

# **Assistência social e deficiência no Brasil: o reflexo do debate internacional dos direitos das pessoas com deficiência\***

*Social assistance and disability in Brazil: the reflection of the international debate of the rights of people with disability*

**Wederson Rufino dos Santos\*\***

## **Resumo:**

Este artigo revisa o debate do modelo social de deficiência que influenciou as concepções da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde aprovada pela Organização Mundial de Saúde, em 2001, e adotada no Brasil, em 2007, por meio da legislação do Benefício Prestação Continuada. O BPC é a principal política assistencial de transferência de renda para pessoas deficientes pobres, atingindo mais de um milhão e meio de deficientes no país. A partir de 2009, a avaliação das pessoas com deficiência para o BPC contará com perícias médicas e sociais orientadas pela CIF. Será demonstrado que, embora a adoção da CIF possa representar avanços no que diz respeito ao modo de se compreender a deficiência como desigualdade social, a adoção da CIF pela legislação do BPC enfrentará desafios na garantia do direito à proteção social das pessoas deficientes.

**Palavras-chave:** Deficiência. Assistência social. Benefício de prestação continuada. Modelo social da deficiência. CIF.

## **Abstract:**

*This paper reviews the debate on the social model of disability has influenced conceptions of the International Classification of Functioning, Disability and Health adopted by the World Health Organization in 2001 and adopted in Brazil in 2007, through the law of the Continuous Cash Benefit. The BPC is a major social policy of income transfer to poor disabled people, affecting over one million and half disabled people in the country. Since 2009, the evaluation of persons with disabilities for the BPC will make by medical and social skills targeted by ICF. Will be demonstrated that, although the adoption of the ICF maybe to represent regard to how to understand disability as social inequality, the adoption of the ICF by the law of the BPC will face challenges in ensuring the right to dignity of disabled people.*

---

\* Este artigo é uma adaptação do capítulo *Deficiência e Políticas Públicas no Brasil: o reflexo do debate internacional dos direitos das pessoas deficientes*, que faz parte da dissertação *Deficiência e Democracia: a interpretação do Poder Judiciário sobre o Benefício de Prestação Continuada*, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Política Social da Universidade de Brasília, em novembro de 2009 para obtenção do título de Mestre em Política Social.

\*\* Assistente Social graduado pela Universidade de Brasília (UnB). Mestre em Política Social e doutorando em Sociologia também pela UnB. E-mail: w.santos@anis.org.br.

**Keywords:** Disability. Social assistance. Continuous cash benefit. Social model of disability. ICF.

## Introdução

Em quase todas as sociedades, ainda hoje, são recorrentes as situações de desigualdade social em função de as pessoas viverem em corpos com deficiência.<sup>1</sup> Atualmente, a desvantagem social que as pessoas com impedimentos corporais enfrentam é denunciada em razão de discursos, práticas e valores sociais privilegiarem pessoas sem deficiência (BARNES, 2009).<sup>2</sup> Essa abordagem que apresenta a desigualdade social pela deficiência é resultado, por um lado, de reivindicações dos movimentos sociais das pessoas deficientes nas últimas décadas e, por outro, do emergente campo de estudos sobre deficiência (*disability studies*) que buscam reconhecer o corpo deficiente como uma expressão da diversidade humana que deve ser protegida e valorizada (BARNES; BARTON; OLIVER, 2002). Mas a concepção sobre a deficiência nem sempre foi abordada na perspectiva de exigir das sociedades mudanças estruturais para receber de

---

<sup>1</sup> Seguindo a denominação da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas ratificada pelo Brasil em 2008, mas também respeitando um extenso debate internacional dos estudos sobre deficiência (*disability studies*), serão utilizados durante este artigo as terminologias *pessoas com deficiência*, *pessoas deficientes* e em menor medida *deficientes* para se referir a todo o universo de pessoas que por seus impedimentos corporais, restrições funcionais e distintas habilidades cognitivas experimentam a deficiência.

<sup>2</sup> É verificada uma tensão terminológica para a escolha do termo mais adequado para se referir às pessoas com deficiência, sobretudo, nos países que não são de língua inglesa. Isso se dá em razão de outras línguas não terem um equivalente do termo *impairment*, que represente a perspectiva do sentido proposto pelo modelo social da deficiência (BARNES, 2009). Para a língua portuguesa, o termo equivalente seria *impedimentos*, em um sentido análogo ao que remete à expressão *lesão*. Mas não seria *incapacidade*, como sugerido pela tradução no Brasil da *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde* (CIF) aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001, e traduzida no Brasil em 2003 (DINIZ; MEDEIROS; SQUINCA, 2007). Mas o termo *pessoas com impedimentos* poderia gerar estranheza em países que assimilam a terminologia *pessoas com deficiência*, *pessoas portadoras de deficiência* ou *pessoas deficientes*. O modelo social propôs que não são todas as pessoas com impedimentos corporais que sofrem a opressão pela deficiência. A desigualdade social é criada a partir de uma valoração do corpo com impedimento, ou seja, o corpo com impedimento seria a expressão da diversidade humana, ao passo que a deficiência seria a experiência de opressão causada pelas pessoas que sofrem discriminação, desigualdade e opressão em razão de sua diversidade corporal. Tal situação de discriminação tem, inclusive, um termo em inglês para descrevê-la (*disablism*), ainda sem tradução para o português, mas análogo ao sentido dos conceitos racismo e sexismo. Para Colin Barnes (2009), ao denunciar a opressão sofrida por pessoas com impedimentos, o modelo social enfatiza a questão de que a mudança de atitudes e práticas sociais começaria com a sensibilidade à terminologia, ideia compartilhada por este artigo. Embora a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, ratificada pelo Brasil em 2008, problematize o significado dos impedimentos corporais ao se referir às pessoas que pelos impedimentos, pela diversidade corporal e cognitiva experimentem a opressão social pelo corpo, o texto da Convenção preferiu a terminologia *pessoas com deficiência*. Ao longo deste artigo, em momentos em que a utilização do termo *impedimentos* parecer necessária, ele será utilizado.

forma equitativa o corpo deficiente. A narrativa religiosa talvez tenha sido a primeira a lançar hipóteses sobre a causalidade da deficiência ao descrevê-la como resultante de castigos ou milagres divinos, o que implicava fazer da assistência aos deficientes práticas de redenção e caridade (BARTON, 1998; COURTINE, 2006). Autorizado pelas narrativas modernas, o *modelo biomédico* retirou a deficiência da autoridade religiosa no decorrer do século dezenove e, desde então, o corpo deficiente passou a ser catalogado como uma variação indesejada e patológica do corpo considerado normal (CANGUILHEM, 1995; COURTINE, 2006; GOFFMAN, 1988).

A partir dos anos 1960, especialmente no Reino Unido e nos Estados Unidos da América, as Ciências Sociais passaram a oferecer um conjunto de alternativas explicativas para a questão da deficiência. Tendo como ponto de partida o campo da sociologia da saúde, os primeiros passos na área da *sociologia da incapacidade* favoreceram uma abordagem individualizante do corpo deficiente, o que não questionava as causas e consequências da deficiência responsáveis por promover desigualdades e discriminação às pessoas com impedimentos corporais (BARNES; BARTON; OLIVER, 2002). A partir dessa primeira abertura teórica, as compreensões sociológicas da deficiência se desenvolveram propondo um discurso sociopolítico para compreender a deficiência não mais individualmente como uma questão de saúde, mas como produto do desenvolvimento das sociedades contemporâneas (BARNES, 1998; BARNES; BARTON; OLIVER, 2002). Ou seja, o modo como a sociedade se organiza é que seria responsável por produzir o corpo deficiente, já que a maioria das deficiências é gerada por fatores socioambientais, por violência urbana, envelhecimento populacional, avanços tecnológicos em saúde que prolongam a expectativa de vida, conflitos armados, por acidentes de trabalho e trânsito (BARNES, 1998). O discurso sociológico sobre a deficiência que passou a ser denominado *modelo social da deficiência* não ignora os serviços de saúde e avanços biomédicos como necessidades para algumas pessoas com impedimentos corporais, apenas anunciam o seu caráter limitado em meio aos ambientes sociais que valorizam exclusivamente corpos sem impedimentos.

Nos últimos quarenta anos, o modelo social assumiu proeminência como paradigma explicativo da deficiência ao consolidar o campo de estudos sobre deficiência, sobretudo, na Europa e na América do Norte. No entanto, tal debate está pouco presente

na América Latina e do Brasil (DINIZ, 2007; MARTÍN, 2006). Desde a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), o Brasil estabeleceu normas constitucionais e marcos legais relativamente avançados no que diz respeito aos direitos das pessoas deficientes. Mas as demandas defendidas pelo modelo social parecem ter tido pouca ressonância no estabelecimento de legislações que garantem os direitos das pessoas deficientes no Brasil; percurso distinto ao de muitos países democráticos onde o modelo social tem força normativa para influenciar o desenho de políticas públicas (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009; FRANCIS; SILVERS, 2000). Um dos poucos exemplos em que é possível verificar tardiamente a entrada do modelo social no Brasil foi pela adoção da *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)*, aprovada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 2001, e adotada pela legislação do Benefício de Prestação Continuada (BPC), em 2007, com a finalidade de orientar as avaliações das pessoas com deficiência, solicitantes do benefício assistencial de transferência de renda para pessoas deficientes na extrema pobreza (BRASIL, 2007a; CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA A FAMÍLIA DE CLASSIFICAÇÕES INTERNACIONAIS, 2003).

Este artigo tem o objetivo de revisar o debate do modelo social da deficiência que influenciou as concepções da CIF aprovada pela OMS em 2001 e adotada no Brasil em 2007 por meio da legislação que dá suporte ao BPC. Por influência das ideias do modelo social, a CIF apresenta uma compreensão da deficiência como um conceito interrelacional que busca agregar tanto as perspectivas do modelo biomédico quanto do modelo social para descrever o corpo deficiente em uma abordagem biopsicossocial. Para ser elegível ao BPC, uma pessoa que se declara deficiente e pobre é submetida a perícias realizadas por profissionais das agências do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Efetivamente, a partir de 2009, a avaliação das pessoas com deficiência para o BPC passou a contar com perícias médicas e sociais orientadas pela CIF, o que favorecerá a influência dos ambientes, valores e práticas sociais na determinação da experiência dos corpos com impedimentos (BRASIL, 2008). Será demonstrado que, embora a adoção da CIF possa representar avanços no que diz respeito ao modo de se compreender a deficiência como desigualdade social pela principal política de proteção social às pessoas com deficiência

no país, a adoção da CIF pela legislação do BPC enfrentará desafios ao garantir o direito à proteção social das pessoas com deficiência pobres.

### **Deficiência como Opressão pelo Corpo: um Tema de Justiça Social**

A maioria das religiões tem na separação entre o *corpo* e a *alma*, entre a *carne* e a *espiritualidade*, a base fundamental que estabelece as regras religiosas e os preceitos morais dogmáticos sob os quais a *divindade* a ser alcançada pelos crentes se afasta da condição humana que deve ser evitada ou controlada (CORBIN, 2006). Ou seja, o corpo permite tanto a aproximação com o *sagrado*, por meio de ritos sacramentais, meditação e purificação, quanto pode representar o afastamento do *divino* pelos atos profanos, sejam pelo pecado ou pelas possessões demoníacas (CORBIN, 2006). O sentido das experiências espirituais e religiosas tem estreita relação com as paisagens atribuídas ao corpo humano. Não é a toa que a narrativa religiosa até mesmo nos dias atuais e, em muitas sociedades, projeta sobre o corpo deficiente uma das mais contundentes abordagens sobre a deficiência ao dar significado às *diversidades*, *deformidades* e *monstruosidades* corporais (CORBIN, 2006; COURTINE, 2006; THOMSON, 1996). Para o discurso religioso, um corpo com deficiência seria obra do pecado, milagre ou castigo divino, tornando a experiência da deficiência uma oportunidade para a redenção e purificação individual e coletiva. Foi somente com a emergência da medicina moderna no século dezenove que o discurso religioso sobre a deficiência se fragilizou.

Durante o século dezenove, foi estruturada a narrativa biomédica moderna sobre o corpo deficiente afastando-o cada vez mais das explicações místicas ligadas ao azar, aos milagres e castigos divinos que traduzia até então os corpos *anormais* (BARNES, 2009; COURTINE, 2006; FOUCAULT, 2001; THOMPSON, 1996). A natureza subversiva encontrada em um corpo deficiente ao ser contrastado a um corpo sem deficiências foi docilizada pelo discurso biomédico e pela possibilidade de tratamentos corretivos com as técnicas que a biomedicina passou a oferecer (FOUCAULT, 2004). O modelo biomédico passou a descrever a deficiência em termos do quanto um corpo com impedimentos corporais, restrições funcionais ou diferentes capacidades cognitivas ascendiam ao patamar de corpo deficiente necessário de controle e cura (COURTINE, 2006; FOUCAULT, 2001, 2004). As consequências da descrição dos corpos deficientes resultado da

medicalização é que, além de restar pouco espaço para a compreensão da deficiência que não pela tradução do corpo como anormal, a reabilitação para que os deficientes pudessem voltar a ser produtivos passou a ser a tônica das expectativas sociais em torno das habilidades corporais (BARNES, 1998). Pois, o corpo disfuncional precisava ser curado e reabilitado e, quando da ausência dessas técnicas, o corpo deficiente era enclausurado nos lares e instituições que apartavam as pessoas com deficiência da vida em sociedade.

Até os anos 1960, o modelo biomédico tinha exclusividade para explicar a deficiência; cenário que começou a ser alterado com a emergência do denominado modelo social da deficiência, que passou a defender o corpo com impedimentos como inerente à diversidade humana, em analogia às defesas da diversidade sexual e das lutas contra o racismo e xenofobia (BARNES; BARTON; OLIVER, 2002; BARTON, 1998). O modelo social foi responsável por fragilizar as pressuposições do modelo biomédico que afirmavam o corpo deficiente como patológico e desviante. O discurso sociológico e político que passou a reescrever a deficiência a partir dos anos 1960 começou a problematizar a deficiência como uma matéria de justiça social, pois denunciava a opressão social a que os corpos deficientes estavam submetidos em uma cultura da normalidade que privilegiava corpos não deficientes (CORKER; SHAKESPEARE, 2004; BARNES; BARTON; OLIVER, 2002). Entre habitar um corpo com impedimentos corporais e a experiência da deficiência, está a desigualdade imposta pela organização social que não recebe de forma equitativa o corpo deficiente (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009). A principal força dos argumentos da primeira geração do modelo social é que foi sugerida analiticamente uma separação entre os corpos com impedimentos e a deficiência: a desigualdade pela deficiência surgiria pela interação do corpo com impedimento com uma sociedade que não assimila a diversidade corporal (BARNES, 1998). Para muitos teóricos do modelo social, *deficiência* seria opressão, em analogia ao que os estudos de gênero proporcionaram ao denunciar a categoria *gênero* como opressão (OKIN, 1989; BARNES, 1998).

Ao postular a compreensão sobre o corpo deficiente, o modelo social afirmou a insuficiência da biomedicina para oferecer melhorias de bem-estar para as pessoas deficientes, deslocando para a configuração das estruturas sociais a responsabilidade por incluir todas as pessoas independentemente de qual diversidade corporal expressam

(BARTON, 1998; BARNES; BARTON; OLIVER, 2002). O mundo do trabalho, educação, espaços públicos e políticas de proteção social, entre outras, são áreas que assumem importância central para o delineamento das estruturas sociais para que as pessoas possam experimentar a deficiência com justiça e igualdade. De um discurso normativo e corretivo em saúde, estabelecer políticas públicas para as pessoas deficientes passou a ser reflexo dos ideais de inclusão social e da defesa dos direitos humanos a todas as pessoas (OLIVER; BARNES, 1998). Esse paradigma, embora compartilhe ainda da autoridade do modelo biomédico, passou a influenciar os debates acadêmicos e políticos em muitos países democráticos, o que favoreceu mudanças nos ordenamentos jurídicos que passaram a lidar com a deficiência na esfera dos direitos básicos (BARNES; BARTON; OLIVER, 2002; FRANCIS; SILVERS, 2000).

A compreensão da deficiência como uma desvantagem social transfere do indivíduo para a estrutura e atitudes sociais a causalidade da desigualdade criada a partir do corpo com impedimentos. Por exemplo, em uma comunidade essencialmente agrária com pouca valorização da educação escolar, uma criança com transtorno de *déficit* de atenção/hiperatividade (TDAH) – um tipo de disfunção neurológica que pode afetar a capacidade de concentração e raciocínio que se manifesta, sobretudo, na infância (RHODE et al., 2000) – poderá apresentar um grau de desigualdade pela deficiência distinta a de uma criança com o mesmo transtorno, mas residente em uma metrópole que frequenta as aulas da escola e ainda aulas extras de inglês semanalmente. Em outro exemplo, uma pessoa surda prestes a cursar o ensino superior terá sua restrição cognitiva transformada em desigualdade e opressão social, caso a universidade não ofereça alternativas inclusivas para as atividades diárias do estudante, como a possibilidade de as aulas serem pelo método bilíngue. Impedimentos corporais não levam automaticamente à deficiência; mas a depender do contexto social que privilegia algumas práticas sociais e pelos ambientes sociais não serem sensíveis à diversidade corporal, limitações corporais, pode resultar em situações de tratamento discriminatório às pessoas com deficiência.

Não é todo corpo com impedimentos que experimentará a desigualdade e a discriminação pela deficiência. A experiência de habitar um corpo deficiente pode significar a expressão das possibilidades corporais para a existência humana quase como uma defesa de um estilo singular de vida (DINIZ, 2007), assim como a perspectiva

culturalista de defesa da cultura Surda que descreve a surdez como uma das possibilidades para a diversidade da espécie humana e não necessariamente como uma deficiência (LANE, 1997). As pessoas com os impedimentos corporais somente sofrerão desigualdade social pela deficiência se a sociedade não assimilar de forma equitativa as diversidades corporais (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009). Tanto nas narrativas biomédicas quanto nas sociopolíticas sobre a deficiência, há um deslocamento da descrição do corpo com impedimentos como mera expressão da natureza isenta de sentido para a compreensão da deficiência em termos biomédicos e sociológicos com implicações culturais, políticas e de padrões de bem-estar em saúde (CORKER; SHAKESPEARE, 2004). Mas a compreensão da deficiência como uma matéria de justiça social, necessária de políticas para as pessoas com deficiência, ainda encontra desafios para muitas sociedades democráticas contemporâneas (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009).

Apesar de o modelo social continuar hegemônico fragilizando as pressuposições do modelo biomédico, após a primeira geração de teóricos do modelo social outras variáveis foram acrescentadas ao debate por outras perspectivas teóricas no sentido de ampliar a compreensão da deficiência como desigualdade. A perspectiva feminista e a culturalista foram as principais que trouxeram para o debate variáveis não agregadas pelos precursores do modelo social, principalmente, os debates em torno da cultura e dos corpos gravemente deficientes que necessitam não apenas de adequação nas estruturas sociais (DINIZ, 2007; CORKER; SHAKESPEARE, 2004). As feministas fizeram uma defesa de que para além do corpo com impedimentos existiam outras variáveis como gênero, raça e gravidade na restrição corporal e funcional que alertavam para outras demandas das pessoas deficientes. As feministas passaram a apontar, por exemplo, que a necessidade do cuidado aos gravemente deficientes deveria ser uma questão pública e não matéria de responsabilidade privada das mulheres e famílias (WENDELL, 1996; KITTAY, 1998). Por outro lado, a perspectiva culturalista, diferentemente dos primeiros teóricos do modelo social com inspiração materialista histórica que compreenderam a opressão ao corpo deficiente a partir do regime de exploração do capitalismo, passaram a denunciar a desigualdade pela deficiência por meio de arranjos culturais e práticas sociais que valorizam pessoas sem deficiência (CORKER; SHAKESPEARE, 2004).



## **Deficiência, Direitos e Políticas Públicas no Brasil**

Diferentes formas de abordagem aos direitos podem esboçar sobre a questão da deficiência diferentes perspectivas, apesar de o enfoque dos direitos ser uma das principais ferramentas de organização e direção da vida social, já que as proteções garantidas podem provocar a alteração do quadro social em que a sociedade se encontra (EDMUNDSON, 2006; ROIG, 2006). No auge das lutas e articulações políticas dos anos 1980 no Brasil, os movimentos sociais dos deficientes compreenderam essa concepção e foram responsáveis pela reivindicação de diversos direitos assegurados na Constituição e direcionados às pessoas deficientes (FIGUEIRA, 2008; SASSAKI, 1990). Os movimentos sociais dos deficientes possuem uma história recente em que sua estruturação e fortalecimento se confundem com a da reabertura democrática do Brasil a partir dos anos 1980 (FIGUEIRA, 2008; SASSAKI, 1990). Além disso, de forma incipiente no Brasil a partir dos anos 1980, a questão da deficiência assumiu nova trajetória aproximando as demandas das pessoas deficientes às reivindicações por justiça social e direitos de cidadania, sobretudo, pela influência das ideias do *Ano Internacional das Pessoas com Deficiência*, da Organização das Nações Unidas (ONU) declarado em 1981 e comemorado no Brasil e em vários outros países no mundo (SILVA, 1986; FIGUEIRA, 2008).

A articulação de diversos movimentos sociais e a pressão social exercida durante o período da Constituinte deixou o tema da deficiência em destaque, o que resultou em um texto constitucional avançado no tocante aos direitos das pessoas deficientes (FIGUEIRA, 2008). Educação, o mundo do trabalho, acessibilidade e assistência social passaram a contar com diretrizes constitucionais, que favoreceram o surgimento de diversas políticas públicas para atender as reivindicações por inclusão e cidadania das pessoas com deficiência. Apenas no decorrer da última década foi possível a estruturação de um conjunto de instrumentos jurídicos e de políticas públicas para expressar materialmente os direitos afiançados pelo texto constitucional. E ainda assim, tal cenário apresenta avanços modestos ao lado de uma série de desafios, como pode ser verificado nas políticas de educação e ações para inclusão no mundo do trabalho, remoção de barreiras arquitetônicas, sensibilidade nos transportes públicos para a diversidade corporal, entre outras políticas para os deficientes (NERI; SOARES, 2004; VASCONCELOS, 2005; PIRES, 2009; MIRANDA, 2008; SANTOS, 2008; COSTA, 2009).

Duas das principais mudanças que ocorreram posteriormente à Constituição de 1988, resultado dos princípios estabelecidos no texto constitucional, foram a criação da *Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência*, aprovada em 1999 e a denominada *lei de Acessibilidade*, sancionada em 2004 pelo Decreto 5.296. A Política Nacional estabelece ser de responsabilidade dos órgãos e entidades do poder público garantir possibilidades às pessoas com deficiência para o pleno exercício de seus direitos básicos decorrentes da Constituição e de outras leis, sobretudo, para o objetivo de promover o bem-estar pessoal, social e econômico dessa parcela da população (BRASIL, 1999). Essa perspectiva sobre a deficiência desloca do indivíduo para a disposição das estruturas sociais a responsabilidade em lidar com a questão da deficiência, promovendo as capacidades e potencialidades de todas as pessoas, em uma perspectiva semelhante ao que as abordagens do modelo social da deficiência defendiam.

Tais marcos normativos simbolizaram no Brasil novas abordagens por meio das quais a deficiência passaria a ser não mais tema de responsabilidade individual, mas de matéria na alçada da justiça social, que resulta no esforço da sociedade em garantir os direitos básicos de todas as pessoas. A diretriz ensejada pela Política Nacional foi reforçada com a lei de Acessibilidade, aprovada cinco anos depois, em 2004 (BRASIL, 2004). Os objetivos da lei de Acessibilidade foi o de propor alterações e questionamentos sobre as mais diversas disposições das estruturas, valores e práticas sociais no sentido de tornar possível a participação plena de todas as pessoas no ordenamento social, independentemente de quais diversidades corporais possam apresentar (VASCONCELOS, 2005).

### **A Convenção da ONU e o Reflexo do Debate Internacional sobre os Direitos dos Deficientes no Brasil**

A abordagem que se faz sobre a deficiência, principalmente nos últimos anos como um tema na esfera dos direitos, sem dúvida é revolucionária do ponto de vista das condições que se criam para mudar a realidade das pessoas com deficiência. Essas pessoas reiteradamente sofrem discriminação, privação de liberdade e tem a dignidade humana comprometida em razão de a sociedade não se preparar para receber um indivíduo com impedimentos corporais (NUSSBAUM, 2006). O simples exemplo de um

ônibus do transporte público de uma cidade qualquer brasileira não possui um sistema adequado para conduzir uma pessoa com paraplegia, usuária de cadeira de rodas, comprometerá a capacidade de essa pessoa ser transportada de sua residência até o trabalho. Ou ainda, o prédio em que ela reside e a calçada que a conduz da sua residência até a parada de ônibus, se não tiverem adequação inclusiva, transformará um trajeto de quinze metros em uma jornada que poderá comprometer a integridade física da pessoa. Além disso, as possibilidades desse mesmo usuário do transporte público coletivo cursar uma faculdade ou uma aula de música à noite, após o trabalho, estão ameaçadas. Sem mencionar o comprometimento do momento de lazer desse usuário de cadeira de rodas com sua família em um final de semana qualquer, pois nem o ônibus nem o parque próximo a sua residência estão delineados para comportar as necessidades de pessoas com paraplegia. Não há soluções simples para uma questão com tal repercussão nos ambientes sociais, nas práticas cotidianas e nos valores culturais que historicamente privilegiaram corpos sem deficiência.

Mas nos últimos anos, diversos países democráticos têm despendido esforços para estabelecer marcos legais e políticas públicas para oferecer respostas a ideia de que a inclusão social, ou seja, o direito de participar do mundo socialmente compartilhado é necessariamente um direito fundamental de todas as pessoas, independente de qual diversidade corporal expressam. Na concepção da deficiência como um dos temas de direitos humanos, a ONU aprovou a sua primeira Convenção Internacional do novo milênio destinada aos direitos das pessoas com deficiência em 2006 (DHANDA, 2008). A aprovação da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência pela ONU é uma das respostas mais vigorosas, com potencial para revisar a trajetória do modo como a questão da deficiência tem sido tratada, até mesmo por aqueles países considerados mais avançados sobre a garantia dos direitos das pessoas deficientes (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009). A inovação das concepções da Convenção pode ser apontada, principalmente, por quatro razões: 1. a Convenção assinalou a mudança da assistência para os direitos das pessoas deficientes, o que provocará alteração nos marcos normativos dos países signatários da Convenção; 2. introduziu o idioma da igualdade para conceder tratamento igualitário e ao mesmo tempo equitativo às pessoas com deficiência; 3. reconheceu a autonomia com apoio para pessoas com deficiência e 4.

tornou a compreensão sobre deficiência como parte da experiência humana (DHANDA, 2008).

A Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, por exemplo, reconhece no art. 10 que as pessoas deficientes têm o direito à vida em igual consideração com os outros seres humanos (BRASIL, 2008). Essa afirmação tem a capacidade de contestar a crença, que durante anos fez parte de valores sociais e práticas culturais da maioria dos países, de que uma vida com deficiência é menos valiosa e, portanto, não tem necessidades para ser protegida de forma equitativa (DHANDA, 2008). O direito à vida para os deficientes é uma afirmação de que a diferença assinalada pelos impedimentos corporais contribui para a diversidade da condição humana e, portanto, não se constitui em uma variação indesejada do corpo humano que precisa ser eliminada, corrigida ou curada (DHANDA, 2008).

Em 2008, o Brasil ratificou pelo Congresso Nacional com *status* constitucional a Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU (BRASIL, 2007b; DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009). A ratificação implica, além de o Brasil fazer uso de diretrizes e princípios sobre os direitos das pessoas deficientes utilizados nos mais diversos países democráticos no mundo, que a partir de agora todas as legislações e políticas públicas e sociais no país serão pautadas tendo a Convenção como suporte normativo constitucional. As mudanças que a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência trarão para o cotidiano das pessoas deficientes no Brasil serão ainda avaliadas nos anos posteriores, mas é possível concluir que a Convenção cria um novo paradigma para o tratamento dos direitos das pessoas com deficiência no país.

## **O Benefício de Prestação Continuada e a CIF**

Antes da ratificação da Convenção da ONU pelo Brasil, em 2008, o país deu um importante passo ao seguir as orientações do debate internacional dos direitos das pessoas com deficiência, adotando a CIF como catálogo de avaliação das pessoas deficientes solicitantes do BPC (BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007b). O BPC é um benefício assistencial que garante a renda de um salário mínimo a idosos e pessoas deficientes, como garantia dos mínimos sociais (LEIVAS, 2008; TAVARES, 2008). O BPC é uma das principais políticas de proteção social para deficientes e tem sido, nos últimos anos,

importante instrumento de combate à pobreza e de redução das desigualdades sociais no país ao proteger socialmente mais de três milhões de pessoas, das quais mais de 1,5 milhão são deficientes (BRASIL, 2009; MEDEIROS; BRITTO; SOARES, 2007; VAITSMAN; PAES-SOUZA, 2007). Para serem elegíveis ao benefício, os idosos têm de ter mais de 65 anos, as pessoas com deficiência devem ser aprovadas em uma perícia médica e social e ambos devem viver em famílias cuja renda *per capita* mensal não ultrapasse  $\frac{1}{4}$  de salário mínimo (BRASIL, 2009). O critério-limite de renda é responsável por direcionar o benefício assistencial para a pessoa que não possui condição de manter sua sobrevivência ou de tê-la mantida pelo grupo familiar. Por outro lado, desde a especificação dos critérios que regulamentaram o BPC na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) aprovada em 1993, o benefício assistencial tem seu conceito de deficiência questionado por estudos e especialistas sobre o tema (BRASIL, 1993; BRASIL, 2007b; DINIZ; SQUINCA; MEDEIROS, 2007; MEDEIROS; BRITTO; SOARES, 2007; SANTOS; DINIZ; PEREIRA, 2009; SPOSATI, 2004).

Ao especificar o artigo 203 da Constituição Federal de 1988, que estabelece a norma para o BPC, a LOAS determinou que “para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho” (§ 2º, 1993). Isto implica que não basta a deficiência na pobreza para a concessão do BPC, serão as perícias realizadas pelo INSS que determinarão as pessoas deficientes elegíveis ao benefício, por cumprirem os critérios de incapacidade para o trabalho e vida independente. O uso dos qualificadores *incapacidade para o trabalho e para a vida independente* que especificou a pessoa deficiente para o BPC pode ser explicado por, pelo menos, dois motivos. Primeiro tais especificações na legislação assistencial podem ser uma tentativa de dar objetividade a quem seria o deficiente ao agregar indicadores, como trabalho e independência, para mensurar a desigualdade pela deficiência (SANTOS; DINIZ; PEREIRA, 2009; ACRE, 2007). Em segundo lugar, a eleição de uma terminologia específica de deficiência para o BPC pode ser resultado da ausência de um conceito universal adotado pela legislação brasileira que pudesse descrever quem são as pessoas deficientes, seguindo uma orientação uniformizada para conceituar a experiência da deficiência em todo o marco normativo brasileiro (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009; BRASIL, 2009). A Constituição não possuía um conceito de deficiência quando da criação da LOAS, cenário que se altera apenas com a ratificação da Convenção

da ONU pelo Brasil em 2008. E essa ausência fez, inclusive, que o próprio BPC mudasse cinco vezes a forma de avaliar a deficiência para o benefício assistencial entre 1995 e 2008 (BRASIL, 2007b).

Na tentativa de utilizar um conceito de deficiência mais relacionado aos objetivos da política de assistência social, a legislação do BPC, em 2007, adotou os parâmetros da CIF para avaliação das condições biopsicossociais relacionados aos estados de saúde das pessoas deficientes solicitantes do benefício assistencial (BRASIL, 2007a). Apesar de a adoção da CIF ser considerada um avanço para orientar a avaliação das condições que transformam as pessoas deficientes em elegíveis ao BPC, por ter inclusive agregado as ideias do modelo social, ela não altera os parâmetros da incapacidade para o trabalho e para a vida independente assinalado na LOAS. Os dois critérios continuam a ser descritos no Decreto 6.214, de 2007, pelo conceito de incapacidade como “um fenômeno multidimensional que abrange limitação do desempenho de atividade e restrição da participação, com redução efetiva e acentuada de inclusão social” (BRASIL, 2007b). Para fins de concessão do benefício, redução na inclusão social é entendida basicamente como ausência de participação na escola para o caso das crianças. Já no caso dos adultos seria a incapacidade para participar do mercado de trabalho. Disso resulta que as condições sociais, de saúde e corporais a serem julgadas pelas perícias do INSS e, a partir de 2009, pela perícia social, devem ter como parâmetros de avaliação o quanto a doença, a deficiência ou os impedimentos corporais restringem a participação social do indivíduo. No entanto, as variáveis de mensuração da participação continuam, essencialmente, independência e trabalho (SANTOS; DINIZ; PEREIRA, 2009; DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009).

A intenção das diretrizes da CIF é de oferecer condições de avaliação da saúde das pessoas e dos estados relacionados à saúde, não somente de pessoas com impedimentos corporais, mas de todas as pessoas (CIF, 2003). Ou seja, de acordo com as propriedades da CIF, “a saúde e os estados relacionados à saúde associados a todas as condições de saúde podem ser descritos... Em outras palavras, a CIF tem aplicação universal” (CIF, 2003, p. 18). Para o catálogo universal da CIF, as pessoas não são as unidades de classificação, ou seja, a CIF não classifica as pessoas, mas descreve e avalia as situações de cada pessoa dentro de um espectro de domínios de saúde ou relacionados a ela (CIF,

2003). A nova proposta da OMS compreende a deficiência em termos de domínios relacionados à saúde capazes de descrever os corpos deficientes como resultantes de algum estado alterado ou perda da funcionalidade do corpo, de sua função ou estrutura. Esse desvio significativo ou perda relacionada às funções ou estruturas do corpo provocam restrições de participação ou limitação das atividades diárias das pessoas (CIF, 2003). Apesar de levar em consideração os fatores socioambientais na determinação das incapacidades, para a CIF, a avaliação das incapacidades de uma pessoa não será sobre circunstâncias que não estejam relacionadas à saúde, como aqueles resultantes de fatores socioeconômicos (CIF, 2003). Por exemplo, uma pessoa que sofre discriminação em razão de um tratamento desigual, em função da cor da pele ou do analfabetismo, não pode ter tal situação de discriminação avaliada em termos das diretrizes da CIF.

A CIF aprovada pela OMS, em 2001, é uma extensa revisão da *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps* (ICIDH), tentativa pioneira da OMS de organizar um catálogo universal sobre lesões e deficiências, publicada em 1980 (BARNES, 2009; DINIZ, 2007). A publicação da CIF pela OMS é considerada um marco para o tema da deficiência como justiça social, não somente pelo peso e alcance que uma classificação oficial da OMS pode representar para as políticas públicas em âmbito internacional, mas, principalmente, por agregar a perspectiva sociopolítica da deficiência defendida pelo modelo social (BARNES, 2009; DINIZ, 2007; DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009). Na medida em que reconhece a importância do meio social e físico, é possível afirmar que a CIF avança na classificação da deficiência em relação ao catálogo anterior da OMS. Entretanto, apesar de que a CIF postula que os indivíduos constituem somente um dos elementos da análise da deficiência dentro do enfoque biopsicossocial, há interpretações de que a abordagem da CIF não inova em relação ao documento anterior da OMS. Colin Barnes (2009), indaga, sobretudo, que a CIF não desenvolve adequadamente como devem ser os instrumentos para mensurar as dimensões sociais e culturais da deficiência, o que favorece as avaliações das circunstâncias pessoais em vez de valorizar as circunstâncias da inclusão social e política (BARNES, 2009). Certamente, todos esses desafios apontados por Colin Barnes (2009) à CIF serão enfrentados pelas perícias sociais que, a partir de 2009, passam a utilizar a CIF como parâmetro de avaliação

das condições socioambientais e de saúde em que as pessoas deficientes solicitantes do BPC estão inseridas.

O modelo social da deficiência desde seus primeiros precursores foram responsáveis por fortalecer a compreensão da deficiência como uma das desigualdades sociais que se expressam no corpo, além das descrições biomédicas que tratavam a deficiência meramente como questão de saúde. Fortalecido nas últimas décadas, esse percurso analítico possível de descrever a questão da deficiência favoreceu a abordagem do tema como uma das matérias de justiça social, portanto, influenciando legislações e a formulação de políticas públicas em muitos países democráticos. No Brasil, a presença das ideias do modelo social apenas tardiamente pode ser verificada em razão da adoção da CIF pela legislação do BPC, que orienta as avaliações das pessoas deficientes desde meados de 2009. Um corpo com impedimentos não leva necessariamente a situações de opressão social, mas são as disposições estruturais, os valores sociais e as práticas culturais que não tratam de forma equitativa as pessoas com impedimentos corporais que expressam a desigualdade pela deficiência. O modelo social favorece a abordagem da deficiência nesses termos ao denunciar que a desigualdade não está inscrita em um corpo com impedimentos, mas em estruturais sociais que privilegiam exclusivamente corpos sem impedimentos. Nesse sentido, a CIF foi a tentativa da OMS em oferecer um catálogo universal capaz de criar condições de avaliação das situações biopsicossociais a que as pessoas com impedimentos corporais experimentam a deficiência.

Uma das principais críticas que se fazia ao BPC, quando anunciava seu potencial a de uma política com alcance restritivo para garantir proteção social às pessoas com deficiência pobres no Brasil, era relacionada ao conceito de deficiência utilizada pela política pública (BRASIL, 2007b; DINIZ; SQUINCA, MEDEIROS, 2007; MEDEIROS; DINIZ; SQUINCA, 2006; SPOSATI, 2004). A definição de deficiência utilizada para o BPC tem o duplo efeito no desenho da política: primeiro, pode ser um reflexo dos objetivos da política assistencial, como os de combater à desigualdade, opressão ou discriminação de determinado grupo de pessoas deficientes e não de outro. Posteriormente, o conceito de deficiência pode também representar o alcance da política social, inclusive, em um nível que ultrapasse a política assistencial, caso o BPC esteja articulado a outras políticas públicas para os deficientes, como as de educação e mundo do trabalho. Nesse sentido,



embora a adoção da CIF como parâmetro para a legislação do BPC possa representar desafios sobre como as perícias sociais serão realizadas, a adoção do marco conceitual da CIF no Brasil poderá trazer novas perspectivas para o modo como as concepções do modelo social podem influenciar as demais políticas públicas no país.

### **Considerações Finais**

A desigualdade pela deficiência não é uma pressuposição instintiva a partir da constatação da diversidade corporal. Deficiência é um conceito abrangente relacionado aos impedimentos corporais que pelas práticas, valores e estruturas sociais reduz a capacidade das pessoas com deficiência de participarem integralmente da sociedade em igualdade de condições com as pessoas não deficientes. Determinadas expressões da deficiência não necessitam apenas de adequações nos ambientes e valores sociais para tratar a deficiência com mais igualdade. Alguns tipos de deficiência necessitam de políticas de proteção social no sentido da garantia de direitos básicos que protege a dignidade humana. Os princípios de justiça e igualdade que embasam a concepção do BPC como política de transferência de renda estão relacionados a eliminar a desigualdade e opressão social que as pessoas com deficiência experimentam na extrema pobreza. Portanto, a avaliação das pessoas deficientes para o BPC tem de levar em consideração, além das condições de saúde, as condições sociais e ambientais que influenciam na determinação da experiência da deficiência.

A CIF inova ao propor uma abordagem universal de avaliação das condições biopsicossociais das pessoas com impedimentos corporais. No entanto, embora a CIF constitua em um esforço de agregar tanto os pressupostos do modelo biomédico quanto do social para descrever a experiência da deficiência, o marco da CIF pode favorecer que a experiência da deficiência seja avaliada em termos de saúde mais que em termos de mudanças políticas, culturais e sociais. Esse constitui o principal contraponto na adoção da CIF como um dos parâmetros de avaliação das pessoas com deficiência solicitantes do BPC. Uma vez que os objetivos do benefício assistencial para pessoas deficientes pobres busca remover desigualdades ligadas à experiência da deficiência, as avaliações periciais deverão estar adequadas aos objetivos da política social, principalmente, de acesso aos direitos básicos como proteção social da dignidade humana. Isso torna a adoção da CIF

pela legislação do BPC particularmente emblemática no sentido não apenas de estabelecer diretrizes para avaliação dos solicitantes do benefício assistencial, tendo influências do modelo social, mas de como transformar as concepções da CIF em parâmetros para propor efetivamente alterações na abordagem da deficiência como desigualdade e opressão social.

Como demonstrado, o modelo social foi responsável por fragilizar as pressuposições do modelo biomédico que descrevia o corpo com impedimentos como uma variação indesejada do corpo normal. Mas o modelo biomédico e o modelo social da deficiência continuam sendo as principais narrativas que descrevem a experiência das pessoas com impedimentos corporais, ora implicando mudanças estruturais, ora propondo tratamentos de saúde para as pessoas deficientes. Na medida em que uma ou outra abordagem tem centralidade em determinada sociedade, a influência das ideias de tal perspectiva pode prevalecer no desenho das legislações e, portanto, das políticas públicas direcionadas às pessoas com deficiência. A adoção da CIF como diretriz que orienta as avaliações das pessoas deficientes para o BPC não pode reforçar uma abordagem dos impedimentos corporais em termos de estabelecer hierarquias entre os corpos capazes e incapazes para o trabalho e para a vida independente, como a legislação do benefício ainda parece sugerir.

## **Referências**

ACRE. Justiça Federal. *Ação Civil Pública n. 2007.30.00.000204-0, de 11 de abril de 2007*. Proposta pelo Ministério Público Federal e pela Defensoria Pública Federal contra o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), trata dos critérios de elegibilidade ao Benefício de Prestação Continuada. Rio Branco, AC, 2007.

BARNES, C. Las teorías de la discapacidad y los orígenes de la opresión de las personas discapacitadas en la sociedad occidental. In: BARTON, Len (Org.). *Discapacidad y sociedad*. Madrid: Morata, 1998.

\_\_\_\_\_. Un chiste malo: rehabilitar a las personas con discapacidad en una sociedad que discapacita. In: BROGNA, Patricia. *Visiones y revisiones de la discapacidad*. México: FCE, 2009.

BARNES, C.; BARTON, L.; OLIVER, M. *Disability studies today*. Cambridge: Polity Press, 2002.

BARTON, L. *Discapacidad e sociedad*. Madrid: Morata, 1998.

BARTON, L.; OLIVER, M. *The birth of disability studies*. Leeds: The Disability Press, 1997.

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

\_\_\_\_\_. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília, DF. 1988. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7ao.htm)>. Acesso em: 5 maio 2009.

\_\_\_\_\_. *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência/CORDE. 2007b.

\_\_\_\_\_. *Decreto n. 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 8.742, de 7 de dezembro de 1993 e dá outras providências. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/Antigos/D1744.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/Antigos/D1744.htm)>. Acesso em: 16 out. 2009.

\_\_\_\_\_. *Decreto n. 3.289 de 20 de dezembro de 1999*. Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa com Deficiência, consolida as normas e dá outras providências. 1999. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/D3298.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/D3298.htm)>. Acesso em: 16 out. 2009.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 5.296, de 2 de dezembro de 2004*. Estabelece critérios básicos para acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. 2004. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2004/Decreto/D5296.htm)>. Acesso em: 16 out. 2009.

\_\_\_\_\_. *Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993*. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social. Brasília, DF. 1993. Disponível em: <<http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/leis/L8742.htm>>. Acesso em: 30 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Benefício de prestação continuada*. Brasília, DF, 2009. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br>>. Acesso em: 30 set. de 2009.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto n. 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 n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993 e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 26 de set. 2007c.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Decreto nº 6.564, de 12 de setembro de 2008. Altera o regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*. Brasília, 15 set. 2008.

\_\_\_\_\_. Supremo Tribunal Federal. *ADPF n.º 182*. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/peticaoInicial/pesquisarPeticaoInicial.asp>>. Acesso em: 15 out. 2009.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA A FAMÍLIA DE CLASSIFICAÇÕES INTERNACIONAIS, ORGANIZADOR. CIF. *Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*. São Paulo: Ed. Universidade de São Paulo, 2003.

CORBIN, A. A influência da religião. In: CORBIN, A.; COURTINE, J.-J.; VIGARELLO, G. (Ed.). *História do corpo*. São Paulo: Vozes, 2006. v. II.

CORKER, M.; SHAKESPEARE, T. *Embodying disability theory*. Condon: Continuum, 2004.

COSTA, V. A. da. Políticas públicas de formação de professores para la inclusión escolar em Brasil: evaluación de los programas de formación continua en la educación inclusiva. In: BROGNA, Patricia. *Visiones y revisiones de La discapacidad*. México: FCE, 2009.

COURTINE, Jean-Jacques. O corpo anormal - história e antropologia culturais da deformidade. In: COURTINE, J.-J.; CORBIN, A.; VIGARELLO, G. (Ed.). *História do corpo*. São Paulo: Vozes, 2006. v. III.

DHANDA, A. Construindo um novo léxico dos direitos humanos: convenção sobre os direitos das pessoas com deficiências. *Sur Revista Internacional de Direitos Humanos*, São Paulo, v. 5, n. 8, jun. 2008.

DINIZ, D. *O que é deficiência*. São Paulo: Brasiliense, 2007. (Coleção Primeiros Passos).

DINIZ, D.; BARBOSA, L.; SANTOS, W. R. dos. Deficiência, direitos humanos e justiça. *Sur Revista Internacional de Direitos Humanos*, São Paulo, n. 11, p. 65-78, 2009.

DINIZ, D.; MEDEIROS, M.; SQUINCA, F. Qual deficiência? Perícia médica e assistência social no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2589-2596, 2007.

\_\_\_\_\_. Reflexões sobre a versão em português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2507-2510, out. 2007.

EDMUNDSON, W. A. *Uma introdução aos direitos*. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

FIGUEIRA, E. *Caminhando em silêncio: uma introdução à trajetória das pessoas com deficiência na história do Brasil*. São Paulo: Giz, 2008.

FOUCAULT, M. *O nascimento da clínica*. São Paulo: Forense Universitária. 2004.

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

FRANCIS, L.; SILVERS, A. *American with disabilities: exploring implications of the Law for individuals and institutions*. New York: Routledge, 2000.

GOFFMAN, I. *Estigma: notas sobre a identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: LTC, 1988.

GÓIS, J. B. H. et al. Avaliação do benefício de prestação continuada: características sociais, proteção social e seus efeitos. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 96, nov. 2008.

KITTAY, E. *Love's labor: essays on Women, Equality and dependency*. New York: Routledge, 1998.

LANE, Harlan. Construction of deafness. In: DAVIS, Lennard. *The disability studies reader*. New York/London: Routledge, 1997. p. 153-171.

LEIVAS, P. G. C. Estrutura normativa dos direitos sociais fundamentais e o direito fundamental ao mínimo existencial. In: SOUZA NETO, C. P. de; SARMENTO, D. (Coord.). *Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie*. Porto Alegre: Lumen Juris, 2008.

MARTÍN, S. J. A proteccion en el sistema interamericano a las personas com discapacidad. In: JIMENEZ, E. P. *Igualdad, no discriminacion y discapacidad*. Buenos Aires: Ediar, 2006.

MEDEIROS, M.; BRITTO, T.; SOARES, F. *Programas focalizados de transferência de renda no Brasil: contribuições para o debate*. Brasília: IPEA, 2007. (Texto para Discussão nº 1283).

MEDEIROS, M.; DINIZ, D.; SQUINCA, F. *Estudo do programa brasileiro de transferência de rendas para a população com deficiência e suas famílias: uma análise do Benefício de Prestação Continuada*. Brasília: Ipea, 2006. (Texto para Discussão, 1.184).

MIRANDA, A. A. B. Educação especial no Brasil: desenvolvimento histórico. *Revista Cadernos de História da Educação*, Uberlândia, n. 7, jan./dez, 2008.

NERI, M. C.; SOARES, W. L. Idade, incapacidade e o número de pessoas com deficiência. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, Campinas, v. 21, n. 2, p. 303-321, jul./dez. 2004.

NUSSBAUM, M. *Las fronteras de la justicia*. Madrid: Paidós, 2006.

OKIN, S. M. *Justice, gender and the family*. Chicago: Book Press, 1989.

OLIVER, M.; BARNES, C. *Disabled people and social policy: from exclusion to inclusion*. London: Longman, 1998.

PIRES, F. L. *O direito à mobilidade na cidade: mulheres, crianças, idosos e deficientes*. 2009. 88f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2009.

PRINZ, C. *European disability pension policies*. Viena: Asgate Publishing Company, 2003.

- ROHDE, L. A. et al. Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22, supl. 2, 2000.
- ROIG, R. de A. Derechos humanos y discapacidad: algunas reflexiones derivadas del analisis de la discapacidad desde la teoria de los derechos. In: JIMENEZ, E. P. *Igualdad, no discriminacion y discapacidad*. Buenos Aires: Ediar, 2006.
- SANTOS, W. R. dos. Pessoas com deficiência: nossa maior minoria. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 501-519, 2008.
- SANTOS, W. R. dos; DINIZ, D.; PEREIRA, N. Deficiência e perícia médica: os contornos do corpo. *Reciis*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, p. 16-23, jun. 2009.
- SASSAKI, R. K. Mobilização das pessoas deficientes: como foi de 1980 a 1989 e como será de 1990 a 1999. *Integração*, São Paulo, v. 3, n. 9, p. 31-33, 1990.
- SILVA, M. O. da S.; YAZBEK, M. C.; DI GIOVANNI, G. *A política brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda*. São Paulo: Cortez, 2004.
- SILVA, O. M. *A epopéia ignorada: a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje*. São Paulo: CEDAS, 1986.
- SPOSATI, Aldaíza (Org.). *Proteção social de cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal*. São Paulo: Cortez, 2004.
- TAVARES, M. L. Assistência social. In: SOUZA NETO, C. P. de; SARMENTO, D. (Coord.). *Direitos sociais: fundamentos, judicialização e direitos sociais em espécie*. Porto Alegre: Lumen Juris, 2008.
- THOMSON, R. G. *Freakery: cultural spectacles of the extraordinary body*. New York: New York University Press, 1996.
- VAITSMAN, J.; PAES-SOUZA, R. (Org.). *Avaliação de políticas e programas do MDS: resultados. Bolsa Família e Assistência Social*. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação. Brasília-DF: SAGI, 2007. v. II.
- VASCONCELOS, F. D. *Ironias da desigualdade: políticas e práticas de inclusão de pessoas com deficiência física*. 2005. 206 f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva). Universidade Federal da Bahia (UFBA), Bahia, 2005.
- WENDELL, S. *The rejected body: feminist philosophical reflections on disability*. New York: Routledge, 1996.

Recebido em: 22/07/2010  
Aprovado em: 30/08/2010