



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS – IH  
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL – SER  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICA SOCIAL - PPGPS

**Ana Paula do Nascimento Barros**

DEPENDÊNCIA E DEFICIÊNCIA: UM ESTUDO SOBRE O ÍNDICE DE  
FUNCIONALIDADE BRASILEIRO APLICADO À APOSENTADORIA (IFBr-A)

**Brasília - DF**

**2016**

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UNB**

**Ana Paula do Nascimento Barros**

**DEPENDÊNCIA E DEFICIÊNCIA: UM ESTUDO SOBRE O ÍNDICE DE  
FUNCIONALIDADE BRASILEIRO APLICADO À APOSENTADORIA (IFBr-A)**

Dissertação apresentada para banca de defesa como requisito para obtenção de título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Política Social - PPGPS do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília- UNB

**Orientadora:** Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lívia Barbosa

**Brasília – DF**

**2016**

Ficha catalográfica elaborada automaticamente, com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a)

BARROS, Ana Paula  
BB277d           DEPENDÊNCIA E DEFICIÊNCIA:UM ESTUDO  
                  SOBRE O  
                  ÍNDICE DE FUNCIONALIDADE BRASILEIRO APLICADO À  
                  APOSENTADORIA / Ana Paula BARROS; orientador LÍVIA  
                  BARBOSA . -- Brasília, 2016.  
                  85 p.

Dissertação (Mestrado - Mestrado em Política  
Social) -- Universidade de Brasília, 2016.

1. Lei Complementar 142 de 2013. 2. Previdência  
Social. 3. Índice de Funcionalidade Brasileiro.  
4. Deficiência . 5. Dependência. I. BARBOSA ,  
LÍVIA , orient. II. Título.

**Ana Paula do Nascimento Barros**

**DEPENDÊNCIA E DEFICIÊNCIA: UM ESTUDO SOBRE O ÍNDICE DE  
FUNCIONALIDADE BRASILEIRO APLICADO À APOSENTADORIA (IFBr-A)**

Dissertação apresentada para banca de defesa como requisito para obtenção de título de mestre no Programa de Pós-Graduação em Política Social- PPGPS do Departamento de Serviço Social da Universidade de Brasília- UNB.

**BANCA EXAMINADORA**

**Profª. Drª. Livia Barbosa**

**Orientadora - PPGPS/SER/UNB**

**Prof. Dr. Éverton Pereira**

**Departamento de Saúde Coletiva/UnB**

**Prof. Dr. Wederson dos Santos**

**Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com  
Deficiência da Secretaria de Direitos Humanos**

**Prof. Dr. Cristiano Guedes**

**Membro Suplente – PPGPS/SER/UNB**

## AGRADECIMENTOS

Agradeço à professora Lívia Barbosa, pela orientação cuidadosa, dedicada e atenta, que me acompanha desde a Graduação em Serviço Social, com constantes incentivos em dimensões da minha vida tanto pública quanto privada.

Ao professor Marcelo Medeiros e à professora Débora Diniz pelas importantes contribuições na banca de qualificação do Projeto, as quais foram determinantes para a construção da presente Dissertação.

A todos professores e professoras do Programa de Pós Graduação em Política Social da Universidade de Brasília, em especial as que me acompanharam no processo de representação discente e nas disciplinas cursadas: Ivanete Boschetti, Carlos Lima, Evilásio Salvador, Lúcia Lopes, Rosa Stein e Sílvia Yannoulas.

A Domingas Carneiro e demais servidores do Programa de Pós Graduação em Política Social da Universidade de Brasília, pelo acompanhamento e esclarecimentos durante o processo do Mestrado.

Aos colegas da turma do Mestrado de 2014, uma turma simpática e comprometida, cujos debates e reflexões se estenderão para nossas vidas.

A Rafael Rodrigues, leitor dedicado e entusiasta nas escolhas de vida, além de meu parceiro nessa e em outras jornadas.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) pela bolsa de pesquisa durante os dois anos de Mestrado.

Aos participantes da Banca de Defesa da presente Dissertação, professor Éverton Pereira e Wederson Rufino, referências no debate sobre deficiência e justiça no Brasil, que aceitaram generosamente contribuir com este Trabalho.

## RESUMO

A presente Dissertação é resultado de um estudo qualitativo com interlocução entre o debate sobre análise de políticas sociais e os marcos conceituais: feminista e dos estudos sobre deficiência. O objeto estudado foi o Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado à Aposentadoria (IFBr-A), instrumento utilizado pela Lei Complementar 142 de 2013 (LC 142/2013), que assegura o direito à aposentadoria para as pessoas com deficiência pelo Regime Geral da Previdência Social (RGPS). O IFBr-A mensura o grau de deficiência das pessoas podendo variar em leve, moderado ou grave. Essa mensuração definirá a redução no tempo de contribuição à Previdência Social por parte das pessoas com deficiência para fins da aposentadoria. Compreendendo que o conceito de deficiência assumido pelas políticas sociais determina o acesso aos direitos assegurados, a análise dos instrumentos utilizados por estas políticas que visam garantir a participação das pessoas com deficiência em igualdade de condições aos demais sujeitos ganha uma importante dimensão a ser considerada. Este estudo conclui que o IFBr-A privilegia a independência como valor ético central na sociedade contemporânea e sob esse marco avalia a deficiência para fins da aposentadoria pela LC 142/2013. A centralidade na dependência das pessoas com deficiência gera contradições na avaliação da deficiência reforçando a noção de que individualmente as pessoas são responsáveis pelas suas condições de vida, e não que a deficiência é reflexo de uma sociedade opressora. Dessa forma, as pessoas que não precisam da ajuda de terceiros ou de adaptações em seu cotidiano, ainda que sofram discriminação pela deficiência, podem não ser contempladas no instrumento que as avalia como plenamente capazes. Apesar de superar a perspectiva estritamente biomédica sobre a deficiência, o instrumento expressa uma disputa entre pelo menos duas gerações do modelo social da deficiência, o que contribui para a manutenção de uma hegemonia de uma perspectiva ainda individualizante sobre a deficiência.

**PALAVRAS – CHAVE: Lei Complementar 142/2013, Previdência Social, Índice de Funcionalidade Brasileiro, Deficiência, Dependência.**

## **ABSTRACT**

This thesis results of a qualitative study of the dialogue between the debate on analysis of social and political conceptual frameworks: feminist and disability studies. Object of the study was the Brazilian Functionality Index Applied to Retirement (IFBr-A), an instrument used by Complementary Law 142 of 2013 (LC 142/2013), which guarantees retirement rights for disabled people by the General Social Security System (RGPS). The IFBr-A measures disability of people ranging in mild, moderate or severe. This measure will set the reduction in the time of contribution to Social Security for disabled people for the purpose of retirement. Understanding that the concept of disability assumed by social policies determines access to rights, the analysis of the instruments used by these policies, which guarantee the participation of disabled people on equal conditions to others people, have gained an important dimension to consider. This work concludes that the IFBr-A favors independence as central ethical value in contemporary society and under this milestone evaluates disability for purposes of retirement by LC 142/2013. The centrality of the dependence of disabled people generates contradictions in disability reinforcing the notion that individual people are responsible for their living conditions, and not that disability is the result of an oppressive society. That way, people who do not need the help of others or adaptations in their daily lives, still suffering discrimination by disability, can not be included in the instrument that evaluate them as fully capable. Despite overcoming the strictly biomedical perspective on disability, the instrument express a dispute between at least two generations of the social model of disability which contributes to the maintenance of hegemony even individual perspective on disability.

**KEY-WORDS: Complementary Act 142/2013 , Social Security, Brazilian Functionality Index, Disability, Dependence.**

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1: Condições do modelo linguístico Fuzzy .....</b>	<b>52</b>
--	-----------



## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CF/88 – Constituição da República Federativa do Brasil de 1988

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CNS – Conselho Nacional de Saúde

INSS – Instituto Nacional do Seguro Social

LC 142/2013 – Lei Complementar 142 de 2013

MPS – Ministério da Previdência Social

Portaria Interministerial AGU/MPS/MF/SEDH/MP Nº 1 DE 27/01/2014 - Portaria Interministerial da Advocacia Geral da União, Ministério da Previdência Social, Secretaria de Direitos Humanos, Ministério Público nº 1 de 27 de janeiro de 2014.

RGPS - Regime Geral da Previdência Social

RPS - Regulamento da Previdência Social

## SUMÁRIO

INTRODUÇÃO .....	10
CAPÍTULO 1 Discussões Metodológicas.....	21
1.1 Método: Contribuições à Análise de Políticas Sociais.....	20
1.2 Procedimentos Metodológicos: A Pesquisa.....	26
1.2.1 O campo.....	28
1.2.2 Tratamento dos Dados.....	30
CAPÍTULO 2 Dependência e Deficiência .....	34
2.1 Contribuições feministas: reflexões sobre a dependência.....	33
2.2 Deficiência.....	42
2.2.1 Modelo biomédico.....	43
2.2.2 Modelo social.....	44
2.3 Deficiência e cuidado: a necessária intersecção entre os estudos sobre deficiência e os estudos feministas .....	47
2.4 Promoção da justiça social às pessoas com deficiência: Marco legal do modelo social nas legislações brasileiras.....	51
CAPÍTULO 3 Avaliação da pessoa com deficiência para a aposentadoria pela LC 142/2013.....	54
3.1 O Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado à Aposentadoria (IFBr-A) .....	56
3.2 Independência como valor central à avaliação da deficiência: Controvérsias na aplicação do IFBr-A.....	61
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	71
REFERÊNCIAS .....	74
ANEXO.....	81

## INTRODUÇÃO

A proteção social é um sistema de políticas sociais que têm como objetivo atender as demandas sociais, dando respostas às necessidades para um padrão adequado de vida. Gerida pelo Estado, no capitalismo, a política social procura conciliar interesses antagônicos entre as classes sociais, defrontando-se, historicamente, com o impasse em atender necessidades sociais como questão de direito ou de justiça sem afetar a acumulação do capital (PEREIRA, 2013). Nesta forma de sociabilidade, os paradigmas de justiça distributiva se localizam não na quantidade de recurso que deve ser alocado para determinada política social, mas em como utilizá-lo na distribuição para a população (MEDEIROS e DINIZ, 2008). Assim, a relação entre proteção social e justiça se evidencia no embate cujas dimensões são tanto filosóficas quanto práticas a respeito do justo em uma sociedade cuja estrutura é desigual.

As políticas sociais são compreendidas enquanto uma modalidade de política pública, a qual pressupõe a ação do Estado com vistas a responder as demandas e necessidades sociais (PEREIRA, 2009) materializadas em direitos sociais. Neste movimento, a compreensão do público abrange a participação de todos<sup>1</sup> nas decisões que culminam nessas políticas, assim como em seu controle e avaliação. Política social como política pública é espaço de disputas entre sujeitos cuja característica elementar é a diversidade humana. Nesses termos, a política social requisita a sociedade tanto no processo decisório de formulação, quanto no acompanhamento e implementação da política.

Considerar que a sociedade é composta por seres humanos diversos é elemento central para se pensar as ações do Estado. O princípio da universalidade das políticas sociais fundamenta-se na perspectiva de que a política pública deve se estender a todas as pessoas na sociedade e responder à suas necessidades sociais. Nessa perspectiva, tanto para a implementação quanto consolidação de direitos é crucial contemplar as diferentes expressões da vida humana abrangendo as mais variadas formas de estar mundo. Contudo, a noção de universalidade das políticas sociais contemporâneas tenta responder às necessidades de grupos diversos por meio de um padrão dominante de pessoa. Os parâmetros sobre as necessárias condições de vida têm como base a experiência de homens, brancos, heterossexuais, sem deficiência, que dentre outras características, são privilegiados enquanto um grupo específico de seres humanos e subordinam todos que não se encaixam nesta padronização.

---

<sup>1</sup> Segundo Potyara Pereira (2009), o termo “público” é derivado do grego *res publica* que significa “de todos” (PEREIRA, 2009).

Há uma dominação masculina velada sob o signo da igualdade entre os sujeitos sociais historicamente atrelada a organização das sociedades a partir do patriarcado. Em face dessa realidade, são os grupos populacionais subalternizados e oprimidos que questionam a sociabilidade dominante. As reivindicações por atenção a essas formas de opressão, para além da exploração de classes, ganham notoriedade na década de 1970 com os movimentos feministas. Tais movimentos alertam para a existência de opressões que se evidenciam no campo da diversidade humana, para as quais a atenção do Estado deveria ser voltada. A crítica feminista coloca em pauta a prevalência de um modelo de pessoa que embasa as políticas fundamentadas na dominação patriarcal, ou seja, no modelo de homem, branco, heterossexual, sem deficiência, que assim, estabelece um padrão sobre as características humanas, colocando em posição de desigualdade e opressão quem foge ao padrão (BARBOSA, 2013).

É preciso invocar o reconhecimento público de que a sociedade é composta por sujeitos sociais diversos e que a justiça somente poderá ser promovida quando todos e todas forem assim legitimados por direitos que atendam suas necessidades. Como forma de enfrentamento a dominação masculina, a experiência das mulheres evidencia uma quebra de paradigmas ainda dominante. A ação reflexiva das mulheres a partir de suas vivências de subordinação reivindica a superação da sociabilidade posta e se expressa como alternativa emancipatória. Trata-se de reinterpretar as teorias que se embasam na ordem patriarcal com vistas a contribuir para a ampliação dos entendimentos sobre o justo e, nessa medida, incluir as pessoas que estão em condição de subordinação. Apesar disso, é importante lembrar que mesmo no campo emancipatório do feminismo são travadas importantes disputas teóricas e políticas. Em face de uma sociedade cuja base de funcionamento, o sistema capitalista, privilegia a propriedade e riqueza, no campo teórico foram as mulheres das camadas sociais mais elevadas que possuíram tempo e recursos para debruçarem-se sobre o campo das ideias.

Nessa direção, o perigo de reproduzir experiências e vivências representativas apenas das mulheres privilegiadas é um desafio a ser enfrentado. É preciso considerar que um campo do saber que se evidencia como emancipatório parte da compreensão de que a realidade é diversa. Com isso, a perspectiva feminista é composta por feminismos, compreensões sobre o real que assumem particularidades das experiências sobre o vivido com vistas a contemplar a totalidade dos sujeitos sociais. Segundo Sandra Harding, “A pesquisa feminista não representa a substituição da lealdade a um gênero pela lealdade a outro - a troca de um subjetivismo pelo outro -, mas a transcendência de todo gênero, o que, portanto, aumenta a

objetividade” (HARDING, 1993 p.13). Transcender ao gênero possibilita análises que superam outras formas de opressão socialmente construídas, como classe, raça e deficiência, por exemplo.

Trata-se da reivindicação da paridade de participação (FRASER, 2007) que consiste no reconhecimento de que grupos desfavorecidos estão em situação de injustiça social e, por isso, necessitam de ações que os coloquem como pares em relação às demais pessoas. Para evidenciar essa discussão, as pessoas com deficiência são um grupo que expressa a diversidade humana, mas que vivencia a opressão social sob o discurso hegemônico de que apresentam desvantagens naturais. As explicações e compreensões sobre a deficiência são determinantes para a definição de como enfrentar as situações de desigualdades que esses sujeitos experimentam. Em quase todas as sociedades a deficiência foi tida como um azar, pecado, tragédia individual (DINIZ, 2007) e as pessoas com deficiência postas como monstros e aberrações para a sociedade (COURTINE, 2009). Por isso, as pessoas com deficiência eram destratadas e excluídas do convívio social, precisavam mendigar<sup>2</sup> para suprir suas necessidades básicas de vida, ou eram incluídas como atrações em shows análogos à circos, os chamados *freakshows* (THOMSON, 1996).

O olhar biomédico sobre o corpo é a primeira possibilidade de garantia dos direitos às pessoas com deficiência. A deficiência passa a ser explicada baseada na embriologia e genética (BARBOSA, et al. 2010). Essa perspectiva é conhecida como o “modelo biomédico da deficiência” que encontra respaldo na sobreposição do saber biomédico em classificar os sujeitos em normais ou não, com base em uma noção ideal sobre o funcionamento dos corpos humanos. Partindo do modelo biomédico da deficiência, desenvolve-se a perspectiva de que as pessoas com deficiência devem ser normalizadas, uma vez que apresentam desvios ao padrão de corpo normal, o que as impossibilita de realizar as atividades cotidianas da mesma forma que as pessoas sem deficiência.

O conceito central do modelo biomédico da deficiência é igualar impedimento e deficiência, assim, a deficiência é definida como impedimento corporal (THOMAS, 2002). As desvantagens na sociedade e o sofrimento enfrentado pelas pessoas com deficiência são explicados como algo inerente e natural ao corpo com impedimentos. Dessa forma, a isenção de sentido político e cultural à deficiência repercute na desigualdade e opressão que subalterniza as pessoas com deficiência. Assim, o modelo biomédico apesar de ter inserido as

---

<sup>2</sup> O uso do termo “handicap”, considerado pejorativo pelo modelo social da deficiência, do inglês “chapéu na mão” foi muito tempo utilizado como definição de deficiência, em uma clara analogia a condição de mendicância vivida por estes sujeitos.

peças com deficiência no mundo, ao considerá-las enquanto sujeitos para a intervenção biomédica, manteve a individualização e culpabilização que as explicações religiosas já cultivavam – ao explicarem deficiência fruto do pecado e do azar – por olharem apenas para o funcionamento dos corpos, e não para a construção social da pessoa com deficiência.

Em oposição ao modelo biomédico surgiram os estudos sobre deficiência (disability studies) apoiados nas ciências sociais. A experiência do Reino Unido é particularmente importante por iniciar, nos anos de 1970, uma nova perspectiva, radical e controversa, teórica e prática, referida como “modelo social da deficiência” (BARNES, et al. 2002). Trata-se da reformulação sobre a deficiência como uma forma de opressão social em contraste com a perspectiva puramente biomédica e preocupada apenas com o funcionamento do corpo. A inquietação das pessoas com deficiência em razão de suas condições de vida, relegadas às instituições residenciais que as retiravam do convívio com as demais pessoas, a exclusão do mercado de trabalho, da oportunidade de receberem um salário digno e a pobreza forçada, levou esses sujeitos a se organizarem individual e coletivamente (THOMAS, 2002).

Neste cenário, a deficiência pode ser compreendida como expressão da questão social, dada a articulação estratégica das pessoas com deficiência, assumindo o papel político de transformar suas necessidades sociais em questões a serem incorporadas na agenda pública e nas arenas decisórias. Os primeiros estudos sobre deficiência basearam-se no materialismo histórico para explicar a opressão vivida pelas pessoas com deficiência como consequência dos valores centrais capitalistas (DINIZ, 2007). Diante disso, os corpos com impedimentos eram tidos como improdutivos e sem funcionalidade para o mercado de trabalho e por isso, relegados à situação de marginalização e reféns da caridade.

Na primeira geração dos estudos sobre deficiência, sob o marco teórico da teoria marxista, a construção da deficiência é interpretada como consequência das barreiras sociais<sup>3</sup>. Nessa direção, a superação dessas barreiras significaria a superação da deficiência. A centralidade das pautas de luta se dava para a inclusão das pessoas com deficiência nas atividades cotidianas, como por exemplo, no mercado de trabalho que seria viabilizada com a superação das barreiras sociais. Apesar da importante mudança de compreensão sobre a deficiência, entre o modelo biomédico e a primeira geração do modelo social, este último não conseguiu romper com a soberania biomédica. Ao pleitear a superação das barreiras como

---

<sup>3</sup> O termo *barreiras sociais* está sendo utilizado no presente estudo em um sentido amplo que engloba as mais diversas barreiras que estão no meio físico, no transporte, na informação, na comunicação e nos serviços (BRASIL, 2011).

único limite à participação social das pessoas com deficiência, os aspectos do corpo continuaram a ser explicados e tratados pelo saber biomédico.

Os estudos sobre deficiência foram influenciados pelas abordagens feministas e culturalistas que se expandiram fortemente durante a década de 1990 (DINIZ, 2007). Conhecida como segunda geração do modelo social da deficiência, a perspectiva feminista trouxe para o debate sobre deficiência dimensões fundamentais que a primeira geração preferiu esquecer. As mulheres com e sem deficiência colocaram em pauta as experiências particulares da deficiência e as relações de cuidado que emergem dessa condição. Ao falarem de si mesmas, as cuidadoras, responsáveis por se dedicar às necessidades das pessoas com deficiência no âmbito doméstico, reivindicam o reconhecimento de seus direitos enquanto trabalhadoras fundamentais para a sociedade e pautam como valor central à humanidade as relações de interdependência. As mulheres com deficiência, por sua vez, reclamam a importância das experiências de seus corpos e mentes sem reforçar uma perspectiva individualizante sobre essas vivências (MORRIS, 1996).

É fundamental a contribuição que as feministas dão ao debate sobre deficiência quando partem da experiência das cuidadoras e das mulheres com deficiência. A vivência das mulheres permite a contestação das teorias dominantes sobre a ética e justiça, uma vez que propõem um valor central à humanidade alternativo às teorias hegemônicas. Enquanto as teorias de justiça tradicionais partem da independência como valor humano central para a organização e conduta humana, as feministas propõe a interdependência como dimensão fundamental à existência das sociedades por mais de uma geração (KITTAI, 1999). O cuidado está diretamente relacionado à condição humana, assim como a dependência. Em diferentes fases da vida as pessoas experimentam a dependência, como na infância, na velhice, e mesmo na deficiência e, por sua vez, demandam o trabalho com o cuidado.

Em face dos elementos fundamentais a serem considerados para compreender a deficiência, o modelo social da deficiência avança neste debate em relação ao modelo biomédico, ainda que haja importantes controvérsias e disputas teóricas nestes campos. Ainda assim, foi a partir do modelo social que a deficiência passou a ser entendida como a opressão e discriminação sofridas pelas pessoas com impedimentos em ambientes com barreiras (DINIZ et al, 2010). Essa mudança de perspectiva é fundamental para a garantia dos direitos das pessoas com deficiência. Trata-se de devolver para a sociedade, por meio das ações do Estado, a responsabilidade pela garantia de condições de vida às pessoas com deficiência

como medida de viabilização dos direitos humanos. Neste cenário, o modelo social é consolidado, no Brasil, com a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência.

A primeira Convenção do século, ratificada pelo Brasil em 2007 e atribuída o status de emenda constitucional em 2008, traz em seu texto legal a definição de que a deficiência se expressa nas opressões sociais sofridas no decorrer da vida dos sujeitos com impedimentos em razão de a sociedade não estar estruturada para atender a suas necessidades. Ou seja, a pessoa com deficiência é aquela que apresenta 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 igualdade de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2011). Assim, a deficiência se evidencia como desigualdade, nas palavras de Wederson Santos (2010): “Deficiência é compreendida como desigualdade quando as sociedades se mostram pouco preparadas para assimilar a diversidade corporal” (SANTOS, 2010 p.175).

A Convenção deve ser o balizador tanto para revisar as normas e legislações existentes, quanto as que surgirem sobre as pessoas com deficiência. Um importante exemplo da adesão ao conceito social de deficiência na política social brasileira é a Lei Complementar 142 de 2013 (LC 142/2013). O texto legal da LC 142/2013, que regulamenta a concessão da aposentadoria para pessoas com deficiência pelo Regime Geral da Previdência Social (RGPS), reconhece que as barreiras estão presentes na sociedade e não na pessoa que habita o corpo com impedimento, de forma que deficiência é o resultado dessa interação entre os impedimentos corporais e as barreiras sociais. A referida Lei Complementar é a primeira a desde sua formulação se embasar pelo conceito de deficiência da Convenção, ao definir no Art. 2º que para o reconhecimento da Lei Complementar é considerada pessoa com deficiência “aquela que tem 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 igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2013).

Ao determinar critérios diferenciados para a aposentadoria da pessoa com deficiência, critérios esses que objetivam garantir maior acesso a direitos à pessoa com deficiência, a Lei Complementar 142 de 2013 reconhece que são necessárias medidas de justiça que garantam igualdade de participação das pessoas com deficiência com os demais sujeitos. Em se tratando da primeira Lei cuja formulação tem como base o conceito da Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, a LC 142/2013 é um exemplo de que a política social brasileira



está se direcionando a uma compreensão mais social e ampliada sobre a deficiência. Perante esse debate, a aposentadoria para pessoa com deficiência é um marco para a garantia de direitos a esse grupo populacional.

A Lei Complementar 142 de 8 de maio de 2013 encontra sua previsão legal na Constituição Federal de 1988 (CF/88). Em 2005, a Emenda Constitucional 47 incluiu na Carta Magna a ressalva para a adoção de critérios diferenciados para a concessão de aposentadoria pelo Regime Geral da Previdência Social (Artigo 201 CF/88), a serem definidos em lei complementar. Materializada na LC 142/2013, a aposentadoria para pessoa com deficiência se insere na política de previdência social brasileira que é organizada, no Brasil, pelo Regime Geral da Previdência Social (RGPS). Apesar de o sistema previdenciário brasileiro ser constituído por outros dois regimes básicos<sup>4</sup> e um facultativo,<sup>5</sup> apenas o RGPS contempla a concepção de previdência social enquanto política componente do sistema de Seguridade Social, consolidado na Constituição de 1988.

Trata-se da conquista das lutas dos movimentos sociais organizados no período constituinte que reivindicavam direitos de cidadania. Nessa medida, a compreensão e defesa da Seguridade Social e das políticas que a integra – saúde, assistência e previdência social – se alinha a defesa de uma previdência social pública e universal, o que ainda não foi possível (SILVA, 2012). A previdência social consiste em uma política contributiva que visa garantir condições de vida por meio do repasse de uma renda aos segurados, que incide em um percentual sob o valor do salário, a depender da categoria do segurado em momentos que estes estão impedidos de manter sua renda por meio do trabalho<sup>6</sup>. As aposentadorias pelo Regime Geral da Previdência Social podem se dar por tempo de contribuição ou por idade. Pelo tempo de contribuição é necessário um mínimo de 30 anos para mulheres e 35 anos para homens. No caso da aposentadoria por idade<sup>7</sup>, com no mínimo 180 meses de contribuições, as mulheres têm direito a partir dos 60 anos e, os homens a partir dos 65 anos.<sup>8</sup>

---

<sup>4</sup> São eles: O Regime de Previdência dos Servidores Públicos, denominado Regime Próprio de Previdência Social (RPPS) e o Regime dos Servidores Públicos Militares da União (SILVA, 2012).

<sup>5</sup> Consiste no Regime Complementar, composto pela previdência complementar aberta e fechada. (SILVA, 2012).

<sup>6</sup> É importante ressaltar que há diversos fatores que restringem, de forma permanente ou temporária, o exercício do trabalho e, por isso, são protegidos pela política de previdência social. Segundo o artigo 201 da Constituição Federal de 1988, que trata da previdência social brasileira, são protegidos os eventos de doença, invalidez, morte, idade avançada, desemprego involuntário, maternidade (especialmente à gestante), salário-família e auxílio-reclusão para os dependentes dos segurados de baixa renda, pensão por morte do segurado, homem ou mulher, ao cônjuge ou companheiro e dependentes (BRASIL, 1988).

<sup>7</sup> Trata-se da aposentadoria para trabalhadores urbanos. Na situação dos segurados especiais, aqueles cuja base do trabalho é a economia familiar no meio rural, há redução de 5 anos na idade para a aposentadoria. No caso das mulheres o direito a aposentar-se é aos 55 anos, e os homens aos 60 anos. O tempo de contribuição também é

Os critérios da LC 142/2013 determinam que a depender da gradação da deficiência haverá redução no tempo de contribuição dos segurados. Assim, as pessoas que forem consideradas com deficiência grave, terão redução de 10 (dez) anos, no caso de deficiência moderada serão 6 (seis) anos e na situação de deficiência leve 2 (dois) anos. Dessa forma, quando consideradas pela avaliação como pessoas com deficiência grave, as mulheres se aposentarão com 20 anos de contribuição e os homens com 25 anos de contribuição. Se consideradas pessoas com deficiência moderada as mulheres se aposentarão com 24 anos de contribuição, e os homens com 29 anos de contribuição. E, por fim, caso sejam consideradas pessoas com deficiência leve, as mulheres se aposentarão com 28 anos de contribuição e os homens com 33 anos de contribuição.

Para a garantia do direito à aposentadoria, a Lei Complementar prevê em parágrafo único, que regulamento do Poder Executivo defina o grau da deficiência, em grave, moderado ou leve. Diante disso, o Decreto 8.145 de 3 de dezembro de 2013, altera o Regulamento da Previdência Social (RPS)<sup>9</sup> para dispor sobre a aposentadoria por tempo de contribuição e por idade da pessoa com deficiência. Por sua vez, o referido Decreto determina, para efeito de concessão da aposentadoria da pessoa com deficiência, que a perícia própria do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) tenha suas competências definidas nos termos de ato conjunto do Ministro de Estado Chefe da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, dos Ministros de Estado da Previdência Social, da Fazenda, do Planejamento, Orçamento e Gestão e do Advogado-Geral da União, que consiste na Portaria Interministerial AGU/MPS/MF/SEDH/MP N° 1 DE 27/01/2014 (BRASIL, 2013).

A Portaria Interministerial N° 1 de 27/01/2014 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 Regulamento da Previdência Social (Decreto 3048/99) (BRASIL, 2014). O instrumento referido recebe a sigla de IFBrA

---

diferenciado para os segurados especiais, os quais, nas situações previstas em Lei podem comprovar apenas tempo de trabalho.

<sup>8</sup> A aprovação da Medida Provisória n° 676 de 17 de junho de 2015 (MP 676/2015) altera a incidência do fator previdenciário no cálculo das aposentadorias para os segurados que preencherem os requisitos para aposentadoria por tempo de contribuição (30 ou 35 anos). Podem optar pela não incidência do fator previdenciário “quando o total resultante da soma de sua idade e de seu tempo de contribuição, incluídas as frações, na data de requerimento da aposentadoria, for: I - igual ou superior a noventa e cinco pontos, se homem, observando o tempo mínimo de contribuição de trinta e cinco anos; ou II - igual ou superior a oitenta e cinco pontos, se mulher, observando o tempo mínimo de contribuição de trinta anos. § 1º As somas de idade e de tempo de contribuição previstas no caput serão majoradas em um ponto em: I - 1º de janeiro de 2017; II - 1º de janeiro de 2019; III - 1º de janeiro de 2020; IV - 1º de janeiro de 2021; e V - 1º de janeiro de 2022.” (BRASIL, 2015).

<sup>9</sup> Decreto 3.048, de 6 de maio de 1999 – Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências (BRASIL, 1999).

que abrevia: Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado para Fins de Aposentadoria. O impedimento de longo prazo é definido para o Regulamento da Previdência Social como aquele que produza efeitos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, pelo prazo mínimo de 02 (dois) anos, contados de forma ininterrupta. (BRASIL, 2014).

O IFBrA é utilizado por médicos peritos, responsáveis pelas perícias médicas e assistentes sociais que realizam as avaliações sociais. Tratam-se de profissionais que integram o quadro de servidores públicos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). A Portaria Interministerial institui que o instrumento será objeto de revisão por instância técnica específica constituída no âmbito do Ministério da Previdência Social, no prazo máximo de um ano, a contar da data de publicação do ato normativo, podendo haver revisões posteriores. (BRASIL, 2014). Em função disso, o instrumento está passando por fases de revisão, mais especificamente, de validação.

A validação do IFBrA, se deu a partir de um termo de cooperação entre o Ministério da Previdência Social e a Universidade de Brasília (UnB), e consistiu em uma construção conjunta entre essas duas instituições. Inicialmente, a convite do INSS, pesquisadores da equipe da UnB acompanharam o processo de capacitação dos técnicos do INSS para a aplicação do instrumento e participaram de um conjunto de videoconferências promovido por essa instituição para discussões sobre o conteúdo do Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado à Aposentadoria (IFBr-A). Com vistas a possibilitar que os técnicos do INSS contribuíssem nesse processo de validação, foi editada a Portaria nº 22 da Diretoria do Saúde do Trabalhador do INSS, de 26 de dezembro de 2013, que constituiu Grupo de Trabalho para auxiliar no aperfeiçoamento do IFBrA.

Enquanto fase qualitativa da validação do instrumento (segunda fase), a equipe de pesquisa da UnB realizou observações das avaliações sociais e perícias médicas; entrevistas com os profissionais (assistentes sociais e médicos peritos) e entrevistas com as pessoas com deficiência cujos atendimentos foram observados. O objetivo da pesquisa qualitativa foi a reflexão sobre as formas por meio das quais o IFBr-A avalia os segurados da previdência social no que diz respeito à Lei Complementar 142/2013, a partir de sua aplicação pelos profissionais do Instituto Nacional do Seguro Social, bem como as perspectivas apresentadas pelas pessoas com deficiência que estão em situação pericial pela referida Lei. Em face desse contexto e enquanto participante do grupo de pesquisa da Universidade de Brasília (UnB) que acompanhou a aplicação do instrumento em diferentes regiões brasileiras, a autora da presente Dissertação analisou o Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado à Aposentadoria a partir

da sua utilização pelos profissionais, nas perícias médicas e avaliações sociais, assim como sob a percepção das pessoas com deficiência implicadas nesse processo. Para estruturar esse debate, o presente trabalho se organiza em três capítulos.

\*\*\*

No Capítulo 1 encontra-se a discussão sobre a metodologia da pesquisa realizada, buscando dialogar com a análise de políticas sociais. Para fins do presente trabalho, um capítulo específico de discussão metodológica se faz fundamental, uma vez que objetiva contribuir com a estratégia de construção de possibilidades para a metodologia de análise de políticas sociais. Parte da análise da política social de aposentadoria concedida pelo Regime Geral da Previdência Social (RGPS) no contexto brasileiro, na especificidade desta política para as pessoas com deficiência normatizada pela Lei Complementar nº 142 de 2013. Para fins da aposentadoria, é necessária a avaliação de quem são esses sujeitos, para que assim possam acessar o direito. Dessa forma, insere a discussão sobre os critérios que tornam as pessoas elegíveis ou não para esta política social em particular, e pode dar luzes a outras políticas que sejam direcionadas a grupos específicos e que, por isso, necessitam de parâmetros para o acesso.

A discussão do Capítulo 2 se volta para a relação entre dependência e deficiência. A dependência é defendida, a partir do marco teórico feminista, enquanto uma condição humana que se expressa desde o primeiro estágio da vida. Por outro lado, a deficiência se estabelece enquanto uma forma de opressão social, uma vez que a sociedade coloca em situações de desigualdade e subordinação as pessoas que apresentam um corpo diverso ao que é posto como normal. Assim, é traçado um paralelo entre essas duas concepções sob a perspectiva feminista, evidenciando suas diferenças e complementariedades.

Por fim, o Capítulo 3 expressa a análise dos dados coletados na fase qualitativa de validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado à Aposentadoria (IFBr-A). Torna evidente os equívocos e dificuldades enfrentadas pelos profissionais que aplicam o instrumento e pelas pessoas com deficiência avaliadas, ao se basear na independência como valor ético central. Ao equiparar deficiência à dependência o instrumento retoma uma lógica individualizante sobre a experiência da deficiência contribuindo para a manutenção da soberania biomédica no que tange à avaliação da deficiência.

# CAPÍTULO 1

## Discussões Metodológicas

### 1.1 Método: Contribuições à análise de políticas sociais

A presente Dissertação é resultado de um estudo qualitativo com interlocução entre o debate sobre análise de políticas sociais, o marco conceitual feminista e, dos estudos sobre deficiência. O objeto estudado foi o Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado à Aposentadoria (IFBr-A), instrumento utilizado pela Lei Complementar 142 de 2013, que assegura o direito à aposentadoria para as pessoas com deficiência pelo Regime Geral da Previdência Social (RGPS). Compreendendo que o conceito de deficiência assumido pelas políticas sociais determina o acesso aos direitos assegurados, a análise de políticas sociais que visam garantir a participação das pessoas com deficiência em igualdade de condições aos demais sujeitos, ganha uma importante dimensão a ser considerada. Trata-se da urgência de discussão sobre as formas de apreensão sobre a deficiência que podem ampliar ou reduzir acesso à direitos por parte dessas pessoas. Nesta direção, as presentes reflexões expressam um esforço teórico e prático de contribuição ao debate sobre deficiência e direitos, de forma que estes últimos possam ser de fato acessados por todas as pessoas as quais se direcionam.

Na medida em que a política social é compreendida como uma espécie do gênero política pública (VIANNA, 2002; PEREIRA, 2009), é ressaltada a importância da intervenção do Estado na sociedade enquanto ente mediador das relações sociais entre grupos diversos e divergentes. Segundo Potyara Pereira (2009), é preciso compreender tanto os conceitos de “política” quanto de “pública” para contextualizar o entendimento sobre a política social contemporânea. Assim, há o sentido geral que se refere às ações clássicas da política como voto, partido, governo, e o sentido atribuído ao Estado intervencionista que se desenvolve com os processos de regulação econômica e social no final do século XIX, enquanto estratégia de manutenção da reprodução capitalista.

A política se estabelece enquanto necessária para o funcionamento da sociedade que é composta por pessoas diversas. Os sujeitos sociais se situam de forma desigual na organização da sociedade que se estratifica em grupos dominantes e dominados, dada a divergência dos interesses que não são comuns a todos. Nessa direção, a política objetiva a resolução de conflitos com vistas a possibilitar a convivência civilizada. Enquanto uma arena de conflitos, a política se apresenta como um campo contraditório de poderes. Se por um lado normatiza as ações das pessoas em sociedade, possibilita a formação de contra-poderes que

buscam a ampliação da cidadania e da democracia valorizando a dimensão social (PEREIRA, 2009).

Nesta direção, o caráter de pública da política é atribuído à origem da palavra: derivada do latim *res publica* cujo significado é “coisa de todos” (PEREIRA, 2009), ressaltando que não se trata da intervenção exclusiva do Estado, mas da inerente necessidade de envolvimento, também, da sociedade. Assim, prescinde da participação de toda a sociedade compreendida como o espaço onde os sujeitos se organizam na defesa de seus interesses em face dos valores, cultura e ideologias que desenvolvem os conflitos e contradições sociais, sejam eles conscientes ou não (DURIGUETTO et al, 2009). A política social, enquanto modalidade de política pública, expressa as contradições presentes nesse campo de disputas, consistindo na materialização de direitos sociais.

Segundo Ivanete Boschetti e Elaine Behring (2010), não é possível atribuir a um período específico as primeiras iniciativas reconhecidas como políticas sociais, pois enquanto movimento dinâmico e processual da realidade, não se localiza em um momento e lugar pontual. Contudo, é possível identificá-la enquanto resultado da ascensão do sistema capitalista por meio da Revolução Industrial, das lutas de classe e das respostas do Estado naquele momento histórico. Ou seja, a política social é elemento intrínseco ao capitalismo que por meio das ações do Estado visa responder às reivindicações das classes sociais. A origem desses processos sociais são conferidos aos movimentos de constituição dos países da Europa ocidental e a partir das manifestações social-democratas desde o final do século XIX. (BEHRING, BOSCHETTI, 2010).

Por outro lado, pode-se dizer que a generalização das políticas sociais se deu no movimento pós Segunda Guerra Mundial, em um contexto de derruição dos princípios liberais que pregava a onipotência do mercado na regulação das relações sociais e na sua autorregulação a partir do equilíbrio econômico gerado pela Lei da oferta e demanda. Os Estados sociais, ou de bem-estar social, possibilitaram a consolidação da concepção de política social moderna. Segundo Pereira (2000), o apogeu dos Estados intervencionistas se deu no período de 1945 a 1975. Os conhecidos “30 anos gloriosos” marcaram o papel do Estado como regulador da economia e da sociedade, assim como a principal fonte de provisão da qualidade de vida dos cidadãos.

A análise de políticas públicas se desenvolve a partir da Ciência Política (policy science), no início dos anos de 1950 nos Estados Unidos. Neste cenário, predominavam as perspectivas teóricas ou filosóficas de definição dos objetivos e ações dos governos para a

garantia do bem comum. Com o desenvolvimento dos Estados modernos e o distanciamento recorrente entre a previsão legal e sua materialização em direito social, novas abordagens teóricas e metodológicas surgiram com vistas a articular teoria e prática, marco em que a análise empírica das políticas de fato existentes foi valorizada (PEREIRA, 2009).

Por meio da análise de políticas sociais se expressa uma importante possibilidade de tensionar o Estado para a viabilização de direitos sociais. Por outro lado, a depender das escolhas teórico metodológicas e posicionamentos políticos, pode contribuir para a manutenção da ordem, ou ainda, para a restrição de direitos. Ou seja, o potencial da análise se evidencia no campo de disputas na medida em que pode ampliar ou reduzir direitos a depender da correlação de forças dos interesses políticos envolvidos neste processo consistindo em um importante instrumento democrático (ARRETCHE, 1996; MULLER e SUREL, 2002). Assim, fica evidente a função política e potencial interventivo da análise que nunca é neutra, mas parte das concepções e percepções de seu analista.

Para Marta Arretche (1996), a análise de políticas busca reconstruir as diversas características que constituem determinada política com vistas a apreendê-la enquanto um todo coerente e compreensível, com vistas a tornar a intervenção pública tangível. A autora propõe que a análise possibilita o desvelamento de resultados prováveis das decisões e ações públicas. Por outro lado, apenas a avaliação da política conseguiria estabelecer a relação de causalidade entre a ação e seu resultado. Com isso, a análise se estabelece como um campo de reflexão conceitual sobre os limites e possibilidades da política em sua dimensão de totalidade, enquanto a avaliação relaciona-se a aferição sobre as consequências do processo de implementação da política. Nesta direção, Arretche (1996) apresenta algumas tendências de avaliação de políticas públicas que se expressam em métodos e técnicas. São elas, avaliação em termos de: efetividade, eficácia e eficiência.

A efetividade diz respeito à relação entre a implementação e os impactos da política, embora haja dificuldade em estabelecer a relação de causalidade entre esses resultados em razão da diversidade de fatores envolvidos na ação pública. No que tange à eficácia, trata-se do cumprimento de metas, entre o que foi estabelecido e o que se alcançou, ou seja, o sucesso ou o fracasso da política naquilo que esta se propôs a realizar. Por sua vez, a eficiência se dá na administração dos recursos para a implementação da política, não apenas dos recursos orçamentários, mas também sobre a abrangência (ou não) da política aos sujeitos destinados. Estes são importantes elementos a serem contemplados na análise/avaliação de políticas



sociais, mas não devem ser o fim último ou único da análise uma vez que isoladas podem contribuir para uma compreensão fragmentada da realidade em que a política se estabelece.

Nesta direção, é fundamental para a análise, considerar as tendências contemporâneas, principalmente, no que tange aos direitos sociais e humanos (SALVADOR; TEIXEIRA, 2014), pois essas políticas se desenvolveram com a perspectiva de realização de tais direitos, mas assumem características determinadas pelo momento histórico em que se situam (BOSCHETTI, BEHRING, 2010; PEREIRA, 2008; VIANNA, 2002). Assim, Ivanete Boschetti (2009) desenvolve importantes contribuições a esse campo do saber, propondo elementos a serem contemplados em uma análise de política social comprometida com o desvendamento da realidade. Trata-se de orientar-se pela intencionalidade de evidenciar em que medida essa política social expande direitos, reduz desigualdade social e propicia a equidade (BOSCHETTI, 2009).

Para isso, Boschetti (2009) sugere três aspectos a serem considerados na análise: O “Aspecto 1” diz respeito a configuração e abrangência dos direitos e benefícios, cujos indicadores buscam explicitar os elementos desde a natureza da política, perpassando pelos sujeitos que ela atende e seus critérios de acesso e permanência até a sua intersectorialidade com outras políticas. O “Aspecto 2” evidencia a configuração do financiamento e gasto, permitindo a análise sobre o alcance, as limitações e o caráter distributivo da política (FAGNANI, 1998). Como terceiro aspecto, a autora propõe que a gestão e o controle social democrático sobre a política social evidenciam sua importância e permitem a sua viabilização, respondendo aos interesses dos cidadãos. Tais aspectos permitem uma aproximação com a totalidade dos elementos que permeiam a política social, mas em se tratando de uma realidade dinâmica e contraditória, novos elementos podem surgir no processo analítico.

Na especificidade da Lei Complementar 142 de 2013 (LC 142/2013) que estabelece critérios diferenciados para a aposentadoria da pessoa com deficiência, a legislação determina a necessidade de avaliação sobre a experiência da deficiência mensurada em graus. Esta mensuração é necessária uma vez que os critérios diferenciados para o acesso à aposentadoria estão vinculados ao grau da deficiência. Segundo a LC 142/2013, a redução no tempo de contribuição da pessoa com deficiência é proporcional ao grau da deficiência, que poder ser leve, moderado ou grave, na proporção em que serão reduzidos 2,6 ou 10 anos de contribuição, respectivamente.

O instrumento de mensuração da deficiência para fins da aposentadoria pela LC 142/2013 é o IFBr-A (Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado a Aposentadoria), objeto

de análise da presente Dissertação. O IFBr-A se baseia no IFBr – Índice de Funcionalidade Brasileiro, que é resultado do projeto viabilizado pela Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, que se deu nos anos de 2011 e 2012, em resposta a solicitação do Grupo de Trabalho Interministerial, instituído em setembro de 2007 pela Presidência da República (BRASIL, 2007). Esse instrumento tem como objetivo avaliar a funcionalidade e mensurar a gradação da deficiência em leve, moderada ou grave, considerando fatores ambientais e interrelacionais, e não apenas o funcionamento dos corpos dos sujeitos.

Nesta direção, torna-se urgente demonstrar como estabelecer critérios diferenciados para aposentadoria expressa o reconhecimento de que as pessoas com deficiência, dada sua histórica inserção de subordinação na sociedade, demandam ações do Estado em prol de direitos que lhe possibilitem paridade de participação com os demais (FRASER, 2007). Contudo, não se pode perder de vista que o estabelecimento de critérios para o acesso à aposentadoria pelo Regime Geral da Previdência Social, pela referida Lei, necessita da avaliação instrumentalizada sobre quem são esses sujeitos. Tal avaliação instiga uma análise mais minuciosa, pois é um dos determinantes fundamentais para o acesso a esse direito. Avaliar a deficiência consiste em um desafio, dada as subjetividades vivenciadas uma vez que diz respeito a características humanas diversas, complexas, e em constante dinamização em interação com as vivências de restrição de participação e opressão. Na particularidade da aposentadoria assegurada pela LC 142/2013, a avaliação da deficiência é crucial para viabilizar o direito ou barrá-lo.

A crítica feminista denuncia a existência de um modelo de pessoa que embasa as políticas fundamentadas na dominação patriarcal, ou seja, no modelo de homem, branco, heterossexual, sem deficiência, e que assim, reproduzem o padrão dominante colocando em posição de desigualdade e opressão àqueles que não se encaixam. A partir de suas análises sobre a realidade e a forma de organização da sociedade, a perspectiva feminista influencia os estudos sobre deficiência.

Os impedimentos presentes nos corpos das pessoas com deficiência foram explicados em uma perspectiva biomédica como transgressores a normalidade e, por isso, devem ser reabilitados ou, quando não é possível, essas pessoas são excluídas do convívio social. Tal percepção sobre a deficiência preponderou nas sociedades, a partir do século XIX, com o desenvolvimento da medicina moderna, e até hoje possui forte influência nas produções

acadêmicas mais embasadas nas ciências da reabilitação e mesmo no setor de serviços que visa proporcionar às pessoas com deficiência uma vida mais próxima do “normal”.

Na década de 1970, as pessoas com deficiência passam a protagonizar as produções intelectuais sobre a deficiência no âmbito acadêmico, nos Estados Unidos e Reino Unido, e reivindicam a centralidade da construção social na produção da deficiência. Como forma de enfrentamento à perspectiva de normalização dos corpos, onde a deficiência se iguala ao impedimento, as pessoas com deficiência reivindicam o seu estatuto enquanto pessoas que fazem parte da diversidade humana. Neste contexto, a questão da deficiência é posta ao lado de perspectivas como feminismo e racismo em um termo em inglês, anda não traduzido para o português, *disablism*. (DINIZ 2007).

Para a apreensão sobre a aposentadoria para pessoa com deficiência, importa compreender, ainda que brevemente, a política de previdência social que se materializa na proteção social aos cidadãos por meio da substituição da renda em momentos que estão, temporária ou permanentemente, impossibilitados de prover suas necessidades sociais por meio do trabalho. No contexto brasileiro, a previdência social é assegurada pela Constituição Federal de 1988 enquanto política integrante da Seguridade Social. Ao lado da saúde e assistência social, compõe esse sistema de proteção social que deveria se realizar enquanto um conjunto integrado de ações do Estado. Contudo, como afirma Potyara Pereira (1998), a Seguridade Social brasileira se apresenta como um sistema híbrido, uma vez que elenca princípios competitivos, mas não os integra enquanto complementares, de forma que um pode eliminar o outro, como na relação entre a política de assistência (seletiva/ distributiva) e previdência (contributiva).

A política de previdência social é de caráter contributivo, exceto nos termos da Lei e no período determinado para as pessoas do meio rural que realizam trabalhos para sua própria subsistência (SILVA, 2012)<sup>10</sup>, conhecido como regimes de economia familiar. Tal exigência dificulta o acesso dos sujeitos de baixa renda, cujas prioridades de sobrevivência são mais

---

<sup>10</sup> A Lei nº 8212 de 1991, que dispõe sobre a organização da Seguridade Social, institui Plano de Custeio, e dá outras providências (BRASIL, 1991), criou a categoria de segurado especial. Esta categoria engloba: “o produtor, meeiro, o parceiro e o arrendatário rurais e o pescador artesanal e seu cônjuge que trabaham em regime de economia familiar, sem empregos permanentes.” (SILVA, 2012 p.28). A Lei nº 11718 de 2008 recomenda em seu Art.3º: Na concessão de aposentadoria por idade do empregado rural, em valor equivalente ao salário mínimo, serão contados para efeito de carência: até 31 de dezembro de 2010, a atividade comprovada na forma do art. 143 da Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991, devendo comprovar o apenas exercício da atividade rural; de janeiro de 2011 a dezembro de 2015, cada mês comprovado de emprego, multiplicado por 3 (três), limitado a 12 (doze) meses, dentro do respectivo ano civil; e de janeiro de 2016 a dezembro de 2020, cada mês comprovado de emprego, multiplicado por 2 (dois), limitado a 12 (doze) meses dentro do respectivo ano civil. A contribuição corresponde a 2,1% sobre a receita bruta da comercialização de sua produção agrícola (BRASIL, 2008; SILVA, 2012).

imediatas do que passíveis de garantir uma segurança de renda, por meio da contribuição prévia, para situações de perda da capacidade laboral.

O exposto evidencia que análise de política social deve explorar as dimensões da ação do Estado analisada em sua complexidade de concepção e implementação, não basta analisar as ações em si mesmas quando elas fazem parte de um todo mais complexo. A metodologia proposta pelo seguinte estudo defende que os sujeitos envolvidos no processo de implementação e acesso ao direito devem ser efetivamente partícipes. Dessa forma, não se trata apenas de listar procedimentos e técnicas que se findam em si mesmas, mas evidenciar os limites e possibilidades da política a partir da experiência dos sujeitos implicados neste processo.

## 1.2 Procedimentos Metodológicos: A Pesquisa

A presente Dissertação analisa os dados que são resultados da pesquisa qualitativa realizada para a avaliação do Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Aplicado à Aposentadoria (IFBr-A). Realizou-se um termo de cooperação entre o Ministério da Previdência Social e a Universidade de Brasília (UnB) para a validação do IFBr-A, sendo o processo de pesquisa percebido enquanto uma construção conjunta entre essas duas instituições. Esta etapa foi responsável pela reflexão sobre a aplicação do instrumento a partir da observação dos atendimentos e entrevistas com os técnicos do Instituto Nacional do Seguro Social/INSS (médicos peritos e assistentes sociais), bem como para conhecer as perspectivas apresentadas pelas pessoas com deficiência que estão em situação pericial pela Lei Complementar 142/2013.

A pesquisa de validação do IFBr-A foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde da Universidade de Brasília (CEP), com o compromisso de cumprir as medidas de cuidados éticos, a partir da Resolução 466 de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) que dispõe sobre os cuidados éticos em pesquisa com seres humanos. Os dados coletados são de domínio da equipe responsável pela pesquisa (UnB), cuja autora da presente Dissertação é uma dos membros.

O objeto de análise desta Dissertação é o Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado à Aposentadoria (IFBr-A), utilizado para avaliar a deficiência e determiná-la em graus (leve, moderado ou grave) para fins da aposentadoria, sob critérios diferenciados, para a pessoa com deficiência. A partir das entrevistas realizadas com as assistentes sociais e médicas peritas do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), responsáveis pelas avaliações sociais e perícias médicas, respectivamente, que se dão a partir da aplicação do IFBr-A, e das

pessoas com deficiência cujos atendimentos foram acompanhados pela equipe de pesquisa, foi possível refletir sobre o instrumento. Nesta direção, o presente trabalho tem como horizonte de reflexão a perspectiva teórica feminista e os estudos sobre deficiência que reivindicam a percepção sobre a deficiência enquanto um conceito relacional e não estritamente o biomédico (BARNES, 2002).

Quanto aos procedimentos metodológicos, compreendidos em técnicas de pesquisa, a metodologia feminista permite um leque de possibilidades, pois se baseia em uma multiplicidade de técnicas de pesquisa e compreensão da realidade que permite a ampliação de pensamentos e ações na construção do processo de pesquisa (REINHARZ, 1992). A pesquisa qualitativa possibilita o aprofundamento dos fenômenos em suas complexidades e especificidades, e pode suscitar temas a serem explorados em outros estudos. A intenção deste estudo é expressamente contribuir com o debate sobre a concepção de deficiência para o desenho das políticas sociais e, conseqüentemente, somar às análises de políticas sociais. Como estratégia didática, Maria Cecília Minayo (2013) elucida três etapas do processo de trabalho científico em pesquisa qualitativa: a fase exploratória, o trabalho de campo e a análise e tratamento do material empírico e documental.

A fase exploratória se expressa na materialização do Projeto de Pesquisa, onde são escolhidos e sistematizados os instrumentos e técnicas da pesquisa, além do embasamento teórico para a compreensão dos dados. É importante ressaltar que o Programa de Pós Graduação em Política em Social da Universidade de Brasília exige que seus discentes qualifiquem seus Projetos de Dissertação e Tese. Trata-se de um momento ímpar em que outros especialistas (2 (dois) para o Mestrado, 3 (três) e um suplente para o Doutorado), após a leitura do Projeto, realizam sugestões e contribuições, acordadas e construídas coletivamente com o discente e seu orientador com vistas a de fato qualificar a pesquisa a ser realizada. O resultado dessa Dissertação é reflexo de um momento de qualificação profícuo em que a banca trouxe sugestões fundamentais que foram acatadas.

No enfoque qualitativo a pesquisa se desenvolve de maneira dinâmica, de forma que as perguntas e hipóteses de pesquisa são constantemente revistas e podem se modificar antes, durante e depois do processo de coleta de dados (SAMPIERI et al. 2013). Assim, a hipótese de pesquisa sobre a Lei Complementar 142 de 2013 se direcionava a afirmar que essa Lei possibilita paridade participativa às pessoas com deficiência no âmbito da aposentadoria. Em face do constante processo reflexivo e, no já mencionado momento da qualificação do Projeto, essa afirmação pareceu não instigar as possibilidades investigativas que os dados

colhidos em campo poderiam suscitar. Mais do que afirmar que a Lei reconhece que as pessoas com deficiência estão em condição de subordinação na sociedade brasileira, e por isso estabelece critérios diferenciados, é preciso analisar os mecanismos pelo qual ela pretende promover essa igualdade de participação.

Dessa forma, ao estabelecer a avaliação sobre que são os sujeitos aptos a acessarem o direito na redução do tempo de contribuição, a depender do grau de sua deficiência, chama a atenção para a forma como tal processo está sendo feito. Por isso, a hipótese que se estabeleceu foi a de que o instrumento utilizado para a avaliação está mantendo a hegemonia do modelo biomédico sobre o modelo social da deficiência. Na medida em que o primeiro compreende a deficiência como um processo individual que culmina em desvantagens pessoais aos sujeitos, o modelo social compreende essa desvantagem como uma construção social que não está sensível à diversidade humana e corporal.

Assim, analisar o instrumento utilizado para a avaliação da pessoa com deficiência, para fins da aposentadoria regulamentada pela Lei Complementar 142 de 2013, em seu processo de aplicação, foi o objetivo da presente pesquisa. Para isso, o olhar analítico se voltou para o Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado à Aposentadoria (IFbr-A) e para as considerações feitas pelos sujeitos da pesquisa – médicas peritas do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), as assistentes sociais responsáveis pela avaliação social da deficiência e as pessoas com deficiência cujos atendimentos foram acompanhados pela equipe de pesquisa.

### 1.2.1 O Campo

O trabalho de campo se apresenta como um momento relacional, em que a construção teórica desenvolvida na primeira fase é levada para a prática empírica (MINAYO, 2013). Este momento requer procedimentos e técnicas que possibilitem a aproximação com os interlocutores e criem uma relação de confiança entre o entrevistado e entrevistador. A entrevista e observação são importantes instrumentos que demandam preparo e técnicas, de forma que na fase de análise dos dados estes sejam suficientes para atingir o objetivo delimitado. A análise e tratamento do material empírico e documental se dá pelos procedimentos utilizados para compreender e interpretar os dados (MINAYO, 2013), preparando os dados para a análise para se aprofundar cada vez mais no processo de compreensão, visando uma interpretação do significado mais amplo dos dados. (CRESWELL, 2010).

O Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), enquanto Órgão executor da política de previdência social, operacionaliza o acesso à aposentadoria para pessoas com deficiência. Os contribuintes são avaliados primeiro por uma perícia médica (realizada pela médica perita) e depois por uma avaliação social (realizada pela assistente social). Para ambas as avaliações as profissionais utilizam o mesmo instrumento, o Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado à Aposentadoria (IFBr-A). O instrumento tem como objetivo definir o grau, em leve, moderado ou grave, ou a não presença da experiência deficiência por parte das pessoas que requerem a aposentadoria pela LC 142/2013 (BRASIL, 2013).

Em respeito à diversidade sociocultural brasileira, e às particularidades de cada região, a pesquisa foi realizada nas cinco regiões brasileiras (Norte, Nordeste, Sul, Sudeste e Centro-Oeste) foram selecionadas duas cidades, uma na capital e outra no interior, indicadas pelo próprio INSS com base na disponibilidade dos técnicos e no número de solicitações do benefício na semana da coleta de dados. Nesse contexto, foram realizadas e analisadas no presente estudo, o total de 16 entrevistas com assistentes sociais, 16 entrevistas com médicos peritos e 40 entrevistas com pessoas com deficiência em situação pericial. Na pesquisa qualitativa a interpretação exige estratégias de investigação embasadas pelos conhecimentos teóricos, bem como associadas à observação da pesquisadora. Dessa forma, os procedimentos qualitativos se utilizam de diferentes estratégias de investigação determinantes ao processo de análise dos dados (CRESWELL, 2010).

Uma das estratégias de investigação foi a entrevista semiestruturada por meio de um roteiro de entrevista. Foram conduzidas face a face com os participantes em locais cujo sigilo e privacidade foram assegurados. Conforme autorizado pelo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), foram gravadas e posteriormente transcritas. Para a entrevista são importantes alguns procedimentos que permitem ao entrevistado uma relação de confiança e conforto com o entrevistador, o que possibilita maior adesão do sujeito à responder as perguntas. Assim, quanto mais planejados os procedimentos, mais chances de engajamento dos sujeitos da pesquisa (SANPIERI, 2013).

Tais procedimentos éticos coadunam com o respeito em relação ao sujeito da pesquisa, de forma que os pesquisadores esclareceram os objetivos da pesquisa e outras dúvidas que surgiram, inclusive, ressaltando que não existiam respostas corretas ou equivocadas, e para isso, a expressão do pesquisador em relação às respostas dadas também foi um cuidado importante a ser tomado. No âmbito da entrevista com as pessoas com deficiência, com vistas a conhecer suas percepções sobre a avaliação da deficiência para fins da aposentadoria pela

LC 142/2013, foi ressaltado, inclusive, que a equipe de pesquisa da Universidade de Brasília, não estava vinculada a avaliação realizada pelos técnicos do INSS. Este cuidado ético objetivou uma aproximação com as pessoas entrevistadas e a garantia de que estas não seriam nem privilegiadas e nem prejudicadas em razão da pesquisa, no que tange ao processo avaliativo a que foram submetidos.

A equipe de pesquisa realizou acompanhamentos e entrevistas em 11 (onze) Agências da Previdência Social (APS), situadas nas capitais e interiores dos estados, distribuídas por 8 (oito) estados brasileiros, respeitando a proposta de contemplar as diversidades regionais. Foram eles: Manaus (Norte), Natal e Bahia (Nordeste); Brasília (Centro-Oeste); Paraná (Sul); Rio de Janeiro e São Paulo (Sudeste). Nestas APS foram acompanhadas em média 3 (três) perícias médicas e avaliações sociais, bem como realizadas entrevistas com as mesmas pessoas com deficiência cujos atendimentos haviam sido acompanhados e com as respectivas profissionais, médicas e assistentes sociais.

Enquanto vivência no processo da pesquisa de campo, a autora desta Dissertação esteve presencialmente em 5 (cinco) Agências da Previdência Social, tendo acompanhado quase a metade dos atendimentos e entrevistas realizadas no âmbito da pesquisa por toda a equipe. Tal amplitude possibilitou um processo de observação participante mais diversificado, contribuindo para as análises de reflexões a partir das entrevistas transcritas. Ressalta-se que todas as entrevistas realizadas foram analisadas e categorizadas para este estudo.

### 1.2.2 Tratamento dos dados

A partir das entrevistas transcritas realizadas com as assistentes sociais, médicas peritas e pessoas com deficiência, buscou-se analisar o Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado à Aposentadoria (IFBr-A) em sua aplicação no contexto da avaliação da pessoa com deficiência para fins de acesso à aposentadoria. Para isso, foram utilizados métodos e técnicas que dizem respeito à análise de conteúdo, entendida como a melhor metodologia para se chegar ao desvendamento dos sentidos e símbolos explícitos e implícitos nas falas dos sujeitos da pesquisa.

A análise de conteúdo surge no início do século XX, nos Estados Unidos, baseada na perspectiva behaviorista das ciências psicológicas, por isso, têm como enfoque a descrição com rigor e cientificidade do comportamento como resposta a um estímulo (BARDIN, 2004; GOMES, 2013). Em sua origem, em face do contexto da Segunda Guerra Mundial, se apresenta como uma estratégia do governo que por meio da análise das reportagens e



propagandas de outros países buscava prever seus posicionamentos políticos e estratégicos. (BARDIN, 2004).

Após a coleta e transcrição das entrevistas, a pesquisadora realizou uma primeira aproximação com as falas dos sujeitos buscando identificar elementos que diziam respeito a avaliação da pessoa com deficiência. As análises foram feitas de forma agrupada entre os participantes: assistentes sociais, médicas peritas e pessoas com deficiência. Foi elaborado um quadro com vistas a sistematizar as ideias de cada grupo das entrevistas e categorizar os termos mais centrais abordados. Por meio dessa estratégia e com as recorrentes discussões no processo de orientação e grupo de pesquisa, chegou-se a emergência da categoria específica discutida nesse estudo: a dependência.

Categorização, enquanto procedimento da análise de conteúdo, é compreendida como um processo de classificação dos elementos que compõem um conjunto (BARDIN, 2004), como por exemplo, entrevistas, relatos históricos, reportagens. Demanda o respeito ao princípio da homogeneidade, que significa o cumprimento de critérios iguais para classificar os conteúdos, de forma a possibilitar que a totalidade do material analisado tenha sido submetido aos mesmos critérios. Para além do exposto, Romeu Gomes (2013) ressalta outras características que devem ser atribuídas às categorias. Devem ser exaustivas, para que todo o material analisado se enquadre na categoria proposta; precisam ser exclusivas, na medida em que não haja repetição do material analisado em outra categoria; concretas, em oposição a abstração que pode culminar na ampliação de significados e, adequadas tanto em relação ao conteúdo, quanto aos objetivos da pesquisa (GOMES, 2013).

Por meio da análise de conteúdo foi possível realizar a emergência da categoria central de discussão - a dependência - uma vez que essa estratégia analítica possibilita descobrir, a partir do conteúdo trazido pelos sujeitos da pesquisa, o que está sendo comunicado, mas ultrapassa a aparência (GOMES, 2013). Assim, essa estratégia analítica permite um aprofundamento sobre os diálogos presentes nas entrevistas que estão para além da mera descrição dos fatos.

Em um movimento contínuo de descrição, análise e interpretação dos dados, enquanto formas complementares e necessárias no tratamento dos dados qualitativos (GOMES, 2013), a categoria de discussão encontrada exigiu aprofundamento teórico e reflexivo. O marco teórico feminista possibilitou a aproximação com a categoria dependência, sob a perspectiva das mulheres que são historicamente responsabilizadas pelo cuidado. A partir da experiência delas, é possível compreender essa categoria enquanto expressão da condição humana que se

evidencia nos mais variados estágios da vida. Por outro lado, não se confunde com a compreensão social sobre a deficiência, mas se intersecciona neste debate.

O marco feminista permite tanto uma compreensão diferenciada sobre o método quanto os procedimentos metodológicos. Do ponto de vista do método, trata-se de partir da percepção de pessoas que se dispõem a pensar as formas de opressão que existem na sociedade. Para além de pensarem, são pessoas que vivenciam tais experiências e por isso têm a necessidade de modificar essa ordem. Assim, a perspectiva feminista enquanto método de análise da realidade assume o compromisso com a emancipação humana e superação dessa sociabilidade que subordina sujeitos e grupos sociais.

Em sua pluralidade, o feminismo propõe metodologias posicionadas e marcadoras estratégicas da defesa da superação da hegemonia patriarcal, com isso, a presente Dissertação faz escolhas estilísticas que também expressam essa dimensão feminista (REINHARZ, 1992). Assim, prevalecem – mas não exclusivamente – expressões femininas e a utilização de autoras que discutem a temática desenvolvida no presente trabalho. Ainda que nem todas as mulheres sejam necessariamente feministas, é preciso evidenciar e valorizar o crescente protagonismo destas na construção do conhecimento científico contemporâneo, expressão da conquista e luta permanente das mulheres.

A marcação de gênero seguiu a hegemonia do masculino universal na língua portuguesa em grande parte do texto por dois motivos: a) para possibilitar a fluência da leitura demarcando o contraste quando se fala especificamente das mulheres e suas contribuições; b) em respeito às pessoas com deficiência, pois este é também um estudo sobre elas, e a variação de gênero utilizada por recursos como @; o/a; prejudicam a identificação de softwares de leitura para pessoas cegas, por exemplo, o que seria uma reprodução de discriminação às pessoas com deficiência. Por fim, é importante ressaltar que tratam-se de mulheres envolvidas nesse processo de sistematização e reflexão que culmina na presente Dissertação de Mestrado, tanto a autora quanto sua orientadora.

## CAPÍTULO 2

### Dependência e Deficiência

#### 2.1 Contribuições feministas: reflexões sobre a dependência

As reivindicações por atenção a outras formas de desigualdades, para além da entre classes, ganham notoriedade na década de 1970 com os movimentos feministas. Tais movimentos alertam para a existência de opressões que se evidenciam no campo da diversidade humana, para as quais a atenção do Estado deveria ser voltada (SANTOS, 2008). Por mais de duas décadas a filosofia feminista vêm mapeando um novo território na teoria ética (YOUNG; DiQUINZIO, 1997), trata-se do esforço em lançar luzes ao debate sobre justiça que hegemonicamente é discutido do ponto de vista de um ser genérico, mas provido de características muito específicas dos homens, brancos, sem deficiência, classe média, heteronormativos, ou seja, de grupos dominantes.

No contexto brasileiro, o enfrentamento à ditadura militar marcou as publicações feministas na década de 1970, mais expressivamente com a perspectiva da luta de classes. Para além do compromisso e engajamento político dos movimentos feministas, essas participantes comprometeram-se também com a pesquisa e reflexão sobre as mulheres e suas particularidades no contexto brasileiro (GROSSI, 2004). Tal esforço contribuiu para a consolidação do campo de estudos feministas e de gênero na década de 1990 no país, incentivado pelo investimento de agências estrangeiras, como a Fundação Ford, concomitante ao desenvolvimento dos cursos de pós-graduação e constituição de grupos de pesquisa sobre a temática no respectivo período (GROSSI, 2004).

Apesar da histórica relação entre o ativismo feminista e os estudos de gênero, existe uma pluralidade de concepções no reconhecimento sobre a produção científica deste campo. Nem todas as autoras e eventuais autores cujas produções se localizam no debate de gênero, reconhecem-se enquanto feministas, uma vez que o âmbito da produção acadêmica científica nem sempre implica a militância ou reconhecimento político, necessários ao feminismo. Esse impasse sobre o movimento feminista é melhor evidenciado a partir da reflexão de Miriam Grossi (2004) como resultado de sua pesquisa com Sônia Miguel (1995):

Creio, a partir de dados obtidos em vasta pesquisa que realizei com Sônia Malheiros Miguel em 1995 sobre o movimento feminista no Brasil, que nem todas as pessoas e os grupos que trabalham com questões que eu considero de gênero, se reconheçam no rótulo feminista. Em nossa pesquisa, realizada com um universo de mais de 1000 instituições, constatamos que não podíamos denominar de movimento feminista, grupos que ora se auto-denominavam como “de mulheres”, ora se consideravam “feministas”, ora se

diziam trabalhar com “ questões ou políticas de gênero”. Partindo destes dados e analisando os trabalhos apresentados em diferentes eventos da área considero que há vários tipos de pesquisas sendo realizadas atualmente no Brasil: pesquisas sobre mulheres, pesquisas sobre homens, pesquisas que analisam as relações de gênero, pesquisas preocupadas com questões teóricas, pesquisas sobre o movimento feminista e de mulheres, etc... (GROSSI, 2004 p.218).

Por diferentes motivações há autoras e autores que discutem gênero e não se reconhecem enquanto militantes do feminismo, mas contribuem para o debate da categoria gênero no âmbito da pesquisa social, assim como de outras categorias presentes na pesquisa social contemporânea. Gênero é uma categoria determinante nas relações sociais e determinada por essas relações. Assim, consiste em um resultado da construção social sobre os comportamentos feminino e masculino (CITELI, 2001). Os comportamentos são, por sua vez, determinados por normas civilizatórias que no campo teórico fundamentam a compreensão sobre a ética das relações sociais. A ética consiste, genericamente, na análise normativa das concepções sobre o que seria a ação correta, o bem humano e não humano e a justiça social (YOUNG; DiQUINZIO, 1997).

No que tange à crítica feminista sobre ética, trata-se de partir da reflexão e experiência de pessoas que historicamente estão em situação de desigualdade e subalternização em relação a grupos dominantes. Esses últimos, são utilizados pelas teorias tradicionais sobre a ética como modelo genérico e universal. As mulheres, partindo de suas experiências, questionam a teoria tradicional sobre a ação correta (ética) problematizando dicotomias como a relação entre público e privado, razão e emoção; dimensões que deveriam interagir e não opor-se entre si. A construção de teorias alternativas às tradicionais sobre ética possibilita noções diferentes sobre a organização da sociedade com o direcionamento sobre o justo.

Para se discutir a organização da sociedade, e necessariamente como as relações humanas se instituem, uma noção única de ser humano deixa de fora aquelas que não se enquadram no modelo. As teorias tradicionais de justiça partem de uma compreensão sobre a humanidade sem qual não seria possível construir tais teorias, trata-se da tentativa de uma concepção que contemple a todas e todos, que seja universal. Contudo, a discussão fomentada pelas feministas se expressa na problematização das noções que inspiram essas teorias (BARBOSA, 2013), uma vez que para quem não está contemplada na respectiva noção de universalidade sobre o ser humano, estará em condição de opressão. Nesta direção, Livia Barbosa (2013) argumenta:

A pretensão de universalidade das teorias de justiça tem funcionado como um mecanismo de reprodução da opressão de grupos subalternos como as

mulheres e as pessoas com deficiência. Tais teorias pressupõem um tipo de ser humano ideal que, na verdade, reforça a desigualdade entre homens e mulheres e entre pessoa com ou sem deficiência, na medida em que reitera a superioridade socialmente atribuída aos grupos dominantes. Quando as necessidades desenhadas são inspiradas pelos sujeitos dominantes, não apenas deixam injustamente outras pessoas de fora, mas reproduzem um desnível de valor entre as várias pessoas possíveis (BARBOSA, 2013 p.77).

Tradicionalmente, parte-se de um padrão de ser humano ideal na construção da teoria sobre o justo. Ao compreenderem a sociedade como um todo coerente e composto por seres plenamente iguais, essas teorias falham em atender ao fato de que a dependência é uma condição humana e as suas consequências para a organização social (KITTAI, 1999). Nesta direção, a ética feminista possibilita o olhar diferenciado sobre conceitos básicos que permeiam as teorias de justiça como liberdade, igualdade e direitos. Trata-se de uma aproximação com as questões que dizem respeito às diferenças entre homens e mulheres, dando margem para abranger outros grupos desiguais e subalternizados que a noção de neutralidade e universalidade falhou em reconhecer (DiQUINZIO; YOUNG, 1997).

O esforço analítico de estudiosas que questionam a neutralidade das ações do Estado expressas nas políticas públicas e sociais é resultado de suas experiências e do enfrentamento ao individualismo presente nas teorias tradicionais. Assim, as éticas feministas desenvolveram novas teorias e conceitos mais sensíveis às questões de gênero que partem das vivências específicas dos diferentes grupos de mulheres (YOUNG; DiQUINZIO, 1997). Consistem em um marco ao prover a perspectiva das mulheres, paralela à perspectiva dos homens, entendendo a primeira como resultado das decisões feitas por mulheres de forma diferente à dos homens.

A partir dos estudos empíricos sobre as diferenças entre as moralidades de homens e mulheres, Carol Gilligan suscita debates e reflexões que culminaram no que se convencionou chamar de ética do cuidado. Os resultados das pesquisas feitas com meninos e meninas universitárias possibilitaram a reflexão de que as diferenças de raciocínio sobre questões morais correspondiam a experiências de gênero vividas. Ou seja, o gênero enquanto uma construção social culmina em formas de socialização diferenciadas entre homens e mulheres (BARBOSA, 2013).

Partindo dos resultados de sua pesquisa, Gilligan desenvolve a distinção sobre a moralidade de homens e mulheres que conduzem à construção da ética da justiça e dos direitos, e de forma distinta, mas paralela, a ética do cuidado e da responsabilidade (KITTAI; MEYERS, 1987). A ética da justiça e dos direitos se expressa nas teorias tradicionais de

justiça que assumem a universalidade como princípio básico para a constituição dos agentes morais, privilegiando o âmbito público como espaço de decisões e participação. Assim, torna evidente a dicotomia entre a esfera pública e a esfera privada. Na primeira, as pessoas se definem em sua humanidade e cidadania, baseadas em princípios como a razão e impessoalidade. Por outro lado, o espaço privado é lócus de relações íntimas e pessoais que se baseiam no afeto (BIROLI, 2014).

Dessa forma, a esfera privada é o espaço no qual os princípios valorizados no âmbito público são deixados de lado em nome da preservação das relações de autoridade que historicamente subordinam e domesticam as mulheres (BIROLI, 2014), por serem responsabilizadas pelo privado e privadas do público. Em face dessa realidade, a crítica feminista sobre a dualidade entre o público e o privado torna evidente as relações de poder que se perpetuam nessa estratificação. A perspectiva feminista pleiteia o reconhecimento de que o privado é público, ou seja, que ambas dimensões são interdependentes e não podem ser desmembradas em uma sociedade que se pretende justa e democrática. Quanto a esse debate, Flávia Biroli (2014) corrobora afirmando que:

O feminismo mostra, assim, que é impossível descolar a esfera política da vida social, a vida pública da vida privada, quando se tem como objetivo a construção de uma sociedade democrática. Faz sentido, assim, abandonar a visão de que a esfera privada e a esfera pública correspondem a “lugares” e “tempos” distintos nas vidas dos indivíduos, passando a discuti-las como um complexo diferenciado de relações, de práticas e de direitos – incluídos os direitos à publicidade e à privacidade – permanentemente imbricados, uma vez que os efeitos dos arranjos, das relações de poder e dos direitos garantidos em uma esfera serão sentidos na outra (BIROLI, 2014 p. 33).

Perante a diferença nas vivências nos espaços público e privado e, denunciando a hierarquia presente entre essas esferas, abordagens feministas se desenvolvem refletindo sobre as atividades realizadas pelas mulheres na esfera privada, como produtoras de uma ética diferenciada. Historicamente as mulheres são responsabilizadas pelo trabalho com o cuidado inerente nas relações de dependência que se estabelecem no âmbito doméstico (BARBOSA, 2013). A ética do cuidado enquanto uma ética feminista pleiteia que no campo da teoria moral de justiça as relações consideradas privadas sejam tão relevantes quanto as relações da esfera que se considera – pelas teorias de justiça tradicionais - como pública.

É preciso compreender que as diferenças entre as esferas pública e privada se expressam sob o domínio da ética, mas também enquanto questão política na sociedade. As relações estabelecidas no âmbito público estão imbricadas com as relações do âmbito privado, a estratificação dessas esferas reforça as relações de poder estabelecidas. Perante essa

estratificação, o público se expressa como espaço com base em princípios universais, racionais e impessoais, e o privado enquanto lócus de afeto, pessoalidade e intimidade (BIROLI, 2014). Assim, a soberania do público sobre o privado é naturalizada por estes princípios, os quais passam a ser questionados pela crítica feminista na direção de uma sociedade verdadeiramente democrática.

As reflexões sobre a relação do cuidado e os sujeitos dependentes é ainda muito recente no campo teórico sobre justiça, expressando que poucas pessoas com responsabilidades de cuidar estiveram aptas para filosofar sobre isso, pois seria necessário que essas responsabilidades fossem retiradas de suas mãos (KITTAÏ, 2002). Partindo de suas experiências e reflexões, Kittay (2002) rejeita a divisão entre razão e emoção em uma sociedade justa. Na medida em que as teorias tradicionais de justiça partem do pressuposto de que todos possuem moral, a autora também inclui o sentimento de cuidado. Porém, a dificuldade em compreender ambas moralidades como complementares - a “moral do cuidado” e a “moral de justiça” - é porque em diversas sociedades, inclusive a contemporânea, o cuidado está atrelado ao âmbito privado ou doméstico, já o senso de justiça pertence ao domínio público.

Nesse sentido, assim como é difícil imaginar a sobrevivência humana para além de uma única geração sem algum senso de justiça, também o é imaginá-la sem algum senso de cuidado (KITTAÏ, 1999), uma vez que a necessidade de cuidado se dá em resposta à inerente condição de dependência dos seres humanos. Assim, a dependência se expressa como dimensão importante para a reflexão crítica feminista, pois se evidencia no cotidiano das mulheres na interrelação entre dependência, cuidado e subordinação. Para além do cuidado, as relações de dependência são envoltas de determinações que se manifestam na dinâmica do contexto histórico em que se localiza.

A reconstrução da genealogia da dependência é feita por Nancy Fraser e Linda Gordon (1994) em um estudo intitulado “Uma Genealogia da Dependência: Traçando uma Palavra-Chave do Estado de Bem-Estar dos Estados Unidos”<sup>11</sup>. As autoras evidenciam as mudanças no uso desse termo, ao longo dos períodos históricos – desde as sociedades pré-industriais até a contemporaneidade - no contexto da sociedade estadunidense. Com vistas a ressaltar os sentidos que prevalecem sobre a dependência, elas assumem que os termos usados para descrever a vida social são também forças ativas que moldam essa realidade. Nesta direção, as autoras tornam evidente que a dependência está para além do cuidado no âmbito doméstico e

---

<sup>11</sup> Tradução livre do inglês para o título “A Genealogy of Dependency: Tracing a Keyword of the U.S. Welfare State”.

se estende às relações humanas em diversas dimensões. Enquanto interesse feminista, ao desfamiliarizar crenças tomadas como verdadeiras e torná-las suscetíveis a críticas, é possível iluminar conflitos atuais e fomentar alternativas emancipatórias (FRASER; GORDON, 1994).

Desvendar os sentidos históricos atribuídos à compreensão sobre dependência possibilita reconhecer que esse conceito é historicamente determinado, e não estático ou imutável. Ao analisar sua historicidade, como propõem Fraser e Gordon (1994), é factível construir outros discursos sobre as relações de dependência na sociedade, cujos sentidos nem sempre foram iguais ao do período contemporâneo. Um importante argumento das autoras é de que, atualmente trata-se de um termo ideológico, carregado de associações emotivas e com uma poderosa carga pejorativa. Tende a ser associada a problemas individuais, sejam eles morais, psicológicos ou econômicos (FRASER;GORDON, 1994). Contudo, essa estratificação em dimensões, nem sempre esteve presente no que tange à dependência.

As autoras mostram com seus estudos que a dependência é um termo complexo e define diferentes relações que se expressam em uma só relação. Ou seja, a carga pejorativa à condição de dependência só é atribuída quando esse conceito é estratificado em dimensões, e dessa forma, individualizado e personificado nos sujeitos específicos. Ao invés de ser reconhecida enquanto uma totalidade de relações, ela assume dimensões que estão imbricadas.

Nas sociedades pré-capitalistas, a dependência era tida como algo intrínseco às relações consideradas como naturalmente hierarquizadas, cujo sentido comum relacionava-se às estruturas de subordinação vivenciadas por grande parte da população. Apesar disso, a dependência não se apresentava como algo necessariamente negativo, ou ruim, uma vez que nesta sociabilidade, quem não era grande proprietário de terras, seria seu subordinado. Assim, tratava-se de uma relação socialmente construída e naturalizada, e não um atributo meramente individual. Naquele período histórico, as relações de dependência possuíam, inclusive, um sentido positivo, expressa como resultado de relações de confiança entre as pessoas (FRASER; GORDON, 1994). Essa percepção demonstra um sentido mais coletivo sobre as relações de dependência enquanto uma condição interrelacional.

Com o advento da modernidade os sentidos sobre a dependência se modificam e se estratificam em dimensões. O desenvolvimento do capitalismo em seu primeiro estágio de cunho liberal, orientado pelos princípios do individualismo e do mercado como ente natural de regulação das relações (BEHRING; BOSCHETTI, 2010), influi diretamente nesta concepção. Fraser e Gordon (1994) propõem quatro registros sobre os sentidos atribuídos à



dependência, são eles: o registro econômico, o registro sociológico, o registro político e o registro moral e psicológico (FRASER; GORDON, 1994).

Sob o marco da perspectiva liberal as pessoas são cada vez mais tensionadas a proverem suas condições de vida por meio do trabalho. Assim, o trabalho assalariado confere o estatuto de independência sendo esse o *registro econômico* do conceito de dependência. Ou seja, às pessoas que não se mantêm economicamente por meio do trabalho assalariado, lhes é atribuído o estatuto de dependentes. Enquanto *registro sociológico*, Fraser e Gordon (1994) ressaltam o desenvolvimento do status de desviantes e incompetentes às pessoas consideradas dependentes. Com a intensificação na cultura política das diferenças de gênero nos séculos XVIII e XIX certas formas de dependência se tornaram vergonhosas (para os homens), enquanto outras são consideradas como naturais – para as mulheres (FRASER; GORDON, 1994). Neste contexto, emergem as diferenças de compreensões sobre a dependência entre e para homens e mulheres.

A submissão ao poder externo e dominante do governo é compreendida como o *registro político*. O *registro moral/psicológico* consiste em personalizar as relações de dependência, que ao invés de considerá-la como construção social, seria caráter da personalidade individual (FRASER; GORDON, 1994). A genealogia da dependência evidencia que na contemporaneidade há uma forte ênfase na personalidade de cada pessoa enquanto elemento determinante para a dependência. Trata-se de um retorno à lógica liberal de individualismo em que cada pessoa é responsável por suas condições de vida. A genealogia da dependência propõe que para que sejam elaboradas respostas qualificadas às relações de dependência é preciso questionar os valores e definições sobre o que se compreende por dependência, para permitir que novas visões sociais e emancipatórias possam emergir (FRASER; GORDON, 1994).

Para as feministas, a dependência se expressa enquanto condição humana, de forma que a ausência de pessoas que lidem com ela significaria a inexistência da humanidade por mais de uma geração. Apesar de serem atribuídos diferentes significados históricos, para Eva Kittay (1999) é possível demarcar na história da humanidade situações em que a dependência é inevitável para a sobrevivência e prosperidade dos sujeitos, como na infância, doença e em algumas experiências da deficiência e nas fragilidades da idade avançada (KITTAI, 1999). Segundo Kittay (1999), “é preciso entender as implicações desses casos mais evidentes da dependência para compreender a gama de interconexões e ver como todos os conceitos morais e políticos precisam refletir essas conexões” (KITTAI, 1999 p.30). As interrelações

imbricadas na condição humana de dependência precisam ser desveladas para que a moralidade da sociedade se baseie nessas relações, e não a reduza à personalidade de cada pessoa.

A autora propõe a “crítica da dependência” (*dependency critique*) chamando a atenção para a negligência teórica do debate sobre dependência e sua repercussão para as teorias de igualdade e justiça social. Desconsiderar que a dependência é uma condição humana significa subordinar as pessoas dependentes e as pessoas que trabalham com a dependência à sua própria sorte. As obrigações daquelas que trabalham com a dependência (*dependency workers*) as situam de forma desigual em relação àqueles que não possuem essas obrigações. Lidar com a dimensão da dependência, ou seja, cuidar das pessoas dependentes, significa dedicar-se ao outro, o que muitas vezes significa abdicar de si mesmo, em razão da sociedade que não se organiza considerando as relações de dependência como centrais no debate público e político. Nessa direção, as demandas são postas para o campo da justiça e seus elementos constituintes. É necessário que na esfera pública da sociedade seja reconhecida a relação intrínseca entre a pessoa dependente e o inerente trabalho com a dependência, nas palavras de Kittay (1999):

O ponto da crítica da dependência é mostrar que enquanto os parâmetros de justiça forem desenhados em relações de reciprocidade entre pessoas livres e iguais, os dependentes continuarão a permanecer privados de direitos, e os trabalhadores da dependência que são por outro lado membros da sociedade completamente capazes e cooperativos vão continuar a compartilhar de vários níveis das privações de direitos dos dependentes. (KITTAI, 1999 p.77).<sup>12</sup>

Historicamente as mulheres são as responsáveis pelo cuidado, de forma que esse trabalho tem sido percebido como parte da sua obrigação familiar. Kittay (1999) ressalta que as mulheres de classes sociais mais elevadas têm a possibilidade de contratar outra pessoa para realizar esse trabalho, quem, por sua vez, são em geral, mulheres mais pobres. Enquanto uma reação em cadeia, as mulheres pobres que precisam do trabalho assalariado, fora de casa, recorrem à ajuda da família no cuidado com seus familiares dependentes. O cuidado, enquanto dimensão do âmbito privado e como expressão das relações de gênero, tem sido uma responsabilidade raramente compartilhada com os homens. Nesta direção, é possível perceber que a distribuição equitativa do trabalho com a dependência entre classes e gênero raramente foi incluída nas discussões sobre justiça e, conseqüentemente, nas políticas sociais.

---

<sup>12</sup> Tradução livre do texto original em inglês.

A forma como a sociedade organiza o cuidado é uma questão de justiça social e deve ser enfrentada no âmbito das políticas sociais. Ao restringir o cuidado ao contexto exclusivo da família, além de deslegitimá-lo enquanto trabalho socialmente necessário, reforça as mulheres como responsáveis por tal obrigação. Assim, as restringe de participar em condições de igualdade com os demais sujeitos da sociedade, uma vez que estão sobrecarregadas de afazeres fundamentais para a sobrevivência da sociedade, mas desqualificados por esta.

O trabalho com a dependência é de fato trabalho (KITTAI, 1999) e se dar, majoritariamente, no âmbito privado da vida das pessoas, não desqualifica a necessidade de seu reconhecimento público. Trata-se de evidente urgência para qual alerta Kittay (1999) de enfrentar as relações de dependência como questões constitutivas da sociedade e, por isso, que requerem a responsabilização do Estado por suas demandas.

A contribuição dos estudos feministas ao discutirem o cuidado como atividade humana e inclusive, ao propor uma ética do cuidado alternativa à ética liberal (KITTAI; MEYERS, 1987) desmistificam o princípio liberal do individualismo, o qual se baseia na competitividade entre as pessoas e na ação individual em detrimento das relações coletivas. Por considerar a dependência como condição humana e resultado da interrelação social, os estudos feministas localizam a dependência como demanda por justiça social e, não mais, como um problema individual e privado. Ou seja, uma sociedade efetivamente justa precisa contemplar os sujeitos dependentes, e também aquelas responsáveis pelo seu cuidado como uma questão pública a ser enfrentada por políticas sociais na perspectiva de direitos.

Por meio da problematização ao padrão dominante de pessoa, masculino e sem deficiência, em que se baseiam as teorias de justiça hegemônicas e as políticas sociais, os estudos feministas ampliam os horizontes de análise e compreensão da realidade para outras características que não são contempladas por este modelo genérico. Consiste na deslegitimação de um grupo dominante que subordina os demais grupos. A perspectiva feminista pleiteia que o debate sobre o justo considere que a posição de dominantes, assumida por certos sujeitos, é fruto da legitimação histórica de características específicas de uns e não de outros.

Tal pleito reivindica que o modelo único de pessoa jamais contemplará a diversidade em que a humanidade pode se expressar. Trata-se então da luta por espaço na sociedade às mais diferentes características humanas, em uma perspectiva que as agregue enquanto pessoas diferentes entre si, mas socialmente iguais. Na direção da emancipação humana, entendida

como a superação das relações de opressão na sociedade, as teorias feministas abrem um leque de possibilidades às reflexões e reivindicações dos grupos socialmente marginalizados.

As pessoas com deficiência são um dos grupos que historicamente sofre opressão por estarem excluídas do padrão de normalidade socialmente legitimado. Há uma importante articulação entre os estudos feministas e a emergência dos estudos sobre deficiência. O ponto de partida dado pelas feministas ao problematizarem a ordem social baseada em um ser humano típico dialoga com o questionamento dos estudiosos sobre a deficiência a respeito da cultura da normalidade. Ao assumirem a organização patriarcal da sociedade expressa na dicotomia entre as esferas pública e privada, as feministas evidenciam as desigualdades entre homens e mulheres sob a justificativa da hierarquia entre as esferas, sendo associada às mulheres, a dimensão privada, hierarquicamente inferior.

Por sua vez, os estudos sobre deficiência denunciam a cultura da normalidade que classifica os corpos em normais ou patológicos (BARBOSA, 2013). Assim, a intersecção entre a perspectiva feminista e os estudos sobre deficiência culmina em importantes contribuições para a garantia de direitos aos grupos sociais subordinados, na medida em que questionam a ordem social posta, legitimada pelos parâmetros de justiça que se baseiam em particularidades de seres humanos específicos, que não contemplam a diversidade humana.

## 2.2 Deficiência

Enquanto a dependência carrega o estigma de desvio ao individualismo necessário no âmbito público, a deficiência desvia a normalidade do corpo padrão. O domínio do saber biomédico sobre os corpos determina padrões de habilidades que quando não são possuídas devem ser corrigidas. Quando as correções não são possíveis ou suficientes esses sujeitos são excluídos, ou no mínimo, restringidos da participação social. Há uma noção de ser humano universal que marginaliza todos os demais sujeitos que não compartilham das suas características.

As pessoas com deficiência vivenciam historicamente a opressão e desigualdade pelo corpo, atribuída como tragédia pessoal quando explicada por narrativas religiosas e, em outro momento, como transgressão à normalidade dada por uma soberania do saber biomédico sobre a normalidade ou patologia dos corpos. As concepções sobre o corpo são necessariamente resultantes de uma construção social e cultural (BRETON, 2013), que por conseguinte é mutável. Assim, a deficiência deve ser compreendida como resultado de uma

construção social sobre os corpos. Representa desvios à normalidade dominante, e por isso, se expressa sob a forma de opressão e subordinação das pessoas com deficiência.

O entendimento sobre a deficiência como resultado de uma sociedade insensível à diversidade humana, expresso pelo modelo social da deficiência, está em constante disputa com o saber biomédico sobre a deficiência, que preconiza um padrão de normalidade sobre os corpos. Há então uma tensão entre duas formas de analisar e descrever a deficiência, cuja escolha ou dominação de uma perspectiva sobre a outra, é central para o desenho das ações direcionadas às pessoas com deficiência, e por isso, tema fundamental a ser aprofundado.

### 2.2.1 Modelo biomédico

A produção do olhar biomédico sobre o corpo, a partir do século XIX, explica a deficiência com base na embriologia e genética (BARBOSA, et al. 2010), sendo a consequência natural do corpo que apresenta algum impedimento (DINIZ, 2007). Trata-se de outra forma de explicar a deficiência, alternativa às compreensões de que o impedimento é fruto do azar, pecado, tragédia individual, para as quais as pessoas com deficiência são como monstros e aberrações para a sociedade (COURTINE, 2009) sendo excluídas e relegadas ao distanciamento da convivência social.

Com o desenvolvimento da medicina moderna emerge o chamado “modelo biomédico da deficiência”. O modelo biomédico tem como principal objeto de investigação a doença ou, o corpo que adocece, sem ressaltar o ser humano enquanto um ser complexo e determinado por diferentes dimensões da vida. Dessa forma, o saber biomédico se sobrepõe às outras narrativas em classificar os sujeitos e produzir padrões de normalidade. No que tange à deficiência, desenvolve-se a perspectiva de que ela expressa o desvio ao corpo saudável e, por sua vez, trata-se de um corpo adoecido a ser curado, ou normalizado. Com isso, é o corpo defeituoso<sup>13</sup> da pessoa que a impossibilita de realizar as atividades cotidianas da mesma forma que as pessoas sem deficiência, ou as consideradas “normais”. O impedimento presente nos corpos é legitimado pela narrativa biomédica como expressão da deficiência, ou seja, impedimento e deficiência são, sob essa perspectiva, conceitos idênticos (THOMAS, 2002).

Conceber o corpo como determinante da deficiência significa partir e produzir uma cultura da normalidade, cujas alternativas são a cura ou o simulacro da normalidade, alcançada por meio da manipulação do corpo para se parecer ao máximo com o padrão (BARBOSA et al, 2010). A noção unívoca sobre o funcionamento dos corpos individualiza e

---

<sup>13</sup> Termo utilizado para dar ênfase as expressões que se associam a uma noção de desvio à normalidade.

culpabiliza os desvios à norma. Nesse sentido, a deficiência é tomada como uma particularidade ou exceção à regra que deve ser consertada. Mais uma vez, como ocorre com a dependência, legitimar o não reconhecimento da deficiência como construção social e de sua evidente necessidade de respostas do âmbito público da sociedade, apenas a esfera das relações privadas e afetivas é responsabilizada por lidar com a questão da deficiência.

Por outro lado, há uma crítica à existência de um padrão hegemônico de funcionamento e normatividade do corpo – corponormatividade - que localiza a deficiência como um processo que é produto social e cultural. Essa crítica fundamenta a necessidade de convocar a responsabilidade pública, e por isso coletiva, sobre a opressão pelo corpo. É a corponormatividade que inferioriza e subordina outras formas de manifestação do corpo, como no caso da presença do impedimento corporal. Assim, a experiência de desigualdade vivida pelas pessoas com deficiência é resultado de uma sociedade pouco sensível a essas formas de existência humana. O modelo social da deficiência se desenvolve como forma alternativa à compreensão biomédica da deficiência preconizando a deficiência como uma construção social.

### 2.2.2 Modelo social

Em oposição ao modelo biomédico surgiram os chamados estudos sobre deficiência (*disability studies*), apoiados nas ciências sociais. A experiência do Reino Unido é particularmente importante por iniciar, nos anos de 1970, uma crítica que desemboca na perspectiva, radical e controversa, teórica e prática, referida como “modelo social da deficiência” (BARNES, et al. 2002). Trata-se da reformulação sobre a deficiência como uma forma de opressão social em contraste com a perspectiva puramente biomédica ou preocupada com a intervenção dos corpos. A inquietação das pessoas com deficiência em razão de suas condições de vida, relegadas às instituições residenciais, a exclusão do mercado de trabalho, da oportunidade de receberem um salário digno e a pobreza forçada, levou esses sujeitos a se organizarem individual e coletivamente (THOMAS, 2002).

O modelo social, então, coloca para a sociedade a responsabilidade pelas restrições de participação às pessoas com deficiência, assim como pelas desvantagens que vivenciam. Tais restrições e desvantagens são tidas como consequência das relações permeada por hierarquia entre as pessoas sem impedimentos e as que têm impedimentos, para além do corpo em si mesmo (THOMAS, 2002). São as barreiras sociais que restringem a participação das pessoas

com impedimentos corporais na sociedade em igualdade de condições com as demais. (BARBOSA, et al. 2010).

Na chamada primeira geração do modelo social sobre a deficiência, os ativistas e estudiosos eram majoritariamente homens com lesão medular. Tratava-se de uma elite de pessoas com deficiência (DINIZ, 2007), que nesse primeiro momento discorreu e reivindicou uma outra compreensão sobre a deficiência, alternativa ao modelo biomédico. Nesse momento, a perspectiva marxista materialista histórica e dialética deu luz às análises do modelo social da deficiência. O modo de produção capitalista, com base na exploração do trabalho humano, foi percebido como determinante das barreiras e opressões atribuídas às pessoas com deficiência.

O incremento na industrialização, durante o século XVIII na Inglaterra, levou à generalização do capitalismo industrial e das relações assalariadas de trabalho. As pessoas com deficiência foram gradativamente excluídas das atividades econômicas que eram baseadas em longas horas de trabalho e demandavam velocidade e trabalho intenso (THOMAS, 2002). Em face da dificuldade em venderem sua força de trabalho sob tais condições, as pessoas com deficiência foram socialmente consideradas como dependentes por serem “não produtivos” ao sistema. Nesta direção, a compreensão sobre as relações de dependência se atrelam muito mais às relações econômicas do que de cuidado. Como Linda Gordon e Nancy Fraser (1994) identificaram ao construírem a genealogia da dependência, o desenvolvimento do capitalismo culmina na estratificação na compreensão sobre a dependência do qual o registro econômico é uma de suas dimensões.

A centralidade das relações econômicas para a teoria marxista é um importante marco analítico para a primeira geração do modelo social da deficiência. Nessa direção, as relações de dependência estão mais atreladas a necessidade de garantia da manutenção financeira por outra pessoa, do que pelas demandas por cuidado. O valor ético central às relações capitalistas é a independência, entendida como um processo de ações individuais e individualistas em busca de seus interesses. A primeira geração do modelo social pleiteava o trabalho assalariado como possibilidade de garantia de independência às pessoas com deficiência, o que por um lado responsabilizava a sociedade pelas barreiras impeditivas à participação no mercado de trabalho por parte das pessoas com deficiência, mas por outro lado se esquecia daquelas que mesmo com a eliminação dessas barreiras seriam impedidas de trabalhar.

Com o materialismo histórico dialético foi possível conceber a deficiência não como algo meramente individual e passivo às intervenções biomédicas, mas enquanto um fenômeno

determinado pelas relações sociais em conjunturas históricas específicas (THOMAS, 2002). Enquanto o modelo biomédico define a deficiência como consequência dos impedimentos presentes nos corpos, a primeira geração do modelo social tentou desvincular o corpo da experiência da opressão, ou seja, o impedimento da deficiência, devolvendo para a sociedade a responsabilidade pela opressão. Ao diferenciar deficiência do impedimento responsabilizou a sociedade pela opressão, mas reafirmou a hegemonia biomédica sobre os impedimentos corporais ao não discursar sobre suas implicações na vida das pessoas.

Deficiência então passa a ser entendida como resultado da interação do corpo com impedimentos e as barreiras impostas pela sociedade pouco sensível à diversidade humana. A opressão social é resultado da sociabilidade capitalista. Com a primeira geração do modelo social da deficiência o pleito pela participação das pessoas com deficiência na sociedade era principalmente para a garantia do trabalho assalariado. Assim, são as barreiras sociais as responsáveis por excluir ou limitar as possibilidades de venda da força de trabalho das pessoas com deficiência. O principal impeditivo à participação das pessoas com deficiência, para a primeira geração do modelo social, seria então a organização capitalista, que os excluía do processo produtivo (DINIZ, 2007).

Dessa forma, a luta se dá para a superação das barreiras sociais, sem as quais as pessoas com deficiência poderiam viver plenamente em igualdade de condições às demais pessoas. Ao devolverem para a sociedade a reponsabilidade pela opressão vivida pelas pessoas com deficiência, os estudiosos e ativistas da primeira geração do modelo social conseguiram contribuir com o desenho das políticas sociais voltadas a esse grupo. Por outro lado, tanto modelo biomédico quanto o social concordavam que o impedimento era domínio dos cuidados biomédicos (DINIZ, 2007), o que contribuiu para a manutenção da soberania biomédica.

Segundo Colin Barnes et al. (2002), a responsabilidade dos governos em assegurar direitos iguais para as pessoas com deficiência começa a ser formalmente reconhecida internacionalmente em 1981 com o Ano Internacional das Pessoas com Deficiência da Organização da Nações Unidas (ONU). No ano seguinte, a Assembleia Geral da ONU adotou por consenso um “Programa de Ação Mundial para as Pessoas com Deficiência”, cujo objetivo era “promover medidas eficazes para a prevenção da deficiência e para a reabilitação e a realização dos objetivos de ‘igualdade’ e ‘participação plena’ das pessoas deficientes na vida social e no desenvolvimento.” (CEDIPOD, 1992 p. 4). Tal Programa defendia a igualdade de oportunidades para todas as pessoas, e a participação equitativa dos sujeitos na



melhoria das condições de vida em razão do desenvolvimento social e econômico. Além disso, deveria ser realizado por todos os países, independente do seu nível de desenvolvimento.

Os próximos dez anos foram designados como “A Década das Pessoas com Deficiência das Nações Unidas”. Entre 1990 e 1993 estados membros em mútua colaboração desenvolveram as “Regras para a Igualdade de Oportunidades para as Pessoas com Deficiência”. Segundo o Relatório da Conferência e Recomendações “Repensando o Cuidado a Partir da Perspectiva das Pessoas com Deficiência (2001) da Organização Mundial de Saúde (OMS)<sup>14</sup> haviam vinte e duas regras cobrindo serviços médicos comunitários e facilidades. As Regras foram formalmente adotadas pelas Nações Unidas em 1993 (BARNES et al, 2002).

### 2.3 Deficiência e cuidado: a necessária intersecção entre os estudos sobre deficiência e os estudos feministas

A centralidade na independência preconizada pela primeira geração do modelo social da deficiência, que atribuía exclusivamente às barreiras sociais a responsabilidade pela restrição de participação das pessoas com deficiência, foi questionada pela crítica feminista. Mesmo com as importantes conquistas da primeira geração do modelo social no âmbito da conquista de direitos, pautas pertinentes à experiência da deficiência foram deixadas de lado. As feministas possibilitam a expansão do modelo social ao levarem outros temas que estão relacionados à vida humana, como a dependência, interdependência, o cuidado e a dor (DINIZ, 2007).

Conhecida como segunda geração do modelo social da deficiência, a introdução da perspectiva pós moderna e da crítica feminista trouxe contribuições que questionaram a primeira geração do modelo social. A definição dessa segunda geração aprofundou a discussão sobre deficiência para além do debate sobre como superar as barreiras, contemplando e ampliando para a consideração sobre viver e experimentar o corpo com impedimentos, bem como das interrelações derivadas dessa experiência. As feministas inserem a perspectiva das responsáveis por cuidar das pessoas com deficiência.

Partindo das experiências das mulheres com deficiência, a segunda geração do modelo social abrangeu também as mulheres sem deficiência. Foram as teóricas não deficientes que pleitearam um novo espaço de fala e autoridade, a de cuidadoras das pessoas com deficiência.

---

<sup>14</sup> Tradução livre para: “Rethinking Care From the Perspective of Disabled People Conference Report and Recommendations. World Health Organization Disability and Rehabilitation Team.” Disponível em: <<http://www.independentliving.org/docs6/barnes200106.pdf>>.

O papel das cuidadoras, oportunamente esquecido pelos homens com lesão medular da primeira geração do modelo social da deficiência, foi uma inovação que acrescentou novos elementos ao debate sobre a justiça e igualdade às pessoas com deficiência e suas interações na sociedade. O cuidado dos sujeitos passa a ser reivindicada no espaço público.

As reflexões dessas mulheres introduziram o olhar ampliado sobre outras variáveis de desigualdades que convergem com a experiência da deficiência, como gênero, raça, orientação sexual e idade (DINIZ, 2007). A defesa de inclusão na concepção sobre deficiência das doenças crônicas e envelhecimento também foi inaugurada pelas feministas. Para muitas teóricas, qualquer compreensão sobre deficiência que seja de fato feminista deve contemplar as doenças crônicas (WENDELL, 2001). Trata-se de contemplar as pessoas cuja doença demanda tratamentos que a eliminação das barreiras sociais, por si só, não consegue superar o sofrimento físico. Não consiste em reduzir ou equiparar deficiência à doença, mas abarcar as pessoas cuja participação social é restringida pela forma como seus corpos funciona, o que lhes causam dor e sofrimento.

Para resumir a importância da perspectiva feminista nos estudos sobre deficiência, Débora Diniz (2007) propõe três pontos: a) a crítica ao princípio da igualdade pela independência; b) a emergência do corpo com lesões<sup>15</sup>; c) a discussão sobre o cuidado. Enquanto que na sociedade capitalista o valor ético central é a independência, lutar pela mesma não significa a superação dessa sociabilidade, apenas a redenção a seus pressupostos de desigualdade social. Ao criticarem o princípio da igualdade pela independência, as feministas localizam a interdependência como valor moral à humanidade. Com isso, o debate sobre o justo e o igual estaria no campo das relações verdadeiramente humanas de interdependência coletiva, e não no valor ético capitalista da independência individual.

As teóricas tornam público o corpo, a dor e o sofrimento causado pelo impedimento, que foram relegados ao âmbito privado na primeira geração do modelo social da deficiência. As feministas reconhecem as conquistas inegáveis da primeira geração do modelo social ao conceituarem impedimento e deficiência de forma diferenciada, mas ressaltam que não se pode suprimir a vivência do impedimento nos corpos das pessoas. Trata-se de discursar sobre os impedimentos, ao invés de deixá-los exclusivamente sobre o domínio biomédico.

O corpo com impedimentos emerge na crítica feminista como forma de enfrentamento à normalização dos corpos. Nessa medida, a primeira geração do modelo social da deficiência

---

<sup>15</sup> A Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2008) preconiza o termo impedimento. No presente trabalho, lesão e impedimento serão utilizados como sinônimos quando nas referências citadas (anteriores à Convenção) os termos forem considerados sinônimos.

não conseguiu superar a soberania biomédica em controlar os corpos com impedimentos, uma vez que a almejada independência e superação da deficiência, entendida como opressão social, prescindia da domesticação de seus corpos para o funcionamento padronizado na sociedade. As reflexões sobre justiça são iluminadas pela negação da dependência como valor ético central, e em seu lugar, as relações de interdependência são respaldadas por muitas teóricas.

Sob o lema feminista de que o privado é público, as mulheres que vivenciam o contexto da deficiência se incluem nas desvantagens e opressões sofridas pela deficiência, que se estendem aos corpos sem impedimentos. São as cuidadoras que reivindicam a centralidade do trabalho com o cuidado em uma sociedade onde a interdependência é condição humana (KITTAI, 1999), porém não é reconhecida como tal. É preciso conceber que “O cuidado e a interdependência são princípios que estruturam a vida social. Ainda hoje são considerados valores femininos e, portanto, confinados à esfera doméstica.” (DINIZ, 2007 p.70). Ao confinar o trabalho com o cuidado à esfera doméstica, mantem-se as estruturas de dominação e subordinação da sociedade que estão fortemente ligados às questões de gênero (KITTAI, 1999).

Nesta direção, as dimensões sobre a interdependência e o cuidado, são caras à perspectiva feminista por estarem intimamente relacionadas as desigualdades entre as responsabilidades femininas e masculinas, nos âmbitos públicos e privados. Tais dimensões convergem com os estudos sobre deficiência ao aprofundarem as reivindicações por justiça social às pessoas com deficiência à necessária mudança de valores morais na condução das ações humanas. A superação das desigualdades sociais vividas pelas pessoas com deficiência e sem deficiência, só pode se dar com as relações de interdependência e cuidado sendo reconhecidas como questões de justiça social (DINIZ, 2007). As produções feministas sobre deficiência precisam ser expandidas, uma vez que tendem a contribuir com a reflexão para promoção da justiça e igualdade às pessoas envolvidas com a deficiência.

Contudo, apesar das determinantes contribuições dos estudos feministas e de gênero aos estudos sobre deficiência, a interseção entre esses debates é ainda muito incipiente. No âmbito das Ciências Humanas, a necessidade de articulações entre categorias determinantes às experiências de vida dos sujeitos como: classe, gênero, raça/etnia, geração, já é bastante consolidada (MELLO, NUENRBERG, 2012). Contudo, reconhecer a deficiência como uma categoria a ser incluída nessa multicategorização sobre a vida humana ainda é um desafio para

as Ciências Humanas, e particularmente aos estudos feministas e de gênero, que ainda disputam o estatuto de ciência.

A necessidade dos estudos feministas de transcenderem aos aspectos de gênero para abarcarem outras categorias (MELLO, NUENRBERG, 2012), como deficiência, é fundamental para o fortalecimento e ampliação do debate sobre a deficiência como expressão da opressão social à diversidade dos corpos humanos. Para Anahi de Mello e Adriano Nuenrberg (2012) o não cruzamento da categoria deficiência aos estudos e produções acadêmicas feministas é resultado do isolamento da deficiência como uma temática ainda muito específica e particular em detrimento de seu reconhecimento como expressão da diversidade humana. Esse fato é consequência também da dificuldade de acesso das pessoas com deficiência ao ensino superior, e mais ainda de mulheres com deficiência. Assim, a histórica construção feminista a partir das vivências de suas escritoras encontra um empecilho fundamental.

Expressão dessa evidente dificuldade de produções feministas sobre a deficiência é o resultado do levantamento bibliográfico realizado para fins dessa Dissertação na Revista Estudos Feministas. Reconhecida como veículo de difusão do conhecimento na área dos estudos feministas e de gênero, no contexto nacional e da América Latina (DINIZ; FOLTRAN, 2004), a revista contou com apenas dois artigos que se utilizam do debate sobre deficiência em toda a sua história. Em 2007, foi feita uma resenha sobre o livro “O que é deficiência”, de Débora Diniz, marco fundamental da discussão do modelo social da deficiência no Brasil, e outro, cinco anos depois, em 2012, de autoria de Anahi Mello e Adriano Nuernberg, trazendo exatamente a incipiência de produções feministas na intersecção com a categoria deficiência.

A intersecção entre os estudos feministas e os estudos sobre deficiência contribuem com a ampliação das reflexões e pautas de luta para a promoção da justiça social às pessoas com deficiência e sem deficiência, implicadas no processo de estruturação das desigualdades legitimadas socialmente. As feministas ousam tocar, ainda que a com a cautela necessária, e por meio da argumentação teórica e reflexiva, em temáticas que a urgência por objetividade insiste em desconsiderar. Assim como com a segunda geração do modelo social da deficiência foi possível agregar pautas importantes no debate sobre deficiência, e, por ser um campo ainda pouco consensual e explorado, as produções feministas sobre deficiência são primordiais para dar luz às reflexões com vistas à promoção de uma efetiva justiça social.

## 2.4 Promoção da justiça social às pessoas com deficiência: Marco legal do modelo social nas legislações brasileiras

Os documentos internacionais tiveram importante influência no Brasil, em um contexto de auge das lutas políticas, na década de 1980, dando visibilidade aos movimentos sociais das pessoas com deficiência. Tais movimentos sociais se aproximaram das demais bandeiras de luta daquele período, em uma perspectiva de justiça social e direitos de cidadania, que se expandiram no processo de transição democrática brasileira (SENNA, et al. 2013). Com a consolidação da Carta Magna de 1988, são estabelecidos em seu texto legal avanços importantes no que diz respeito aos direitos das pessoas com deficiência ao serem concebidos como direitos humanos.

Algumas conquistas no campo da proteção social tentaram se aproximar da concepção sobre a deficiência enquanto um conceito relacional (BARBOSA, et al. 2010). Em 1996, é instituído o Benefício de Prestação Continuada (BPC), que garante a transferência de um salário mínimo mensal a idosos e deficientes com renda familiar per capita inferior a um quarto (1/4) do salário mínimo, o qual não é a única ação brasileira para a população pobre com deficiência, mas se apresenta como uma das mais importantes tanto no que diz respeito à população beneficiada, quanto ao volume orçamentário (MEDEIROS et al. 2010).

Em 1999 é criada a “Política Nacional para integração da Pessoa Portadora de Deficiência”, a qual compreende o conjunto de orientações normativas que objetivam assegurar o pleno exercício dos direitos individuais e sociais das pessoas com deficiência (BRASIL, 1999). Essa política expressa a aproximação com a perspectiva do modelo social da deficiência compreendida como produto da interrelação do impedimento com as barreiras da sociedade. Nesta direção, o decreto 5.296, de 2004, conhecido como lei da acessibilidade, reforçou a compreensão de que as barreiras estão na sociedade. Seus objetivos propunham normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade tanto para pessoas com deficiência, quanto para pessoas com mobilidade reduzida. (BRASIL, 2004).

A implementação de legislações específicas às pessoas com deficiência é um marco político e social de conquista dos movimentos sociais e estudiosos sobre o tema. Por outro lado, Wederson Santos (2010) aponta que no Brasil, diferentemente de outros países, o modelo social da deficiência pareceu ter pouca influência sobre o desenho das políticas públicas (SANTOS, 2010), fenômeno que com a ratificação da Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência em 2007, tem sido gradativamente modificado.

A Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência é aprovada pelo Congresso Nacional brasileiro em 2008 e promulgada pelo Decreto 6949 em 2009, reconhecendo que deficiência é um conceito em evolução e resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas (BRASIL, 2009). No Brasil, a Convenção se equipara a Constituição Federal e com isso é um marco no que tange a definição de quem são as pessoas com deficiência e quais devem ser os direitos assegurados para a proteção social desses sujeitos. (BARBOSA, et al. 2010).

Segundo Santos (2010), a entrada do modelo social da deficiência, ainda restrito nas políticas públicas brasileiras, pode ser percebida pela adoção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) nas legislações do Benefício de Prestação Continuada (BPC), a partir do ano de 2007. A CIF tem como objetivo padronizar um sistema que descreva componentes da saúde e condições para a promoção da saúde (OMS, 2004). Ao inserir determinantes sociais e do contexto de vida das pessoas, possibilita a compreensão de que há multideterminações para a vivência da saúde, ou da ausência dela. Consiste na revisão da Classificação internacional de Lesão, Deficiência e Handicap (ICIDH), que era um catálogo estritamente biomédico sobre impedimento e deficiência, nos moldes da Classificação Internacional de Doenças (CID) (DINIZ, 2007).

O tema deficiência recebe espaço na CIF no seu Anexo 5, tendo agregado a perspectiva do modelo social da deficiência e contado com a participação à Internacional de Deficientes (DPI), inclusive tendo reconhecido a importância da participação das pessoas com deficiência e suas organizações no processo de revisão (DINIZ, 2007). Tal reconhecimento expressa importância no cumprimento do lema das pessoas com deficiência “nada sobre nós sem nós”. Desde 2009, as perícias para avaliação das pessoas com deficiência requerentes do Benefício de Prestação Continuada (BPC) têm como base a CIF.

Para além do BPC, a aprovação da Lei Complementar 142 de 2013, que estabelece critérios diferenciados para aposentadoria da pessoa com deficiência pelo Regime Geral da Previdência Social (RGPS), inaugura a utilização do Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Aplicado à Aposentadoria (IFBr-A). Esse instrumento se baseia também na CIF, como forma de incorporar as multideterminações da deficiência, dos contextos sociais e ambientais.

### **CAPÍTULO 3**

#### **Avaliação da pessoa com deficiência para a aposentadoria pela LC 142/2013**

Não é a dependência que torna as pessoas deficientes, e sim a opressão vivenciada por experimentarem um corpo diverso, com impedimentos. A dependência, entendida como condição humana, é experimentada nas mais variadas fases da vida, como na infância e velhice, podendo contemplar a deficiência. Com isso, é central compreender que as relações humanas se dão pelo valor ético central da interdependência, como propõem as feministas. O esforço analítico do presente capítulo é evidenciar as dificuldades que surgem quando a dependência é a dimensão utilizada para a avaliação da deficiência no âmbito das políticas públicas, especificamente da Lei Complementar 142 de 2013 (LC 142/2013) que estabelece a aposentadoria por tempo de contribuição e por idade para pessoa com deficiência, pelo Regime Geral da Previdência Social.

A segunda geração do modelo social da deficiência, a partir das contribuições da crítica feminista, questiona a pauta reivindicatória das pessoas com deficiência centrada na independência dos sujeitos. Trata-se da crítica à ética dominante, respaldada pelas necessidades e princípios capitalistas, da independência como princípio moral fundamental ao funcionamento da sociedade. As feministas questionam esse princípio ao evidenciarem a dependência como condição humana. Nessa direção, a centralidade da conduta das ações humanas passa a ser reivindicada a partir das experiências de interdependência e cuidado. Consiste em uma proposta diferenciada sobre a forma de compreender as relações humanas e, necessariamente, em como responder as demandas cotidianas das pessoas mais diversas.

Assim, a dependência se expressa como dimensão humana, de forma que sem a existência do cuidado nenhuma sociedade poderia existir por mais de uma geração (KITTAI, 1999). Por sua vez, deficiência é compreendida como resultado da opressão pelo corpo que experimentam as pessoas com impedimentos de longo prazo, sejam eles físicos, mentais, intelectuais ou sensoriais (BRASIL, 2010). Nesta direção, as pessoas com deficiência são sujeitos que representam a diversidade humana e não uma anomalia individual a ser corrigida. Por isso, suas demandas estão no campo da justiça social e não estritamente sob o domínio da normalização dos corpos, preconizada pela hegemonia do saber biomédico.

A relação entre dependência e deficiência é pleiteada pela segunda geração do modelo social da deficiência ao considerar que mesmo os cuidados biomédicos sendo fundamentais à muitas pessoas, eles podem não ser suficientes para a superação dos impedimentos vivenciados por alguns sujeitos. Além disso, questiona a primeira geração do modelo social

da deficiência cuja defesa se restringia à superação das barreiras como requisito primordial para a participação em igualdade de condições das pessoas com deficiência na sociedade. As mulheres vão mais a fundo em suas análises ao convocarem ao debate público as demandas das pessoas que nem a eliminação das barreiras quanto os tratamentos biomédicos irão prescindir o sofrimento e a experiência da dependência de pessoas com deficiência. Nessa medida, e independência se expressa como um objetivo inalcançável.

São as feministas, a partir de suas perspectivas emancipatórias, que propõem outra forma de discutir e analisar as relações humanas. A ética do cuidado coloca para o campo da justiça as demandas que foram relegadas ao espaço privado em uma condição de inferioridade ao que se instituiu como espaço público. Assim, reivindicam à noção de justiça social a inclusão das pautas sobre dependência e cuidado como fundamentais à uma sociedade em que as pessoas participem em condição de igualdade, apesar de suas diferenças. Para os estudos sobre deficiência, há importantes disputas teóricas que levam a controvérsias no âmbito do desenho de políticas de proteção social às pessoas com deficiência no que tange à relação com a compreensão sobre dependência.

Se por um lado é importante reconhecer que algumas pessoas com deficiência são de fato dependentes, esse pleito pode retroceder no campo das políticas sociais e garantia de direitos a esse grupo por respaldar a inferiorização e culpabilização dos indivíduos, em detrimento de reconhecê-los em suas possibilidades de participação social. Contudo, ao relacionar a dependência com a deficiência, as feministas objetivam contemplar a diversidade da vivência humana, mas não equiparar uma a outra. Significa considerar as mais diversas experiências humanas, mas distinguindo e conceituando as categorias deficiência e dependência. Ao trazer para o debate a necessária discussão sobre dependência, as feministas passam a explicar e contextualizar esse termo, ao contrário da primeira geração do modelo social da deficiência, que ao negá-lo, abriu possibilidades de confusões teóricas e práticas na relação com a experiência da deficiência.

As políticas sociais que objetivam atender às demandas desse grupo social são determinadas pela concepção de deficiência da qual partem como se evidencia na Lei Complementar 142 de 2013 que institui a aposentadoria para pessoa com deficiência pelo Regime Geral da Previdência Social (RGPS) sob critérios diferenciados. A aposentadoria por tempo de contribuição tem seu tempo reduzido a depender do grau da deficiência de cada contribuinte. Para a definição em graus, as pessoas com deficiência são avaliadas pela perícia médica e avaliação social de médicos e assistentes sociais, respectivamente, do Instituto



Nacional do Seguro Social (INSS) (BRASIL, 2013). As avaliações são somadas e a pontuação desse somatório indica o grau da deficiência da pessoa, podendo ser leve, moderado ou grave.

Para a redução no tempo de contribuição, as pessoas cuja avaliação final indicar deficiência grave, terão o direito a 10 (dez) anos a menos. Nas situações em que o grau da deficiência for avaliado em moderado a redução será em 6 (seis) anos de contribuição. Para as pessoas consideradas com deficiência leve, a redução no tempo de contribuição será de 2 (dois) anos. Assim, para os homens cujo tempo de contribuição pelo Regime Geral da Previdência Social é de no mínimo 35 anos, o grau de deficiência grave, moderado ou leve, culminará, respectivamente, na aposentadoria com 25, 29 ou 33 anos de contribuição. Para as mulheres que se aposentam com no mínimo 30 anos de contribuição, os tempos serão de 20, 24 ou 28 anos de contribuição para deficiências grave, moderada ou leve, respectivamente.

Há ainda a possibilidade de aposentadoria por idade pela LC 142/2013, nessa situação, não é preciso comprovar o grau da deficiência, mas as pessoas com deficiência são submetidas à perícia médica e avaliação social para a comprovação da existência da deficiência. Para aposentadoria por idade, os homens com 60 (sessenta) anos e as mulheres com 55 (cinquenta e cinco) anos, devem comprovar o mínimo de 15 anos de contribuição. As avaliações sociais e perícias médicas são realizadas com base no Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr-A), esse instrumento é o responsável por determinar o grau da deficiência das pessoas o que permite o acesso à aposentadoria ou não.

É preciso reconhecer que na particularidade das políticas públicas específicas para as pessoas com deficiência faz-se fundamental determinar quem são as pessoas contempladas pelos direitos. Ou seja, a opressão vivenciada pela presença de impedimentos em seus corpos, particulariza as demandas das pessoas com deficiência em uma sociedade que historicamente não lhes deu condições paritativas de participação com as pessoas sem deficiência. Dessa forma, o instrumento responsável por avaliar a deficiência é fundamental para a garantia do direito às pessoas com deficiência.

Para a aposentadoria por tempo de contribuição e idade para as pessoas com deficiência, a Lei Complementar 142 de 2013 determinou em Parágrafo Único que Regulamento do Poder Executivo definiria a deficiência em leve, moderada e grave (BRASIL, 2013). O Decreto nº 8145 de 03 de dezembro de 2013, que altera o Regulamento do Regime Geral da Previdência Social, prevê ato conjunto do Ministro de Estado Chefe da Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, dos Ministros de Estado da

Previdência Social, da Fazenda, do Planejamento, Orçamento como responsável por avaliar o segurado e fixar a data provável do início da deficiência e o seu grau, além de identificar a ocorrência de variação no grau de deficiência e indicar os respectivos períodos em cada grau e definir impedimento de longo prazo (BRASIL, 2013). Em cumprimento ao Decreto nº 8145/2013, a Portaria Interministerial AGU/MPS/MF/SEDH/MP<sup>16</sup> nº 1 de 27/01/14 instituiu o instrumento de avaliação médica e social com base no conceito de funcionalidade disposto na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial de Saúde (OMS), e mediante a aplicação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado para Fins de Aposentadoria – IFBrA (BRASIL, 2014).

A Portaria Interministerial AGU/MPS/MF/SEDH/MP nº 1 de 27/01/14 determina que é preciso comprovar a presença do impedimento por no mínimo dois anos, definindo dessa forma, impedimento de longo prazo. Ainda assim, a avaliação da deficiência por meio da aplicação do IFBr-A é o objeto mais expressivo no que tange à compreensão de deficiência atribuída pela Lei Complementar 142/2013. Mais do que um instrumento isolado, o IFBr- A expressa um direcionamento na concepção contemporânea sobre a deficiência no âmbito das políticas sociais para esse grupo e, por isso, precisa ser explorado em seus limites e possibilidades conceituais e em sua aplicação nas perícias médicas e avaliações sociais.

### 3.1 O Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado à Aposentadoria (IFBr-A)

No ano de 2007 o Grupo de Trabalho instituído pela Presidência da República por meio do Decreto de 26 de setembro de 2007, solicitou a elaboração de um modelo único<sup>17</sup> brasileiro de classificação e valoração das deficiências. Em resposta a essa solicitação, o projeto da Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência se iniciou em janeiro de 2011 e foi finalizado em abril de 2015. Em artigo publicado pelos responsáveis pela elaboração do instrumento é expressa a consideração de que a deficiência é multideterminada e não apenas expressão da incapacidade presente nos corpos das pessoas, nessa medida, os autores afirmam que para avaliar deficiência é necessário contemplar a questão social e a integração dos sujeitos na sociedade (FRANZOI et al, 2013).

---

<sup>16</sup> As siglas: AGU: Advocacia Geral da União; MPS: Ministério da Previdência Social; MF: Ministério da Fazenda; SEDH: Secretaria de Direitos Humanos; MP: Ministério Público.

<sup>17</sup> O Índice de Funcionalidade Brasileiro está sendo utilizado pela primeira vez na política de previdência social no que diz respeito a aposentadoria para a pessoa com deficiência pela Lei Complementar 142 de 2013. Por isso, recebe a sigla IFBr-A (Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado à Aposentadoria), dessa forma, IFBr e IFBR-A serão utilizados no presente trabalho como sinônimos, ou o mesmo instrumento.

Essa concepção social da deficiência é incorporada com a utilização da Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIF) como base na elaboração do instrumento, pois a CIF reconhece os meios social e físico para a classificação da deficiência (SANTOS, 2009). Apesar disso, a CIF não especifica como devem ser os instrumentos de mensuração das dimensões sociais e culturais da deficiência, o que incorre na possibilidade mais recorrente de avaliações sobre circunstâncias pessoais em detrimento das questões sociais e políticas (SANTOS, 2009). É exatamente a necessidade em contemplar a diversidade da vivência da deficiência, enquanto um conceito social, que se torna desafiante a construção de modelos de mensuração da deficiência. Tal desafio é reconhecido pelo grupo que elaborou o IFBr na afirmação a seguir:

A capacidade de identificar as pessoas com deficiência é ainda um dos principais desafios do atual panorama da política pública nacional. Isso ocorre não apenas porque as pessoas com deficiência formam um grupo heterogêneo, uma vez que possuem variados tipos e graus de deficiência e funcionalidade, mas também porque variam em termos sociais, já que as condições de vida dessas pessoas podem ser extremamente distintas, assim, pessoas com as mesmas alterações do corpo podem desempenhar suas atividades de com níveis diferentes de dificuldade ou limitação de acordo com o contexto em que vivem ou se encontram. Desse modo, um instrumento que tenha a capacidade de identificar essas pessoas com diferentes características e condições socioeconômicas é de fundamental importância (FRANZOI et al, 2013 p.165).

Tentando contemplar as dimensões que perpassam a concepção de deficiência, o Índice de Funcionalidade Brasileiro utiliza a independência como forma de mensuração para classificar a capacidade das pessoas com deficiência. Dessa forma, para o IFBr, a dependência é o valor central para mensuração da incapacidade, de forma que o instrumento se utiliza de uma régua de variações sobre os possíveis elementos aos quais os sujeitos são dependentes para determinar o grau da deficiência. O termo incapacidade presente na tradução em português da CIF derivou do termo “disability” na versão em inglês, porém, na língua inglesa, “disability” se refere ao sentido político e social da interação do corpo com impedimentos com as barreiras da sociedade e por isso, deve ser traduzido ao português como deficiência.

Pela Classificação Internacional de Funcionalidade Incapacidade e Saúde (CIF) o termo deficiência, como está definido pela Convenção Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência (2011), foi equivocadamente traduzido por incapacidade. Contudo, tal fato precisa ser problematizado, pois como afirma Débora Diniz (2007) o termo incapacidade “ignora trinta anos de debate acadêmico e político internacional, em especial as contribuições do

modelo social para a revisão da ICF”<sup>18</sup> (DINIZ, 2007 p. 2509). Dessa forma, a fidelidade aos termos é fundamental para o enfrentamento da hegemonia biomédica sobre a deficiência como desvio da norma. É importante ressaltar que a redescritção da categoria deficiência se deu com a contribuição do modelo social da deficiência e dos movimentos sociais de pessoas com deficiência, e por isso deve seguir o caráter original do debate teórico que culminou na CIF, assumindo deficiência como categoria chave, e não incapacidade (DINIZ, 2007). Quanto ao IFBr-A, os formuladores desse instrumento ressaltam a independência como valor pessoal para cada sujeito:

A independência foi escolhida como parâmetro de quantificação da incapacidade dada a sua importância que tem como valor pessoal, mas também porque está associada aos custos envolvidos no oferecimento de cuidados, seja pela família ou pela sociedade, além disso a independência é um parâmetro que pode ser usado para os diferentes tipos de deficiência (FRANZOI et al p.166).

O trecho expressa que a noção de independência retoma a concepção das relações meramente econômicas para a garantia da superação da deficiência, assim, mesmo as relações de cuidado estão associadas a custos e não a direitos daquelas responsabilizadas pelo trabalho com dependência e das pessoas dependentes. A experiência de um corpo com impedimentos muitas vezes não é superada apenas com o pagamento de custos, é preciso que se estabeleçam relações de confiança, centradas no valor ético da interdependência humana. É possível perceber no fragmento supracitado a noção contrária, da independência como valor ético central, reduzida a possibilidade de manutenção financeira das vidas.

Apesar dos avanços na avaliação das pessoas com deficiência obtidos com a inserção da Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF), é preciso considerar que essa classificação por si só não consegue contemplar o modelo social da deficiência em sua complexidade. Há um retorno à primeira geração do modelo social da deficiência ao considerar a independência como dimensão de superação da deficiência. As críticas a essa primeira geração já ressaltavam que o foco na independência reforça o saber biomédico de funcionamento dos corpos com vistas à normalização (DINIZ, 2007). Por isso, os autores da primeira geração do modelo social da deficiência não conseguiram superar a hegemonia biomédica.

As feministas acrescentaram ao modelo social da deficiência, em sua segunda geração, a crítica à independência como valor ético central da sociedade (DINIZ, 2007). Em

---

<sup>18</sup> Sigla para International Classification of Functioning, Disability and Health, em português, Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF).

contribuição, as feministas pleitearam a centralidade da interdependência das relações humanas e do trabalho com a dependência (KITTAI, 2009) como fundamental para a manutenção da sociedade. Dessa forma, denunciaram que mesmo um grupo subalternizado – de pessoas com deficiência – estaria se esquecendo da diversidade de sujeitos que deveriam estar contemplados nesse grupo. Ao trazerem para o debate sobre deficiência o questionamento sobre a dependência, as feministas puderam diferenciar ambos os termos, cujo esquecimento da primeira geração do modelo social da deficiência, culminou na manutenção da soberania biomédica. Nesta direção, é preciso evidenciar as contradições que emergem a partir da aplicação do instrumento que equipara a deficiência com a dependência, como se dá com o Instrumento de Funcionalidade Brasileiro Aplicado à Aposentadoria (IFBr-A).

A partir do “Manual Prático da Capacitação do Instrumento IFBr para Pessoa com Deficiência – Lei Complementar 142/2013 – INSS. Perícia médica e Serviço Social”, do Ministério da Previdência Social (MPS) as orientações para a pontuação do IFBr-A se dão da seguinte forma: 100 = realiza a atividade de forma independente, sem nenhum tipo de adaptação ou modificação, na velocidade habitual e em segurança / 75 = realiza a atividade de forma adaptada sendo necessário algum tipo de modificação ou adaptação ou realiza a atividade de forma diferente da habitual ou mais lentamente / 50 = realiza a atividade com o auxílio de terceiros, participando de alguma etapa da atividade. inclui preparo e supervisão / 25 = não realiza a atividade ou é totalmente dependente de terceiros para realizá-la/não participa de nenhuma etapa da atividade (MPS, 2013).

As pontuações que determinam o grau da deficiência são somadas em cada domínio, que baseados na Medida de Independência Funcional (MIF) apresentam 7 (sete) níveis de gradação, são eles: Domínio sensorial; Domínio comunicação; Domínio mobilidade; Domínio atividades pessoais, Domínio vida doméstica; Domínio educação, trabalho e vida econômica; Domínio socialização e vida comunitária (FRANZOI et al, 2013; MPS, 2013). Em todos os domínios foram distribuídas atividades da vida cotidiana, a serem pontuadas pelos profissionais a partir do relato dos requerentes à aposentadoria pela LC 142/2013. No total, são 41 atividades (Formulário em Anexo) com as possibilidades de pontuação acima descritas.

Além disso, para contemplar os fatores ambientais mais relevantes em limitar a realização das atividades por parte dos requerentes, foram incluídos no IFBr-A os fatores externos que devem ser marcados quando a pontuação para determinada atividade for 25 (não

realiza a atividade). Tais fatores externos estão de acordo com a classificação proposta na CIF, são eles: produtos e tecnologia, ambiente natural, apoios e relacionamentos, atitudes, serviços sistemas e políticas (FRANZOI et al, 2013). Esses fatores externos são sinalizados para evidenciar qual barreira impede a realização da atividade por parte da pessoa com deficiência.

Por fim, há a utilização do Modelo Linguístico Fuzzy, utilizado para favorecer a pontuação nos domínios mais relacionados ao impedimento das pessoas. Esse modelo se utiliza de três condições que definem os grupos que as pessoas fazem parte, são eles: 1. Determinação dos Domínios que terão mais peso para cada grupo de funcionalidade; 2. Definição de questões emblemáticas; 3. Disponibilidade do auxílio de terceiros (MPS, 2013). “O Fuzzy vai baixar a pontuação das atividades referentes aos 02 domínios prevalentes naquela deficiência, isto implica em atribuir a todos os domínios a menor pontuação dada pelo profissional naqueles domínios” (MPS, 2013 p. 13). Dessa forma, o modelo Fuzzy possibilita a maior incidência das pontuações sobre os domínios implicados diretamente as barreiras encontradas em função do impedimento das pessoas. Na tabela 1<sup>19</sup> a seguir é possível visualizar os domínios e questões emblemáticas para redução de pontuação dos respectivos impedimentos.

	<b>Auditiva</b>	<b>Intelectual Cognitiva/ Mental</b>	<b>Motora</b>	<b>Visual</b>
<b>Domínios</b>	Comunicação/ Socialização	Vida Doméstica/ Socialização	Mobilidade/ Cuidados Pessoais	Mobilidade/Vida Doméstica
<b>Questão Emblemática</b>	A surdez ocorreu antes dos 6 anos	Não pode ficar sozinho em segurança	Desloca-se exclusivamente em cadeira de rodas	A pessoa já não enxerga ao nascer

Fonte: Ministério da Previdência Social (2013).

As orientações do IFBr-A se esforçam em conduzir a uma análise da totalidade dos fatores que determinam a deficiência contudo, a mensuração da deficiência está centrada na independência das pessoas em realizar determinadas atividades que foram definidas com vistas englobar os fatores ambientais e sociais. A partir da noção de independência como

<sup>19</sup> “Quadro 2: Condições do modelo linguístico Fuzzy” retirado do Manual Prático da Capacitação do Instrumento IFBr para Pessoa com Deficiência – Lei Complementar 142/2013 – INSS. Perícia médica e Serviço Social” do Ministério da Previdência Social (2013).

sinônimo de capacidades em realizar as atividades e equiparando essa compreensão a de deficiência, o instrumento conduz a importantes confusões teóricas e práticas para os profissionais que o utilizam e para os segurados, no âmbito de sua aplicação.

As entrevistas com os profissionais que realizam as perícias médicas e avaliações sociais – médicos e assistentes sociais – para a aposentadoria pela Lei Complementar 142 de 2013 elucidam as inquietações em decorrência das orientações do IFBr-A. As confusões repercutem em equívocos analíticos que podem culminar na restrição de acesso à política que o instrumento deveria viabilizar às pessoas com deficiência. Nessa direção, as pessoas com deficiência evidenciam desconfortos do processo de avaliação que estão diretamente relacionados a forma como o instrumento é construído, baseado na independência na realização das atividades cotidianas.

### 3.2 Dependência como valor central à avaliação da deficiência: controvérsias na aplicação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado à Aposentadoria (IFBr-A)

Os sujeitos da pesquisa foram os profissionais do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), médicos peritos e assistentes sociais, responsáveis pelas perícias médicas e avaliações sociais, respectivamente. Foram também entrevistadas as pessoas com deficiência cujas perícias médicas e avaliações sociais foram acompanhadas pela equipe de pesquisa. Em média, em cada Agência da Previdência Social (APS) a equipe de pesquisa acompanhou três avaliações sociais e perícias médicas, o que culminou em uma proporção de três entrevistas com pessoas com deficiência por Agência, tendo variado em poucas situações.

As análises realizadas a partir da fase qualitativa de validação do Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado à Aposentadoria (IFBr-A) não consistem em um julgamento individual dos profissionais entrevistados, tão pouco das pessoas com deficiência, sujeitos que aderiram à pesquisa de validação do IFBr-A de prontidão, pois reconhecem a importância da avaliação da deficiência para o acesso aos direitos. Com isso, as análises a seguir apresentam uma interpretação sobre as falas representativas das pessoas entrevistadas situando-as no espaço de onde falam. Da mesma forma, é importante considerar que a relação do profissional com o instrumento também parte de suas interpretações morais e pessoais no processo de avaliação. O presente estudo, por sua vez, analisa as afirmações desses profissionais e pessoas com deficiência no que tange ao IFBr-A a partir do debate sobre dependência e deficiência. Por isso, representa as categorias profissionais e o grupo social

subalternizado – pessoas com deficiência – a partir de suas experiências de interação com o instrumento.

A partir da fala dos profissionais entrevistados algo que fica evidente é a diferenciação entre o Benefício de Prestação Continuada (BPC) da política de assistência social, e os requerentes que pleiteiam o acesso a Lei Complementar 142 de 2013 (LC 142/2013), respectivo à política de previdência social. A relação feita entre esses direitos se dá por serem especificamente direcionados às pessoas com deficiência e pelo fato de que para o acesso são necessárias a perícia médica e avaliação social realizada por estes profissionais do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Os profissionais reconhecem que há diferenças entre ambas as políticas, tais entendimentos estão relacionados à compreensão de deficiência e também às particularidades das diferentes políticas sociais.

No campo teórico de discussão das políticas sociais contemporâneas, há um direcionamento sobre a relação entre trabalho assalariado e acesso à políticas sociais. Segundo Potyara Pereira (2013), a dignidade atribuída ao acesso a direitos vinculados ao trabalho assalariado é uma expressão contemporânea das políticas de proteção social, cada vez mais relacionadas ao interesse de acumulação capitalista e apropriação do fundo público, conhecido como o fenômeno da mercadorização dos direitos. Por outro lado, as políticas que se distanciam da lógica da mercadorização do direito, tendem a ser rechaçadas e pouco reconhecidas, expressão evidente na política de assistência social que é tida como algo indigno de ação benevolente do Estado, um gasto social que não se justifica (PEREIRA, 2013).

O trabalho assalariado é a principal forma de inserção na política de previdência social dado seu caráter contributivo. Em sua grande maioria, para que os cidadãos consigam acessar essa política social precisam exercer alguma atividade remunerada<sup>20</sup>. No campo teórico e de implementação das políticas sociais é reforçada a compreensão de que o trabalho é o meio legítimo para acesso a direitos. Em se tratando da avaliação da pessoa com deficiência na perícia médica do INSS, para os médicos peritos entrevistados, a inserção no mercado de trabalho expressa o esforço e a superação individual.

a perícia médica ela enaltece aquela pessoa que conseguiu ultrapassar as barreiras e mesmo assim esta inserida no mercado de trabalho. (...) Uma superação. Ela superou tantas dificuldades, ela esta inserida no mercado de

---

<sup>20</sup> Segundo Maria Lúcia Lopes (2011), apesar de a partir da instituição da concepção de Seguridade Social com a Constituição Federal de 1988, a previdência social ter sido ampliada, possibilitando a vinculação de cidadãos que não realizem trabalho assalariado, como estudantes e donas de casa, que são incluídos como segurados facultativos, essa categoria, em 2008, representava apenas 1,52% das/os contribuintes para o Regime Geral da Previdência Social. O que evidencia que a maioria expressiva de seguradas/os da previdência social.



trabalho, ela não quer ser considerada um coitadinho. Então eu acredito, de modo empírico, que a concessão por parte da perícia médica seja maior. (médico perito E).

Na fala supracitada, o médico perito E torna expressa a importância das concepções do profissional que realiza a perícia médica. O reconhecimento sobre o direito pode implicar, inclusive, na concessão de avaliações mais favoráveis às pessoas com deficiência. É importante ressaltar que as pontuações resultantes das perícias médicas e avaliações sociais são somadas e o resultado final indicará o grau de deficiência<sup>21</sup>, dessa forma, as concepções e compreensões dos profissionais que aplicam o instrumento de aferição da deficiência são agregadas e possuem pesos iguais na pontuação final, sendo que as perícias médicas são anteriores às avaliações sociais. Ainda assim, já para a grande maioria das assistentes sociais<sup>22</sup> há surpresas no resultado final das avaliações, como é representativo na fala da assistente H a seguir:

ou eu estou com dificuldade na interpretação e na aplicação do instrumento ou ele não está favorecendo, à medida que eu entenderia que deveria favorecer. Porque que te digo isso, porque teve muitos casos que eu atendi, que assim, pra mim seria uma deficiência de moderada a grave, claramente, e na hora da aplicação do instrumento, deu leve. Então, assim, será que eu não estou sabendo aplicar? (Assistente Social H).

Não é possível afirmar o fator mais relevante que têm levado às discordâncias entre o instrumento e as concepções sobre deficiência das assistentes sociais ou médicos peritos, mas, é possível afirmar que o uso da independência como forma de mensurar a deficiência gera dificuldades analíticas para ambos profissionais. Para muitas assistentes sociais, O IFBr-A é um instrumento mais objetivo e centrado na realização da atividade ou não, principalmente quando comparado ao instrumento do Benefício de Prestação Continuada (BPC). A assistente social J explica:

O seguinte, no BPC você tem, digamos, uma liberdade maior para analisar, foi tudo passado no treinamento, para analisar como aquela pessoa interage com o meio, então assim, se ele tem dificuldade para usar um ônibus, “ah ele tem dificuldade para subir no ônibus” , o ônibus fica longe da casa dele, então ele tem uma série de dificuldades para usar o ônibus, no treinamento que a gente teve a questão da pessoa com deficiência era assim ele não realiza atividade, até o manual diz, ele não realiza ou ele realiza com ajuda de terceiros ou ele realiza sozinho de forma mais lenta ou com algum apoio

---

<sup>21</sup> Segundo o Manual do Ministério da Previdência Social as pontuações que determinam as graduações da deficiência são as seguintes: “Deficiência grave quando a pontuação for menor ou igual a 5.739; deficiência moderada quando a pontuação total for maior ou igual a 5.740 e menor ou igual a 6.354; deficiência leve quando a pontuação total for maior ou igual a 6.355 e menor ou igual a 7.584. Pontuação Insuficiente para Concessão do Benefício quando a pontuação for maior ou igual a 7.585” (MPS, 2013 p.15).

<sup>22</sup> A utilização no feminino para profissionais do Serviço Social se dará como universal para contemplar a categoria, dada a prevalência de mulheres na profissão.

sem ajuda de outra pessoa. Ai eu acabei ficando em dúvida, minha avaliação eu pego muito...confiante e certa que eu tinha feito da maneira que eu fui capacitada e conforme o manual diz. Ai naquela hora...por isso eu voltei com o senhor e perguntei “você tem dificuldade para falar isso?” Até porque quando fiz o treinamento disseram bem assim para a gente, foi colocado em treinamento “dá um time no que você deveria tecer que aqui é uma outra lógica, embora trabalhe com o conceito de deficiência da CIF, mas é uma outra lógica, é uma lógica muito mais técnica...acho que técnico o termo. Não é que não seja técnico no BPC, é a questão de estar fechado ou é...ou é precisa de um apoio ou não é...realiza com apoio ou realiza sozinho (Assistente social J).

O Serviço Social assume as expressões da questão social como objeto de intervenção e reflexão. Essa perspectiva parte do entendimento de que a sociedade é resultado das relações sociais entre os sujeitos e que, no sistema capitalista, parte-se da relação de exploração entre trabalhadores e detentores dos meios de produção. Assim, a desigualdade social é elemento fundante nesta sociabilidade. Perante essa discussão, é possível compreender que o Serviço Social tem como ponto de partida analítico que a sociedade é desigual e que tal fato é expressão de constructos sociais. Com isso, as experiências de opressões vividas pelos sujeitos sociais não são naturalizadas por essa área do conhecimento, mas reconhecidas enquanto dimensões socialmente construídas. Tal reconhecimento permite o posicionamento de resistência a essa sociabilidade, pois se ela é construída e, pode, da mesma forma, ser desconstruída pela sociedade.

No que tange ao Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr-A) os médicos peritos concordam que há um forte direcionamento em ser objetivo ao determinar se pessoa realiza ou não a respectiva atividade da vida cotidiana. Com a centralidade na dependência para realizar as atividades, o instrumento direciona as avaliações e periciais muito mais para o funcionamento dos corpos dos sujeitos, do que na experiência da deficiência enquanto um conceito relacional e multideterminado. Dessa forma, o instrumento avalia a dependência e os demais determinantes são balizas para agravar ou reduzir a dependência. O médico D observa que há uma sobreposição das funções do corpo em detrimento da análise sobre a questão social em que está inserida a pessoa com deficiência avaliada:

Querendo ou não a gente vai mais pela função do corpo. A questão social o IFBr-A ele não tá objetivando isso, ele quer saber se a pessoa é dependente, ou independente pra aquelas atividades, pelo menos esse foi meu entendimento. Não está avaliando as questões sociais (Médico D).

Pela fala do médico D é possível perceber que a centralidade na independência está atrelada ao funcionamento dos corpos e, por isso, os fatores ambientais podem não ser contemplados pelo IFBr-A. O instrumento tem gerado dúvidas e possíveis equívocos nas

pontuações dos profissionais envolvidos em sua aplicação, pois apesar de se propor a contemplar as barreiras ambientais e os fatores externos que determinam a experiência da deficiência, está na verdade avaliando como as barreiras afetam a dependência ou independência dos sujeitos. A construção discursiva do instrumento implica em análises mais superficiais e atreladas ao indivíduo. A assistente social H explica com se dá essa imprecisão conceitual:

Por exemplo, vamos pegar essa pessoa como exemplo, ela tem uma doença severa nas duas pernas e no quadril, ela usa bengala, só que é uma pessoa que mora sozinha, ela vai pro trabalho sozinha, ela disse pra mim que faz tudo que precisa fazer, lógico, que com alguma restrição, não vai subir numa escada pra trocar um lâmpada. Mas o básico das atividades domésticas ela consegue fazer, é claro que, no tempo dela, com a limitação dela, com todas as limitações dela, mas e aí? Por exemplo, como que eu vou pontuar um cinquenta? Eu não posso, né? Pelo menos a interpretação que eu tenho até então. Eu não posso pontuar um cinquenta, e, pontuando setenta e cinco está dando leve, né? Mas aí quando você olha como um todo, como que uma pessoa que tem uma dificuldade severa pra andar, ela tem uma dificuldade pra subir no ônibus, ela usa transporte coletivo. Então assim, tudo ela faz, com a ajuda da bengala, mas ela em momento algum, eu questionei se ela precisava da ajuda de alguém, ela disse que não, eu me viro sozinha, não preciso da ajuda de ninguém. (Assistente Social H).

A assistente social H evidencia que mesmo com o relato da pessoa com deficiência sobre as barreiras que enfrenta em seu cotidiano o instrumento limita as possibilidades de pontuá-las pois se restringe à dependência de terceiros ou de recursos de adaptação. A dependência está associada a realização das atividades a partir do funcionamento dos corpos das pessoa, e não de suas vivência concretas de restrição de participação. Os médicos peritos expressam essa dificuldade em avaliar dependência quando está lidando com pessoas que, em sua grande maioria, participam na sociedade por meio do trabalho assalariado, por exemplo, pois precisam dele para conseguirem contribuir para a previdência social, mas que, por outro lado, sofrem opressões por habitarem um corpo diverso. O médico C afirma:

pouquíssimos solicitantes, eu pontuei 25. Justamente porque eu entendo, se a pessoa já estava equilibrada, já estava trabalhando durante a vida inteira, constituiu família, tem formação acadêmica, tudo o mais, então ela não é completamente dependente. Em que ponto que ela vai ser completamente dependente, se ela tem toda essa autonomia? (Médico C)

O trecho acima evidencia a problemática na concepção de dependência, e mais ainda, no uso desta para mensurar a experiência da deficiência para cada pessoa. As pessoas com deficiência vivenciam opressões cotidianas e restrições de participações que a mera inserção no mercado de trabalho não consegue superar. Ao contrário, os próprios espaços de trabalho

são, muitas vezes, o lócus de reprodução da subordinação vivida. Com isso, a compreensão das/os médicas/os sobre a LC 142/2013, é de que seja um direito importante de reconhecimento do esforço e superação das pessoas com deficiência ao se inserirem no mercado de trabalho e assim legitimam essa política. Por outro lado, esse perfil do segurado da previdência social, enquanto trabalhador e conseqüentemente, sujeito que superou suas dificuldades provenientes dos impedimentos corporais, se apresenta como um elemento que, na visão médica, enfrenta a deficiência.

A opressão vivida por não conseguir acessar o trabalho assalariado se evidencia como expressão da deficiência, entendida como a restrição de participação e não estritamente do impedimento. O instrumento, no Domínio Educação, Trabalho e Vida Econômica (6.), leva em consideração 5 atividades da vida diária, e explica em sua descrição a compreensão a ser seguida pelas/os profissionais: “Participar em todos os aspectos do trabalho, seja uma ocupação, negócio, profissão ou outra forma de emprego, em tempo inteiro ou parcial, no mercado de trabalho formal ou informal (considerando procurar e conseguir trabalho, realizar as tarefas exigidas sozinho ou em grupo, permanecer e progredir no trabalho)” (BRASIL, 2013). Apesar dessa concepção sobre as dimensões do trabalho para a avaliação da deficiência, a pontuação restrita à dependência impossibilitaria reconhecer que a deficiência se expressa quando os empregadores não contratam essas pessoas em razão da discriminação pelo impedimento corporal. O instrumento se volta para a individualização do sujeito ao considerar para pontuação o fato da pessoa realizar ou não atividade e depender de adaptações ou de terceiros.

Ou seja, não é levado em consideração que a pessoa não realiza respectiva atividade porque não é contratada para tal - socialmente restringida de participar - e não porque não consiga exercê-la. Dificilmente a pontuação 25<sup>23</sup> será compreendida pelos profissionais como possibilidade para quem não acessa o trabalho em razão da discriminação pela deficiência. O pragmatismo sobre o funcionamento do corpo presente no instrumento, centrado na dependência, limita a compreensão sobre a deficiência enquanto um conceito relacional que somente se expressa, necessariamente, ao encontro das barreiras que são socialmente construídas. As pessoas com deficiência expressam a forma como experimentam a opressão, por exemplo, no local de trabalho, onde ainda que realizem as atividades com o mesmo

---

<sup>23</sup> Segundo o manual de aplicação do IFBr-A, a pontuação 25 deve ser atribuída quando a pessoa: “Não realiza a atividade ou é totalmente dependente de terceiros para realizá-la. Não participa de nenhuma etapa da atividade.” (MPS, 2014).

desempenho que as pessoas sem deficiência, não conseguem progredir em seus postos de trabalho. A pessoa com deficiência O afirma:

as próprias pessoas negam a deficiência, o preconceito, mas o preconceito existe e é fato, tanto que eu sempre me destaquei no trabalho, fui referência, me destaquei nas escolas, na Graduação, tenho todas certificações exigidas e mesmo assim eu tô bem atrás profissionalmente e vendo os outros passar na frente e você ter todo o potencial para estar se destacando e não tá, e, certamente a deficiência tem muito a ver (Pessoa com Deficiência O).

Tanto médicos peritos quanto assistentes sociais reconhecem que pelas orientações do instrumento fica difícil ampliar a compreensão sobre a deficiência, esvaziando esse conceito de seu cunho político, para a dimensão corporal sobre o impedimento e funcionamento do corpo. Apesar de o “Manual Prático da Capacitação do Instrumento IFBr para Pessoa com Deficiência – Lei Complementar 142/2013 – INSS. Perícia Médica e Serviço Social”, elaborado pelo Ministério da Previdência Social e utilizado pelos profissionais na aplicação do IFBr-A detalhar nas atividades as possibilidades de compreensão sobre a realização das atividades, que muitas vezes contemplam a restrição de participação, o instrumento é menos detalhado e a centralidade na independência gera confusões na hora de pontuar a realização das atividades.

Os valores do “meio termo”, 50<sup>24</sup> ou 75<sup>25</sup>, são unanimemente a dificuldade ressaltada na aplicação do IFBr-A pelos profissionais. Para as assistentes sociais há uma dificuldade em conseguir captar dimensões que o instrumento não considera, inclusive, nos prejuízos que a pessoa com deficiência pode ter ao realizar a atividade, como ficar debilitada, mas que, sem considerar essa debilitação ela conseguiria realizar a atividade. A assistente social F explica:

Mas assim existe essa dificuldade... do 25, principalmente do 75 e 50... o 25 e o 100 não, porque ou é totalmente dependente ou totalmente independente. Agora o 75 e 50, às vezes fica naquela confusão, porque se passa que a pessoa possa fazer mais demoradamente mais devagar... não só com ajuda de um utensílio ou uma ajuda tecnológica e tal. E eu digo isso porque tem coisas que a pessoa pode fazer as coisas mais devagar. E esse 75 e 50 eu acho que realmente tem uma... um nó aí, que pode ser... (Assistente Social F).

Além disso, é preciso reconhecer que a dimensão da dependência é uma das dimensões que, nessa sociedade cuja estrutura é desigual, torna as pessoas com deficiência restringidas de participarem socialmente. Mas não é a única determinante da deficiência, pelo contrário, é

---

<sup>24</sup> “Realiza a atividade com o auxílio de terceiros, participando de alguma etapa da atividade. inclui preparo e supervisão.” (MPS, 2014).

<sup>25</sup> “Realiza a atividade de forma adaptada sendo necessário algum tipo de modificação ou adaptação ou realiza a atividade de forma diferente da habitual ou mais lentamente.” (MPS, 2014).

uma característica da condição humana. Inclusive, esse fato é perceptível para os profissionais que entrevistam as pessoas com deficiência, os quais ainda que precisem de outras pessoas ou adaptações, se consideram independentes. A assistente social “A” evidencia essa lógica ao dizer: “só que você vê que ele não consegue entrar sozinho num ônibus, e ele tinha orgulho de dizer que ele era independente.” (Assistente Social A). Para as pessoas com deficiência, ser ou não dependente não está diretamente ligado ao funcionamento de seus corpos, mas intimamente atrelada à suas condições e possibilidade de vida.

As pessoas com deficiência pleiteiam a superação das barreiras que as impedem de participar plenamente na sociedade. Precisar ou não de uma pessoa para acompanhar às atividades da vida diária, não é uma questão central para a maioria delas, quanto não poder suprir as próprias condições de vida por não ter oportunidades para isso. Nessa medida, o instrumento utilizar a dependência como valor central e incapacitante para os sujeitos reforça a noção de que individualmente as pessoas são responsáveis pelas suas condições de vida, e não que esse é um reflexo de uma sociedade opressora. Nesta direção, as pessoas que não precisam de outras ou de adaptações em seu cotidiano, são da mesma forma não contempladas no instrumento, o qual as avalia como plenamente capazes e não consideram que seus corpos são diariamente oprimidos na sociedade. É possível perceber essa restrição na fala que se segue:

Não, porque é assim...ela perguntou: “Você vai no banheiro só?” Vou, vou no banheiro só, eu não preciso de ninguém me levar para ir no banheiro. “Alguém tem que te acompanhar para ir em algum “canto”? Não, não precisa, eu vou só. Mas a minha perda é de entendimento, não é questão de eu poder ir sozinho ou não (Pessoa com deficiência D).

As pessoas com deficiência expressam o desconforto com as perícias médicas e avaliações sociais quando elas reforçam o funcionamento de seus corpos em detrimento de analisar as opressões cotidianas que vivenciam. A centralidade na independência não contempla as vivências e experiências das pessoas com deficiência em uma sociedade que se baseia na cultura da normalidade. O Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr-A) ainda está gerando muitos equívocos analíticos sobre a compreensão da deficiência, que culminam em questionamentos dos profissionais envolvidos em suas aplicação e inquietações para as pessoas com deficiência que são submetidas a avaliação do instrumento.

Apesar do IFBr-A conseguir superar o olhar estritamente biomédico sobre a deficiência o fez sem superar uma perspectiva individualizadora da deficiência. Trás contradições e disputas dentro do modelo social. Essa disputa se dá entre a primeira geração

do modelo social da deficiência que pleiteia a independência como valor central da sociedade, e necessária para a superação da deficiência e a segunda geração do modelo social. Para a segunda geração, o valor ético central é a interdependência, logo, a superação da deficiência está atrelada às restrições de participação na sociedade contemplando os sujeitos envolvidos e a diversidade das experiências de um corpo diferente. Os equívocos que a centralidade na independência podem incorrer para a avaliação da deficiência foram apresentados no presente trabalho.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Não há consensos nas definições sobre a concepção de deficiência. Em face dessa realidade, há pelo menos dois modelos, biomédico e social, que permanecem em constante disputa e, mesmo em seus campos do saber, evidenciam importantes divergências. Apesar disso, o movimento atual das políticas sociais que objetivam garantir paridade de participação às pessoas com deficiência tem se direcionado à urgência de definição sobre o que é deficiência e a gradação em sua manifestação nas diferentes pessoas. Trata-se da necessidade de contemplar a diversidade de experiências da deficiência, dada a multiplicidade de formas de existência humana.

São os estudos feministas que denunciam a organização da sociedade baseada em um modelo genérico de ser humano. Partindo da posição de grupo oprimido em face das relações patriarcais, as mulheres propõem outros olhares sobre as normas civilizatórias que ordenam as ações humanas. Para esta perspectiva, a diversidade de experiências da vida no mundo é tema central para a promoção de uma sociedade realmente justa. Nessa direção, o valor ético central proposto pelas feministas é a interdependência, como alternativa à noção de independência utilizada pelas teorias tradicionais de justiça.

Ao trazerem para o debate a dependência como condição humana experimentada nas diferentes fases da vida, e por essa razão, demandar o cuidado como trabalho necessário à manutenção da sociedade, as mulheres deslocam do princípio moral dominante da independência para as relações de interdependência. São as feministas que pleiteiam a necessidade em considerar as vivências de opressão para a promoção de direitos a grupos subalternizados. Nessa medida, a intersecção entre os estudos sobre deficiência e os estudos feministas ampliam a compreensão sobre a experiência e diversidade da deficiência.

A defesa pela mudança na forma de entender as relações humanas sustentadas pela perspectiva emancipatória das mulheres, centraliza a interdependência como condição humana. Nessa direção, questiona a individualização e culpabilização das pessoas que vivenciam a dependência, ao identificarem que se trata, de fato, de uma dimensão humana que se expressa em diversas fases da vida. Por sua vez, para a segunda geração do modelo social, a deficiência é compreendida como opressão social de corpos com impedimentos, que podem ou não serem dependentes, mas que sobretudo devem acessar condições paritativas de participação na sociedade.



Sob o marco teórico feminista e dos estudos sobre deficiência, com vistas a contribuir no debate sobre análise de políticas sociais, o presente estudo conclui que apesar do Índice de Funcionalidade Brasileiro Aplicado à Aposentadoria (IFBr-A) representar importante conquista do modelo social da deficiência no desenho das políticas sociais ao ter como objetivo avaliar a funcionalidade e mensurar a gradação da deficiência em leve, moderada ou grave, considerando fatores ambientais e interrelacionais, essa compreensão não fica tão evidente no momento da aplicação, pois o instrumento se utiliza da compreensão de dependência para avaliar deficiência. Dessa forma, há um retorno à primeira geração do modelo social que não contempla a diversidade das experiências da deficiência e se baseia na independência como valor ético central às relações humanas, retomando a individualização, culpabilização e justificando a medicalização dos corpos dos sujeitos.

É preciso desmistificar a compreensão de que o instrumento estaria objetivando compensar os custos com o cuidado ao utilizar a dependência como termo para mensuração da deficiência. A estratificação sobre a compreensão da dependência incorre em análises individualizadas sobre suas repercussões na vida dos sujeitos. O registro econômico é apenas uma das dimensões implicadas nas relações de interdependência, mas não é única a ser considerada e respondida na forma de garantia de direitos. A aposentadoria para pessoa com deficiência não deve ser analisada como uma forma de compensar o cuidado dispensado à estas pessoas, pois o cuidado não se dá apenas como uma dimensão financeira, mas em um processo interrelacional entre os sujeitos envolvidos.

Por outro lado, a deficiência é defendida pelo modelo social como desigualdade vivenciada pelos sujeitos em face de uma sociedade opressora ao não estar preparada para atender às necessidades das pessoas diversas. Dependência e deficiência apresentam intersecções, mas não são sinônimos, e por isso, não devem ser utilizadas como medida de mensuração de uma ou da outra. A independência como valor humano central deixa de fora sujeitos cuja dependência jamais poderá ser superada, mas a vivência da opressão por seus corpos poderia ser. É fato que cada pessoa experimenta a condição de dependência em proporções e momentos diferentes e, por isso, é coerente buscar formas de contemplar essa diversidade, bem como abarcar as pessoas envolvidas no trabalho com a dependência. Seguindo essa análise, a deficiência enquanto expressão da diversidade humana é em si mesma um leque de experiências diversificadas e, enquanto resultado da construção social, é vivenciada de forma distinta entre os sujeitos.

Assim, é fundamental que se aprimorem os instrumentos de avaliação da deficiência para que as políticas públicas possam atender às demandas das pessoas com deficiência. Contudo, é preciso seguir aprofundando os debates e contemplando as contribuições teóricas que refletem sobre as experiências e vivências humanas. As feministas muito têm contribuído nessas reflexões que propõem a superação da ordem dominante e subalternizante que está posta atualmente. Trata-se de uma nova ética pautada nas relações de interdependência e cuidado vitais à existência humana.

Como expressão da dinâmica da realidade e possibilidades da pesquisa qualitativa, o cotidiano de acompanhamento das entrevistas e contato com as profissionais possibilitou a conclusão de que há outros importantes limitadores do acesso das pessoas com deficiência à aposentadoria pela Lei Complementar 142/2013. A falta de informação quanto ao tempo de contribuição mínimo, requisito para acesso à política de previdência social brasileira, pode também ser causa de indeferimentos no acesso à aposentadoria para as pessoas com deficiência. Além disso, o não repasse de muitas empresas da contribuição do empregado ao INSS tem causado surpresas aos segurados no momento das avaliações e comprovação do tempo de contribuição, o que não é uma particularidade da aposentadoria pela LC 142/2013, mas dos benefícios previdenciários que exigem tempo de carência, cujos segurados não tem conhecimento prévio. Dessa forma, importantes dados surgiram no processo da pesquisa, os quais merecem atenção para futuros estudos.

Há uma disputa entre a hegemonia biomédica e social na definição de deficiência para os desenhos das políticas sociais. Sobretudo no Índice de Funcionalidade Brasileiro (IFBr-A) a disputa discursiva se estende ao modelo social da deficiência e suas duas gerações. Enquanto a primeira geração defende a independência como valor ético central para a superação da deficiência, a segunda geração deste modelo pleiteia a interdependência das relações humanas. Na medida em que a independência atribui princípios individuais, as relações de interdependência implicam a construção de sujeitos coletivos. Com isso, a intersecção entre os estudos sobre deficiência e os estudos feministas tendem a trazer importantes contribuições para o modelo social da deficiência, e nessa direção, para a garantia de direitos que promovam a paridade de participação às pessoas com deficiência.

## REFERÊNCIAS

ARRETCHE, Marta. Tendências no estudo sobre avaliação. In RICO, Elizabeth (Org.) Avaliação de políticas sociais: uma questão em debate. 4ª edição. São Paulo: Cortez Editora, 1996, p. 29-40.

BARBOSA, Livia. et al. Diversidade corporal e perícia médica no Benefício de Prestação Continuada. In. Deficiência e Igualdade. Débora Diniz, Marcelo Medeiros e Livia Babosa (orgs). Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2010.

\_\_\_\_\_. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e Justiça: novos contornos das necessidades humanas para a proteção social dos países signatários (Tese de Doutorado) Universidade de Brasília, Brasília: 2013.

BARDIN, Laurence, Análise de Conteúdo. Lisboa: Edições 70, Lisboa, 2004.

BARNES, Colin, et al. Introduction. In Disability Studies Today. Cambridge: Polity Press, 2002.

BIROLI, Flávia. O Público e o Privado. In Feminismo e Política: uma introdução. Luis Felipe Miguel, Flávia Biroli (orgs) 1ed São Paulo: Boitempo, 2014. pp. 31-46.

BOSCHETTI, Ivanete. Avaliação de políticas, programas e projetos sociais. In: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília: CFESS, ABEPSS, 2009, pp. 575-593.

BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING Elaine. Política Social: fundamentos e história. 7 ed. São Paulo: Cortez, 2010.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Disponível em: 82 <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm)>. Acesso em: 30 de agosto de 2014.

\_\_\_\_\_. Lei 8212 de 24 de julho de 1991. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8212cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8212cons.htm)> Acesso em 11 de fevereiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Lei 8213 de 24 de julho de 1991. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18213cons.htm)> Acesso em 26 de janeiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Decreto 3048 de 6 de maio de 1999. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3048.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm)> Acesso em 11 de fevereiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Política Nacional para Integração da Pessoa portadora de Deficiência 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 24 de novembro de 2014.

\_\_\_\_\_. Decreto 5296 de 2 de dezembro de 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 13 de dezembro de 2014.

\_\_\_\_\_. Emenda Constitucional N° 47 de 05 de julho de 2005. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/Emendas/Emc/emc47.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/Emendas/Emc/emc47.htm)>. Acesso em 06 de setembro de 2014.

\_\_\_\_\_. Decreto de 26 de setembro de 2007. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2007-2010/2007/Dnn/Dnn11354.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Dnn/Dnn11354.htm)>. Acesso em 6 de março de 2016.

\_\_\_\_\_. Lei n° 11718 de 20 de junho de 2008. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/11718.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/11718.htm)>. Acesso em 26 de janeiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência. Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência: decreto legislativo n° 186, de 09 de julho de 2008: decreto n° 6.949, de 25 de agosto de 2009. -- 4. ed., rev. e atual. – Brasília : Secretaria de Direitos Humanos, Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2011 Disponível em: <<http://www.pessoacomdeficiencia.gov.br/app/sites/default/files/publicacoes/convencaopessoacomdeficiencia.pdf>>. Acesso em: 26 de janeiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012. Regulamenta pesquisa em seres humanos no Brasil. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 11 de fevereiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Decreto 8145 de 03 de dezembro de 2013. Altera o Regulamento da Previdência Social. 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 26 de janeiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Lei Complementar nº 142, de 08 de maio de 2013. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/lcp/Lcp142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/Lcp142.htm)>. Último acesso em 26 de janeiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Portaria Interministerial AGU/MPS/MF/SEDH/MP Nº 1 DE 27/01/2014. Disponível em: <<http://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=265085>>. Acesso em 26 de janeiro de 2016.

\_\_\_\_\_. Medida Provisória nº 676 de 17 de junho de 2015. Altera a Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2015/Mpv/mpv676.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2015/Mpv/mpv676.htm)>. Último acesso em 26 de janeiro de 2016.

CITELI, Maria Teresa. Fazendo diferenças: teorias sobre gênero, corpo e comportamento. Revista Estudos Feministas Florianópolis, 2º semestre 2001.

CEDIPOD. Centro de Documentação e Informação do Portador de Deficiência. Disponível em: <<http://www.cedipod.org.br/w6pam.htm>>. Acesso em 26 de janeiro de 2016.

COURTINE, Jean-Jacques. História do corpo: As mutações do olhar. O século XX. 3. Ed. Petrópololes, RJ: Vozes, 2009.

CRESWELL, John. Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DINIZ, Débora. O que é Deficiência. Coleção Primeiros Passos. São Paulo: Brasiliense, 2007.

\_\_\_\_\_. Débora et.al. Deficiência, direitos humanos e justiça. In Deficiência e Discriminação. Débora Diniz e Wederson Santos (orgs). Brasília: Letras Livres: EdUnB, 2010.

DINIZ, Débora; FOLTRAN, Paula. Gênero e Feminismo no Brasil uma Análise da Revista Estudos Feministas. Florianópolis, 2004.

\_\_\_\_\_. et al. Reflexões sobre a versão em Português da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. In. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 23(10):2507-2510, outubro de 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007001000025](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007001000025)>. Acesso em 13 de março de 2016.

DURIGUETTO, Maria Lucia; et al. Sociedade civil e movimentos sociais: debate teórico e ação prático-política. In. Revista Katálises, Florianópolis v.12 n.1 p.13-21 jan/jun 2009.

FAGNANI, Eduardo. Avaliação do ponto de vista do gasto e do financiamento das políticas sociais. In Elisabeth Rico (org.). Avaliação de Políticas: uma questão em debate. São Paulo, Cortez Editora; IEE/PUC/SP, 1998. pp. 29-39.

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 [Development of a grading instrument of functioning for Brazilian citizens: Brazilian Functioning Index - IF-Br]. Acta Fisiátrica. 20 (3): 164-178 p. 2013.

FRASER, Nancy. Reconhecimento sem ética? Lua Nova, São Paulo, n. 70, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64452007000100006&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64452007000100006&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 26 de janeiro de 2016.

FRASER, Nancy. GORDON, Linda. A Genealogy of Dependency: Trancing a Keyword of the U.S. Welfare State. Sings vol. 19,no 2, 1994. pp. 309-336.

GOMES, Romeu. Análise e Interpretação de Dados de Pesquisa Qualitativa. In Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 33 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

GROSSI, Miriam. A Revista Estudos Feministas faz Dez Anos: Uma breve história do feminismo no Brasil. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, setembro-dezembro, 2004. pp 211-221.

HARDING, Sandra. A instabilidade das categorias analíticas na teoria feminista. Rev. Estud. Fem., Florianópolis, ano 1, n.1, p. 7 – 31, 1993. Disponível em

<<http://www.legh.cfh.ufsc.br/files/2015/08/sandra-harding.pdf>> Acesso em 25 de janeiro de 2016.

KITTAY, Eva Feder, *Love's Labor: Essays on Woman, Equality, and Dependency*. Routledge, New York, 1999.

\_\_\_\_\_. *Love's Labor Revisited*. *Hypatia* Vol. 17, No. 3, *Feminism and Disability, Part 2* pp. 237-250. 2002.

KITTAY, Eva Feder; MEYERS. Introduction. In. *Women and Moral Theory United States of America*, Rowman & Littlefield, 1987. Pp 3-16.

LE BRETON, *Antropologia do corpo e modernidade*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013.

MEDEIROS, Marcelo et al. *Deficiência e Igualdade: O desafio da proteção social*. In. *Deficiência e Igualdade*. Débora Diniz, Marcelo Medeiros e Livia Babosa (orgs). Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2010.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora. *Paradigmas de Justiça Distributiva em Políticas Sociais*. *Revista de Estudos Universitários*, 34: 19-31. 2008.

MELO, Anahí; NUENRBERG, Adriano *Gênero e Deficiência: Intersecções e perspectivas*. *Revista Estudos Feministas*, Florianópolis, setembro-dezembro, 2012. pp. 635-684.

\_\_\_\_\_. *O Desafio da Pesquisa Social*. In. *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. 33 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2013 pp. 9-29.

MORRIS, Jenny. *Introducción*. In *Encuentros com desconocidas: feminismo y discapacidad*. Madrid: Narcea, 1996. pp. 17-33.

MPS. *Manual Prático da Capacitação do Instrumento IFBr para Pessoa com Deficiência – Lei Complementar 142/2013 – INSS. Perícia Médica e Serviço Social*. Ministério da Previdência Social, 2013.

MULLER, Pierre; SUREL, Yves. *O que é uma política pública?* In. *A análise das políticas públicas*. Pelotas: Educat, 2002.

OMS. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa, 2004. Disponível em: < [http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF\\_port\\_%202004.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf)> Acesso em 11 de fevereiro de 2016.

PEREIRA, Potyara. A política social no contexto do Welfare State: a particularidade da assistência social. Serviço Social e Sociedade, São Paulo, n. 56, 1998.

\_\_\_\_\_. A questão social e as transformações das políticas sociais: respostas do Estado e da sociedade civil. In SER Social 6. Departamento de Serviço Social – Universidade de Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. Questão Social, Serviço Social e Direitos da Cidadania. Revista Temporalis, Brasília: ABEPSS, nº. 3, 2001.

\_\_\_\_\_. Política Social: temas e questões. São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. Discussões conceituais sobre política social como política pública e direito de cidadania. In Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas. São Paulo. Cortez: 2009.

\_\_\_\_\_. Proteção Social Contemporânea: cui prodest? Serv. Soc. Soc., São Paulo, n. 116, p. 636-651, out./dez. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n116/04.pdf>. Acesso em 26 de janeiro de 2016.

REINHARZ, Shulamit. Feminism Methods in Social Research. New York, Oxford University Press. 1992.

SALVADOR, Evilásio; TEIXEIRA, Sandra. Orçamento e políticas sociais: metodologia de análise na perspectiva crítica. Revista Políticas Públicas., São Luís, v. 18, n. 1, jan/jun 2014. pp. 15-32.

SAMPIERI, Roberto et al. Metodologia de Pesquisa. 5ed. Porto Alegre. Penso: 2013.

SANTOS, Silvana Mara. Direitos, desigualdade e diversidade. In Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas. São Paulo. Cortez: 2008.

SANTOS, Wederson. Deficiência e Democracia: a interpretação do Poder Judiciário sobre o Benefício de Prestação Continuada. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade



de Brasília, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Serviço Social Programa de Pós Graduação em Política Social. Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. O que é a incapacidade para a proteção social brasileira? In. Deficiência e Igualdade. Débora Diniz, Marcelo Medeiros e Livia Babosa (orgs). Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2010.

SENNÁ, Mônica de Castro. et al. Proteção Social à Pessoa com Deficiência no Brasil Pós-Constituinte. In SER Social, Brasília, v.15, n.32. pp11-33.

SILVA, Maria Lúcia Lopes. Previdência social no Brasil - (des)estruturação do trabalho e condições para sua universalização. São Paulo: Cortez, 2012.

THOMAS, Carol. Disability Theory: Key ideas, Issues and Thinkers. In Barnes, Colin; Barton, Len; Oliver, Mike (Eds.), Disabilities Studies Today: USA: Polity Press, 2002.

THOMSON, Rosemarie Garland. Freakery: cultural spectacles of the extraordinary body. New York : New York University Press, 1996.

VIANNA, Maria Lucia Werneck. Em torno do conceito de política social: notas introdutórias. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fMariaLucia1.pdf>> Acesso em 26 de janeiro de 2016.

WENDELL, Susan. Unhealthy Disabled: Treating Chronic Illness as Disabilities. Hypatia vol 16 no 4. 2001. pp. 17-33.

YOUNG, Iris, DiQUIZIO, Patrice. Introduction. In Feministic Ethics and Social Policy 1997.

## ANEXO

### 5.3 Formulário 3: Aplicação do Instrumento (Matriz)

IF-Br: Domínios e Atividades	Pontuação (INSS)		Barreira Ambiental*				
	Serviço Social	Medicina Pericial	P e T	Amb	A e R	At	SS e P
1. Domínio Sensorial							
1.1 Observar							
1.2 Ouvir							
2. Domínio Comunicação							
2.1 Comunicar-se/Recepção de mensagens							
2.2 Comunicar-se/Produção de mensagens							
2.3 Conversar							
2.4 Discutir							
2.5 Utilização de dispositivos de comunicação à distância							
3. Domínio Mobilidade							

3.1 Mudar e manter a posição do corpo							
3.2 Alcançar, transportar e mover objetos							
3.3 Movimentos finos da mão							
3.4 Deslocar-se dentro de casa							
3.5 Deslocar-se dentro de edifícios que não a própria casa							
3.6 Deslocar-se fora de sua casa e de outros edifícios							
3.7 Utilizar transporte coletivo							
3.8 Utilizar transporte individual como passageiro							
4. Domínio Cuidados Pessoais							
4.1 Lavar-se							
4.2 Cuidar de partes do corpo							
4.3 Regulação da micção							
4.4 Regulação da defecação							
4.5 Vestir-se							

4.6 Comer							
4.7 Beber							
4.8 Capacidade de identificar agravos à saúde							
5. Domínio Vida Doméstica							
5.1 Preparar refeições tipo lanches							
5.2 Cozinhar							
5.3 Realizar tarefas domésticas							
5.4 Manutenção e uso apropriado de objetos pessoais e utensílios da casa							
5.5 Cuidar dos outros							
6. Domínio Educação, Trabalho e Vida Econômica							
6.1 Educação							
6.2 Qualificação profissional							
6.3 Trabalho remunerado							
6.4 Fazer compras e contratar							

serviços							
6.5 Administração de recursos econômicos pessoais							
7. Domínio Socialização e Vida Comunitária							
7.1 Regular o comportamento nas interações							
7.2 Interagir de acordo com as regras sociais							
7.3 Relacionamentos com estranhos							
7.4 Relacionamentos familiares e com pessoas familiares							
7.5 Relacionamentos íntimos							
7.6 Socialização							
7.7 Fazer as próprias escolhas							
7.8 Vida Política e Cidadania							
Total da Pontuação dos Aplicadores							
Pontuação Total							

(\*) Legenda:

P e T - Produtos e Tecnologia Amb - Ambiente A e R - Apoio e Relacionamentos At -

Atitudes S S e P - Serviços, Sistemas e Políticas Instruções básicas:

O IF-BrA gradua a funcionalidade do indivíduo, sinalizando a possível influência de barreiras externas nas incapacidades identificadas. Pontue o nível de independência das atividades e participações listadas, nos sete Domínios.

Níveis de Independência e Pontuação das Atividades:

Cada atividade deve ser pontuada levando em consideração o nível de independência na sua realização.

A pontuação deve refletir o desempenho do indivíduo e não a sua capacidade.

O desempenho é o que ele faz em seu ambiente habitual.

A única exceção será quando o indivíduo não realizar a atividade por uma opção pessoal (e não por incapacidade ou barreira externa). Neste caso pontua-se pela capacidade.

Atenção:

Se alguma atividade pontuar 25 por causa de uma barreira externa, a(s) barreira (s) deverá(ao) ser assinalada(s)

A pontuação do domínio é a soma da pontuação das atividades deste domínio, atribuídas pelo perito médico e pelo profissional do serviço social do INSS.

A Pontuação Total é a soma dos 7 domínios

Fonte: “Manual Prático da Capacitação do Instrumento IFBr para Pessoa com Deficiência – Lei Complementar 142/2013 – INSS. Perícia médica e Serviço Social” (MPS, 2014).