até então, os termos deficiência e incapacidade expressavam apenas a visão médica, sem considerar os aspectos e limitações do entorno social, a ignorância, superstição, negligência e o medo, dentre outros fatores sociais.

Passou-se a ter mais clareza sobre esses termos, sendo a deficiência (*disability*) vista como limitação funcional possível de ocorrer em qualquer pessoa, por impedimento físico, intelectual ou sensorial, condições médicas ou doença mental. A perda ou a anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente, representa a exteriorização de um estado patológico, refletindo um distúrbio orgânico, uma perturbação de um órgão ou função. Já a incapacidade (*handicap*) passou a ser entendida

como perda ou limitação de oportunidades para a participação na vida social, em nível de igualdade com outras pessoas. É uma restrição resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenhar uma atividade considerada normal para o ser humano.

Acrescenta-se aqui o termo desvantagem, que é o prejuízo para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou incapacidade, que limita ou impede o desempenho de atividades de acordo como a idade, sexo, fatores sociais e culturais. Representa a socialização da deficiência e relaciona-se às dificuldades nas habilidades de sobrevivência. Com o envelhecimento acentuado e acelerado da população, o número de idosos em desvantagem, com limitações físicas e psíquicas importantes, ficou mais evidente, promovendo uma mudança de paradigmas dos modelos tradicionais e o entendimento da deficiência sob a ótica da responsabilidade social (MEDEIROS; DINIZ, 2004).

É no conceito de desvantagem que se fundamenta o modelo social da deficiência, estando na sociedade os problemas causadores de incapacidade, impedindo o desempenho de papéis sociais em virtude de ambientes restritivos, políticas discriminatórias e desinformação sobre necessidades especiais e sobre os direitos das pessoas que têm essas necessidades. Numa sociedade produtiva, a capacidade para a vida independente significa o exercício da cidadania de forma plena, de tal modo que se possa decidir quando, como, para que e para quem pedir ajuda.

Foi nesse sentido que a Assembléia Geral das Nações Unidas, em sua 48ª sessão, realizada em 20 de dezembro de 1993, adotou as normas sobre equiparação de oportunidades para pessoas com deficiência. Dentre as 22 normas ali definidas, destacam-se algumas de caráter mais emergencial e programático: reabilitação, acessibilidade, emprego, manutenção de renda, seguro social, implementação de legislação e políticas econômicas específicas. Criar bases legais para a plena participação e reconhecimento de igualdade para PPD exige a

incorporação de direitos e obrigações dessas pessoas na legislação nacional, geral e específica, bem como a definição da responsabilidade financeira por programas e medidas que criem oportunidades iguais.

A efetiva implementação de políticas para o atendimento a PPD, no Brasil, teve início com a fundação da primeira escola para cegos, na cidade do Rio de Janeiro, por D. Pedro II, em 12 de setembro de 1854, com o nome de Imperial Instituto dos Meninos Cegos, conhecido atualmente como Instituto Benjamin Constant. Em 1946, com a instalação da Imprensa Braile na Fundação Para o Livro do Cego, atualmente Fundação Dorina Nowill Para Cegos, e o aumento da impressão de livros em braile em 1950, verifica-se o início de políticas que tiram o deficiente da incapacidade social. Em 1986, criou-se a Coordenadoria Nacional Para Integração da PPD (CORDE), que tem como atribuições, dentre outras, elaborar, coordenar, acompanhar e orientar a execução de programas e projetos a seu cargo (SILVA, 2005).

Em 1988, a partir da promulgação da Constituição Brasileira, um grande leque de instrumentos legais surgiu para dar garantia aos direitos das PPD e implementar a acessibilidade, destacando-se alguns artigos como:

Art. 23. É competência comum da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios:

II – cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e da garantia das Pessoas Portadoras de Deficiências.

X – combater as causas de pobreza e os fatores de marginalização promovendo a integração social dos setores desfavorecidos.

Art. 203.

I – proteção à família, maternidade, à infância, à adolescência e à velhice.

IV – habilitação e reabilitação das Pessoas Portadoras de Deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária.

V – a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à Pessoa Portadora de Deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família conforme dispuser a Lei.

Em 1989, um importante passo foi dado com a Lei nº 7.853, de 24 de outubro de 1989, que

dispõe sobre o apoio às pessoas portadoras de deficiências, na 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 normas e dá outras providências.

A partir de 7 de dezembro de 1993, com a Lei Orgânica da Assistência Social –LOAS (Lei nº 8.742/1993), que “*dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências*”, passou-se a estabelecer critérios para a concessão de benefícios, acesso a serviços, programas e projetos de assistência social, entre os quais destacam-se:

Art. 20. O Benefício de Prestação Continuada é a garantia de um salário mínimo mensal à Pessoa Portadora de Deficiência e ao idoso com 65 anos ou mais e que comprove não possuir meios de prover sua própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

§ 2º. Para efeito de concessão deste benefício, a Pessoa Portadora de Deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho.

§ 3º. Considera-se incapaz de prover a manutenção da Pessoa Portadora de Deficiência ou idoso a família cuja renda mensal per capita seja inferior a ¼ do salário mínimo.

§ 6º A deficiência será comprovada através de avaliação e laudo expedido por serviço que conte com equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde (SUS) ou do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), credenciado para este fim pelo Conselho Municipal de Assistência Social.

Essa lei somente foi regulamentada em 8 de dezembro de 1995, pelo Decreto nº 1.744, que define como PPD

aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho, em razão de anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditária, congênita ou adquirida, que impeçam o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho; e como família incapacitada de prover a manutenção da PPD ou idosa, aquela cuja renda mensal de seus integrantes, dividida pelo número destes, seja inferior ao valor do previsto no § 3º do Art. 20 da Lei Nº 8.742/1993.

Diante da subjetividade da caracterização da incapacidade para o trabalho e para a vida independente das PPD, bem como do grande número de concessões, logo após a implantação do Benefício Assistencial, o INSS estabeleceu um instrumento de avaliação e enquadramento (acróstico AVALIEMOS) das pessoas deficientes, ao definir parâmetros que restringiam as concessões, através da Resolução INSS/PR Nº 435, de 18 de março de 1997. Esse instrumento foi incorporado ao Manual de Procedimentos adotado para a operacionalização do BPC, devido aos idosos e PPD, aprovado pela Ordem de Serviço

INSS/DSS nº 577, de 5 de agosto de 1997, em seu anexo III. Desde então, o que vem sendo observado, nos processos de concessões, é a utilização desse acróstico como critério exclusivo e suficiente para a constatação da incapacidade e acesso do deficiente ao benefício.

A avaliação dos aspectos sociais da incapacidade, que deveria ser feita preferencialmente pela esfera de governo municipal, pelas Secretarias Municipais de Assistência Social, ficou restrita a poucos itens do acróstico, quando o médico perito avalia a aptidão ou não para o trabalho, grau de instrução e necessidade de acompanhamento de terceiros. Os demais parâmetros referem-se à incapacidade física/funcional, dependente de exame médico-pericial. Nem mesmo a pontuação do risco social, a ser determinada pela avaliação do Serviço Social, vem sendo realizada conforme o Acróstico Social, nos processos concessórios.

Mesmo dentro do modelo médico, com ênfase na deficiência (perda ou anormalidade de estrutura ou função de órgãos ou segmentos do corpo), na incapacidade (restrição resultante de uma deficiência, da habilidade para desempenho de atividades normais para o ser humano) e na desvantagem (prejuízo para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou incapacidade), o acesso ao BPC pode ser ampliado com uma maior abrangência do conceito de incapacidade e do leque de patologias no instrumento de avaliação, considerando-se o fato de que muitas doenças crônicas e degenerativas, em fase avançada, também levam a acentuadas restrições físicas, mentais e sociais. Citam-se como exemplo a Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica – DPOC (dependente de oxigênio), Artrite Reumatóide (avançada), Doença de Parkinson, Doença de Alzheimer, Hanseníase (com seqüelas osteoarticulares graves), Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e neoplasias em fases avançadas, terminais, dentre outras.

A partir de agosto de 1997, o INSS passou a editar, sistematicamente, Orientações Internas – OI que estabeleciam procedimentos a serem adotados pela área de benefícios nos processos de revisão, na concessão e manutenção do direito ao BPC. Com a aprovação do Roteiro de Procedimentos estabelecidos nessas OI, disciplinados em seus anexos, muitos requerentes contemplados nos primeiros anos, após a implantação do BPC, tiveram seus benefícios cessados em processos de revisão médica pericial, ao mesmo tempo que outros passaram a ter suas solicitações de benefícios indeferidas, pois muitas PPD, embora incapazes para o trabalho, não eram consideradas incapazes para a vida independente, segundo os parâmetros do acróstico AVALIEMOS.

Reconhecendo a vulnerabilidade social de grande parcela dos requerentes, o Ministério Público Federal tem-se manifestado em defesa desses segmentos da população de elevado risco social, determinando que o INSS não proceda à análise da incapacidade para a vida independente e para o trabalho em crianças e adolescentes, já que é presumida em razão da tenra idade, bastando apenas que se verifique se a deficiência se encaixa nas definições já existentes. Outra tentativa de intervenção do Ministério Público Federal deu-se através do deferimento da tutela antecipada nos autos da Ação Civil Pública nº 2002.61.00.024.335-6 (23ª Vara Federal da Subseção Judiciária de São Paulo-SP), que determinou ao INSS afastar a exigência da incapacidade do beneficiário para a vida independente e para o trabalho, bem como pagar o valor previsto de um salário mínimo, a título do benefício previsto no Art. 203 (inciso V), da Constituição Federal, a todas as PPD e idosos, em todo o território nacional, que requeressem e demonstrassem não dispor de meios de ter suprido, por si ou por seus familiares, o valor mensal de um salário mínimo, observando os critérios de verificação de ausência de meios de subsistência e de cálculo de renda *per capita*.

A Orientação Interna Conjunta/INSS nº 92, de 9 de setembro de 2004, fez cumprir essa determinação, gerando um grande fluxo de requerentes do benefício nas APS. Com sucesso em sua ação recursal, o INSS suspendeu a OI nº 92, em 29 de setembro de 2004, fazendo valer a prática de avaliação anterior, através do acrônimo AVALIEMOS. Já no Rio Grande do Sul, em 29 de abril de 2004, o juiz da 1ª Vara Federal de Caxias do Sul, através da Ação Civil Pública nº 2003.71.07.009.187-5, reconhecendo a inconstitucionalidade do § 2º do artigo 20 da Lei nº 8.742/1993, intimou o INSS a cumprir mandado, deixando de exigir a comprovação da incapacidade do beneficiário para a vida independente, quando não fosse capaz de trabalhar, desde que fosse demonstrada a deficiência física, nos termos do artigo 4º do Decreto nº 3.298/1999, e que comprovasse não ter meios de prover, por si e por seus familiares, a sua subsistência.

De acordo com a Sentença nº 156 /2004 dessa Ação Civil Pública,

o direito à assistência social tem sua fundamentalidade acolhida, de maneira irrefutável, pela Constituição Federal no seu artigo 6º, sendo que a concretização legislativa e administrativa do inciso V do artigo 203 da CF/88, imposta pelo § 2º do artigo 20 da LOAS e depois agravada pela Resolução Nº 435/1997, destoa do espírito da Lei Fundamental.

Ainda de acordo com a mesma sentença, deve-se considerar a natureza e a evolução histórica do benefício assistencial, pois a exigência da incapacidade laborativa dos assistidos, também para a vida independente, contraria a lógica das prestações previdenciárias ou assistenciais, pois, para a prestação assistencial devida aos idosos, não há sequer a comprovação da efetiva incapacidade para o trabalho, exigida para os portadores de deficiência.

Diante de toda essa discussão e da necessidade de qualificação da gestão do BPC, realizou-se um amplo debate no Encontro Nacional Sobre Gestão do Benefício Assistencial de Prestação Continuada, nos dias 7 e 8 de julho de 2004, em Brasília – DF, sendo elaborado

um relatório final e um Protocolo de Intenções assinado pelo MDS, por meio da Secretaria Nacional de Assistência Social e o MPS, por meio do INSS. Nele, inclui-se a apresentação do novo instrumento de avaliação médico-pericial, com o objetivo de ampliar os critérios de avaliação, acrescentando a avaliação social nos atos da concessão e revisão do BPC-LOAS, bem como a operacionalização do benefício de forma mais rápida, à população de direito, ampliando os efeitos positivos desse programa social de transferência de renda. Outro ponto fundamental do relatório final é a proposta de divulgação nacional do benefício, promovendo, por meio de campanhas educativas, a socialização das informações sobre BPC e esclarecendo a população sobre seus direitos.

Quanto à realização da avaliação médico-pericial da incapacidade para a vida independente e para o trabalho das PPD, o relatório recomenda o embasamento

na história clínica, no exame físico, no diagnóstico e prognóstico da patologia, em pareceres especializados e na avaliação social emitida por assistente social, quando houver. Na ausência de avaliação social o médico perito deverá levar em conta as informações prestadas pelo requerente sobre suas condições sociais, pessoas do entorno onde vive, nível de pobreza, vulnerabilidade e o impacto destas situações no agravamento da condição de incapacidade e no prejuízo dos direitos sociais do requerente, fundamentando por escrito a decisão final sobre o reconhecimento do direito.

Essa nova proposta para a avaliação médico-pericial e social aproxima do modelo social a idéia de deficiência, de incapacidade e desvantagem, com conceitos focados nos ambientes e barreiras incapacitantes da sociedade e não na lesão ou pessoa deficiente, com ênfase nos direitos humanos e na equiparação de oportunidades. O Programa Nacional de Acessibilidade, promovido pela Secretaria Especial dos Direitos Humanos e Coordenadoria Nacional para Integração da PPD (CORDE), ganha força com a assinatura do decreto de regulamentação das leis de acessibilidade, Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004.

Medidas como essa, de acessibilidade programática, possibilitam a redução da vulnerabilidade social, demolindo algumas barreiras invisíveis embutidas em políticas

públicas (leis, decretos, portarias, resoluções, etc.), em regulamentos institucionais e em normas de um modo geral.

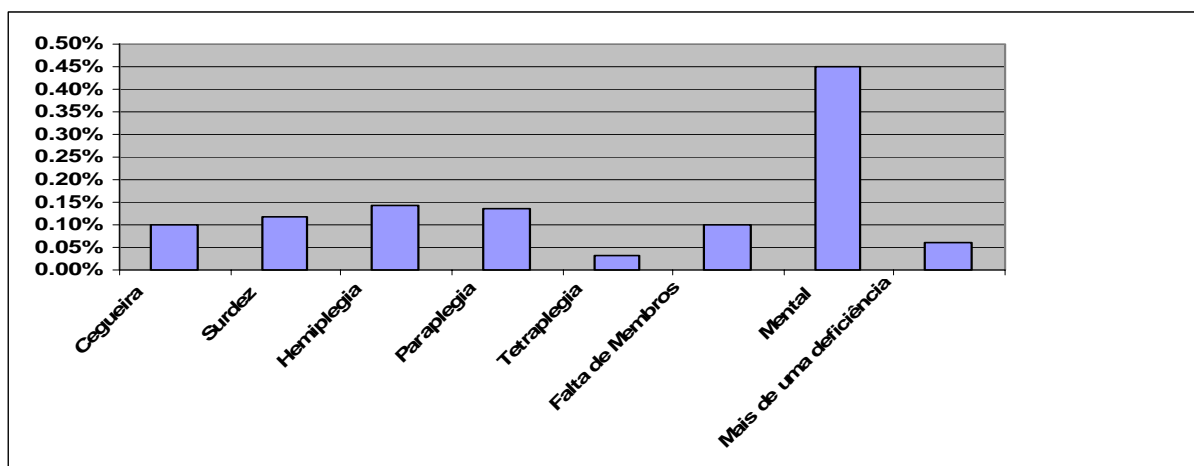
Perfil da concessão do BPC e realidade brasileira

Conforme foi evidenciado nos dados dos Censos Demográficos de 1991 e 2000, a população de idosos no Brasil, com 65 anos ou mais, cresceu significativamente neste intervalo, com um aumento de 44% nos registros para o sexo feminino e 36% para o sexo masculino, sendo registrado um aumento de 40% para a população geral nessa faixa etária.

Nesse mesmo período, o número de registros de famílias residentes em domicílios particulares, no Brasil, aumentou em 28,69%, o número de registros de famílias com rendimento médio nominal mensal de até 1 salário mínimo aumentou em 1,94 vez, e o número de registros de famílias com rendimento nominal mensal *per capita* de até ¼ de salário mínimo aumentou em 10,05 vezes.

Com relação ao número de registros para Pessoas Portadoras de Deficiências, verificou-se que, de acordo com as categorias de deficiências do Censo Demográfico de 1991, apenas 1,14% dos brasileiros eram classificados como deficientes, sendo a categoria de deficiência mental (0,45%) a mais expressiva naquele momento (Gráfico 1).

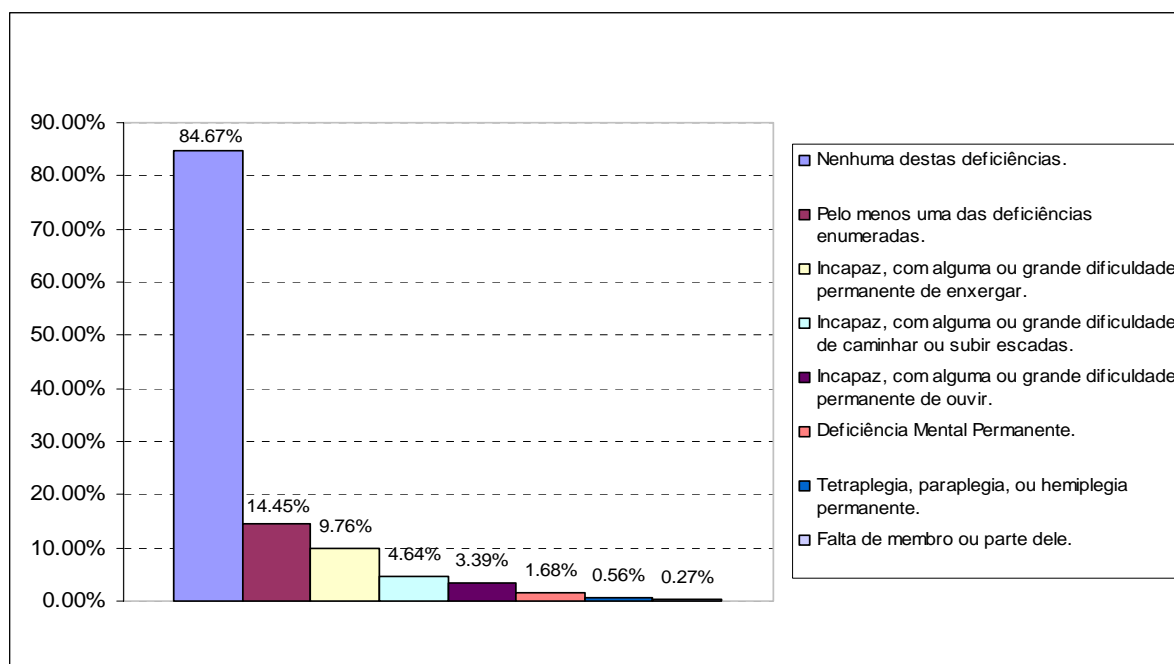
Gráfico 1: População residente*, por grupo de deficiência, no Brasil, em 1991.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 1991.
* População residente no Brasil: 146.815.795

Com as redefinições das categorias de deficiências implementadas no Censo Demográfico de 2000, revelou-se que 14,45% da população brasileira apresentava pelo menos uma das deficiências listadas, sendo a deficiência visual a mais representativa, com 9,76% dos brasileiros, passando a deficiência mental para o quarto lugar no número de registros, com 1,68% (Gráfico 2). Constatou-se um aumento considerável no número de registros de PPD, sendo o aumento para deficiência visual de 97,6 vezes e para deficiência mental de 3,7 vezes, por exemplo. Outra categoria importante de deficiência (tetraplegia, hemiplegia e paraplegia), teve um aumento de 0,31% para 0,56%, quase duas vezes, entre o ano de 1991 e 2000.

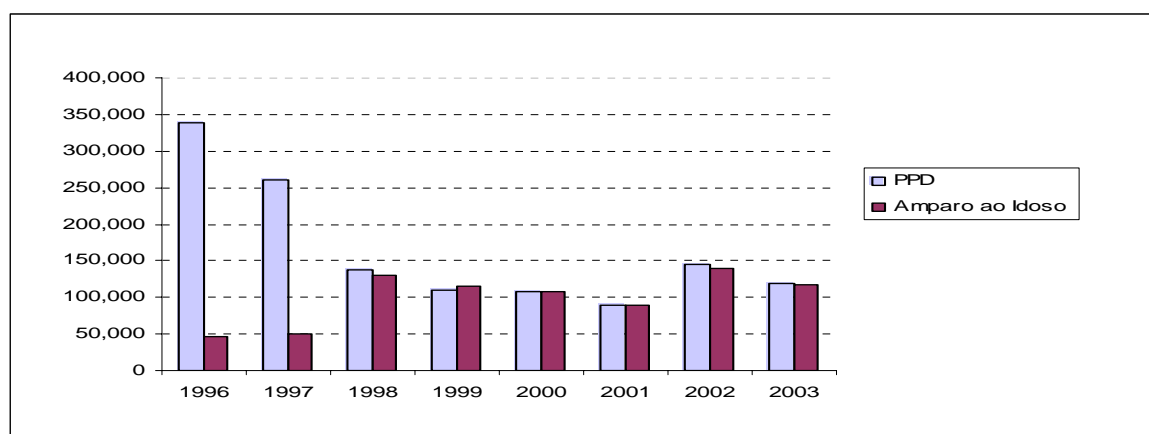
Gráfico 2: Percentual de deficientes, segundo o grupo de deficiência, no Brasil, em 2000*.



Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 2000.
*População Brasil: 169.799.170

Analisando-se o cenário de concessões de BPC para as PPD (B 87), desde a sua implementação, em 1996, até 2003, segundo os dados do INSS, verificou-se que no Brasil as concessões diminuíram significativamente ao longo dos anos, com um pico de aumento atípico em 2002. Com relação às concessões do BPC para os idosos com 65 anos ou mais (B 88), constatou-se uma curva de aumento mais irregular nas concessões, com grande pico de aumento em 1998 e 2002, reduzindo-se drasticamente o número de concessões nos demais anos desse intervalo (Gráfico 3).

Gráfico 3: Benefícios de Prestação Continuada concedidos no Brasil, de 1996 a 2003.



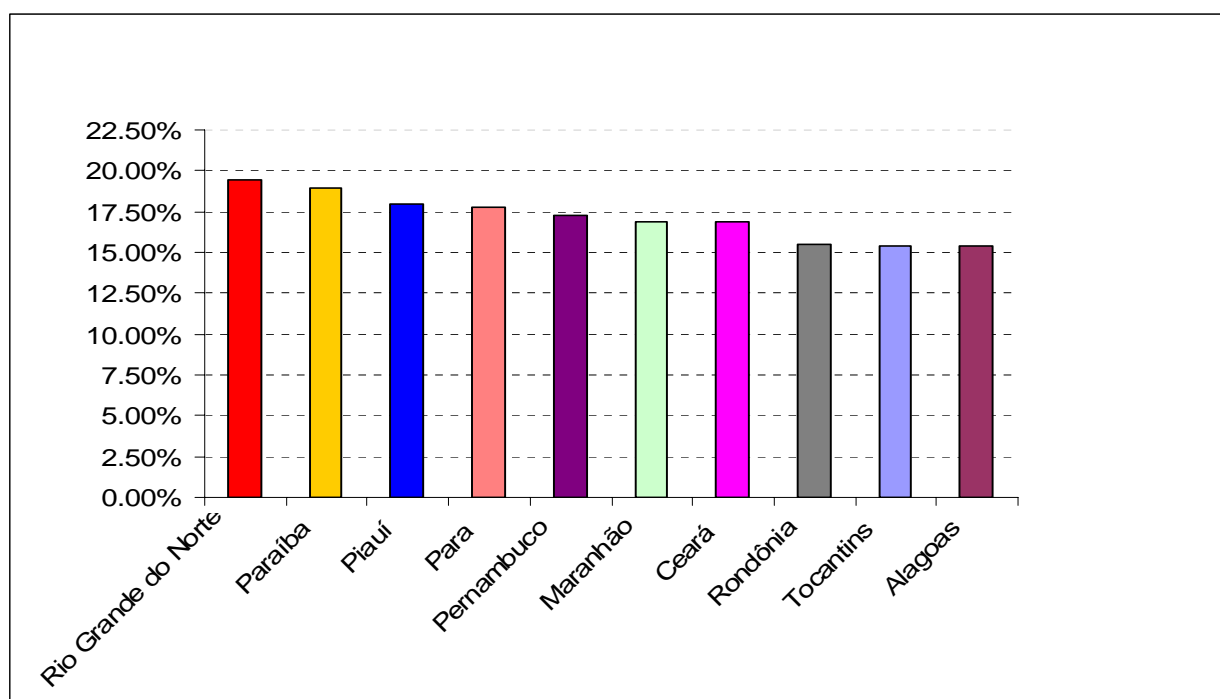
Fonte: INSS / MPAS.

Diante do aumento significativo do número de famílias pobres, do número de idosos com 65 anos e mais, bem como dos registros de PPD, de 1991 a 2000, como explicar a drástica redução na concessão de BPC para PPD e o modesto aumento na concessão desse benefício para os idosos, considerando-se a proporção de crescimento populacional nessa faixa etária? Observa-se uma coincidência do início dessa redução com o período em que

foram implementados novos instrumentos de avaliação para concessão, manutenção e revisão desses benefícios.

Analisando-se a distribuição do número de deficientes por estado da Federação, verificou-se que, dentre os 10 estados com maiores percentuais de PPD, 7 eram da região nordeste brasileira, encabeçados pelo Rio Grande do Norte, Paraíba e Piauí, com 19,47%, 18,96% e 17,90% de pessoas deficientes, respectivamente (Gráfico 4).

Gráfico 4: Estados Brasileiros com os maiores percentuais de Pessoas Portadoras de Deficiência em 2000.

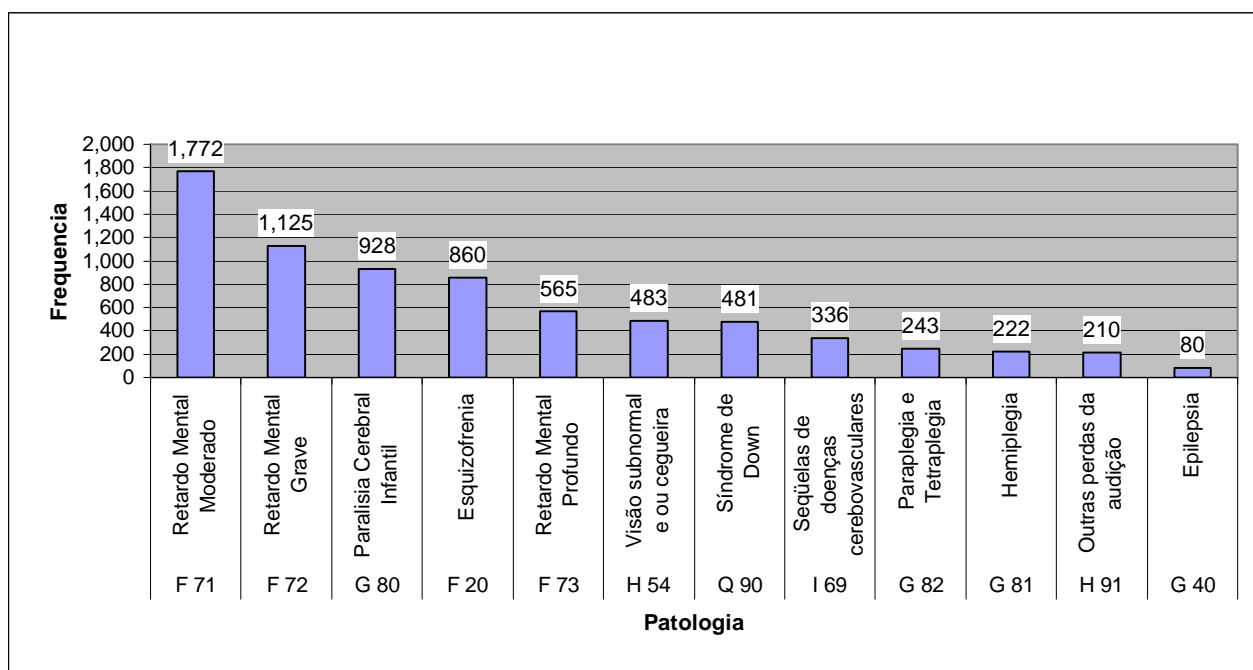


Fonte: IBGE, Censo Demográfico de 2000.

Ainda com relação ao Piauí, tido como estado periférico, observou-se que das oito espécies de benefícios por incapacidade concedidos pelo INSS, de 1994 a 2004, o BPC ocupava o segundo lugar em número de concessões (31.231), perdendo apenas para o auxílio

doença previdenciário (96.000), mostrando-se como um importante instrumento de distribuição de renda. Considerando-se os dados referentes ao número de concessões para as doze patologias mais frequentemente registradas pela CID 10, da OMS, no estado do Piauí, verificou-se que, de um total de 7.305 concessões de BPC, 72% (5.250) foram concedidas para patologias neuropsiquiátricas (CID F 71, F 72, F 73, F 20 e G 80), destacando-se o retardo mental, com 47% desse total (Gráfico 5).

Gráfico 5: Patologias mais frequentes, pela CID 10, na concessão de benefícios para Pessoas Portadoras de Deficiência, no Estado do Piauí, de 1994 a 2004.



Fonte: Cadastro Resumido de Benefícios – DATAPREV – ESPIP

* Total de benefícios para PPD no Estado do Piauí, de 1994 a 2004: 31.231

Com relação aos recursos gastos com os BPC, procedeu-se a análise de tendências para o ano corrente e mostrou-se um panorama dos recursos gastos ao longo dos anos, desde a implementação do BPC. Observa-se que de janeiro a abril de 2005 foram gastos R\$

2.197.288.124, aproximadamente a metade do que foi gasto durante o ano de 2004, isto é, R\$ 5.814.283.018. Mantendo-se a média dos recursos gastos nos quatro primeiros meses de 2005 (R\$ 549.322.031/mês), poderíamos chegar, ao final de 2005, com gastos em torno de R\$ 6.591.864.572.

Dados registrados pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome revelam que de 1996 a 2004 foram gastos com concessões de BPC um total de R\$ 22.080.431.823, sendo R\$ 14.237.717.427 destinados a PPD e R\$ 7.842.714.396 destinados a idosos.

Conclusão

Mostrou-se, fundamentado em princípios constitucionais e da bioética social, que se faz necessária uma redefinição dos critérios de concessão do BPC, uma vez que se trata de uma questão lógica e matemática diante da realidade dos dados demográficos, dos dados institucionais (MPAS e MDS) e dos indicadores sócio-econômicos do nosso país. Sabendo-se que na região nordeste, por exemplo, concentram-se os estados mais periféricos e registram-se os piores índices de desenvolvimento humano, com grande número de famílias chefiadas por mulheres, que não tiveram assistência pré-natal nem acompanhamento de trabalho de parto adequado, além de serem estados com a maior proporção de PPD, torna-se imprescindível uma reflexão a partir do ponto de vista da bioética social e feminista, trazendo para o foco da discussão a vulnerabilidade de alguns segmentos da população, com vista à implementação de políticas públicas de intervenção mais justas no âmbito da Previdência e Assistência Social.

Os dados sumariamente apresentados mostraram que o princípio de justiça social não vem sendo considerado no processo de concessão do BPC, tanto pela não observância de

princípios constitucionais, como pela não observância de princípios técnicos que são utilizados para a avaliação de um grupo de patologias (deficiências) e não aplicados para outros grupos (doenças crônicas/degenerativas), que podem levar igualmente à incapacidade para a vida independente e para o trabalho.

Considerando-se que o valor projetado para gastos com BPC em 2005 foi de cerca de 9 bilhões de reais, com os atuais critérios do processo de concessão, bem como a possibilidade de se chegar a 26 bilhões de reais/ano, elevando-se apenas o parâmetro renda mínima para famílias com renda mensal *per capita* de um salário mínimo, percebe-se que alguns setores da administração pública e alguns parlamentares não se manifestam para garantir os princípios constitucionais aqui discutidos.

Referências

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

BRASIL. Decreto nº 1.744, de 5 de dezembro de 1995. Regulamenta o Benefício de Prestação Continuada devido à Pessoa Portadora de Deficiência e ao idoso. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 dez.1995.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe Sobre a Organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 dez. 1993.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Orientação Interna/INSS/DIRBEN nº 58, de 18 de dezembro de 2001. Estabelece procedimentos a serem adotados pela área de Benefícios na Revisão dos Benefícios de Prestação Continuada de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Disponível em: <http://10.69.3.53./dirben/Normas_2001/oi582001.htm>. Acesso em: 2 maio 2005

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Orientação Interna INSS/DIRBEN nº 81, de 15 de janeiro de 2003. Define os procedimentos para concessão, atualização e revisão do Benefício de Prestação Continuada de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Disponível em: <http://10.69.3.53./dirben/Normas_2001/oi812001.htm>. Acesso em: 2 maio 2005

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Orientação Interna Conjunta INSS/DIRBEN/PFE nº 92, de 9 de setembro de 2004. Disciplina critérios e procedimentos relativos à concessão de benefício assistencial, em cumprimento a Ação Civil Pública.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. Resolução INSS/PR nº 435, de 18 de março de 1997. Estabelece normas e procedimentos para operacionalização do Benefício de Prestação Continuada Devido à Pessoa Portadora de Deficiência e ao Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 4 abr. 1997.

BRASIL. Ministério Público Federal. Ação Civil Pública, Processo nº 2003.71.07.009187-5. Relator: Des. Federal Nefi Cordeiro. Sentença n. 156, de 29 de abril de 2004. Juiz Federal: Daniel Machado da Rocha. Disponível em: <http://www.jfrs.gov.br/deciso/es/beneficio_assistencial.htm>. Acesso em: 10 abr. 2005.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos. **Acessibilidade**. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2005. 60 p.

BRASÍLIA (Distrito Federal). Secretaria de Estado de Coordenação das Administrações Regionais. **Acessibilidade: direito de todos**. Disponível em: <<http://www.sucar.df.gov.br/>>. Acesso em: 10 mar. 2005.

ENCONTRO NACIONAL SOBRE GESTÃO DO BENEFÍCIO ASSISTENCIAL DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC), 2004, Relatório Final. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social, 2004. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/relatório_final_BPC.PDF>. Acesso em: 10 abr. 2005

MEDEIROS, M.; DINIZ, D. **Envelhecimento e Deficiência**. Série Anis. Brasília: Letras Livres, n. 36, p. 1-8, Jun. 2004. Disponível em: <http://www.anis.org.br/serie/visualizar_serie.cfm?idSerie=42>. Acesso em: 1 abr. 2005.

SASSAKI, R. K. **Carta para o terceiro milênio** [Trad.]. São Paulo: Entre Amigos – Rede de Informação Sobre Deficiência [atualizada em 1 dez. 2004]. Disponível em: <<http://www.entreamigos.com.br/>>. Acesso em: 25 fev. 2005.

SASSAKI, R. K. **Ed Roberts, o maior líder das pessoas com deficiência**. São Paulo: Entre Amigos – Rede de Informação Sobre Deficiência [atualizada em 1 dez. 2004]. Disponível em: <<http://www.entreamigos.com.br/>>. Acesso em: 25 fev. 2005.

SILVA, G. S. F. **Deficiência: A Inclusão dos cegos nas classes comuns**. Disponível em: <<http://www.educacaoonline.pro.br/>>. Acesso em: 29 abr. 2005