

WEDERSON SANTOS

---

**MODELO SOCIAL, INTERDISCIPLINARIDADE  
E INTERSETORIALIDADE: DESAFIOS ÀS  
POLÍTICAS SOCIAIS PARA A DEFICIÊNCIA  
NO BRASIL**

Assistente social e doutor em Sociologia pela Universidade de Brasília. É pesquisador e professor universitário nas temáticas de deficiência, saúde mental, assistência social, previdência, serviço social e direitos humanos. Atualmente, é coordenador-geral de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República (SDH/PR).



---

## MODELO SOCIAL, INTERDISCIPLINARIDADE E INTERSETORIALIDADE: DESAFIOS ÀS POLÍTICAS SOCIAIS PARA A DEFICIÊNCIA NO BRASIL

WEDERSON SANTOS

A partir dos anos 1970, o debate nas Ciências Humanas e Sociais sobre como compreender o fenômeno da deficiência influenciou de forma decisiva o modo de os países avaliarem as condições sociais e de saúde de suas populações. De uma compreensão centrada nos saberes biomédicos, a avaliação da deficiência passou a se basear nos aspectos sociais, culturais, políticos e atitudinais para descrever a deficiência para além de um julgamento reducionista a respeito de padrões estéticos ou biológicos de um corpo com anormalidade. Desse modo, deficiência não é mais um constructo da natureza e mero demarcador de identidade, mas, antes de tudo, uma relação social, histórica e política de poder que inscreve os corpos com variações em situações de desigualdade e opressão.

Assentar a deficiência enquanto uma relação permeada por desigualdades e opressão significa redirecionar o modo como é preciso dar respostas para reparar as injustiças enfrentadas pelas pessoas com deficiência. O denominado modelo social da deficiência, inaugurado no Reino Unido ao longo dos anos 1970, foi responsável por fragilizar o paradigma biomédico da deficiência, que, durante muito tempo, teve a hegemonia da autoridade científica para explicar o que era a deficiência (DINIZ, 2007). Essa mudança trouxe consequências ao deslocar a deficiência meramente como um problema localizado na esfera da saúde e dos avanços tecnológicos para uma mudança em que se exigem investimentos em políticas públicas e sociais que promovam a igualdade entre pessoas com e sem deficiência.

O modelo social da deficiência teve origem nos movimentos sociais das pessoas com deficiência, que pautaram a insuficiência do paradigma

biomédico em descrevê-la como uma experiência de desigualdade e opressão (Ibid.). Aos poucos, o modelo social adentrou os espaços acadêmicos, favorecendo uma profunda revisão das teorias sociais que ofereciam lentes analíticas para as situações de opressão pelo corpo em trajetória semelhante à de outras temáticas, como o feminismo, as teorias de gênero e antirracistas, que também denunciaram construções históricas de opressão. Após esse movimento, o próximo passo passou a ser a revisão de marcos legislativos e jurídicos ao redor do mundo para levar adiante incorporações de princípios do modelo social nas políticas públicas voltadas para as pessoas com deficiência.

Depois de um intenso processo de revisão da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) ou *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps* (ICIDH), de 1980, a Organização Mundial de Saúde (OMS) publicou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), em 2001. A CIF baseou-se no debate da saúde coletiva e da epidemiologia contemporânea, além dos princípios oferecidos pelo modelo social da deficiência, e buscou oferecer uma ferramenta capaz de avaliar situações de saúde globais em que as pessoas estão inseridas (CIF, 2003). A CIF diferencia-se da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) por esta se preocupar com as causas das doenças, enquanto a CIF centra esforços na avaliação das consequências para a vida da pessoa de uma condição de saúde específica (doença, deficiência e incapacidade) que pode levar a restrições de participação social na vida cotidiana e comunitária.

Em 2006, a Organização das Nações Unidas (ONU), em Assembleia Geral, aprovou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. De forma inédita, houve ampla participação democrática das pessoas com deficiência na discussão e elaboração do referido documento. Em seu primeiro artigo, a convenção da ONU estabelece que

pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (2009a, [online]).

De um lado, a utilização da CIF como diretriz orientadora das políticas públicas e sociais, como prevê a OMS, estabelece um conjunto de desafios às ações públicas, que devem reparar injustiças baseadas nas diretrizes do modelo social da deficiência. De outro, a incorporação da convenção da ONU ao direito interno brasileiro, pela ratificação da convenção em 2008 pelo Congresso Nacional, requer um conjunto de práticas para a correta aplicação de seus princípios. O objetivo deste artigo é apresentar uma análise da institucionalização das diretrizes e dos princípios da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, da ONU, à luz do debate da interdisciplinaridade e da intersetorialidade nas políticas sociais, com a finalidade de apontar os principais desafios para o fortalecimento do modelo social da deficiência no país.

#### **PÓS-CONSTITUIÇÃO DE 1988 E AS POLÍTICAS SOCIAIS PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA**

De acordo com Pereira (2014), a política social se impõe como um conceito complexo, que não condiz com a ideia pragmática de mera provisão, ato governamental, receita técnica ou decisões tomadas pelo Estado e alocadas verticalmente na sociedade. A apreensão da política social exige um esforço aprofundado de conhecimento dos seus movimentos, tendências e relações (Ibid.). Assim, as políticas sociais acabam por constituir um conjunto complexo de naturezas e funções capazes de constituir uma rede de proteção social tal que os direitos de cidadania são alcançados para a concretização de necessidades humanas básicas das pessoas. Por sua vez, para Castel (2005), proteção social é a condição de possibilidade para que as pessoas formem uma sociedade no meio da qual os indivíduos têm acesso a um conjunto de recursos e direitos para manter relações de interdependência com todos.

Segundo Di Giovanni (1998), para compreender o significado de proteção social é preciso localizar as formas institucionalizadas nas sociedades para proteger parte ou o conjunto de seus membros de certas experiências naturais ou sociais decorrentes de momentos específicos, tais como idade, doença, privações materiais, restrições de habilidades,

desigualdade na promoção de oportunidades, desvinculações ao mundo do trabalho etc. A proteção social se efetiva por meio de mecanismos de redistribuição de recursos, tendo como objetivos beneficiar aqueles desprotegidos pela eficácia do sistema econômico, favorecer a igualdade de oportunidades e reduzir desigualdades ligadas a fatores negativos que reduzem as potencialidades e a autonomia das pessoas. Para tanto, a proteção social depende de relações econômicas, políticas, sociais e culturais que são modeladas a depender de cada contexto específico.

Desse modo, analisar a proteção aos direitos das pessoas com deficiência no Brasil significa, antes de tudo, contextualizar a inserção brasileira no cenário econômico global. Os sistemas de seguridade social tendem a se estruturar com a referência da organização social do trabalho, apesar de constituírem-se de forma bastante diferenciada em cada país, em decorrência de questões estruturais e conjunturais. Essa organização depende da inserção do Brasil na divisão internacional do trabalho, do nível de desenvolvimento socioeconômico do país, do grau de industrialização, da formação do mercado de trabalho, entre outros demarcadores, como a legislação fabril e da seguridade social. Dessa forma, os desafios para a proteção social das pessoas com deficiência no Brasil terão relação direta com tais características que demarcam o lugar de inscrição das pessoas no mundo do trabalho, o que certamente será diferente dos países de capitalismo central.

Por exemplo, a seguridade social brasileira, inaugurada com a Constituição Federal de 1988, incorporou princípios de dois modelos: da lógica do seguro (contributiva, como é a Previdência Social) e da lógica universal (como é a saúde, além da lógica não contributiva da assistência social). Entretanto, a necessária afirmação constitucional do sistema de seguridade social no país no final dos anos 1980 não foi suficiente para criar condições objetivas a partir dos anos 1990 para a materialização da proteção social ampliada a todos os cidadãos e às pessoas com deficiência, em particular (BOSCHETTI, 2006). A seguridade social, dependente em grande medida da lógica contributiva da previdência, abriu flancos no sistema de proteção social, somente amenizados ao longo dos anos 2000 com a emergência do Sistema Único de Assistência Social em 2004.

É a partir desse cenário que deve ocorrer a análise da incorporação nas políticas sociais dos princípios da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU, de 2006, incorporada ao ordenamento jurídico brasileiro em 2009. Como diferentes formas de abordagem dos direitos podem esboçar diferentes perspectivas, pois o enfoque dos direitos é uma das principais ferramentas de organização da vida social e política, as proteções garantidas podem provocar a alteração do quadro social em que determinada sociedade se encontra (EDMUNDSON, 2006; ROIG, 2006). Nesse sentido, no auge das lutas e articulações políticas dos anos 1980 no Brasil, os movimentos sociais ligados às causas da deficiência compreenderam essa concepção e foram responsáveis pela reivindicação de diversos direitos assegurados no texto constitucional (FIGUEIRA, 2008; SASSAKI, 1990). Essa articulação política não foi diferente no momento da ratificação da convenção da ONU, com *status* constitucional, em 2008 (DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009).

A articulação de diversos movimentos sociais e a pressão política e social no período da Constituinte no final dos anos 1980 deixou o tema da deficiência em destaque. Educação, mundo do trabalho, acessibilidade e assistência social passaram a contar com diretrizes constitucionais que favoreceram o surgimento de diversas políticas para atender às reivindicações por inclusão e cidadania das pessoas com deficiência a partir dos anos 1990. No entanto, tal cenário apresenta avanços modestos ao lado de muitos desafios a serem superados nas últimas duas décadas, como pode ser verificado nas políticas de educação inclusiva, mercado de trabalho, remoção de barreiras arquitetônicas, acessibilidade, políticas de esporte, lazer e cultura, dentre outras. Dessa forma, em 2008, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência passou por apreciação do Congresso Nacional, o que permitiu que esse instrumento jurídico internacional de direitos humanos passasse a ter *status* constitucional em sua aplicação no direito interno brasileiro.

## A CONVENÇÃO E OS DESAFIOS NO CASO BRASILEIRO

A abordagem que se faz sobre a deficiência, principalmente, nos últimos anos, como um dos temas na esfera dos direitos fundamentais, sem dúvida, é revolucionária do ponto de vista das condições que se criam para mudar a realidade das pessoas com deficiência. Nos últimos anos, diversos países democráticos têm despendido esforços para estabelecer marcos legais e políticas públicas para oferecer respostas à ideia de que inclusão e proteção social, ou seja, o direito de participar na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas, são necessariamente direitos fundamentais de todos. Quando o Estado não promove tais ações públicas, ele contribui para a reprodução das condições que mantêm as desigualdades.

Nessa concepção, em Assembleia Geral em 2006, a ONU aprovou a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência como um dos marcos legais e jurídicos mais importantes até então para a proteção dos direitos humanos das pessoas com deficiência, estabelecendo atribuições aos Estados partes que incorporassem a convenção. A inovação das concepções da convenção se deve, principalmente, a quatro motivos: demarcou a mudança da assistência para os direitos das pessoas com deficiência, provocando alterações nos marcos normativos dos países signatários; introduziu o idioma da igualdade para conceder tratamento igualitário às pessoas com deficiência; reconheceu a necessidade da autonomia com apoio para as pessoas com deficiência; e tornou a compreensão da deficiência como parte da experiência humana (DHANDA, 2008). A convenção tem a capacidade de contestar a crença que, durante anos, fez parte de valores sociais e culturais em muitos países: que uma vida com deficiência é menos valiosa e que, por isso, a proteção a uma vida com deficiência pode passar a contribuir para a valorização da diversidade humana.

Pelo texto da convenção, o propósito do documento é a promoção e a proteção dos direitos humanos para assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência, promovendo o respeito à dignidade humana (BRASIL, 2009a). Esse propósito lança luz de forma efetiva para a plena aplicação de políticas públicas e sociais que sejam capazes de materializar



direitos fundamentais das pessoas com deficiência. Tal prerrogativa não chega, por um lado, a ser um tratamento especial às pessoas com deficiência no bojo da materialização das políticas públicas frente a outros públicos específicos, mas, por outro lado, desafia o funcionamento do Estado brasileiro a encontrar soluções e alternativas para a implementação de ações que dialoguem com o exercício da cidadania e de espaços que promovam a autonomia dos sujeitos.

Estudos mostram que as pessoas com deficiência têm menos anos de escolaridade que as demais pessoas, vivem em famílias mais pobres, não conseguem se empregar, encontram grandes barreiras de mobilidade urbana, de acesso à escola, à política de lazer e cultura, têm dificuldades de acesso a cuidados pessoais e atenção em saúde, entre outros (BRASIL, 2015; NERI; SOARES, 2004; PIRES, 2009; SOUZA; CARNEIRO, 2007; VAITSMAN; ANDRADE; FARIAS, 2009). É nesse contexto que a materialização das políticas sociais no Brasil é desafiante, principalmente, para o grupo das pessoas com deficiência, o que torna a incorporação dos princípios da convenção da ONU nas políticas públicas brasileiras ainda mais complexa.

## **INTERDISCIPLINARIDADE E INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS SOCIAIS**

O modelo social passou a considerar a questão da deficiência como um problema socialmente construído, relacionado com os obstáculos à integração plena dos indivíduos na sociedade. Não é um atributo individual, mas sim um conjunto complexo de condições, criadas ou agravadas, pelo contexto social. Essa reinterpretação da deficiência na perspectiva do modelo social a redescreve como uma restrição de participação das pessoas com deficiência na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas. Esse enfoque se baseia na avaliação das diversas barreiras (econômicas, políticas, culturais e atitudinais) encontradas pelas pessoas em seu cotidiano. Isto é, a deficiência não é produto das falhas individuais, mas uma questão criada socialmente (BARNES, 2009).

Grande parte dos princípios do modelo social foi incorporada na CIF, o que favoreceu a aplicação dos princípios do modelo social nas políticas voltadas para as pessoas com deficiência em diversos países. A CIF permite avaliar as situações da deficiência, porque avalia a funcionalidade como aspectos positivos da interação entre um indivíduo (com determinada condição de saúde) e seus fatores contextuais (fatores ambientais e pessoais) (CIF, 2003). Dessa forma, quando a interação se dá de modo negativo, ocorrem as situações de deficiência. Isto é, a CIF chega às deficiências pela avaliação das consequências dos impedimentos (condições e estados de saúde), e não pelas causas deles.

A CIF foi adotada no Brasil a partir de 2003 e desde então passou a influenciar as políticas sociais voltadas para as pessoas com deficiência (Ibid.). De modo embrionário nas políticas de saúde e de mobilidade no transporte público e de forma mais incisiva na política de assistência social em 2007, o Brasil deu início à incorporação dos princípios do modelo social em suas políticas, seus programas e suas ações direcionadas às pessoas com deficiência antes mesmo da adoção da convenção da ONU em 2009 no país (BRASIL, 2007; PIRES, 2009). Utilizar as diretrizes da CIF como orientadoras das políticas públicas tem o objetivo principal de fragilizar a hegemonia do modelo biomédico, que, durante anos, descreveu e avaliou as deficiências.

Em grande medida, a centralidade do poder biomédico na caracterização das deficiências faz com que a apreciação e a consequente intervenção para reparar injustiças à vida das pessoas com deficiência encontrem desafios. Para Castel,

medicalizar um problema é mais deslocá-lo do que resolvê-lo, porque é autonomizar uma de suas dimensões, trabalhá-la tecnicamente e, assim, cobrir sua significação sócio-política global, a fim de torná-la uma 'pura' questão técnica, adscrita à competência de um especialista 'neutro'" (1978, p. 189).

É nesse sentido que a abordagem biopsicossocial da CIF ganha importância para as políticas sociais.

Dessa forma, dois dos principais objetivos na utilização da CIF acabam também por se transformar nos principais desafios para implementá-la: como avaliar as pessoas com deficiência na perspectiva biopsicossocial? Como intervir na realidade das pessoas com deficiência, a fim de reparar injustiças, superar barreiras, garantir necessidades básicas e fomentar a cidadania por meio do atendimento integral às suas demandas? Para o primeiro questionamento, é preciso aprofundar a discussão da interdisciplinaridade como diretriz de atuação dos profissionais envolvidos na materialização de políticas sociais. Por sua vez, para o segundo bloco de desafios, a discussão da intersectorialidade nas políticas sociais se transforma em pressuposto fundamental para o modo como as respostas públicas devem atender às demandas por justiça e igualdade das pessoas com deficiência.

A interdisciplinaridade nas políticas sociais voltadas para a deficiência diz respeito, sobretudo, ao modo como as avaliações das pessoas com deficiência devem ocorrer, a fim de selecionar quais são as pessoas que devem ter acesso a bens, serviços, programas e políticas específicas. Trata-se do momento pericial, que estabelece as portas de entrada das pessoas às políticas públicas. Se, antes, o pragmatismo da Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à Saúde circunscrevia um terreno limitado e, para além disso, um arsenal objetivo para lidar com as avaliações da deficiência, atualmente, com a perspectiva da CIF e da própria convenção da ONU, avaliar quem são as pessoas com condições de saúde que experimentam deficiência não deve prescindir da perspectiva biopsicossocial para assentar a deficiência na sua dimensão relacional com o meio social e as barreiras.

A interdisciplinaridade nas políticas sociais se impõe não como uma proposta de destruição da especialização, já que esta configura o particular que se realiza no universal e vice-versa, mas como um convite ou alerta ao especialista para que ele se torne também sujeito da totalidade (PEREIRA, 2014). A interdisciplinaridade, nessa perspectiva, pressupõe que haja complementaridade, horizontalidade e inter-relação entre os saberes que compõem equipes e/ou instituições que realizam processos de avaliação das pessoas com deficiência. E não se está querendo chamar a atenção apenas para o momento inicial de diagnósticos de base etiológica para fins

de intervenções de saúde e terapêuticas, mas lançar luz sobre os processos amplos, dinâmicos e contínuos de relação de profissionais envolvidos em políticas públicas e demais intervenções, nas quais a avaliação das pessoas com deficiência deve fortalecer os princípios do modelo social presentes na CIF e na convenção.

A centralidade dos saberes biomédicos ocupou um lugar importante no processo histórico, que foi circunscrevendo explicações e destinações às pessoas com deficiência (CORBIN, 2006). Isto é, antes da estruturação da medicina moderna, a deficiência, por um lado, estava sujeita a explicações de caráter místico e religioso, cuja intervenção quase sempre resultava em práticas sociais de viés corretivo, moralista e discriminatório (Ibid.). Por outro lado, o saber médico soube desmistificar a deficiência, mas a essencializou e naturalizou, na medida em que o paradigma dos saberes biomédicos passou a redescrever um corpo deficiente enquanto um desvio da norma, portanto, possível de correção e cura. Esse movimento, importante para trazer a deficiência para o campo das intervenções modernas, trouxe consequências difíceis de superar, principalmente, no que tange à necessidade de atender às demandas legítimas das pessoas com deficiência, além daquelas ligadas a intervenções de saúde, como acesso a direitos sociais, alterações legislativas para a inclusão universal, proteção à dignidade na diversidade e na dependência, entre outras. Dessa forma, a interdisciplinaridade tem papel decisivo para suplantando a centralidade biomédica e, ao mesmo tempo, fortalecer o paradigma do modelo social da deficiência.

A interdisciplinaridade sugere, pois, relação de reciprocidade entre saberes distintos com suas contradições específicas e inerentes, tendo em vista a recomposição da unidade segmentada do conhecimento, que, na realidade, não é compartimentalizado. Além disso, na interdisciplinaridade, os saberes se interpenetram a fim de modificar e enriquecer as práticas profissionais (PEREIRA, 2014). Nesse sentido, a multidisciplinaridade, isto é, o conjunto de múltiplos saberes que compõem uma prática, deve ter a interdisciplinaridade como modelo de atuação e princípio orientador para sedimentar e fortalecer a compreensão de que, antes de ser demarcadora de identidades, a deficiência é uma relação social em que as pessoas experimentam restrições de participação em virtude de não adaptações dos ambientes e de estruturas e atitudes discriminatórias.

Ao lado da prática da interdisciplinaridade, a intersetorialidade ganha cada vez mais força como uma diretriz para as políticas sociais. Para as ações direcionadas às pessoas com deficiência, não é diferente. A intersetorialidade é entendida como instrumento de otimização de saberes, de competências, por meio de relações sinérgicas, das políticas setoriais em prol de um objetivo comum para alcançar uma prática social compartilhada (Ibid.). Intersetorialidade nas políticas sociais requer pesquisa, planejamento e avaliação para a realização de ações conjuntas e integradas entre diversas ações com funções e objetivos distintos, buscando a complementaridade dessas ações a fim de potencializar os objetivos a serem alcançados por determinadas políticas sociais na visão integral para o atendimento das demandas dos sujeitos (Ibid.). Isto é, por meio da intersetorialidade, as políticas sociais têm mais condições de alcançar os objetivos de atenção integral às demandas apresentadas pelas pessoas com deficiência.

Por exemplo, quando chega a um serviço de saúde, esse local expressa apenas uma das frentes para atender a uma demanda das pessoas com deficiência. No entanto, uma demanda de saúde pode ter determinantes relacionados à educação, ao trabalho e emprego, à assistência social, à previdência, à mobilidade, ao acesso à cultura e ao lazer, de modo que o serviço de saúde tem de levar essa dimensão para uma atenção integral das demandas apresentadas, por meio do trabalho articulado com os demais setores e políticas. Para que tal demanda em saúde seja efetiva, é preciso haver a relação da saúde com as áreas de assistência social, previdência, educação, trabalho e emprego, esporte e lazer e cultura, entre outras. A intersetorialidade permite uma nova frente de atuação nas políticas sociais, para que tanto as ações tenham essa prática como objetivo quanto os profissionais atuem nessa perspectiva, orientando-os no fazer técnico-profissional das equipes que atendem pessoas com deficiência.

Além disso, iniciativas governamentais têm papel crucial para favorecer a intersetorialidade nas políticas sociais, principalmente, porque intersetorialidade tem a ver com o modo como as políticas e demais ações públicas já existentes devem atuar de forma conjunta e integrada, visando o atendimento das demandas apresentadas pelos usuários. No caso das pessoas com deficiência, desde 2011, tem-se no Brasil o exemplo

do Plano Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência – “Viver sem limite”, instituído pelo Decreto nº 7.612 (BRASIL, 2011a). Ao todo são 15 ministérios com atribuições específicas no “Viver sem limite”, que, em seu artigo 3º, estabelece como diretrizes, por exemplo: a garantia de um sistema educacional inclusivo; a ampliação da participação das pessoas com deficiência no mercado de trabalho; a ampliação do acesso das pessoas com deficiência às políticas de assistência social e de combate à extrema pobreza; a ampliação e qualificação da rede de atenção à saúde da pessoa com deficiência, em especial os serviços de habilitação e reabilitação; além da promoção do acesso, do desenvolvimento e da inovação em tecnologia assistiva. Ações como essas, da União, de estados e municípios, podem favorecer sobremaneira a intersetorialidade das ações públicas.

## O CASO DAS POLÍTICAS DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E DE PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL

Uma das primeiras políticas que adotou na íntegra o conceito de pessoa com deficiência da convenção da ONU foi a política de assistência social, por meio do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC), da Lei Orgânica da Assistência Social, em 2011 (BRASIL, 2011b). Criado em 1993, o BPC é um dos maiores programas de transferência de renda do Brasil e é responsável pela garantia de um salário mínimo mensal a mais de 3,1 milhões de pessoas idosas com 65 anos ou mais e pessoas com deficiência que não tenham meios de prover sua sobrevivência, nem de tê-la provida pela família. Junto ao Programa Bolsa Família, o BPC é visto como estruturante da política de assistência social (VAITSMAN et al., 2009).

O caso do BPC é emblemático para analisar os desafios de implementar as diretrizes do modelo social, porque, antes mesmo de adotar o conceito da convenção em 2011, a legislação do benefício assistencial já utilizava as diretrizes da CIF desde 2007 para avaliar as pessoas com deficiência requerentes da proteção social (BRASIL, 2007; SANTOS, 2010). Após mais de dez anos utilizando diversos modelos distintos de avaliar as pessoas com deficiência, o Ministério do Desenvolvimento Social e

Combate à Fome, órgão responsável pela gestão do benefício assistencial, decidiu adotar, em 2007, a CIF no momento pericial para a concessão do benefício, a fim de incorporar o modelo social, substituindo a hegemonia biomédica no processo de avaliação das deficiências para a concessão do benefício. Desse modo, quando houve a ratificação da convenção da ONU com *status* constitucional no Brasil, em 2008, o funcionamento do BPC já estava mais sensível à incorporação dos princípios da convenção.

A necessidade de aperfeiçoamentos é constante em qualquer política pública e, no caso do BPC, não é diferente. O processo de avaliação das deficiências para a concessão do benefício assistencial já passou por diversas melhorias desde 2007 e em 2015 chega a sua terceira versão dos instrumentos de avaliação, o que denota o quanto a implementação dos princípios do modelo social são desafiantes, e os ajustes contínuos, necessários (BRASIL, 2009b; 2011c; 2015). Com a incorporação do conceito de deficiência da convenção em 2011 na legislação do benefício assistencial, o principal desafio passou a ser encontrar formas adequadas de avaliação dos impedimentos de longo prazo, conforme dispõe a convenção (BRASIL, 2009b). No caso do BPC, foi estabelecido que longo prazo são aqueles impedimentos acima de dois anos (BRASIL, 2011c). Se, por um lado, isso traz objetividade ao processo de avaliação, essa delimitação em dois anos pode também trazer consequências para o escopo da proteção social do benefício assistencial, quando não é estendido a pessoas com impedimentos de menor duração, mas que poderiam reunir as condições necessárias para se ter acesso à proteção social.

Uma segunda política no país que passou a adotar o conceito de pessoa com deficiência de acordo com o que estabelece a convenção da ONU e, portanto, em conformidade com o paradigma do modelo social da deficiência foi a política de previdência social. Isso se deu por meio do processo de avaliação da aposentadoria por idade ou tempo de contribuição das pessoas com deficiência em razão da publicação da Lei Complementar n° 142, de 2013 (BRASIL, 2013a). A LC n° 142 de 2013 teve o objetivo de oferecer tratamento diferenciado às pessoas com deficiência no momento da requisição da aposentadoria, ao estabelecer que, se as pessoas do Regime Geral de Previdência Social forem consideradas com deficiência leve, moderada ou grave, elas se aposentarão, respectivamente,

dois, seis ou dez anos mais cedo, quando comparado às pessoas sem deficiência (BRASIL, 2003).

Em conformidade com que estabelece o artigo 5º da convenção, como “as medidas específicas que forem necessárias para acelerar ou alcançar a efetiva igualdade das pessoas com deficiência não serão consideradas discriminatórias” (BRASIL, 2009a, [on-line]), a LC nº 142º de 2013 teve o objetivo de aperfeiçoar a política previdenciária voltada para as pessoas com deficiência, bem como de incorporar as diretrizes tanto da convenção quanto da CIF ao processo de avaliação das pessoas com deficiência requerentes da proteção previdenciária (BRASIL, 2014). Como estabelece a Portaria conjunta nº 01 de 2014, a avaliação da deficiência para os requerentes da aposentadoria da LC nº 142 será realizada pela perícia médica e pelo serviço social do Instituto Nacional do Seguro Social, a fim de caracterizar a deficiência e os impedimentos de longo prazo, além de estabelecer a gradação em deficiências leve, moderada e grave, como prevê a lei (Ibid.). Assim como no caso do BPC, na LC nº 142 busca-se garantir a interdisciplinaridade como uma diretriz a ser considerada no processo de avaliação das deficiências.

Desde quando passou a vigorar a avaliação das pessoas com deficiência requerentes da aposentadoria de acordo com a LC nº 142, em março de 2014, mais de 39 mil pessoas foram avaliadas e houve quase 13 mil caracterizações de deficiência nos termos da lei aptas a concessões de aposentadoria adotando os novos critérios.<sup>1</sup> O decreto publicado em novembro de 2014, garantindo o início das avaliações das pessoas com deficiências requerentes da aposentadoria, especificou que, pelo período de dois anos, o processo de avaliação das pessoas com deficiência passaria por acompanhamentos e aperfeiçoamentos, com o objetivo de aprimorar, sobretudo, o instrumento utilizado no processo de avaliação (BRASIL, 2013b, 2014; FRANZOI et al., 2013). O processo de aprimoramento constante do instrumento de avaliação diz respeito, sobretudo, às formas de gradação das deficiências, mas também às melhorias necessárias para promover a interdisciplinaridade no processo de avaliação, o que pode forta-

---

1 Dados internos de gestão fornecidos pelo Instituto Nacional do Seguro Social.



lecer em grande medida os princípios do modelo social dispostos tanto na CIF quanto na convenção da ONU.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

É longo e desafiante o caminho para a incorporação das diretrizes do modelo social da deficiência, que institui um novo paradigma de compreensão para a intervenção das ações públicas voltadas para a pessoa com deficiência. O caso brasileiro é emblemático, porque os desafios para a institucionalização dos princípios da convenção não têm sido suficientemente paralisantes. Isto é, diante das complexidades na gestão e implementação das políticas sociais, tem havido relativo sucesso na empreitada, como demonstram os casos da política assistencial, por meio do Benefício de Prestação Continuada (BPC), e também da legislação previdenciária, por meio da aposentadoria das pessoas com deficiência, instituída pela Lei Complementar nº 142.

A necessidade de aprimoramentos constantes do processo de avaliação das deficiências tem sido um imperativo na legislação tanto do BPC quanto da Lei Complementar nº 142, principalmente no que se refere à interdisciplinaridade entendida como a troca de diferentes saberes, enriquecendo um e outro campo de saber (como no caso do BPC e da LC nº 142, têm-se a perícia médica e o serviço social do INSS) no processo de avaliação das deficiências, a fim de incorporar o que preceitua o modelo social da deficiência.

Além disso, as políticas sociais voltadas para as pessoas com deficiência necessitarão, a partir de agora, potencializar cada vez mais a intersectorialidade como condição para atender de forma conjunta e integrada as diversas demandas apresentadas pelas pessoas com deficiência. A intersectorialidade deve ser entendida para além de um mero ajuste, devido às incompletudes das diversas políticas setoriais, buscando alcançar mecanismos para dinamizar e fortalecer os objetivos de todas as políticas sociais de forma integral. Os avanços verificados na política de assistência social e de previdência social, como analisado anteriormente, devem ser fator motivador às demais políticas, como saúde, trabalho e emprego, transporte, cultura e lazer, esportes, entre outras, capazes de levar adiante

os princípios estabelecidos na convenção que resultem em mudanças de práticas para a valorização dos direitos humanos e da cidadania das pessoas com deficiência.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARNES, C. Un chiste malo: rehabilitar a las personas con discapacidad en una sociedad que discapacita. In: BROGNA, P. **Visiones e revisiones de la discapacidad**. Cidade do México: FCE, 2009.

BOSCHETTI, I. **Seguridade social e trabalho**: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília: LetrasLivres, Editora da UnB, 2006.

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. 2007. Disponível em: [http://planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6214.htm](http://planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Decreto/D6214.htm). Acesso em: 28 abr. 2015.

BRASIL. **Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009**. 2009a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm). Acesso em: 28 abr. 2015.

BRASIL. Portaria Conjunta MDS/INSS nº 01, 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 conforme estabelece o art. 16, § 3º, do Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007, alterado pelo Decreto nº 6.564, de 12 de setembro de 2008. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 maio 2009. 2009b.

BRASIL. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência-Plano Viver sem Limite. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, em 17 nov. 2011. 2011a.

BRASIL. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei nº 8.742, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 7 jul. 2011. 2011b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm). Acesso em: 28 abr. 2015.

BRASIL. Portaria Conjunta MDS/INSS nº 01, 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 Prestação Continuada da Assistência Social. Revoga com ressalva a Portaria Conjunta MDS/INSS nº 01, de 29 de maio de 2009, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 24 maio 2011. 2011c.

BRASIL. **Lei Complementar nº 142, de 8 de maio de 2013**. Regulamenta o § 1º do art. 201 da Constituição Federal, no tocante à aposentadoria da pessoa com deficiência segurada do Regime Geral de Previdência Social – RGPS. 2013a. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp142.htm). Acesso em: 28 abr. 2015.

BRASIL. **Decreto nº 8.145, de 3 de dezembro de 2013**. Altera o Regulamento da Previdência Social - RPS, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, para dispor sobre a aposentadoria por tempo de contribuição e por idade da pessoa com deficiência. 2013b. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8145.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2013/Decreto/D8145.htm). Acesso em: 28 abr. 2015.

BRASIL. Portaria Interministerial nº 01 SDH/MPS/MF/MPOG/CGU, de 29 janeiro de 2014. Aprova o instrumento destinado à avaliação do segurado da Previdência Social e à identificação dos graus de deficiência, bem como define impedimento de longo prazo, para os efeitos do Decreto nº 3048, de 1999. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 29 abr. 2014.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos das Pessoas com Deficiência. **Dados estatísticos sobre a pessoa com deficiência**. 2015. Disponível em: <http://www.sdh.gov.br/assuntos/pessoa-com-deficiencia/dados-estatisticos>. Acesso em: 28 abr. 2015.

CASTEL, R. **A ordem psiquiátrica**: a idade do ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

CASTEL, R. **A insegurança social**: o que é ser protegido? Petrópolis: Vozes, 2005.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE. São Paulo: EdUSP, 2003.

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

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, p. 42-59, jun. 2008.

DI GIOVANNI, G. Sistemas de proteção social: uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA, M. A. (Org.). **Reforma do Estado e Políticas de Emprego no Brasil**. Campinas: Editora Unicamp, 1998.

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**, [online], v. 6, n. 11, 2009. 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 Editorial, 2008.

FRANZOI, A. C. et al. Etapas da elaboração do Instrumento de Classificação do Grau de Funcionalidade de Pessoas com Deficiência para Cidadãos Brasileiros: Índice de Funcionalidade Brasileiro - IF-Br. **Revista Acta Fisiátrica**, v. 20, n. 3, set. 2013. Disponível em: [http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=508](http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=508). Acesso em: 28 abr. 2105.

NERI, M. C.; SOARES, W. L. Idade, incapacidade e o número de pessoas com deficiência. **Revista Brasileira de Estudos Populacionais**, v. 21, n. 2, p. 303321, jul./dez. 2004.

PEREIRA, P. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. In: MONNERAT, G.; ALMEIDA, N. L. T.; SOUZA, R. G. (Org.). **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**. Campinas: Papel Social, 2014.

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

ROIG, R. de A. Derechos humanos y discapacidad: algunas reflexiones derivadas del análisis de la discapacidad desde la teoría de los derechos. In: JIMENEZ, E. P. **Igualdad, no discriminación y discapacidad**. Buenos Aires: Ediar, 2006.

SANTOS, W. Assistência social e deficiência no Brasil: o reflexo do debate internacional dos direitos das pessoas com deficiência. **Serviço Social em Revista**, v. 13, n. 2, p. 67-79, 2010.

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.

SOUZA, J. M. de; CARNEIRO, R. Universalismo e focalização na política de atenção à pessoa com deficiência. **Saúde e Sociedade**, v. 16, n. 3, p. 69-84, 2007.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. de; FARIAS, L. O. Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 731-741, 2009.