Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

"O acesso à educação das pessoas com deficiência: uma análise da exclusão de crianças e adolescentes beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC"

por

Walace Dias Freitas

Dissertação apresentada com vistas à obtenção do título de Mestre Modalidade Profissional em Saúde Pública.

Orientador: Prof. Dr. Guilherme Costa Delgado

Brasília, dezembro de 2010.

Livros Grátis

http://www.livrosgratis.com.br

Milhares de livros grátis para download.

Ministério da Saúde

FIOCRUZ
Fundação Oswaldo Cruz

ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
SERGIO AROUCA
ENSP

Esta dissertação, intitulada

"O acesso à educação das pessoas com deficiência: uma análise da exclusão de crianças e adolescentes beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC"

apresentada por

Walace Dias Freitas

foi avaliada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Prof.ª Dr.ª Luciana de Barros Jaccoud

Prof. Dr. José Mendes Ribeiro

Prof. Dr. Guilherme Costa Delgado – Orientador

Dissertação defendida e aprovada em 16 de dezembro de 2010.

Catalogação na fonte

Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde/Fiocruz

Biblioteca de Saúde Pública

F866 Freitas, Walace Dias.

O acesso à educação das pessoas com deficiência: uma análise da exclusão de crianças e adolescentes beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC / Walace Dias Freitas. -- Brasília: s. n., 2010.

138f.: il.; tab.; 30 cm.

Orientador: Delgado, Guilherme Costa

Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2010.

1. Pessoas com Deficiência / educação. 2. Crianças com Deficiência / educação. 3. Adolescente. 4. Estruturas de Acesso. 5. Política Social. 6. Assistência Social. 7. Censos. 8. Brasil. I.Título.

CDD - 20.ed. – 341.2

Aos meus pais.

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Orientador, professor doutor Guilherme Costa Delgado, pelo empenho e dedicação na orientação desta Dissertação.

Ao professor doutor José Mendes Ribeiro e à professora doutora Luciana de Barros Jaccoud agradeço pela disponibilidade de participarem da banca de qualificação do projeto de pesquisa desta Dissertação ocorrida em março deste ano.

À professora doutora Luciana de Barros Jaccoud e ao professor doutor José Mendes Ribeiro, por terem aceitado o convite para participar da banca de defesa desta Dissertação.

À professora mestre Marlene de Jesus Silva Santos, da Universidade de Brasília, pela atenção dispensada a mim em todas as fases desta Dissertação.

Aos integrantes do Grupo Gestor Interministerial do Programa BPC na Escola por todos os momentos de grande aprendizado, troca de experiências e debates intensos sobre o Questionário do Programa BPC na Escola.

À Maria José de Freitas, Diretora do Departamento de Benefícios Assistenciais (DBA) da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), pelo incentivo para elaboração desta Dissertação.

À Elyria Bonetti Yoshida Credidio, Coordenadora Geral de Acompanhamento dos Beneficiários do DBA/SNAS/MDS pelo incentivo e apoio em todas as fases desta Dissertação.

Aos colegas da Coordenação-Geral de Acompanhamento dos Beneficiários do DBA/SNAS/MDS, pelo aprendizado cotidiano, amizade e trocas de experiências no debate sobre o Questionário do Programa BPC na Escola.

Ao Anderson Mota Moraes, da Coordenação-Geral de Revisão e Controle de Benefícios, do DBA/SNAS/MDS pelo apoio na formatação da base de dados utilizada nesta Dissertação.

Às assistentes sociais do DBA/SNAS/MDS pelo incentivo e trocas de experiências no debate sobre a deficiência, de grande contribuição para esta Dissertação.

Ao Otávio de Freitas Silva, pela amizade, paciência, incentivo e pelo apoio em todas as fases desta dissertação.

Appearances to the mind are of four kinds. Things either are what they appear to be; or they neither are, nor appear to be, or they are and do not appear to be, or they are not, and yet appear to be. Rightly to aim in all these cases is the wise man's task.

Epicteto

RESUMO

Esta Dissertação é uma análise da exclusão ao acesso à escola das pessoas com deficiência em idade escolar, tendo como objeto os resultados do Censo dos Beneficiários do Benefício de Prestação Continuada (BPC), realizado no âmbito do Programa BPC na Escola. O Programa foi criado com o objetivo de superar as barreiras que impedem o acesso e a permanência na escola dos beneficiários do BPC, com deficiência, até 18 anos de idade. A identificação das principais barreiras para o acesso e a permanência das crianças e adolescentes beneficiárias do BPC é um dos eixos fundamentais do Programa. A base empírico-metodológica do Censo dos Beneficiários do BPC é utilizada no âmbito deste trabalho para analisar a relação entre as barreiras de natureza diversa e o complexo fenômeno da deficiência. São analisados os dados de 133.084 entrevistados pelo Censo dos Beneficiários do BPC. Esses beneficiários são provenientes de todos os estados brasileiros e com tipos de deficiência distintos, o que possibilita a identificação de barreiras diversificadas, em contextos diferenciados. A aplicação de estatísticas descritivas as hipóteses deste trabalho se revelou essencial para análise dos resultados da pesquisa da Dissertação. Os resultados mostram que as barreiras físicas, de acessibilidade e atitudinais identificadas são significativas para compreensão do caráter opressor da experiência da deficiência. Para além da identificação de carências materiais, interpreta-se que a discriminação consiste no significado mais representativo da exclusão ao acesso à escola das pessoas com deficiência, em idade escolar.

Palavras-Chave: Benefício de Prestação Continuada; Barreiras de Acesso à Escola; Barreiras de Permanência na Escola; Deficiência; Desigualdade Social; Exclusão; Pobreza.

ABSTRACT

This Thesis is an analysis of school exclusion of school-age people with disabilities, having as object the results from the Census of Continuous Cash Benefit Programme (BPC) Beneficiaries, held under the BPC Program at the School. The Program was created to overcome the barriers that block access and permanence in school from disabled BPC beneficiaries up to 18 years old. The identification of the main barriers to access and retention of children and youngsters with disabilities receiving the BPC is one of the most fundamental axes of the Program. The empirical methodology used in the Census of BPC beneficiaries is used in this study to analyze the relationship between barriers of different natures and the complex phenomenon of disability. We analyzed data of 133,084 recipients who were interviewed by the Census of BPC beneficiaries. The census recipients live in all Brazilian states and show different types of disabilities, enabling the identification of barriers varied in different contexts. The application of descriptive statistics to the hypotheses of this work has been essential to analyzing the results found in the research. The results show that physical barriers, accessibility and identified attitudinal are significant for understanding the oppressive character of the disability experience. In addition to the identification of material deprivation, the interpretation of search results in this Dissertation points to discrimination as the most representative meaning for school exclusion of school-age people with disabilities.

Keywords: Continuous Cash Benefit; Barriers to school access; Barriers to remain in school; Disability; Inequality; Exclusion; Poverty.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....11

1 A PESQUISA

1.1 Definição do Problema..... 15

1.2 O Objeto e a Hipótese Preliminar..... 18

1.3 A Metodologia do Censo dos Beneficiários do BPC..... 20

1.4 O Método de Pesquisa da Dissertação..... 25

2 O MARCO TEÓRICO

2.1 Introdução..... 29

2.2 Pobreza, Desigualdade e Capacidades..... 36

2.3 A Proteção Social no Brasil..... 42

2.4 O Debate Internacional sobre a Deficiência..... 45

2.5 A Discussão da Deficiência no Âmbito Nacional..... 63

3 A ANÁLISE DO ACESSO ESCOLAR DOS BENEFICIÁRIOS DO BPC

3.1 Apresentação do Censo dos Beneficiários do BPC e do Uso do Questionário..... 70

3.2 Dados Gerais dos Beneficiários Segundo o Censo..... 72

3.3 Análise dos Resultados das Hipóteses de Pesquisa da Dissertação.....77

3.4 Análise dos Resultados da Pesquisa da Dissertação..... 86

3.4.1 *Situação 1*: “aqueles que frequentam a escola atualmente”..... 87

3.4.2 *Situação 2:* “aqueles que já frequentaram a escola e a não frequentam atualmente”..... 94

3.4.3 *Situação 3:* “aqueles que nunca frequentaram a escola” 96

3.5 Análise dos Resultados da Pesquisa da Dissertação, por Tipo de Deficiência..... 102

3.6 Análise do Instrumento de Inquérito Domiciliar do Censo dos Beneficiários do BPC..... 107

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 111

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... 116

ANEXO A..... 124
ANEXO B..... 129
ANEXO C..... 138

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Diagramas

Diagrama 1: *Cruzamento BPC X Censo Escolar*..... **15**
Diagrama 2: *Universo de Análise do Censo dos Beneficiários do BPC*..... **24**
Diagrama 3: *Universo de Análise da Dissertação*..... **26**

Tabelas

Tabela 1: *Distribuição dos Beneficiários do BPC, com deficiência, na faixa etária de zero a dezoito anos, Cruzamento BPC X Censo Escolar, por inserção na Escola – Grandes Regiões e Brasil*.....**16**
Tabela 2: *Distribuição dos Beneficiários do Programa BPC na Escola, por inserção na Escola – Grandes Regiões e Brasil*.....**17**
Tabela 3: *Distribuição dos Beneficiários do BPC, com deficiência, na faixa etária de zero a dezoito anos, Cruzamento BPC X Censo Escolar, por inserção na Escola – Unidades da Federação, Grandes Regiões e Brasil*.....**124**
Tabela 4: *Distribuição dos Beneficiários do Programa BPC na Escola, por inserção na Escola – Unidades da Federação, Grandes Regiões e Brasil*.....**125**
Tabela 5: *Distribuição dos Beneficiários do Programa BPC na Escola, por Situação quanto a Aplicação dos Questionários – Unidades da Federação, Grandes Regiões e Brasil*.....**126**
Tabela 6: *Distribuição dos Motivos por não ter sido feita a aplicação do Questionário do Programa BPC na Escola (q. 119) – Grandes Regiões e Brasil*.....**127**
Tabela 7: *Distribuição dos Beneficiários do BPC, que responderam ao Questionário do Programa BPC na Escola, por Situação de Acesso à Escola – Unidades da Federação, Grandes Regiões e Brasil*.....**128**

Gráficos

Gráfico 1: *Distribuição dos Beneficiários do BPC, que responderam ao Questionário, por faixa etária, abrangência nacional*.....**73**
Gráfico 2: *Distribuição dos Beneficiários do BPC, que responderam ao Questionário, por sexo e Região*.....**74**
Gráfico 3: *Distribuição dos Beneficiários do BPC, que responderam ao Questionário, por tipo de deficiência, abrangência nacional*.....**74**
Gráfico 4: *Distribuição dos Beneficiários do BPC, que responderam ao Questionário, por tipo de deficiência e Região*.....**75**
Gráfico 5: *Distribuição dos Beneficiários do BPC, que responderam ao Questionário, por acesso escolar e Região*.....**76**
Gráfico 6: *Distribuição dos Beneficiários do BPC, que responderam ao Questionário, por acesso escolar, abrangência nacional*.....**76**
Gráfico 7: *Questão **51***.....**87**
Gráfico 8: *Questão **53***.....**88**
Gráfico 9: *Questão **55***.....**89**
Gráfico 10: *Questão **58***.....**90**
Gráfico 11: *Questão **59***.....**91**
Gráfico 12: *Questão **61***.....**92**
Gráfico 13: *Questão **63***.....**93**
Gráfico 14: *Questão **70***.....**94**
Gráfico 15: *Questão **72***.....**95**
Gráfico 16: *Questão **76***.....**97**
Gráfico 17: *Questão **77***.....**98**
Gráfico 18: *Questão **81***.....**99**
Gráfico 19: *Questão **78***.....**100**
Gráfico 20: *Questão **79***.....**101**

Quadros

Quadro Síntese da *Situação 1*: Percentual de Frequência das Variáveis X1 a X4.....82
Quadro Síntese da *Situação 1*: Percentual de Frequência das Variáveis X5 e X6.....83
Quadro Síntese da *Situação 2*: Percentual de Frequência das Variáveis Y1 a Y3.....84
Quadro Síntese da *Situação 3*: Percentual de Frequência das Variáveis Z1 a Z6.....84
Quadro 1: *Questão* ***48***.....129
Quadro 2: *Questão* ***49***.....129
Quadro 3: *Questão* ***50***.....129
Quadro 4: *Questão* ***51***.....130
Quadro 5: *Questão* ***53***.....130
Quadro 6: *Questão* ***55***.....130
Quadro 7: *Questão* ***56***.....131
Quadro 8: *Questão* ***57***.....131
Quadro 9: *Questão* ***58***.....131
Quadro 10: *Questão* ***59***.....131
Quadro 11: *Questão* ***60***.....132
Quadro 12: *Questão* ***61***.....132
Quadro 13: *Questão* ***62***.....133
Quadro 14: *Questão* ***63***.....133
Quadro 15: *Questão* ***69***.....134
Quadro 16: *Questão* ***70***.....134
Quadro 17: *Questão* ***72***.....135
Quadro 18: *Questão* ***73***.....135
Quadro 19: *Questão* ***74***.....135
Quadro 20: *Questão* ***75***.....136
Quadro 21: *Questão* ***76***.....136
Quadro 22: *Questão* ***77***.....136
Quadro 23: *Questão* ***78***.....137
Quadro 24: *Questão* ***79***.....137
Quadro 25: *Questão* ***81***.....137

INTRODUÇÃO

O arcabouço legal brasileiro apresenta reconhecidos instrumentos de garantia dos direitos das pessoas com deficiência – desde a Constituição Federal de 1988 até a ratificação da Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU), em 2008. Contudo, o acúmulo legal ainda não se materializou totalmente, embora com significativos avanços, permanece no país o desafio para a Proteção Social[1] de transformar a condição de exclusão que atinge essa parcela significativa da população.

A Convenção pode ser considerada um avanço, pois define que limitação física, sensorial ou intelectual de uma pessoa é produto de sua interação com o meio social, o que responsabiliza a todos pela existência de barreiras, como a discriminação ou a falta de acessibilidade (BRASIL, 2007a). Além disso, considera a educação como direito humano fundamental, e conforme preceitua a carta constitucional, é um direito de todos e um dever do Estado e da família.

Sob o ângulo da Proteção Social, outro avanço a ser considerado, é o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC).[2] É um direito constitucional que corresponde a um salário-mínimo mensal destinados às pessoas idosas, com 65 anos ou mais de idade e às pessoas com deficiência, em qualquer idade, que comprovem não possuir meios de prover a sua própria subsistência ou tê-la provida por sua família. O governo federal começou a pagar o BPC[3] em 1996. Naquele ano, foram atendidos cerca

---

[1] Proteção Social refere-se a "um conjunto de iniciativas públicas ou estatalmente reguladas para a provisão de serviços e benefícios sociais, visando enfrentar situações de risco social ou privações sociais (...) seus objetivos são amplos e complexos, podendo organizar-se não apenas para a cobertura de riscos sociais, mas também para equalização de oportunidades, o enfrentamento das situações de destituição e pobreza, o combate às desigualdades sociais e a melhoria das condições sociais da população" (JACCOUD, 2009a, p. 58 e 60).

[2] O BPC é um direito constitucional, com orçamento definido; regulamentado pela Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 – Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), com regras específicas na Lei nº 10.471, de 1º de outubro de 2003 – Estatuto do Idoso; financiado com recurso da Seguridade Social, geridos pelo Fundo Nacional de Assistência Social – FNAS e integra o Sistema Único de Assistência Social – SUAS. Constitui um benefício individual, não vitalício, cuja gestão, monitoramento e avaliação competem ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS, por meio da Secretaria Nacional de Assistência Social – SNAS e sua operacionalização, ao Instituto Nacional do Seguro Social – INSS.

[3] Até então, era realizado o pagamento da Renda Mensal Vitalícia (RMV). "Criada em 1974, pela Lei nº 6.179, a RMV, era destinada a cidadãos maiores de setenta anos ou inválidos e que não exerciam atividades remuneradas, não auferiam quaisquer rendimentos, não eram mantidos por suas famílias, mas contribuintes para a Previdência Social por, no mínimo, doze meses" (SPOSATI, 2004, p. 127). Abolida quando da instauração do BPC, em dezembro de 2010, tem ainda, 287.680 beneficiários ativos, sendo 71.830 (25%) idosos e 215.850 (75%) pessoas com deficiência.

de 350 mil beneficiários. No mês de dezembro de 2010, o BPC[4] assegurou cobertura a mais de três milhões de pessoas, dessas 1,7 milhões são pessoas com deficiência.

O BPC veio preencher uma importante lacuna na proteção social brasileira ao garantir uma segurança de renda – essencial para a melhoria das condições de vida dos idosos e pessoas com deficiência. Essa segurança tem influenciado na redução da pobreza[5], na melhoria da qualidade de vida e independência dos beneficiários. Ainda assim, é preciso ampliar as condições para que as pessoas com deficiência tenham acesso a outras políticas públicas, adquiram autonomia e possam exercitar a cidadania.

Diante da problemática de potencializar os avanços presentes na transformação de renda do BPC, um caminho para as pessoas com deficiência seria o acesso à educação. Apesar de os artigos 204 e 205 da Constituição Federal de 1988 estabelecerem que o ensino deva ser ministrado, assegurando a igualdade de condições para o acesso e permanência na escola e a nova política nacional de educação especial[6] ser fundamentada nos princípios da igualdade de condições e valorização das diferenças, ainda são inúmeras as barreiras que separam as pessoas com deficiência da escola.

Em 2007, existiam no Brasil, **340.536** pessoas com deficiências, beneficiárias do BPC, na faixa etária de zero a 18 anos de idade. Desses, segundo cruzamento realizado entre o banco de dados do BPC (DATAPREV/MPS, com dados de setembro de 2007) e o Censo Escolar do INEP/MEC (ano base, 2007), constatou-se no Censo o alarmante índice de quase 7**0%** das crianças e adolescentes com deficiência, excluídas do sistema regular de ensino.

Com o intuito de modificar essa realidade o Governo Federal lançou em abril de 2007 o *Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência, Beneficiárias do Benefício de Prestação*

---

[4] Um balanço do caminho percorrido pela introdução do BPC na política de assistência social pode ser encontrado em Sposati (2004).

[5] Para uma análise da contribuição do BPC para redução da pobreza e das desigualdades sociais ver *Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise (1995-2005)*, Brasília, IPEA, edição especial, n. 13, 2005, p. 77-114.

[6] A Política Nacional de Educação Especial na perspectiva da Educação Inclusiva define a educação especial como uma modalidade que perpassa todos os níveis e etapas de ensino, que realiza o atendimento educacional especializado e disponibiliza os recursos e serviços, orientando quanto a sua utilização na atenção as necessidades específicas dos alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação, no processo de escolarização (BRASIL, 2008b).

Continuada – PROGRAMA BPC NA ESCOLA. Este tem como principal diretriz o desenvolvimento de ações intersetoriais, envolvendo as políticas de educação, de assistência social, de saúde e de direitos humanos visando garantir o acesso e a permanência na escola das pessoas com deficiência até 18 anos de idade, já beneficiárias do BPC. Tal objetivo tem sido alcançado, desde 2007, por meio de ações articuladas entre o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome – MDS, o Ministério da Educação – MEC, o Ministério da Saúde – MS e a Secretaria Especial dos Direitos Humanos da Presidência da República – SEDH/PR, envolvendo compromissos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios (BRASIL, 2007c).

Dentre eixos estruturantes do Programa BPC na Escola, cabe destacar, a identificação das principais barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC. Esta diretriz orientou a realização de uma pesquisa censitária, Censo dos Beneficiários do BPC, cujo formulário de inquérito domiciliar – o *Questionário para Identificação das Barreiras de Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do BPC (2008)* – foi aplicado aos beneficiários do BPC entre zero e 18 anos de idade, que frequentavam ou não a escola no Distrito Federal e nos Municípios que fizeram a adesão ao Programa.

O presente trabalho utilizar-se-á dessa base empírico-metodológica que possibilita identificar as necessidades daquele grupo, expressas em forma de barreiras ao acesso e permanência na escola. De posse dessa informação pode-se adotar medidas para transformação da condição de exclusão que atinge essa parcela significativa da população. Assim, observa-se que os dados poderão concorrer para suprir aquela lacuna de informação na Proteção Social Brasileira, no sentido de propor ações para as pessoas com deficiência nas políticas públicas de assistência social, educação, saúde e direitos humanos.

O objetivo desta Dissertação é analisar a relação entre as barreiras de natureza diversa, identificadas nessa pesquisa censitária do Programa BPC na Escola, que impedem ou dificultam o acesso e a permanência na escola das crianças e adolescentes com deficiência, beneficiárias do BPC, e o complexo fenômeno da deficiência. Como a pesquisa Censo é voltada a ação política, a identificação das barreiras está ligada ao

objetivo programático ulterior, de intervenção pública para superação desses obstáculos de acesso à escola.

O texto integral desta Dissertação está estruturado em três capítulos. No primeiro capítulo, será apresentado o problema da pesquisa, a justificativa da escolha do objeto e os objetivos do estudo. O objeto e as hipóteses preliminares são apontados na segunda seção do primeiro capítulo. Em uma terceira seção, é realizada uma breve descrição da metodologia do Censo dos Beneficiários do BPC com objetivo de detalhar, na sequência, os procedimentos e técnicas utilizadas no presente trabalho.

O segundo capítulo consiste na apresentação do marco teórico da deficiência e da exclusão social no qual o Censo dos Beneficiários do BPC está inserido. Com objetivo de delimitar o marco teórico é feita uma breve revisão do debate internacional sobre o complexo fenômeno da deficiência, principalmente do *modelo social* de deficiência. Para além da questão da deficiência, o debate internacional e nacional do enfrentamento da pobreza, das desigualdades e da exclusão social, apresentado nesse capítulo, possibilita uma compreensão crítica das políticas sociais brasileiras, diante das quais o Programa BPC na Escola se constitui uma estratégia inovadora de combate à desigualdade social e concretização dos direitos dos cidadãos.

No terceiro capítulo são analisados os resultados da pesquisa. Primeiramente, é apresentado o Censo dos Beneficiários do BPC e o uso do Questionário. Os dados gerais dos beneficiários segundo o Censo são apresentados, na segunda seção do terceiro capítulo, com objetivo de elencar algumas características do público-alvo comum – do Censo e desta Dissertação. Em seguida, os resultados do estudo das hipóteses são apresentados; e realizada a análise dos resultados, na quarta seção do terceiro capítulo. A análise dos resultados da pesquisa, por tipo de deficiência selecionada é realizada na penúltima seção (3.5). Na última parte deste capítulo, o instrumento de inquérito domiciliar do Censo dos Beneficiários do BPC é analisado.

Nas considerações finais são apresentadas as principais conclusões da análise e interpretação dos resultados do Censo e das hipóteses de pesquisa objeto do presente trabalho.

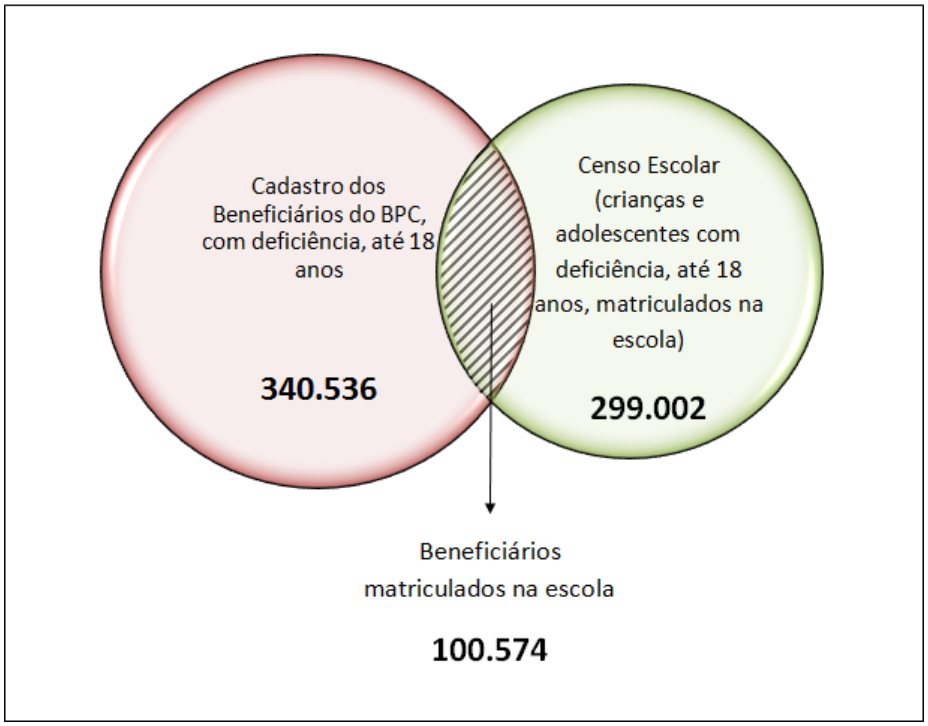
1
A PESQUISA

1.1 Definição do Problema

O presente trabalho versa sobre a exclusão das pessoas com deficiência, em idade escolar, do acesso à escola.

Em 2008, foi realizado no âmbito do Programa BPC na Escola o primeiro cruzamento entre duas bases de dados primários independentes: o Cadastro Administrativo do BPC (DATAPREV/MPS, 2007) e o Censo Escolar (INEP/MEC, ano base 2007). A divulgação dessa primeira estratégia operacional do Programa despertou no pesquisador deste trabalho a curiosidade sobre o assunto. A escolha do tema de pesquisa desta Dissertação parte do interesse em aprofundar os determinantes da situação diagnosticada pelo "Cruzamento BPC X Censo Escolar", que pode ser representado pelo seguinte diagrama.

Diagrama 1: Cruzamento BPC X Censo Escolar



A partir da identificação de **340.536** pessoas com deficiência, na faixa etária de zero a dezoito anos de idade, beneficiárias do BPC, e da existência de 299.002 crianças e adolescentes com deficiência, da mesma faixa etária, matriculadas nas escolas, foi realizado o cruzamento entre essas bases, a partir do que foi diagnosticado que apenas **100.574** pessoas com deficiência, beneficiárias do BPC, com até 18 anos, estavam inseridas nas escolas. O resultado desse confronto evidencia que aproximadamente 7**0% (239.962)**, dessas crianças e adolescentes com deficiência, beneficiárias do BPC, em idade escolar, estariam excluídas do sistema regular de ensino, conforme sistematiza a Tabela 1 abaixo.[7]

TABELA 1: Distribuição dos Beneficiários do BPC, com deficiência, na faixa etária de zero a dezoito anos, Cruzamento BPC X Censo Escolar, por inserção na Escola - Grandes Regiões e Brasil

UF/Região	Cruzamento BPC X Censo Escolar			
	Total de Municípios	Quantitativo de Beneficiários Inseridos na Escola	Quantitativo de Beneficiários Não Inseridos na Escola	TOTAL de Beneficiários
Região Norte	449	9.027	29.252	**38.279**
Região Nordeste	1.793	26.572	99.770	**126.342**
Região Centro-Oeste	466	7.403	15.504	**22.907**
Região Sudeste	1.668	39.350	70.408	**109.758**
Região Sul	1.188	18.222	25.028	**43.250**
TOTAL BRASIL	**5.564**	**100.574**	**239.962**	**340.536**

Fonte: Cruzamento BPC x Censo Escolar realizado em 02/09/2008.

Diante desse diagnóstico realizou-se o Censo dos Beneficiários do BPC, promovido no âmbito do Programa BPC na Escola, com o intuito de identificar as principais barreiras que impedem ou dificultam o acesso e a permanência na escola das crianças e adolescentes com deficiência, beneficiárias do BPC.

O Programa BPC na Escola tem como objetivo promover a elevação da qualidade de vida e dignidade das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC, preferencialmente na faixa etária de zero a dezoito anos, garantido-lhes o acesso e a permanência na escola, assim como o acompanhamento de seus estudos por meio da articulação intersetorial nas três esferas de governo, entre as políticas de educação,

[7] A distribuição dos Beneficiários do BPC, com deficiência, na faixa etária de zero a dezoito anos, por inserção na Escola – Unidades da Federação, Grandes Regiões e Brasil, pode ser observada na Tabela **3**, do Anexo **A** desta Dissertação.

assistência social, saúde e direitos humanos, favorecendo o desenvolvimento dos beneficiários.

Esse Programa se estrutura a partir de quatros eixos principais, que visam a: (1) identificar, anualmente, entre os beneficiários do BPC até 18 anos aqueles que estão na escola e aqueles que estão fora da escola; (2) *identificar as principais barreiras para o acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC*; (3) realizar estudos e desenvolver estratégias conjuntas para superação de tais barreiras; (4) realizar o acompanhamento sistemático das ações e programas dos entes federados que aderirem ao Programa (BRASIL, 2007c).

Em 2008, os **26** Estados, o Distrito Federal e **2.622** Municípios, incluindo as capitais, realizaram o processo de adesão[8] ao Programa no período de abril a junho. Apesar de apenas **47%** dos **5.564** Municípios existentes no país terem realizado a adesão ao Programa, nessas localidades residem **232.000** crianças e adolescentes com deficiência, de 0 a 18 anos, beneficiárias do BPC. Esse quantitativo representa cerca de **70%** do número total de beneficiários (**340.536**) identificados como inseridos e não inseridos na escola, conforme dados da Tabela 2, abaixo.[9]

TABELA 2: Distribuição dos Beneficiários do Programa BPC na Escola, por inserção na Escola - Grandes Regiões e Brasil

UF/Região	Adesão ao Programa BPC na Escola			
	Total de Municípios Participantes do Programa	Quantitativo de Beneficiários Inseridos na Escola	Quantitativo de Beneficiários Não Inseridos na Escola	TOTAL de Beneficiários
Região Norte	225	6.742	21.373	**28.115**
Região Nordeste	1.139	19.410	72.904	**92.314**
Região Centro-Oeste	278	6.274	12.935	**19.209**
Região Sudeste	617	24.267	46.796	**71.063**
Região Sul	364	9.025	12.274	**21.299**
TOTAL BRASIL	**2.623**	**65.718**	**166.282**	**232.000**

Fonte: Cruzamento BPC x Censo Escolar realizado em 02/09/2008.

O BPC na Escola está em fase de implementação, de forma que durante os anos de 2008, 2009 e 2010, esteve em curso a aplicação do *Questionário para Identificação*

[8] Os procedimentos e instrumentos para adesão dos entes federados ao Programa BPC na Escola foram aprovados por portarias interministeriais (BRASIL, 2008c; 2008d). A adesão se efetivou mediante processamento eletrônico no portal do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

[9] A distribuição dos Beneficiários do Programa BPC na Escola, por inserção na Escola – Unidades da Federação, Grandes Regiões e Brasil, pode ser observada na Tabela **4**, do Anexo **A** desta Dissertação.

das Barreiras de Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do BPC – 2008, denominado nesta Dissertação simplesmente **Questionário**, para todos os beneficiários do BPC, na faixa etária de zero a 18 anos de idade, que residem no Distrito Federal e nos Municípios participantes que representam 68,13% do total de beneficiários.

A aplicação do Questionário teve como objetivo identificar as barreiras que impedem o acesso e permanência na escola do público do Programa (BRASIL, 2008e). Com o término do prazo, no dia 28 de maio de 2010,[10] para os Municípios e o Distrito Federal cadastrarem as informações coletadas durante as visitas domiciliares, foram registrados **217.994** questionários no aplicativo do Programa BPC na Escola, que serão objeto de análise nesta Dissertação.

Nesse sentido, o objetivo desta Dissertação é analisar a relação entre as deficiências selecionadas e as barreiras de natureza diferenciada, identificadas pelo Censo dos Beneficiários do BPC, realizado no âmbito do Programa BPC na Escola, que impedem ou dificultam o acesso e a permanência na escola, das crianças e adolescentes, com deficiência, na faixa etária de zero a dezoito anos de idade, beneficiárias do BPC.

Entretanto, cabe ressaltar que o instrumento de inquérito domiciliar (Questionário) integra o conjunto de procedimentos e técnicas utilizadas pelo Censo dos Beneficiários do BPC adotados implicitamente nessa Dissertação, com alguns acréscimos, conforme será detalhado na terceira seção deste capítulo.

1.2 O Objeto e a Hipótese Preliminar

Diante da situação problema apresentada na seção anterior, de que aproximadamente 70% das crianças e adolescentes com deficiência beneficiárias do BPC estão excluídas do acesso à escola, emerge a questão central desta Dissertação:

[10] O prazo inicial de 4 de dezembro de 2009 para os Municípios e o Distrito Federal concluírem a aplicação dos questionários e a inserção das informações no aplicativo do Programa BPC na Escola foi prorrogado, pela primeira vez para o dia 26 de março de 2010, depois para o dia 30 de abril de 2010 e, pela última vez, para o dia 28 de maio de 2010 (BRASIL, 2009c; 2010a; 2010b).

qual a relação entre os obstáculos para o acesso e a permanência na escola das pessoas com deficiência, em idade escolar, e o complexo fenômeno da deficiência?

Para compreender o complexo fenômeno da deficiência, o referencial teórico utilizado nesta Dissertação parte da perspectiva individualizada da deficiência (*modelo médico*) e da abordagem do contexto social (*modelo social*), predominantes tanto no debate internacional quanto na discussão nacional sobre a deficiência.

Para além da questão da deficiência, o debate sobre o enfrentamento da pobreza, das desigualdades, das capacidades e suas repercussões para o desenvolvimento da proteção social brasileira na atualidade também integram o enfoque teórico desta Dissertação.

A delimitação do marco teórico da deficiência e da exclusão social, que será detalhada no próximo capítulo, tem como objetivo fundamentar a análise dos resultados do Censo dos Beneficiários do BPC. Mas, além da análise dos resultados, a abordagem teórica permite aduzir a interpretação desses resultados, com esclarecimentos sobre o alcance e limites da metodologia implícita no Censo.

A partir do contraste dos dados com o referencial teórico utilizado nesse trabalho, pretende-se desvendar explicações sobre a exclusão das pessoas com deficiência, em idade escolar, do acesso à escola. A análise dos resultados e sua interpretação serão apresentadas, respectivamente, no terceiro capítulo e nas considerações finais desta Dissertação.

A hipótese preliminar elaborada frente à pergunta de pesquisa é a de que diferentes deficiências acarretam diversas (e identificáveis) barreiras de acesso e permanência na escola. Isto é, a classificação de deficiência[11] utilizada pelo instrumento de coleta de informações, do Censo dos Beneficiários do BPC, permite estabelecer correlações explicativas entre algumas das barreiras de acesso e permanência na escola e as deficiências selecionadas nesta Dissertação, para as pessoas com deficiência, em idade escolar, beneficiárias do BPC. Cabe destacar que serão utilizadas apenas quatro

[11] Os tipos de deficiência são classificados na questão 40 do Questionário do Programa BPC na Escola. A classificação Deficiência Múltipla – quando a pessoa apresentada mais de uma deficiência – não será utilizada nesta Dissertação.

dos onze tipos de deficiência categorizadas pelo Questionário do Censo dos Beneficiários BPC.

Essa hipótese geral será objeto de estudo para as seguintes deficiências: *cegueira*, *surdez*, *deficiência física* e *deficiência metal/intelectual*, nas três situações de acesso à escola, que o instrumento de inquérito domiciliar do Censo dos Beneficiários do BPC mensura: 1) *frequenta a escola atualmente*; 2) *já frequentou a escola e não a frequenta atualmente*; e 3) *nunca frequentou a escola*.

Dessa forma, as hipóteses[12] aplicáveis às situações delineadas, tanto a geral quanto as específicas, desta Dissertação, podem ser consideradas como um conjunto de correlações prováveis de relações entre variáveis preestabelecidas pelo Censo dos Beneficiários do BPC, envolvidas em cada uma dessas situações de acesso à escola, que serão detalhadas no terceiro capítulo.

1.3 A Metodologia do Censo dos Beneficiários do BPC

O conjunto de procedimentos e técnicas adotadas pelo Censo dos Beneficiários do BPC tem o objetivo de compreender os motivos da exclusão das pessoas com deficiência, beneficiárias do BPC, na faixa etária de zero a dezoito anos de idade, do acesso e permanência na escola. Como já citado, essa exclusão foi diagnosticada em 2008 pelo confronto entre o Cadastro Administrativo do BPC e a base de dados do Censo Escolar. Entretanto, esse cruzamento evidenciou ainda limitações dos dados coletados pelas instituições governamentais, principalmente no que se refere à conceituação distinta de deficiência dos beneficiários utilizados em cada um dos cadastros.

O primeiro grande limite dos dados do cruzamento é o fato de a classificação de deficiência utilizada no Cadastro Administrativo do BPC ser baseada no Código Internacional de Doenças (CID 10), utilizado no processo de avaliação da deficiência e

[12] Com o intuito de elaborar, descrever e construir as hipóteses desta Dissertação é utilizado o *Manual de Aplicação do Questionário para Identificação das Barreiras para o Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do BPC*, cujo modelo está disponível, no Anexo **C** desta Dissertação.

do grau de incapacidade para o acesso ao BPC. Por sua vez, no Censo Escolar o tipo de deficiência é auto-declarado pelos responsáveis da criança ou adolescente, ao realizar a matrícula na escola, independente de classificação prévia. O segundo limite dessas fontes empíricas é a periodicidade de atualização das informações. O Censo Escolar é preenchido anualmente, já o Cadastro Administrativo do BPC somente é alterado a cada dois anos, com o processo de revisão da concessão do benefício.

As limitações das bases de dados pré-existentes geram um sério problema de compatibilidade cruzada dos dados. De um lado, os dados do Cadastro Administrativo do BPC são atualizados a cada dois anos, e do Censo Escolar anualmente. E de outro, as classificações do tipo de deficiência são diferenciadas.

Diante do exposto, a identificação das crianças e adolescentes com deficiência, beneficiárias do BPC, fica de certa forma inviabilizada quando se cruzam os alunos matriculados na escola e os beneficiários do BPC. Uma solução provisória seria trabalhar com os dados disponíveis, cruzando, por exemplo, nome do beneficiário, nome da mãe do beneficiário, com o nome dos alunos matriculados na escola que possuem algum tipo de deficiência, independente de classificação ou subdivisão por deficiência. Com esse cruzamento seria possível construir um universo com esses dois cadastrados.

Independentemente dessa restrição procedeu-se ao primeiro cruzamento dos dois cadastrados, realizado em 2008. Evoluiu-se a seguir para a construção de um instrumento de pesquisa que possibilitasse identificar as barreiras para o acesso e a permanência na escola das crianças e adolescentes com deficiência, beneficiárias do BPC. O objetivo foi alcançar não somente os alunos matriculados, mas também os não matriculados na escola. E isto requer conceitos, metodologias e técnicas de pesquisa específicas.

Nesse contexto é relevante destacar os seguintes passos metodológicos adotados pelo Censo dos Beneficiários do BPC: estabelecer as hipóteses de pesquisa, escolher o instrumento de coleta de informações, e definir o universo de análise do Censo.

A hipótese preliminar dos formuladores do Censo, elaborada frente ao diagnóstico da exclusão do sistema regular de ensino dos beneficiários do BPC, ou seja,

pessoas com deficiência em idade escolar, é a de que as barreiras de acesso e permanência na escola podem ser superadas pela intervenção do Estado nas políticas públicas. Isto é, por meio de ações e estratégias programáticas de fortalecimento da intersetorialidade e do compartilhamento das responsabilidades entre as esferas de governo, os obstáculos que impedem ou dificultam o acesso e a permanência na escola dessas pessoas com deficiência seriam superados.

Essa hipótese fundamentou a construção das principais diretrizes do Programa BPC na Escola, que orientaram a elaboração do instrumento de inquérito domiciliar utilizado no Censo dos Beneficiários do BPC – o Questionário.

O Questionário é composto de 119 questões, numeradas de forma contínua (sem quebras entre as partes) e possui seis tipos de questões: *personalizadas, abertas, univaloradas, multivaloradas, univaloradas/multivaloradas e multivaloradas/univaloradas*. Além disso, esse instrumento de pesquisa é dividido em nove partes, a saber: a) informações gerais (questões de 1 a 39); b) tipos de deficiência (questão 40); c) acesso à escola (questões de 41 a 81); d) trabalho (questões de 82 a 84); e) produtos e tecnologia assistiva (questões de 85 a 93); f) apoio e relacionamentos (questões de 94 a 99); g) acesso às políticas públicas (questões de 100 a 113); h) moradia e ambiente (questões de 114 a 118); i) justificativa do não preenchimento do Questionário (questão 119) (BRASIL, 2008a).

Durante o processo de construção do Questionário foi identificada a necessidade de padronizar a metodologia de aplicação desse instrumento de pesquisa.[13] Para tanto, foi criado pelo Grupo Gestor Interministerial (GGI) do Programa BPC na Escola o *Manual de Aplicação do Questionário*.[14] Esse manual aborda aspectos metodológicos acerca das técnicas de resposta ao Questionário, da abordagem dos beneficiários, do papel do aplicador e da coleta dos dados que integram os procedimentos éticos do Censo dos Beneficiários do BPC.

---

[13] Construir um questionário consiste basicamente em traduzir os objetivos da pesquisa em questões específicas. As respostas a essas questões é que irão proporcionar os dados requeridos para testar as hipóteses ou esclarecer o problema de pesquisa (GIL, 1999, p. 129).

[14] O *Manual de Aplicação do Questionário para Identificação das Barreiras para o Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do BPC*, está disponível, no Anexo **C** desta Dissertação.

A localização dos endereços dos beneficiários constantes do Cadastro Administrativo do BPC, assim como a própria aplicação do Questionário foram de responsabilidade das equipes técnicas das Secretarias de Assistência Social, Educação e Saúde no Distrito Federal e em cada Município que fez a adesão ao Programa BPC na Escola em 2008. Dessa forma, o universo de análise do Censo dos Beneficiários do BPC são os beneficiários definidos pelos critérios de acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), pessoa com deficiência, na faixa etária de 0 a 18 anos de idade, pertencentes ao Distrito Federal e aos Municípios que aderiram ao Programa, o que representa 68,13%[15] do total de beneficiários.

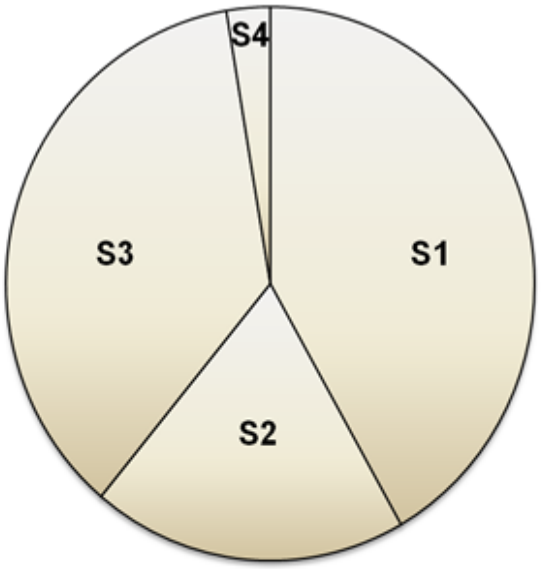
Esse universo de análise exclui por definição os adolescentes, com deficiência, acima de 18 anos em 2008 (ano de referência do instrumento de pesquisa), que não recebem o BPC e/ou que residem nos Municípios que não participam do Programa BPC na Escola. Para esse grupo, que é externo aos critérios do BPC (extrema pobreza e deficiência), ou não aderiu ao Programa BPC na Escola, não se fará a aferição de acesso à escola, por razões de método de pesquisa, embora seja possível crer que tal grupo também enfrente a maior parte, senão todas as barreiras que ora são objeto de pesquisa pelo Censo dos Beneficiários do BPC.

Teoricamente, a melhor unidade de análise, e mais universal a ser pesquisada seria das crianças e adolescentes, com deficiência, elegíveis ou não a receber o BPC, no interior do qual fosse possível delimitar e avaliar separadamente os beneficiários “com” e “sem” acesso ao benefício. Esse caminho se revelou pragmaticamente inviável em razão da dificuldade operacional de identificar essa população. Por sua vez, o questionamento das crianças e adolescentes com deficiência, na faixa etária de zero a 18 anos de idade, “com” e “sem” acesso ao BPC, requer duas bases de dados e dois instrumentos de pesquisa independentes. Pois, para os beneficiários “sem” acesso ao BPC não existe um cadastro prévio e um instrumento de pesquisa específico que possibilitem localizá-los e aferir os obstáculos para o acesso ao benefício e à escola. Além disso, tais bases e instrumentos não foram previstos nem tampouco elaborados para o Censo dos Beneficiários do BPC.

[15] Ver Tabela **2**, Distribuição dos Beneficiários do Programa BPC na Escola, por inserção na Escola – Grandes Regiões e Brasil, na introdução deste capítulo.

Portanto, a unidade de análise do Censo dos Beneficiários do BPC é a de crianças e adolescentes com deficiência, já beneficiárias, entre zero e dezoito anos de idade. Como já informado, a população investigada pelo Censo (**217.994**) está distribuída nas unidades da federação que aderiram ao Programa BPC na Escola em 2008, e abarca os beneficiários que estão inseridos ou não na escola. O conjunto dos entrevistados que tiveram os questionários inseridos no aplicativo do Programa BPC na Escola pode ser representado pelo diagrama abaixo.[16]

Diagrama 2: Universo de Análise do Censo dos Beneficiários do BPC



S1 = Beneficiários do BPC inseridos na escola (91.086)

S2 = Beneficiários do BPC **não** inseridos na escola (41.988)

S3 = Beneficiários do BPC que não responderam ao questionário (79.107)

S4 = Questionários inconsistentes (5.803)

S1+S2+S3+S4 = 217.994

Essa breve descrição da metodologia do Censo dos Beneficiários do BPC torna-se essencial tendo em vista o universo de análise desta Dissertação. Além disso, o conjunto de procedimentos e técnicas utilizados para coletar os dados do Censo dos Beneficiários do BPC é utilizado, no âmbito deste trabalho, para analisar os resultados

[16] O Box Retangular do Diagrama **2,** pode representar a totalidade da população de pessoas com deficiência, em idade escolar.

da pesquisa proposta. Sem embargo, esses resultados serão interpretados, nas considerações finais desta Dissertação, à luz dos conceitos e modelos teóricos explicativos de deficiência que estão insuficientemente descritos ou redesenhados nas hipóteses referenciadas implicitamente ao Questionário do próprio Censo dos Beneficiários do BPC.

1.4 O Método de Pesquisa da Dissertação

Esta Dissertação consiste em uma análise da situação de acesso à escola das pessoas com deficiência, em idade escolar. Seu ponto de partida é a análise e interpretação dos resultados do Censo dos Beneficiários do BPC, cujos aspectos metodológicos são apresentados na seção anterior.

Para alcançar os objetivos desta Dissertação – identificar as correlações explicativas entre o complexo fenômeno da deficiência e as barreiras de acesso e permanência na escola das pessoas com deficiência identificadas no Censo é utilizada a base de dados do aplicativo do Programa BPC na Escola, na qual estão inseridos **217.994** questionários.

A escolha dessa base empírico-metodológica requer que sejam definidos além dos conceitos, procedimentos e técnicas específicas a serem utilizados nesta Dissertação, também o universo de análise da pesquisa.

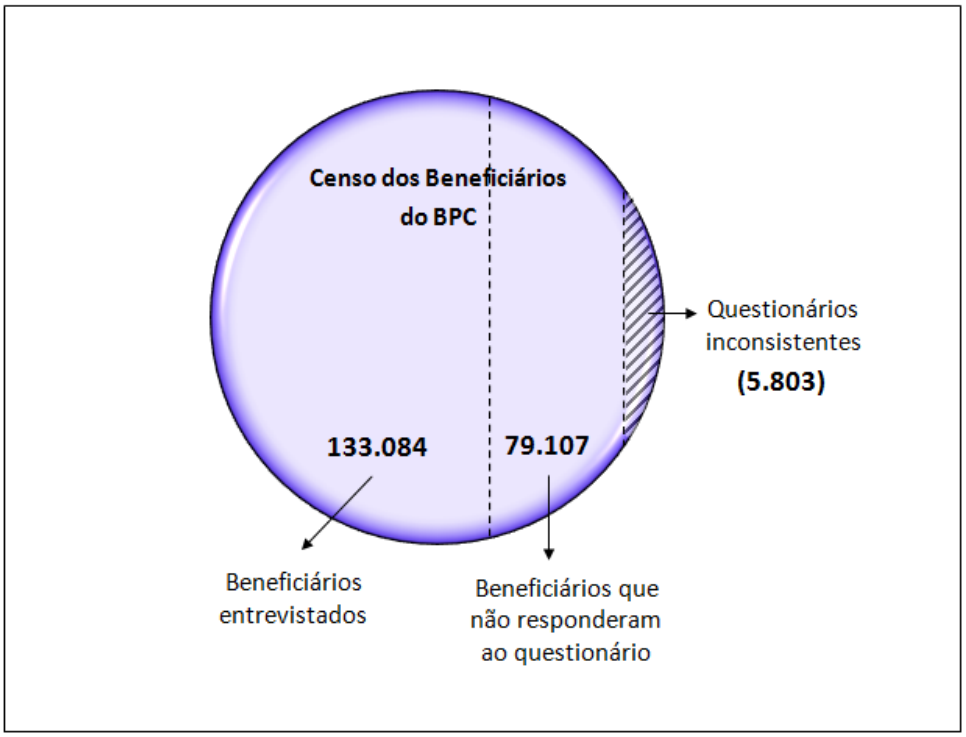
Da população investigada nesta Dissertação, **5.803** beneficiários não terão seus dados analisados devido aos questionários cadastrados apresentarem informações inconsistentes como, por exemplo, questões obrigatórias em branco, mais de uma marcação para questões univaloradas, dentre outras. Portanto, o universo de análise desta Dissertação passaria a ser de **212.191** beneficiários. Todavia, para **37%** dos beneficiários desse novo universo de análise, as entrevistas domiciliares não foram realizadas,[17] e as razões assinaladas na questão 119 do Questionário.[18] Ou seja, para

[17] O maior percentual de entrevistas não realizadas ocorreu no Distrito Federal (63%, que se distancia tanto do percentual nacional (37%) quanto do regional (48% na Região Centro-Oeste). Os Estados do Ceará e do Piauí se destacaram com o menor percentual de entrevistas não realizadas (26%), que foi inferior, também ao percentual de 34% da Região Nordeste. Para maiores detalhes ver Tabela **5**, do Anexo **A** desta Dissertação.

79.107 beneficiários não será possível identificar as correlações explicativas entre as barreiras e a questão da deficiência.

Dessa forma, integram o universo de análise desta Dissertação **133.084** beneficiários com deficiência, definidos pelos critérios de acesso ao BPC, universo esse que pode ser representado como no diagrama abaixo. Estas pessoas tiveram suas entrevistas domiciliares realizadas e as informações cadastradas no aplicativo do Programa, no prazo estabelecido pela Portaria nº 373, de 03 de maio de 2010.

Diagrama 3: Universo de Análise da Dissertação



A partir dessa amostra e do universo coberto pelo Censo dos Beneficiários do BPC, foi definida a perspectiva de análise desta Dissertação, que é a de identificar a relação provável entre as barreiras[19] e o acesso e a permanência na escola do público-alvo da pesquisa. As barreiras físicas, de acessibilidade e atitudinais definidas no Censo são aqui adotadas como categorias analíticas.

---

[18] A principal razão pela qual as entrevistas não foram realizadas foi o fato de os pesquisadores não encontrarem o endereço dos beneficiários (32,52%), seguida pela justificativa de mudança do beneficiário para outra localidade no mesmo município (18,68%) e mudança para outro município (13,08%). Para maiores detalhes ver Tabela **6**, do Anexo **A** desta Dissertação.

[19] **Barreiras**: obstáculos.

Por seu turno, o conceito de deficiência utilizado nesta Dissertação, que o é também no Censo, é baseado na Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU), ratificada no âmbito nacional, em 2008. Esse conceito supera as legislações tradicionais que normalmente enfocavam o aspecto clínico da deficiência. As limitações físicas, mentais, intelectuais ou sensoriais passam a ser consideradas atributos das pessoas. Atributos esses que podem ou não gerar restrições para o exercício dos direitos, dependendo das barreiras sociais ou culturais que se imponham aos cidadãos com tais limitações, o que possibilita afirmar-se que a deficiência é a combinação de limitações pessoais com impedimentos culturais, econômicos e sociais. Dessa forma, desloca-se a questão do âmbito do indivíduo com deficiência para as sociedades que passam a assumir a deficiência como problema de todos.

No âmbito do Censo, as tipificações da deficiência (cegueira,[20] surdez,[21] deficiência física[22] e deficiência mental/intelectual[23]) e as especificações das barreiras (físicas,[24] de acessibilidade[25] e atitudinais[26]) estão fundamentas no Manual de Aplicação

---

[20] **Cegueira**: a pessoa cega não enxerga nada ou quase nada, ou seja, os dois olhos não apresentam capacidade de perceber a luz, a forma e a cor dos objetos, havendo necessidade de aprender a leitura e escrita através de um sistema especial de comunicação chamado *Braille* e ter um treinamento especial para locomoção, geralmente com uso da bengala ou de cães adestrados. Quando uma pessoa é cega de um só olho e enxerga bem com o outro olho não é considerada deficiente visual. Tecnicamente a cegueira corresponde à deficiência visual na qual a acuidade visual é igual ou menor que 0,05 no melhor olho, com a melhor correção óptica (alínea c, I, § 1º, art. 5º do Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004).

[21] **Surdez**: dificuldades para ouvir, que pode ser profunda ou moderada. Na surdez profunda não se escuta nada ou quase nada, não se percebem os sons e muitas vezes não se aprende a falar espontaneamente. A pessoa com surdez moderada pode ouvir alguns sons, em geral os mais graves e fortes (por exemplo, o barulho de um trovão, som do avião), mas não se ouvem sons mais agudos ou fracos (fala humana, som de TV ligada, barulho de um carro passando na rua, entre outros). Essa pessoa, por meio do uso de aparelho auditivo torna-se capaz de processar informações pela audição e consequentemente, é capaz de desenvolver a fala.

[22] **Deficiência Física**: dificuldade para a execução dos movimentos devido à alteração total ou parcial de uma ou mais partes do corpo humano, prejudicando principalmente os movimentos das pernas e dos braços, havendo, muitas vezes, a necessidade do uso de aparelhos (cadeira de rodas, muletas, aparelhos ortopédicos, órteses para os braços) para que a pessoa possa se locomover, alimentar-se, vestir-se.

[23] **Deficiência Mental/Intelectual**: atraso no desenvolvimento global e intelectual, o que pode dificultar a aprendizagem e adaptação da pessoa ao meio em que vive. Quanto maior o atraso no desenvolvimento mais acentuado é o nível da deficiência, ou seja, maior é a dificuldade para a pessoa desenvolver habilidades de auto-cuidado, comunicação e sociabilidade. A deficiência mental pode ser leve, moderada ou severa, a depender do grau de atraso no desenvolvimento da pessoa. As pessoas com deficiência mental são mais lentas para se desenvolver e para aprender (demoram mais para começar a andar, falar, ler e escrever em comparação com as crianças sem deficiência mental). Tecnicamente, o funcionamento intelectual significativamente inferior à média tem manifestação antes dos dezoito anos e expressa limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: comunicação; cuidado pessoal; habilidades sociais; utilização dos recursos da comunicação; saúde e segurança; habilidades acadêmicas; lazer e trabalho (alínea d, I, § 1º, art. 5º do Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004).

[24] **Barreiras Físicas**: obstáculos construídos em meio urbano que impedem ou dificultam a livre circulação de pessoas com deficiência.

[25] **Barreiras de Acessibilidade**: obstáculos que impedem ou dificultam a livre circulação ou o livre acesso de pessoas com deficiência a ambientes e a meios de comunicação.

[26] **Barreiras Atitudinais**: obstáculos para o acesso a aspectos da vida social proporcionados pela atitude de pessoas próximas. Exemplo: a família de uma pessoa com deficiência o desqualifica, dizendo que é burro, que nunca vai

do Questionário do Programa, anexo a este documento (BRASIL, 2008a). Apesar do Censo dos Beneficiários do BPC ser uma pesquisa predominantemente quantitativa, e de utilizar-se de técnicas de investigação composta por um questionário semi-estruturado (fechado) dirigido aos beneficiários, é possível fazer o contraste desses dados com as relações qualitativas construídas pelas teorias. Esses dois enfoques de conhecimento do problema mais geral desta Dissertação aparecem de maneira peculiar no terceiro capítulo (Análise do Acesso Escolar dos Beneficiários do BPC) e nas Considerações Finais.

Dessa forma, a metodologia de pesquisa utilizada nesta Dissertação adota implicitamente os procedimentos e técnicas do Censo dos Beneficiários do BPC, com acréscimos, principalmente, no que se refere à proposta de conhecer os significados do complexo fenômeno da deficiência.

---

aprender, e que não deve ir à escola, o que se torna um obstáculo ao acesso dessas pessoas à escola e a outros ambientes sociais.

2
O MARCO TEÓRICO

2.1 Introdução

O papel do Estado na condução da política social tem sido redefinido na sociedade ocidental moderna, com maior intensidade, a partir do final dos anos cinquenta, principalmente no que se refere à regulação da vida social. A partir dessa década, as mudanças do padrão de atuação governamental em questões de proteção social direcionam o debate sobre a política social. Debate esse que se mistura à discussão dos modelos de Estados de Bem-Estar Social (*Welfare State*) e das diversas formas do que se entende por sistemas de proteção social (CASTRO *et al*, 2009).

Na literatura internacional existem perspectivas diferenciadas acerca dos conceitos de política social e proteção social. Dentre elas, cabe destacar a defendida por J. Girotti, que associa esses conceitos à noção de dependência (segurança/insegurança). Nessa perspectiva a proteção social é entendida como:

> ação coletiva de proteger indivíduos contra os riscos inerentes à vida humana e/ou assistir necessidades geradas em diferentes momentos históricos e relacionadas com múltiplas situações de dependência (VIANA & LEVCOVITZ, 2005, p. 17).

Os sistemas de proteção social, na perspectiva de J. Girotti têm origem na necessidade imperativa de neutralizar ou reduzir o impacto de determinados riscos sobre o indivíduo e a sociedade. A partir dessa perspectiva, segundo Viana & Levcovitz, é possível afirmar que:

> os sistemas de proteção social são formados com base no compartilhamento dos riscos gerados pelas situações de dependência pela Sociedade, Mercado e Estado, em diferentes momentos históricos, conformando, a própria história da proteção social (VIANA & LEVCOVITZ, 2005, p. 18).

A origem do campo da política social foi fundamentada no debate político e cultural, desenvolvido na arena política do século XIX, sobre a questão da assistência pública, inicialmente sobre a intervenção ou não nas condições de pobreza. Na perspectiva defendida por Claus Offe, o conceito de política social consiste em “uma

atribuição, definida politicamente, de direitos e deveres legais dos cidadãos." (OFFE, 1993 apud VIANA & LEVCOVITZ, 2005, p. 19).

Esse conceito orientará, segundo a tipologia de Viana & Levcovitz (2005), a formação de correntes sobre a assistência pública: *individualista* baseada nos princípios do liberalismo, de inspiração utilitarista, que defende que os indivíduos somente conseguem superar as condições de dependência e insegurança quando são livres para perseguir seu próprio benefício; e *humanitária* baseada na filosofia contratualista, inspirada no jusnaturalismo e apoiada no universalismo do Iluminismo europeu, que defende os direitos universais. Essas correntes doutrinárias orientaram de diferentes formas o desenvolvimento do campo da política social e dos modelos de proteção social.

Confrontando os dois autores citados (C. Offe e J. Girotti), observa-se que a diferenciação entre os conceitos de proteção social e de política social é necessária para que seja possível entender um tipo específico de intervenção do Estado na área social, o Estado de Bem-Estar Social, ou *Welfare State* (CASTRO *et al*, 2009).

A origem da diversidade de conceitos sobre o *Welfare State* reside na multiplicidade de abordagens verificadas nos estudos da proteção social. Segundo Viana & Levcovitz (2005), é possível identificar dois tipos clássicos de conceituação sobre o *Welfare State* (WS): 1) os *conceitos analítico-descritivos* que definem o WS como aquele que assegura um conjunto de benefícios, considerados fundamentais, à totalidade da população, e não apenas aos necessitados, operando por mediações do tipo meritocrático ou igualitário e 2) os *teórico-interpretativos* que consideram o WS como aquele que proporciona seguridade econômica, por meio do aparato público e do senso de solidariedade social.

A multiplicidade de teorias explicativas[27] sobre a origem, o desenvolvimento e os tipos de *Welfare State* pode ser atribuída aos distintos processos e diferentes trajetórias de consolidação dos sistemas de proteção social (VIANA & LEVCOVITZ, 2005). Isto significa dizer que o surgimento desses sistemas, atrelados aos processos de modernização, industrialização, urbanização, formação dos Estados Nacionais, expansão

[27] A descrição detalhada das teorias explicativas sobre a origem, o desenvolvimento e os tipos de *Welfare State* pode ser encontrada em Viana & Levcovitz (2005) e Arretche (1995).

dos mercados capitalistas e democratização resultaram no *Welfare State* como elemento estrutural das economias capitalistas contemporâneas.

Para além das relações de poder entre as classes sociais, a formação do *Welfare State* depende de uma pluralidade de fatores que fundamentam a concepção do modelo multicausal, de Maurizio Ferrera, tais como:

> ideologia das elites, compromissos entre o próprio bloco dominante, idiossincrasias do pessoal burocrático, ambiente cultural e institucional do País, além da diversidade de orientações culturais das elites administrativas e da herança das políticas sociais (FERRERA, 1993 apud VIANA & LEVCOVITZ, 2005, p.25).

Nesse sentido, a maneira pela qual as atividades estatais se entrelaçam com o papel do mercado e da família, no âmbito da proteção social, foi analisada por Richard Titmuss, em 1976. Em sua obra intitulada *Essay on the Welfare State*, R. Titmuss distingue três modelos de *Welfare State*, a saber:

> 1) o residual (baseado na premissa de que há duas instituições naturais mediante as quais as necessidades dos indivíduos são adequadamente atendidas – o mercado e família, sendo que a intervenção do Estado se dá em caráter excepcional, a partir da definição de uma clientela sobre a qual se dá a proteção social, visando resolver problemas específicos e atingir grupos particulares);
> 2) o modelo baseado no desempenho e *performance* industrial (o qual atribui às instituições públicas de bem-estar importante função de colaboração à eficiência econômica);
> 3) o modelo institucional redistributivo (que elege o bem-estar social como o principal tipo de proteção, incumbindo ao Estado o papel de regulador das leis de mercado e de provedor de bens e serviços universais, baseado no critério das necessidades sociais) (PEREIRA, 2009, p. 186).

Ainda no campo das análises multicausais, cabe destacar mais recentemente a proposta de Esping-Andersen[28] que, ao reelaborar o modelo titmussiano, propõe a criação de três modelos de *Welfare State*: o *social-democrata*, o *liberal* e o *conservador-corporativo* (ESPING-ANDERSEN, 1991).

O primeiro modelo foi desenvolvido fundamentalmente no norte da Europa e, mais especificamente, nos países escandinavos. Nesse modelo, o *Welfare State* seria caracterizado por um sistema de proteção social abrangente, com cobertura universal, e

[28] O autor considerou a natureza da mobilização da classe trabalhadora, as estruturas de coalização política de classe, e o legado histórico da institucionalização do regime político de diversos países como variáveis analíticas para explicar a emergência de *Welfare State* diferenciados (ESPING-ANDERSEN, 1991).

com benefícios, garantidos como direitos, cujo valor é desvinculado do montante de contribuição efetuado pelo beneficiário. Segundo o autor, os social-democratas buscaram promover um *Welfare State* que promovesse a igualdade com melhores padrões de qualidade e não apenas igualdade das necessidades mínimas. Isso implicava, em primeiro lugar, que os serviços e benefícios fossem elevados a níveis compatíveis até mesmo com o gasto das novas classes médias; e, em segundo lugar, que a igualdade fosse concebida garantido-se aos trabalhadores plena participação na qualidade dos direitos desfrutados pelos mais ricos (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 109).

O segundo modelo, em evidência na Austrália, Canadá e Estados Unidos, apresentaria as seguintes características: políticas focalizadas de assistência aos comprovadamente pobres, transferências universais reduzidas ou planos modestos de previdência; benefícios restritos à população de baixa renda; reforma social limitada pelas normas tradicionais e liberais da ética do trabalho; critérios rigorosos para acesso aos benefícios. Para o autor, as políticas sociais com essas características contribuem para estabelecer uma ordem de estratificação que mistura igualdade relativa da pobreza entre os beneficiários do Estado e serviços diferenciados pelo mercado para a maioria, produzindo um dualismo político de classe (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 108).

O terceiro modelo predominaria na Áustria, França, Alemanha e Itália[29]. Nesse modelo: a obsessão liberal com a mercadorização e busca pela eficiência do mercado nunca foi marcante; a concessão de direitos sociais não chegou a ser uma questão controvertida; os direitos e deveres estavam vinculados aos *status* e à ocupação e não à condição de cidadania, o que limitaria a capacidade redistributiva do Estado. Segundo o autor, embora o modelo *conservador-corporativo* apresente um sistema previdenciário amplo, sua capacidade de intervenção desmercantilizante[30] fica comprometida devido os benefícios dependerem quase inteiramente de contribuições e, assim, de trabalho e emprego. Isto é,

> não é a mera presença de um direito social, mas as regras e pré-condições correspondentes, que dita a extensão em que os programas de bem-estar social oferecem alternativas genuínas à dependência em relação ao mercado (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 103).

[29] Segundo Arretche (1995), a particularidade destes países está na incompletude de reformas liberais e a ação estatal busca romper com as ameaças do capitalismo exacerbado e do socialismo.

[30] A desmercantilização ocorre quando a "prestação de um serviço é vista como uma questão de direito ou quando uma pessoa pode manter-se sem depender do mercado" (ESPING-ANDERSEN, 1991, p. 102).

No debate nacional, a dificuldade de pensar a política social via Estados de Bem-Estar Social (*Welfare State*) está relacionada, dentre outros fatores, à visão fragmentada da questão social e à pouca definição do campo constitutivo das políticas sociais que podem ser entendidas como:

> conjunto de programas e ações dos Estados, com o objetivo de atender as necessidades e os direitos sociais que afetam vários dos componentes das condições básicas da vida da população, inclusive daqueles que dizem respeito à pobreza e a desigualdade (CASTRO *et al*, 2009, p. 58).

Além desses fatores, cabe destacar a falta de clareza dos objetivos a serem alcançados pela política social, enquanto ferramenta utilizada pelo Estado para promover o bem-estar social e definir o padrão de atuação governamental em questões de interesse social. De uma maneira geral, as políticas sociais visam a:

> realizar a promoção social, mediante a geração de oportunidades e de resultados para indivíduos e/ou grupos sociais; promover a solidariedade social, mediante a garantia de segurança ao indivíduo em determinadas situações de dependência ou vulnerabilidade (CASTRO *et al*, 2009, p. 58).

Para além dessa perspectiva, existem abordagens diversificadas na literatura especializada. Dentre elas cabe ressaltar a perspectiva macro da política social, ou seja, uma abordagem que visa a fornecer as bases comuns ao estudo dessa política na sua globalidade, em contraposição à prática prevalecente de tratá-la como um agregado de setores segmentados (PEREIRA, 2009). Nessa perspectiva, as políticas sociais são definidas como ferramentas importantes na concretização dos direitos dos cidadãos. Segundo Pereira (2008), essas políticas, desde seu surgimento, se mostraram como fenômenos dinâmicos, complexos e contraditórios, estando sensíveis ao confronto entre interesses políticos dominantes e dissidentes, presentes nas relações sociais em sentido amplo.

O debate sobre a determinação do que é devido aos cidadãos por meio das políticas sociais tem sido alvo de discussões acirradas tanto no âmbito político quanto no meio acadêmico. Esses debates têm em comum o entendimento de que as necessidades humanas[31] são um fenômeno complexo, o que tem caracterizado o entendimento da política social como um processo multideterminado, contraditório e

[31] Para uma discussão detalhada sobre as necessidades humanas ver Perreira (2008).

dinamicamente relacional (PEREIRA, 2009). Além desses debates, a questão dos objetivos das políticas sociais também tem provocado discussões sobre os conceitos de pobreza e exclusão social.

No debate internacional, o conceito de pobreza esteve durante muito tempo associado ao conceito de marginalidade social, como consequência de um modelo de desenvolvimento (subdesenvolvimento) cuja característica básica é a exclusão de vastos setores da população de seu aparato produtivo principal (PERLMAN, 1978 apud VÉRAS, 1999, p. 18).

No Brasil, a pobreza e a exclusão (subjacente) foram consideradas, a partir da década de 1970, como consequências das contradições do modo capitalista cujo exército industrial de reserva não são marginais, mas integrantes das engrenagens produtivas de forma desigual. Nesse sentido, o fenômeno da pobreza urbana tem uma abordagem funcionalista e economicista (VÉRAS, 1999). Na década de 1970, a pobreza era entendida como uma consequência do massivo êxodo rural para cidades da Região Sudeste, como efeito, portanto das migrações internas. Dessa maneira, os problemas poderiam ter suas origens nesses processos migratórios (VÉRAS, 1999). A década de 1980 foi marcada pelos debates sobre democracia, segregação urbana (efeitos perversos da legislação urbanística), a importância do território para a cidadania, a falência das ditas políticas sociais, os movimentos sociais e lutas sociais. Nesse cenário, se discute a questão espacial, o território e a cidadania. Milton Santos, ao analisar o peso do “lugar” e do território para a questão da cidadania enfatiza dois componentes:

> a) territorial – implica não só que seus habitantes devem ter acesso a bens e serviços indispensáveis, mas que haja uma adequada gestão deles, assegurando tais benefícios à coletividade; b) espacial – o direito a mobilidade e acessibilidade seria condição de cidadania (direito de permanecer no lugar, no seu território identitário, o direito a seu espaço de memória) (SANTOS, 1987 apud VÉRAS, 1999, p.20).

Ainda na década de 1980, a produção de conhecimento sobre as diferentes formas excludentes da questão urbana se consolida e a exclusão aparece como não acesso aos benefícios da urbanização (VÉRAS, 1999).

No debate internacional dos anos 1990, o conceito de exclusão sofre forte influência francesa:

> o conceito de exclusão social é dinâmico, referindo-se tanto a processos quanto a situações consequentes (...) Mais claramente que o conceito de pobreza, compreendido muito frequentemente como referindo-se exclusivamente à renda, ele também estabelece a natureza multidimensional dos mecanismos através dos quais os indivíduos e grupos excluídos das trocas sociais, das práticas componentes e dos direitos de integração social e identidade (...) ele vai mesmo além da participação na vida do trabalho, englobando os campos de habitação, educação e acesso a serviços (ATKINSON, 1998 apud VÉRAS, 1999, p. 23).

No Brasil, o termo exclusão social passou ser um rótulo responsável e explicativo de tudo e por tudo, no debate dos anos 1990 (VÉRAS, 1999). O reducionismo interpretativo do conceito de exclusão à economia substitui a ideia de processo de exclusão (integrativo ou modo marginal de inserção). Como face econômica do neoliberalismo globalizado na América Latina e no Brasil, o termo exclusão passa a representar:

> o sentido mais profundo de exclusão está ligado ao desejo dos burgueses brasileiros de mostrar que os dominados são diferentes, segregando-os, nem se preocupando mais em legitimar sua dominação na clássica forma de coerção e consenso. O social deve subordinar-se ao econômico (VÉRAS, 1999, p.35).

No final da década de 1990, a visão da dualidade permanente na sociedade brasileira entre *incluídos* e *excluídos* começa a ser criticada e ressalta a importância de se entender as causas da exclusão para "evitar a ingenuidade de querer explicar a miséria pela culpa dos miseráveis – senso comum ou modismo" (VÉRAS, 1999, p. 38).

Nesse sentido, a exclusão passa a ser entendida como decorrente de uma mudança na estrutura social, da perda de possibilidade de participação quer na estrutura produtiva quer na estrutura cultural. Os sujeitos sociais, grupo ou classes são submetidos a uma homogenização provocada pelas políticas públicas (BONETTI, 1998 apud VÉRAS, 1999). Ainda no debate dos anos 1990, surge o termo *nova exclusão social*, que "atribui ao excluído o fato de estar em situação de carência material, mas sobretudo, ser aquele que não é reconhecido como sujeito, que é estigmatizado considerado nefasto ou perigoso à sociedade" (MARTINS, 1997 apud VÉRAS, 1999, p. 40).

Diante do exposto, é possível observar, na reflexão brasileira sobre a exclusão, a forte presença das categorias de pobreza e de marginalidade social, as quais, segundo José de Souza Martins, influenciaram até mesmo as produções francesas (VÉRAS, 1999). Além disso, é preciso fazer uso de outros conceitos mais precisos para compreender o fenômeno da exclusão, como observou Paugam (1999a), conceitos esses que serão apresentados na próxima seção deste capítulo.

2.2 Pobreza, Desigualdade e Capacidades

Os grandes questionamentos sobre a pobreza surgem na Inglaterra, ainda no início da construção da sociedade industrial, com a produção intensa de dados que fomentaram o debate sobre as possibilidades de intervenção ou não do Estado nas condições de pobreza. Tal debate se intensificou a partir da discussão dos efeitos das Leis dos Pobres, no final do século XVIII (VIANA & LEVCOVITZ, 2005).

O conceito de pobreza, ainda hoje, continua associado à insuficiência de renda e às limitações da avaliação da desigualdade econômica que tende a concentrar-se, nas economias de bem-estar social, nas riquezas, utilidades e renda. Parte-se do princípio de que há uma população que tem dificuldade de sobreviver porque tem uma baixa e insuficiente renda (PAUGAM, 1999b).

Essa medida de pobreza não é suficiente para que se entenda o caráter multidimensional, dinâmico e evolutivo do fenômeno da pobreza (PAUGAM, 1999b). Com ênfase no caráter multidimensional, dinâmico e evolutivo da pobreza e sobre o *status* social dos pobres, Paugam (1999b) propõe o conceito de *desqualificação social* como uma das formas possíveis da relação entre uma população designada como pobre em função de sua dependência em relação aos serviços sociais e ao resto da sociedade.

Segundo Paugam (1999b), existem quatro elementos principais que permitem definir essa relação:

> a) o primeiro é a estigmatização dos assistidos; b) o segundo remete ao modo específico de integração que caracteriza a situação de pobres; c) o terceiro sublinha que os pobres, mesmo quando são dependentes da coletividade, não estão desprovidos de reação, apontando o caráter

> equivocado da noção de exclusão; d) o quarto elemento está ligado aos diferentes resultados e modos de resistência ao estigma e de adaptação à relação com a assistência que variam segundo a fase de desqualificação na qual se encontram os pobres (PAUGAM, 1999b, p.64-65).

Com objetivo de permitir estudar os diferentes contextos nos quais os vínculos que os pobres têm com o restante da sociedade ocorrem e extrapolar esses dados para situações análogas, Paugam (1999c) constrói três tipos ideais de pobreza, a partir de comparações feitas entre países europeus:

> a) Pobreza Integrada (assimilada, costumeira, não contrastante, por ser tão numerosa) é definida como um componente de uma grande parte da população na sociedade e os pobres como grupo social extenso, inseridos nas redes sociais organizadas em torno da família e do bairro; b) Pobreza Marginal surge como um grupo que é extremamente marginalizado e estigmatizado, e os pobres são considerados como uma pequena franja da população, inadaptados à civilização moderna; c) Pobreza Desqualificante emerge da tomada de consciência coletiva quanto ao fenômeno da exclusão, além de um temor coletivo quanto a esse risco, sendo os pobres numerosos (PAUGAM, 1999c, p. 85-87).

Ao elaborar os tipos ideais de pobreza, Paugam (1999c), defende a perspectiva teórica da desqualificação social, a partir da qual pode-se melhor compreender como as categorias de pobres e de assistidos estão relacionadas ao resto da sociedade e como são vistos (representados) por ela. Nessa perspectiva a desqualificação social representa uma forma elementar de pobreza,[32] conceito que, segundo Paugam (1999c), não pode ser aplicado da mesma forma em todas as sociedades.

Para além da abordagem da desqualificação social, a partir da década de 1970, novas perspectivas surgem no debate que entrelaça os conceitos de pobreza e desigualdade às teorias de justiça social e desenvolvimento.

O aparecimento da Teoria da Justiça, em 1971, com a publicação do trabalho de John Rawls, impulsiona o desenvolvimento das teorias de justiça social que tem como objeto "determinar o conjunto de princípios que regem a definição e a distribuição equitativa dos direitos e deveres entre os membros da sociedade" (EUZÉBY, 2004, p.12). Para J. Rawls, o objeto primeiro da justiça é:

---

[32] *Forma elementar de pobreza* "corresponde a um tipo de interdependência entre uma população designada como pobre, em função de sua dependência em relação aos serviços sociais e o restante da sociedade" (PAUGAM, 1999c. p. 81).

> a estrutura da base da sociedade ou, mais exatamente, a forma pela qual as instituições sociais mais importantes repartem os direitos e deveres fundamentais e determinam a distribuição das vantagens da cooperação social (RAWLS, 2002, p. 7).

Segundo J. Rawls, a justiça governa a repartição dos "bens sociais primários", ou seja, das liberdades básicas – liberdade política, liberdade de expressão e de reunião, liberdade de pensamento e de consciência, proteção da integridade da pessoa, direito de propriedade pessoal, proteção contra detenção e prisão arbitrárias – chances de acesso a diversas funções e posições sociais, prerrogativas e poderes ligados a elas, riqueza e renda, e bases sociais do respeito próprio ou auto-estima. Ao definir os princípios de repartição desses bens, o autor parte de uma situação fictícia de imparcialidade "posição original", na qual os indivíduos são convidados a escolher os princípios de justiça por meio de um "véu de ignorância"[33] (RAWLS, 2002).

Conforme enfatiza o autor, essa situação deverá conduzir à adoção de dois princípios: 1) cada pessoa deve ter direito legal ao conjunto mais amplo de liberdades iguais para todos *(Princípio da Igualdade de Liberdades de Base*); 2) as desigualdades econômicas e sociais devem ser ordenadas de tal modo que sejam ao mesmo tempo: a) ligadas a posições e funções abertas para todos *(Princípio da Justa Igualdade de Chances*); b) consideradas para o benefício dos membros mais desfavorecidos da sociedade – *Princípio da Diferença* (RAWLS, 2002). Dessa forma, ele enfatiza o papel que as instituições[34] representam na busca da justiça social.

Uma das principais críticas à Teoria da Justiça de J. Rawls refere-se à centralidade dos bens sociais primários para obtenção da liberdade real.[35] Ênfase essa que acabaria por negligenciar as aptidões pessoais que podem transformar esses meios em bem-estar realizável. Dentre os estudos que procuram dialogar com a teoria rawlsiana e apresentar perspectivas de análise diferenciadas, cabe destacar a obra *Desigualdade Reexaminada*, de Amartya Sen.

---

[33] Isto é, sem possuir a mínima informação sobre a posição que ocuparão na sociedade nem sobre quais serão suas características pessoais, homem ou mulher, inteligência, condições de saúde, gostos, dentre outros (RAWLS, 2002).

[34] Essas instituições atuam no sentido do respeito ao princípio de justa igualdade de chances e com os mecanismos de redistribuição de renda que utilizam devem beneficiar aos menos favorecidos pela eficácia do sistema econômico (RAWLS, 2002).

[35] A noção de liberdade real inclui os processos que proporcionam liberdade de ação e de decisão, assim como as condições reais das pessoas (SEN, 2000).

Segundo A. Sen, a relação entre os bens sociais primários e o bem-estar varia conforme as *capacidades* das pessoas, ou seja, "devido às diferenças de possibilidades que as pessoas possuem para converter bens sociais primários, inclusive renda, em liberdade de buscar seus objetivos" (SEN, 2008, p. 50). Dessa forma, uma pessoa com deficiência pode possuir mais bens sociais primários que uma pessoa não deficiente, mas ter menos *capacidades* devido à sua deficiência.

Nessa perspectiva, conforme ressalta Amartya Sen, o bem-estar deve ser avaliado de acordo com as *circunstâncias individuais* e as *circunstâncias sociais,*[36] e não somente como produto da renda. Segundo o autor, essas circunstâncias podem ser tomadas como desempenho,[37] e as variações nessas circunstâncias sociais implicam maior ou menor oportunidade de realizar os objetivos que os indivíduos entendem como valiosos (SEN, 2008).

Ao elencar a *capacidade* como importante para o cálculo do bem-estar, o autor, se distancia do utilitarismo[38] e do *welfarismo,*[39] pois tais perspectivas consideram como objeto de valor para medir o bem-estar: a renda para o consumo de bens e serviços, a riqueza, os recursos e as liberdades formais ou bens primários. Ou seja, propõe-se uma relação direta entre renda, consumo e satisfação. Por outro lado, A. Sen considera que as *capacidades* compreendem os "estados" e "ações" dos indivíduos como tendo valor por si próprios, e não porque podem produzir utilidades (SEN, 2008).

Nesse sentido, A. Sen, procura desenvolver um diálogo entre a teoria da justiça de J. Rawls e a questão do bem-estar, com ênfase nos conceitos acima elencados,

---

[36] Circunstâncias individuais são as que contemplam características como idade, sexo, saúde, propensão a doenças, talentos, deficiências, dentre outras. As circunstâncias sociais são as que contemplam a estrutura das famílias, as condições de saneamento a que estão submetidos, a acessibilidade à previdência, ao meio ambiente em que vivem, a incidência de crimes e de preconceitos, dentre outras (SEN, 2008).

[37] Esse conceito representa todos os modos de ser e de agir dos indivíduos. A partir de uma dimensão ampla refere-se ao conjunto de elementos que compõem o bem-estar entendido como qualidade de vida. Tais elementos podem representar desde o mais elementar (estar bem nutrido, ter boa saúde, ser livre para se prevenir de doenças e da morte prematura, força física e mental, ser livre para participar da vida em comunidade) ao mais complexo – ser feliz ou ter respeito por si próprio (SEN, 2008).

[38] O Utilitarismo pode ser considerado como "uma doutrina que esta interessada nas consequências das ações, das políticas e das instituições. Essas consequências são apreciadas em termos de utilidade, tomando esse termo para designar preferências, desejos e prazeres (materiais ou morais, mas racionais) de cada pessoa, sendo o critério para julgamento a maximização da utilidade, ou do bem-estar, total ou médio" (EUZÉBY, 2004, p. 15).

[39] *Welfarismo*: termo meta-ético (i. e., usado para descrever e classificar juízos normativos, quer dizer, com conteúdo propriamente normativo ou "ético") com que Sen costuma referir-se à exigência moral de que "a bondade de um estado de coisas seja uma função somente da informação da utilidade relativa ao estado" (SEN, 2008, p. 239).

para melhor entender as desigualdades. Para tanto, ele recorre à discussão sobre o que precisa ser igualado (sobre o que deve compor a igualdade basal da sociedade) para que sejam maximizadas as chances efetivas de diminuir as desigualdades em outros "espaços". E com o objetivo de medir as desigualdades (ou tratar a questão da igualdade), defende a perspectiva de igualdade de capacidades.[40]

Ao ressaltar a importância do contraste entre a avaliação baseada em capacidades e o procedimento, proposto por J. Rawls, de focalizar a quota de bens-primários, Sen (2008), enfatiza que esta é apenas parte do *Princípio da Diferença*, que é um componente integral da teoria rawlsiana da justiça como equidade. Nessa perspectiva, A. Sen argumenta que o foco informacional em que J. Rawls se concentra negligencia certas considerações que podem ser de grande importância para a avaliação substantiva da igualdade, e da diversidade fundamental dos seres humanos. Para o autor:

> julgar a igualdade no espaço dos bens primários equivale a dar prioridade aos meios para liberdade relativamente a qualquer avaliação das extensões da liberdade, e isto pode ser inconveniente em muitos contextos (SEN, 2008, p. 38).

Essa perspectiva, com a emergência do paradigma do desenvolvimento social, no âmbito da requalificação da temática do desenvolvimento,[41] intensifica e amplia o debate sobre as novas abordagens da desigualdade e da pobreza, para além da avaliação clássica, com base na renda.

As novas dimensões da temática do desenvolvimento têm origem no período do Pós-Guerra, e tinham como objetivo auxiliar os países europeus a superarem a crise do sistema capitalista com medidas que estimulassem o crescimento industrial, aliado ao reconhecimento de direitos sociais (saúde, educação, trabalho, alimentação e pensão). Isto é, o surgimento dos Estados de Bem-Estar Social (*Welfare State*) é fundamentado na crítica teórica e política da concepção de desenvolvimento como crescimento econômico, além de priorizar o papel do Estado na construção de uma

[40] Na perspectiva de igualdade de capacidades, os indivíduos devem ser compensados por determinadas desigualdades por que são acometidos, de modo que consigam seguir com suas vidas e usufruir de certa igualdade, para realizarem o que valorizam (SEN, 2008).

[41] A requalificação da temática do desenvolvimento pode ser considerada como resultado dos processos de transformação da sociedade que, ao longo do tempo, ocasionaram a introdução de novas dimensões ao tema, para além das questões intrinsecamente relacionadas ao desenvolvimento econômico (progresso, crescimento e evolução).

ação pública, por meio de políticas públicas, para intervir na realidade social (VAITSMAN, 2009).

Em um primeiro momento, no período compreendido entre os anos 50 e 70, a concepção de desenvolvimento social esta diretamente relacionada à política social. Nesse período, a intervenção do Estado na economia tinha como objetivo promover o acesso a renda e meios de vida adequados. Para tanto, o gasto social passa a ser utilizado como instrumento do desenvolvimento (entendido como crescimento econômico) para enfrentar a iniquidade e a pobreza.

A incapacidade dos instrumentos adotados pelos Estados de Bem-Estar Social (*Welfare States*) de responder ao aumento da desigualdade e da miséria, ocasionados pelas crises dos anos 1970 e pela redefinição dos mecanismos intervencionista do Estado na economia, provocou um recuo na requalificação da temática do desenvolvimento (VAITSMAN, 2009).

As crises dos anos 1980 e 1990 – dos paradigmas explicativos da sociedade, dos modelos econômicos e políticos – aliada ao aumento da pobreza e das desigualdades sociais intensificou às críticas a visão economicista de desenvolvimento, ao *Welfare State* e provocou o surgimento de um novo paradigma, o do desenvolvimento social/humano. Nesse contexto surgem propostas mediante a mobilização de atores da sociedade civil para formulação e implementação de estratégias, políticas e programas de combate à pobreza.

Para Sen (2000), o papel das diferentes formas de liberdade no combate às privações, destituições e opressões é primordial em um mundo marcado pela opulência. Segundo o autor, a expansão da liberdade individual é um comprometimento social e a possibilidade de desenvolvimento está ligada à liberdade individual. Além disso, a liberdade de participar do intercâmbio econômico tem um papel essencial na vida social (liberdade de acesso ao mercado de trabalho e aos mercados de produtos). Para tanto o desenvolvimento deve remover as fontes de *privação da liberdade* (pobreza e tirania; carência de oportunidades econômicas e destituição social sistemática; negligência dos serviços públicos e intolerância ou interferência de Estados repressivos).

Nessa abordagem, a pobreza passa a ser entendida como uma privação de capacidades básicas (liberdades substantivas), e não apenas como baixa renda. Portanto, a análise da pobreza na perspectiva da capacidade possibilita o entendimento da natureza e das causas da pobreza e da privação, desviando a atenção dos meios (renda) para os fins que as pessoas têm razões para buscar, como também para as liberdades de poder para alcançar esses fins (SEN, 2000). Além disso, a referida abordagem possibilita um contraste entre as perspectivas da renda e da capacidade no contexto da avaliação da desigualdade.

A relevância desse debate para a configuração recente da Proteção Social no país e do próprio campo da Política Social será apresentada na próxima seção.

2.3 A Proteção Social no Brasil

A emergência da questão social como campo de intervenção do Estado, no Brasil, configura-se como um reflexo da experiência internacional[42] em um contexto econômico diverso enfrentado pelos países de capitalismo desenvolvido. No âmbito nacional, o processo de modernização é baseado em uma economia agrário-exportadora e é marcado pela convivência de setores tradicionais e industriais modernos. Nessa perspectiva interna de desenvolvimento,[43] a regulamentação dos trabalhadores assalariados na economia moderna pode ser considerada como um dos fatores determinantes da organização da proteção social brasileira.

Na década de 1930, a ação social do Estado se inicia pela regulamentação do trabalho assalariado, baseada no modelo meritocrático-contribuitivo.[44] Dessa forma, a proteção social brasileira se desenvolve alijando da política social parcela significativa da população que não participava do mercado de trabalho formal.

[42] Para Santos (1987) a atuação do social do Estado teve origem no aparecimento das classes trabalhadoras urbanas e no esforço de dar resposta aos conflitos que marcaram as relações capital-trabalho, em um contexto de crescente industrialização.

[43] O estudo da questão do desenvolvimento, no caso brasileiro, esteve associado à ideia de modernidade e de mudança, tanto como elemento central do discurso republicano – estruturando uma determinada concepção ideal de nação a ser perseguida – quanto como mote elementar dos discursos econômico-científico à guisa de uma perspectiva evolutiva (DELGADO & THEODORO, 2005).

[44] No Brasil, "caracterizou-se pela constituição de caixas de seguro social, organizadas por setor econômico, financiadas e geridas por empregados, empregadores e pelo Estado, as quais visavam proteger trabalhadores e seus familiares de certos riscos coletivos" (CARDOSO JR. & JACCOUD, 2005, p. 188).

Todavia, isso não significou a ausência de um "modelo de gestão econômica da pobreza",[45] com a promessa futura de incorporação progressiva dos trabalhadores pobres (não assalariados) ao mundo do trabalho regulado (CARDOSO JR. & JACCOUD, 2005).

A história da intervenção em *prol* dos pobres, no Brasil, teve início em ações e instituições de caráter assistencial não-estatal, com forte influência da tradição católica da caridade e dever moral da filantropia. Esse processo se organiza por meio de um aparato assistencial de origem privada, regulado pelo Estado no que se refere ao financiamento direto e indireto sem, contudo, se caracterizar como uma responsabilidade pública (CARDOSO JR. & JACCOUD, 2005).

O processo de estagnação da economia brasileira se intensifica, na década de oitenta, e altera o modo de gerir a pobreza. No debate nacional a pobreza passa ser caracterizada como estrutural e focalizada como tema próprio e prioritário da intervenção estatal. A questão da pobreza ganha uma dimensão central na luta pela ampliação da democracia e se instala com a promulgação da Carta Constitucional em 1988. Com a intensificação da agenda de reformas sociais de inspiração liberal e com vistas a proceder à reforma da Constituição Federal de 1988, da segunda metade dos anos noventa, a questão da pobreza adquire centralidade na nova agenda política, como objetivo principal da ação social do Estado (CARDOSO JR. & JACCOUD, 2005).

Na literatura brasileira, a utilização do termo sistema de proteção social ou de Estado de Bem-Estar Social (*Welfare State*) como conceito estruturante da proteção social brasileira não é um consenso.[46] Entretanto,

> falar em um sistema da proteção social permite que se amplie a análise sobre as políticas sociais identificando as características comuns e buscando compreender de maneira integrada tanto a oferta de serviços como seus impactos sociais (JACCOUD, 2009a, p. 61).

A partir da década de oitenta o debate se intensifica com a promulgação da Constituição Federal de 1988 que:

---

[45] Os projetos de modernização da economia e da sociedade brasileira previam a integração dos pobres, em especial dos pobres urbanos, aos benefícios do progresso pela via do trabalho assalariado (CARDOSO JR. & JACCOUD, 2005, p. 189).

[46] Para um breve relato ver Jaccoud (2009a).

> espelhará os ideais universalistas acoplados a uma ideia ampliada de cidadania, em busca da expansão da cobertura de políticas sociais no que diz respeito a bens, serviços, garantias de renda e equalização de oportunidades (CARDOSO JR. & JACCOUD, 2005, p. 193).

Dentre as inovações do texto constitucional de 1988, que provocaram alterações substanciais na proteção social brasileira, cabe destacar:

> a definição da Seguridade Social[47] como conceito organizador da proteção social brasileira; a ampliação da cobertura do sistema previdenciário, que flexibilizou o acesso aos benefícios para trabalhadores rurais; reconheceu a Assistência Social como política pública não contributiva que opera serviços por meio de benefícios monetários e não monetários; e consolidou a universalização do atendimento à saúde por meio da criação do Sistema Único da Saúde – SUS (DELGADO, 2009, p. 17).

Com essas inovações ocorre a ampliação dos direitos sociais e das responsabilidades estatais no campo da proteção social, com repercussões significativas no desenho das políticas, na definição do público-alvo (beneficiários) e na formatação dos benefícios (JACCOUD, 2009a).

A organização atual da Seguridade Social, a partir de três pilares fundamentais – o da Política de Previdência Social, o da Política de Assistência Social[48] e o da Política de Saúde – fortalece o debate nacional sobre a capacidade da proteção social brasileira de oferecer garantias às situações de risco social e de enfrentar a intensificação das condições de desigualdade e pobreza. Além disso, possibilita identificar os avanços e desafios que precisam ser discutidos para o enfrentamento da questão social.

Nesse sentido, a abordagem do debate nacional sobre o papel do Estado no combate à pobreza e às desigualdades pode ser desenvolvida utilizando-se alguns pares de conceitos antinômicos como, por exemplo, *cidadania*[49] e *pobreza;*[50] e *igualdade* e *desigualdade*. Esses conceitos abarcam tanto a questão da existência de

---

[47] O Projeto da Seguridade Social pode ser entendido como "um princípio organizador da proteção social e integrador de políticas setoriais e/ou como um instrumento de ampliação das fontes de financiamento à disposição do campo social" (DELGADO, 2009, p. 18).

[48] O Benefício de Prestação Continuada (BPC) pode ser considerado como uma das principais iniciativas desse pilar por garantir uma renda-solidariedade aos indivíduos pobres em situação de velhice ou pessoa com deficiência.

[49] Cidadania é entendida como "categoria da noção de igualdade, referenciada a direitos e deveres, e ancorada na existência de um Estado Nacional" (JACCOUD, 2009a, p.67).

[50] Pobreza é definida enquanto "situação social marcada pela carência ou insuficiência de renda e pela vulnerabilidade" (JACCOUD, 2009b, p.7).

objetivos diferenciados da proteção social e das políticas sociais quanto a questão da relação entre Estado e consolidação das políticas sociais (JACCOUD, 2009a).

Ao diferenciar a questão social da questão da pobreza, referenciar a cidadania a padrões de igualdade e a organização dos direitos às medidas de equivalência, Jaccoud (2009a), defende que o enfrentamento da questão social não se desenvolve em paralelo ao tema da democracia política ou da consolidação do Estado Nacional. Nesse sentido,

> o debate sobre as políticas de proteção social e seu impacto na construção de um novo patamar de direitos – os direitos sociais – e de uma nova cidadania – cidadania social[51] – não apenas estariam diretamente vinculados às dimensões política e civil da democracia, mas seriam a base mesma de organização dos estados modernos (JACCOUD, 2009a, p.68).

Nessa perspectiva, a função do Estado na defesa e garantia dos direitos sociais, no combate à pobreza e às desigualdades, configura-se pela via do direito social, e se expressa pela oferta e regulação dos serviços e benefícios de proteção social, com o objetivo de reduzir as situações sociais marcadas pelas vulnerabilidades e incertezas, igualar oportunidades e enfrentar as desigualdades (JACCOUD, 2009a).

Dos conceitos integrantes do marco teórico até aqui elencados, cabe por fim acrescentar os norteadores do debate internacional e nacional sobre o complexo fenômeno da deficiência, principalmente no que se refere ao *modelo social*. Essas apresentações serão realizadas nas próximas seções deste capítulo.

2.4 O Debate Internacional sobre a Deficiência

No debate internacional sobre a questão da deficiência, as definições desse fenômeno ocupam um lugar de destaque, pois foram as discussões em torno do significado que provocaram as mudanças nessa categoria analítica. A importância da questão da definição da deficiência esta relacionada à forma como as pessoas com

[51] Cidadania social é entendida como "parte do processo de consolidação do Estado e de sua democratização" (JACCOUD, 2009a, p.68).

deficiência[52] serão reconhecidas e tratadas pela sociedade. Se se definir a deficiência como *tragédia pessoal* as pessoas com deficiência serão tratadas com se fossem vítimas de algumas situações ou circunstâncias que se traduzem em políticas sociais que tentam compensar essas vítimas das tragédias que as afligem. Ao passo que, se se definir a deficiência enquanto *opressão social,* as pessoas com deficiência serão vistas como vítimas coletivas de uma sociedade "sem cuidado", ao invés de vítimas individuais de circunstâncias. As políticas sociais, nessa perspectiva, são geradas para aliviar a opressão (OLIVER, 1990, p.2).

Essas dimensões do significado da deficiência integram as principais perspectivas analíticas da questão da deficiência: perspectiva individual (*modelo médico)*[53] e a abordagem do contexto social (*modelo social).*[54]

Historicamente, o conceito de deficiência esteve associado ao da pobreza. Nos grandes centros urbanos das modernas sociedades industriais era necessário identificar e classificar o aumento do número dos pobres urbanos. No processo de identificação e classificação, a deficiência sempre foi uma importante categoria, que oferece uma legitimidade de *status* social para aqueles considerados incapazes para o trabalho em oposição aos classificados como desinteressados em trabalhar (STONE, 1985 apud OLIVER, 1990, p. 3).

Essa dicotomia do processo de classificação e identificação da deficiência (*incapacidade* versus *desinteresse*) ocasionou uma busca por novas definições da questão da deficiência baseadas em critérios clínicos e limitações funcionais. Tais definições eram estruturantes do modelo médico da deficiência e consideravam a incapacidade como uma consequência direta de debilidades individuais; os problemas enfrentados pelas pessoas com deficiência eram vistos como inadequações pessoais ou limitações funcionais. Por outro lado, o tipo de sociedade que um indivíduo vive terá

---

[52] Seguindo a denominação da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas ratificada pelo Brasil em 2008, serão utilizadas ao longo desta Dissertação as terminologias *pessoas com deficiência, pessoas deficientes* e em menor medida *deficientes* para referir todo o universo de pessoas que por seus impedimentos corporais, restrições funcionais e distintas habilidades cognitivas experienciam a deficiência.

[53] O modelo médico da deficiência pode ser entendido como "um conjunto de teorias e práticas assistenciais em saúde que pressupõe uma relação de causalidade entre as variações corporais (lesão) e a experiência da deficiência (MEDEIROS *et al*, 2006, p. 14).

[54] O modelo social da deficiência surge no Reino Unido, na década de 1960, como uma corrente político-teórica contrária às abordagens biomédicas e que provocou uma reviravolta nos modelos tradicionais de compreensão da deficiência (MEDEIROS & DINIZ, 2004, p.8).

efeitos cruciais na maneira pela qual a experiência da deficiência[55] é estruturada (OLIVER, 1990).

Nas sociedades dominadas pela maneira mágica de pensar, as pessoas com deficiência são vistas como vítimas da feitiçaria (EVANS-PRITCHARD, 1937 apud OLIVER, 1990, p. 19). Nas sociedades nas quais a sobrevivência econômica é uma luta constante, qualquer fraqueza ou dependência de seus integrantes interferem na exclusão social das pessoas com deficiência (HANKS & HANKS, 1980 apud OLIVER, 1990, p. 21). Nesse sentido, as definições de deficiência, segundo Oliver (1990), têm correlação direta com os valores sociais correntes e com as demandas econômicas de uma determinada sociedade.

Existem diversos modelos que podem ser utilizados para compreender o desenvolvimento das mudanças na percepção histórica da deficiência.[56] Todavia, a natureza da deficiência somente pode ser entendida com a utilização de um modelo que leve em consideração tanto as mudanças no modo de produção quanto no modo de pensamento, e na relação entre eles. Há que se considerar também que parte do excedente econômico seja distribuído através da política social, e como e em que medida a percepção social sobre quais são e quais não são as maneiras apropriadas de lidar com o problema da deficiência (OLIVER, 1990, p. 32).

O desenvolvimento do capitalismo trouxe profundas mudanças na organização do trabalho e nas relações sociais, com implicações diretas sobre a vida da família. Aliado a essas mudanças, a explosão demográfica trouxe novos problemas para a ordem social que fraturam a tradicional relação social da família. Instituições como asilos, prisões, casas de cuidado, hospitais, escolas, dentre outras, passam a representar a principal solução para os problemas de classificação e abordagem, e englobando os mecanismos repressivos e ideológicos de controle social. No século XVIII e XIX, as instituições tornam-se mais específicas em seus propósitos e mais seletivas quantos aos critérios usados para distinguir entre os merecedores e não merecedores de seus

[55] Para o autor, a deficiência é uma categoria que somente pode ser entendida dentro de um campo culturalmente produzido e socialmente estruturado. O centro dessa estrutura é o modo de produção, o tipo da economia e as variações das unidades produtivas (OLIVER, 1990).

[56] A percepção histórica da deficiência passa de uma sina (*moral*) para um crime (*legal*) e depois, é categorizada como uma doença (*médico*) (OLIVER, 1990, p.30).

serviços; por isso marcaram o desenvolvimento das políticas sociais, ao longo da história (OLIVER, 1990, p. 33).

Esse desenvolvimento facilitou a segregação das pessoas com deficiência, uma vez que transformaram a família e as instituições em local de segregação. Segundo Oliver (1990), no início do capitalismo a família era o local onde viviam a maioria das pessoas com deficiência. O que muda a partir de então resulta do clima ideológico criado pelas instituições, que colocam as pessoas com deficiência à parte do resto da sociedade, levando assim ao entendimento da deficiência como uma vergonha, o que reforça o processo de estigmatização.

Todavia, conforme enfatiza Oliver (1990), nem todas as famílias podiam enfrentar as dificuldades de ter uma pessoa com deficiência segregada entre eles. Quando as famílias eram relutantes ou incapazes de permanecer com as pessoas com deficiência é que estas começavam a serem tratadas como possíveis candidatos às instituições.

Segundo Oliver (1990), as fronteiras da obrigação familiar com as pessoas com deficiência foram redesenhadas como consequência da separação entre trabalho e casa. A distinção entre segregação dentro da família e nas instituições levou a um aumento da intervenção do Estado, processo fortalecido com a emergência e desenvolvimento do *Welfare State*.

Em meados do século XVIII e durante o século XIX, nas sociedades industriais do ocidente, aumenta o número de pessoas institucionalizadas (ROTHMAN, 1971 apud OLIVER, 1990, p. 32) ao passo que o século XX será marcado pelo retorno das pessoas com deficiência para a comunidade. Nessa desinstitucionalização, apesar de apenas parte dos grupos (pobres, doentes, insanos e pessoas com deficiência) retornarem à comunidade, e o número de pessoas institucionalizadas variar entre os países, principalmente na Europa Ocidental, a mudança ideológica do cuidado institucional para o comunitário foi significativa (COHEN, 1985 apud OLIVER, 1990, p. 36).

O retorno para o cuidado da comunidade reflete as mudanças das ideias sobre a convivência da provisão institucional na sociedade moderna. Segundo Oliver (1990),

esse movimento de saída das instituições não foi simplesmente o produto de ideias anti-institucionalização, mas estava também, relacionado ao fato de os modelos segregacionistas ficarem mais caros e de terem dificuldades de justificar a necessidade da Teoria do Bem-Estar Social.[57]

Com o desenvolvimento do capitalismo, as mudanças da provisão das necessidades das pessoas com deficiência, passam a ser realizadas através da elaboração de um detalhado sistema de organização e administração burocrática. A deficiência se tornou uma importante "categoria limite" por meio da qual as pessoas são alocadas tanto no sistema baseado no trabalho quanto no fundamentado das necessidades do sistema de distribuição, o *Welfare State* (STONE, 1985 apud OLIVER, 1990). O aumento da especialização, da categorização e da provisão ocorrem em função do desenvolvimento do racionalismo[58] no mundo moderno. Segundo Oliver (1990), são esses os elementos das "Teorias das Necessidades" dos Estados de Bem-Estar Social baseadas na necessidade de redistribuição das mercadorias e serviços, e do suprimento da força de trabalho. Para o autor, no início do capitalismo, a deficiência foi um conceito essencial para o desenvolvimento da força de trabalho, que permaneceu indispensável, ao longo do século XX, como instrumento de Estado no controle do suprimento do trabalho.

A interpretação de que a deficiência é um conceito que media o limite entre dois princípios distributivos[59] conflitantes – do trabalho e da necessidade – oferece diferentes respostas à questão da coexistência. Segundo Oliver (1990), a deficiência é uma categoria socialmente construída e flexível, pode resolver qualquer contradição sistemática que possa vir a ocorrer, pois não existe uma definição precisa das situações nas quais as necessidades das pessoas são consideradas legítimas. Essa categorização da deficiência foi legitimada pela burocracia médica e do Estado de Bem-Estar Social.

---

[57] Além disso, os modelos segregacionistas incorporavam a racionalidade econômica sustentada pela provisão e pela necessidade de impor ordem às mudanças do mundo industrial (OLIVER, 1990, p. 38).

[58] Para Weber a "racionalização" significa um processo explícito e abstrato, baseado em regras e procedimentos calculados, no qual os sentimentos e a tradição são substituídos por regras de experimentação (observação/método), em todas as esferas da atividade humana (WRONG, 1970 apud OLIVER, 1990, p. 40).

[59] Segundo Stone (1985), em todas as sociedades existe um "princípio distributivo" no qual os bens e serviços produzidos devem ser alocados entre a população como um todo. O principal mecanismo de distribuição é o trabalho, mas nem todos são capazes ou dispostos a trabalhar. Assim, um sistema distributivo baseado na necessidade existirá e o centro do "dilema distributivo" será como alocar bens e serviços baseados sobre princípios muito diferentes, o do trabalho e da necessidade (STONE, 1985 apud OLIVER, 1990, p.40).

Outro aspecto relevante da categorização da deficiência refere-se à sua construção ideológica. Segundo Abbot e Sapsford (1987 apud OLIVER, 1990), existe uma clara relação entre estruturas sociais predominantes, ideologia[60] dominante e a maneira pela qual a sociedade lida com os deficientes. Entretanto, para Oliver (1990), a hegemonia que define a deficiência na sociedade capitalista é formada por uma ideologia orgânica[61] do individualismo[62] e por ideologias arbitrárias[63] de medicalização, sustentadas pela intervenção médica e pela teoria da tragédia pessoal, formadoras das políticas sociais. Além disso, o autor enfatiza que outras ideologias relacionadas aos conceitos de normalidade, habilidade corporal e habilidade mental integram o modelo médico da deficiência.

Para Oliver (1990), a ideia da deficiência como patologia individual somente foi possível com a emergência da ideia de "corpo capaz" e está relacionada ao crescimento do capitalismo e ao desenvolvimento do trabalho assalariado. As pessoas com deficiência não podiam satisfazer as exigências do trabalho assalariado individual passando assim a serem controladas através da exclusão. Esse processo de exclusão foi facilitado pelo foco no corpo. E os profissionais médicos são o principal grupo a fixar o seu olhar no corpo. Conforme enfatiza o autor, como as pessoas com deficiência eram parte do processo de controle pela exclusão, a medicalização dos deficientes estava conectada ao aumento do número de profissionais médicos e do desenvolvimento da teoria da doença e da perturbação.

A teoria da doença e da perturbação é a ilustração clássica do modelo médico derivada do trabalho médico científico de Pastuer e Koch no século XIX (OLIVER, 1990). O trabalho deles estabeleceu a base científica para o surgimento da medicina como profissão equipada com conhecimentos básicos satisfatórios. O modelo médico não é primariamente preocupado com as questões de prevenção uma vez que se aproxima do problema da perturbação por meio da experiência da teoria da doença que envolve uma forma altamente intervencionista e específica de prática médica. A teoria

[60] Ideologia é entendida como conjunto de valores e crenças que sustentam práticas sociais, sendo que, essas práticas sociais são processo de trabalho, intervenção médica ou provisão de serviços do *Welfare State* (OLIVER, 1990, p. 43)
[61] A ideologia orgânica é necessária para dar estruturas (psicológicas); elas organizam a massa humana, criam o terreno que permite ao homem se movimentar e adquirir consciência de sua posição (GRAMSCI, 1971 apud OLIVER, 1990, p. 46).
[62] O individualismo enquanto construção ideológica do indivíduo é visto como o começo da fundação ideológica sobre a qual transitam as bases do capitalismo (DALLY, 1988 apud OLIVER, p. 44).
[63] A ideologia arbitrária somente cria movimentos individuais e polêmicas (GRAMSCI, 1971 apud OLIVER, 1990, p. 46).

da doença e da perturbação foi simplesmente um componente dentro de uma ampla revolução científica da medicina Victoriana (TURNER, 1987, apud OLIVER, 1990, p. 47).

Essa abordagem da categoria da deficiência, baseada no modelo médico, ignora a experiência da doença e da perturbação, ao mesmo tempo em que negligencia a questão da prevenção. Além disso, ignora a influência cultural sobre o processo da perturbação. Nesse sentido, a medicalização adquiriu o direito de tratar e definir todos os problemas e condições que anteriormente eram vistos como de ordem moral ou social em sua origem (OLIVER, 1990).

No século XVIII, o aumento das taxas de sobrevivência, do prolongamento das expectativas de vida, da erradicação de algumas condições de incapacidade, assim como do crescimento da ciência e do progresso das ideias humanitárias intensificaram o processo de medicalização. Os tratamentos eram experimentados com essas ideias e as consequências do rótulo médico foram negativas e profundas para as pessoas com deficiência.

As teorias da medicalização surgem para impor ordem na nova sociedade industrial e podem ser utilizadas para descrever o caminho através do qual a medicina se torna o principal agente do processo de controle social para esta população (ZOLA, 1972 apud OLIVER, 1990, p. 50). A ação da teoria da medicalização entende esse processo como uma luta entre vários grupos para impor seus valores específicos sobre um fenômeno social particular. Para Oliver (1990), o sucesso da classe médica em realizar essa posição dominante reside na superioridade do conhecimento médico, na capacidade de se organizar e obter posições de comando na nova burocracia que surge como parte da sociedade racionalista do século XIX.

Nesse contexto, a categoria da deficiência teve a função de classificar as pessoas em sistemas baseados no trabalho e nas necessidades. Para tanto, alguns métodos de alocação foram desenvolvidos para cuidar dessas questões. O principal mecanismo de alocação que passou a ser realizado pelos profissionais médicos foi a certificação da deficiência. Segundo Oliver (1990), a medicalização da deficiência pode ser entendida

como um produto da posição estrutural da profissão médica na sociedade capitalista, baseada nas atitudes e crenças de grupos particulares de médicos.

O aumento da taxa de mortalidade na sociedade industrial moderna, no século XIX e início do século XX, ocasionou mudanças fundamentais no conceito de doença e deficiência do modelo médico. Para Oliver (1990), as intervenções médicas baseadas na teoria da medicalização não conseguem ser bem sucedidas no tratamento das doenças crônicas e degenerativas que começam a dominar as taxas de mortalidade na moderna sociedade industrial. Como não existia cura para essas doenças, a principal intervenção médica que passa a ocorrer, segundo Oliver (1990), é a manutenção do tratamento das doenças. Com essa mudança, parte do sucesso da medicalização no tratamento de certas condições de deficiência possibilitou que os profissionais médicos expandissem suas áreas de atuação para a reabilitação com objetivo de reinserir os trabalhadores no mercado de trabalho, deslocando o foco do tratamento das doenças de agudas para crônicas.

O crescimento de empresas médicas e de reabilitação[64] atreladas às principais indústrias de serviços reforçam, segundo Oliver (1990), as práticas ligadas ao controle social da dinâmica capitalista na construção do corpo capaz. A ideologia da normalidade do corpo capaz sustenta a aproximação médica da questão da deficiência do nascimento até a morte. E a busca pela cura de uma variedade de condições de deficiência baseia-se nessa ideologia. Dessa forma, a categoria da deficiência é representada estruturalmente pela vocação dos médicos, e atribui a responsabilidade pelas restrições que as pessoas com deficiência experienciam a elas mesmas. Dessa maneira, as pessoas com deficiência sofrem restrições por causa de suas limitações funcionais e psicológicas impostas através de seus impedimentos individuais mais do que pelas restrições sociais impostas pela sociedade.

Nesse sentido, a experiência da deficiência é estruturada pelas práticas discursivas provenientes da construção do indivíduo deficiente, ou seja, pela ideologia principal do individualismo e pelas ideologias periféricas relacionadas à medicalização e à normalidade (OLIVER, 1990, p. 59). Portanto, as respostas pessoais dos indivíduos

[64] A reabilitação é entendida como o retorno do indivíduo à normalidade com o objetivo de tentar aproximar o comportamento do corpo e da mente do mais normal possível (OLIVER, 1990).

para as suas deficiências não podem ser entendidas somente como reação ao trauma ou à tragédia, mas devem estar localizadas na estrutura que leva em consideração tanto a ideologia quanto a história.

Antes do surgimento do capitalismo, as pessoas com deficiência eram integradas dentro de suas comunidades e tinham um número de regras sociais e econômicas legitimadas. A exclusão das pessoas com deficiência como consequência do capitalismo tem influência no contexto cultural da deficiência. A imagem cultural da deficiência, segundo Oliver (1990), é o suporte para a ideologia do individualismo que apresenta a deficiência do indivíduo como "o menos que o humano". Com o desenvolvimento do capitalismo, o ponto de vista dos profissionais[65] que escrevem sobre a deficiência ou fazem coisas para as pessoas com deficiência são influenciados por essa imagem da cultura e das construções ideológicas da deficiência como um problema individual, médico e trágico.

Na construção da imagem cultural da deficiência, o conceito do ajustamento[66] passa a ser o foco das intervenções profissionais e enraízam suas práticas. Essas imagens culturais e construções profissionais ignoram a questão do preconceito social e da discriminação institucional. Além desse, o conceito de estigma[67] também é dominante no entendimento da experiência da deficiência. Todavia, segundo Oliver (1990), as pessoas com deficiência não consideram o estigma um conceito útil, capaz de desenvolver ou formular a experiência da deficiência como restrição social, uma vez que essa visão é inapropriada para descrever o que acontece com as pessoas com deficiência individualmente nas interações sociais, além de ser incapaz de explicar porque essa estigmatização ocorre ou de incorporar o coletivo melhor do que respostas individuais para o estigma.

---

[65] Esses profissionais podem ser entendidos como os "outros significantes" definidos por Mead (1934) ou como os "intelectuais de Gramsci" (1971). Ver Oliver (1990, p. 62-63).

[66] Quando alguma coisa acontece com o corpo do indivíduo, também, acontece com a mente. Ao invés de se tornarem novamente humanos e formar uma identidade da deficiência, o indivíduo deficiente deve se submeter ao tratamento médico e ao processo de reabilitação, assim como ao processo de ajuste psicológico, de acordo com sua deficiência. O indivíduo deve se adequar à sua perda de habilidade e passar por uma série de estágios antes de completar o ajustamento (OLIVER, 1990, p. 63).

[67] O estigma foi originalmente imposto por meio de marcas em certos indivíduos que tinham transgredido as normas ou valores de uma sociedade particular. Na sociedade moderna os estigmas surgem de um processo de interação social no qual os indivíduos são marcados ou excluídos do convívio da sociedade por causa de alguns atributos que eles possuem ou por causa de alguma coisa desacreditável que é conhecida sobre eles (GOFFMAN, 1963 apud OLIVER, 1990, p. 65).

Para além dos processos internos psicológicos e interpessoais, Michael Oliver enfatiza que para que a experiência da deficiência seja compreendida, devem-se levar em consideração outros fatores materiais, tais como moradia, finanças, emprego, ambiente e as circunstâncias da família. Tais fatores podem mudar ao longo do tempo para melhor ou para pior, dando à experiência da deficiência uma dimensão temporal. Além desses, outros fatores podem estruturar o processo de formação da identidade das pessoas com deficiência, tais como gênero e raça.

Os efeitos da combinação entre raça, gênero e deficiência na experiência da deficiência têm sugerido o conceito de "*status* minoritário múltiplo e grupo minoritários múltiplos"[68] que são úteis para entender a sociedade não como uma unidade massiva ou forças da sociedade, mas sim, como um complexo de relações sociais (DEEGAN, 1985 apud OLIVER, 1990, p. 75). Para além da noção de deficiência como uma forma particular de opressão social, essa combinação possibilita confrontar a deficiência com as práticas institucionalizadas provenientes do terreno ideológico da opressão, no qual a opressão social não ocorre somente entre opressores e oprimidos, mas também entre os próprios oprimidos.

A forma como as feministas, ao analisarem os efeitos das políticas de cuidado comunitário, retratam as pessoas com deficiência como "dependentes crônicos", exemplifica os efeitos da combinação entre raça, gênero e deficiência na experiência da deficiência (DALLEY, 1988 apud OLIVER, 1990, p. 76). Não é somente a forma como o discurso das feministas é conduzido, mas também, as receitas para ação, como, por exemplo, ao afirmarem que o cuidado residencial é menos opressivo para as mulheres do que o cuidado institucionalizado, argumento a partir do qual se defende que as pessoas com deficiência precisam de mais estabelecimentos residenciais (FINCH, 1984 apud OLIVER, 1990, p. 76). Dessa maneira, as feministas ignoram a evidência de que o cuidado residencial é opressivo para todas as pessoas com deficiência, independentemente do sexo a que pertencem (MILLER & GWYNNE, 1971 apud OLIVER, 1990, p. 76).

[68] Nesses conceitos os grupos minoritários não são definidos como oprimidos e restritos de oportunidades por uma grande e unificada maioria. Apesar de a discriminação ser percebida como benéfica apenas para uma pequena elite, esse grupo se beneficia da competição entre os grupos de desvantagens (OLIVER, 1990, p. 76).

Entretanto, as definições de deficiência não foram racionalmente determinadas, mas socialmente construídas (ALBRECHT & LEVY, 1981 apud OLIVER, 1990, p. 78). Isto significa dizer que, a construção da categoria deficiência foi determinada pelo significado individual atrelado aos impedimentos físicos e mentais particulares. Nessa construção, algumas deficiências foram definidas como problema social através dos esforços de grupos de pessoas capazes de defender os seus próprios interesses. Consequentemente, os critérios objetivos de deficiência refletem a parcialidade, o interesse próprio e a avaliação moral daqueles em condições de influenciar a política.

As respostas da política ao processo de construção social da deficiência também devem ser levadas em consideração. A noção de deficiência[69] na ótica da política pública representa o reconhecimento de que a deficiência implica em problema ou desvantagem que requer ações compensatórias. Esse conceito não busca especificar onde o problema é localizado (no indivíduo ou no ambiente), e não identifica a racionalidade para medir o que é realizado em relação às desvantagens percebidas. Portanto, a política pública representa a visão oficial de que a deficiência é uma circunstância desvantajosa que obriga o público ou as agências privadas a oferecerem algum tipo de resposta.

Para Oliver (1990), essa abordagem tem um importante papel na construção da deficiência. As ideologias principais (capitalismo e individualismo) e as ideologias periféricas (medicalização e teoria da tragédia pessoal) têm influenciado essa construção social no que se relaciona à deficiência como um problema de desvantagem individual que deve ser solucionado por meio do desenvolvimento de políticas sociais apropriadas.

Historicamente, as políticas públicas da deficiência se desenvolveram como um agregado de várias políticas, com origens e propósitos diferenciados, refletindo uma situação histórica na qual o conceito de deficiência tem sido misturado aos esforços de estabelecer políticas em muitas questões de áreas vizinhas (ERLANGER & ROTH, 1985 apud OLIVER, 1990, p.79). As políticas sociais têm incluindo as questões da pobreza, da compensação para trabalhadores industriais e militares, assim como questões de controle social, que incluem direitos básicos, a reestruturação dos

[69] "A deficiência é o que a política diz que ela é" (HAHN, 1985 apud OLIVER, 1990, p. 79).

programas de seguridade social, saúde e bem-estar que estão relacionados diretamente com a vida das pessoas com deficiência, entre uma variedade de outros.

No âmbito dos Estados de Bem-Estar Social (*Welfare State*), a provisão para as pessoas com deficiência muda com a crise fiscal da economia capitalista das décadas de setenta e oitenta do século XX. Isso reflete a influência da noção de dependência para a construção e a reconstrução social do problema da deficiência. Segundo Oliver (1990), essa reconstrução foi muito bem sucedida, tanto ideológica quanto politicamente, em aumentar o medo popular sobre a "cultura da dependência" e facilitar a reestruturação do *Welfare State*.

A maneira pela qual o *Welfare State* definiu os grupos ou classes de pessoas que se tornaram dependentes do Estado, associada à incapacidade dos indivíduos ou grupos de prover o seu próprio cuidado, por suas limitações funcionais ou impedimentos, contribuíram para reestruturação do *Welfare State,* pela redução do tamanho e do escopo dos benefícios e serviços, assim como transferir a provisão das instituições para as comunidades (OLIVER, 1990). O processo de reestruturação do *Welfare State*, conforme destaca Oliver (1990), facilitou o desenvolvimento das explicações reducionistas – psicológica (indivíduos patológicos) e social (grupos patológicos) – do fenômeno da deficiência.

Nesse sentido, a noção de dependência não é construída através de ideias de mudança, mas sim, por várias forças econômicas, políticas, sociais, tecnológicas e ideológicas[70]. Segundo Oliver (1990), a dependência não é um problema simplesmente para o indivíduo, mas também para os políticos, planejadores, profissionais que controlam essa dependência de acordo com valores sociais correntes e circunstâncias econômicas.

Após a recessão econômica mundial da década de 1970, a busca da eliminação da dependência do indivíduo face ao Estado surge como uma das principais respostas às crises dos Estados de Bem-Estar Social e fundamentará as bases ideológicas da reestruturação do *Welfare State*. Isto significa dizer que, com a crise da década de 1970,

[70] Um detalhamento das bases econômicas, políticas, profissionais para criação da noção de dependência pode se encontrado no sexto capítulo da obra intitulada *The Politics of Disablement* (OLIVER, 1990).

a natureza e o futuro do *Welfare State* no mundo industrial começa a ser questionada. A crise tem sido utilizada em termos ideológicos, para reduzir os gastos sociais, mudar o padrão de redistribuição em desfavor de grupos marginais e reduzir responsabilidades governamentais na política social (OYEN, 1986 apud OLIVER, 1990, p. 96).

Apesar da natureza da crise e de sua resposta ideológica serem diferentes de país para país, segundo Oliver (1990), eles tiveram experiências similares. A perspectiva de que caso a crise do *Welfare State* não fosse prontamente administrada e controlada ela levaria a uma crise do próprio capitalismo, representa, para o autor, o ponto de vista da natureza da crise dos Estados de Bem-Estar Social, e que modela o processo de reestruturação do *Welfare State*.

Nesse processo, a questão da dependência com relação as políticas públicas é utilizada como base ideológica da reestruturação, ou seja, a necessidade de reduzir a dependência significava reduzir os gastos, mudar a redistribuição e promover a retirada gradual da ação do Estado sobre a vida das pessoas. Segundo Oliver (1990), as experiências das pessoas com deficiência no *Welfare State* coincidem com a crise em si e suas dimensões,[71] pois tanto os serviços privados quanto os oferecidos pelo Estado criavam a dependência e reforçavam a imagem de merecedores de caridade.

A redução do papel do Estado por meio de propostas de privatização das políticas foi sustentada pela retórica da focalização, na escolha do consumidor e na redução da dependência. Os modelos que surgem para oferecer os serviços privatizados são semelhantes a um supermercado, com pacotes de cuidados para serem comprados pelo consumidor com "poder de escolha". Entretanto, esse modelo oferece pouca mudança em relação aos serviços ofertados às pessoas com deficiência e muita visibilidade pública (OLIVER, 1990).

A questão central das propostas de solução das crises do *Welfare State*, por meio da oferta de escolha e controle aos usuários dos serviços, segundo Oliver (1990), ainda

[71] Dimensões da crise do *Welfare State* (WS): a) a crise do WS não responde às necessidades sociais; b) a crise do WS criou necessidades as quais não responde; c) a crise do WS é que elevou os custos do bem-estar e criou uma crise do próprio capitalismo (OLIVER, 1990, p. 95-96).

precisava ser modificada e adaptada. O desafio que deveria ser enfrentado não era entre serviços universais e seletivos. O real desafio reside na questão de:

> que infraestrutura particular de serviços universalistas seria necessária a fim de oferecer um quadro de valores e bases de oportunidades dentro e em torno do qual poderiam ser desenvolvidos serviços seletivos aceitáveis providos como direitos sociais, baseados em critérios de necessidades especificas, grupos e áreas territoriais, e não dependentes de testes individuais de meios? (TITMUSS, 1968 apud OLIVER, 1990, p. 9*9).*

A mudança da ênfase das necessidades sociais para os direitos somente seria possível caso fossem levados em consideração a escolha e o controle na provisão de serviços dentro uma infraestrutura universalista, se esses consumidores tivessem direitos sociais a esses serviços e se existissem mecanismos através dos quais as necessidades dos grupos e comunidades (local ou interesses comunitários) pudessem ser articuladas por eles e entre eles (WALKER, 1984 apud OLIVER, 1990, p. 99).

Segundo Oliver (1990), para dar às pessoas com deficiência à possibilidade de escolha e de controle sobre suas próprias vidas, o pacote de reformas do *Welfare State* deveria: tornar os serviços e os profissionais controláveis/transparentes; garantir o cumprimento da legislação anti-discriminação; proporcionar a liberdade de informação; fortalecer os movimentos das pessoas com deficiência; e oferecer rendimentos financeiros adequados.

Do pacote de reformas do *Welfare State*, a emergência e consolidação do movimento das pessoas com deficiência configuram-se como elemento fundamental da categoria da deficiência que passa a ser conceituada como restrição social ou opressão, e abre possibilidades para colaboração e cooperação com outros grupos sociais restritos ou oprimidos (OLIVER, 1990).

Ao discutir a emergência do movimento das pessoas com deficiência como parte da emergência das novas atividades políticas, Oliver (1990) ressalta a influência da história do movimento das pessoas com deficiência na Inglaterra na configuração do novo movimento social. Dentre as características desse movimento, cabe destacar: a) é centrado na importância da participação política e atualização da própria pessoa, o que tem implicações nas formas de comportamento político que elas adquirem; b) oferece

uma avaliação crítica da sociedade como parte do conflito entre os sistemas de dominação e as novas formas emergentes de oposição; c) possibilita mudanças na constituição/formação das agendas políticas; d) tende a focar em questões que cruzam as fronteiras nacionais e se tornam internacionais (OLIVER, 1990, p. 118-123).

A estratégia política do Movimento Vida Independente, que surge nos Estados Unidos da América do Norte na década de 1960, ilustra a influência do movimento das pessoas com deficiência em outros movimentos contemporâneos, como, por exemplo: direitos civis, consumidores, auto-ajuda, desmedicalização e desinstitucionalização. Além de contribuir para aumentar o domínio do ponto de vista de que a deficiência não é simplesmente construída socialmente, mas criada socialmente como forma de opressão social institucionalizada, como a institucionalização do racismo e do sexismo (ABBERLEY, 1987 apud OLIVER, 1990, p. 121).

O movimento da pessoa com deficiência como parte do novo movimento social, segundo Oliver (1990), ultrapassa a fronteira entre Estado e Sociedade Civil através do desenvolvimento, pelas pessoas com deficiência, dos seus próprios serviços de provisão, em conflito e em cooperação com os profissionais do Estado, e em algumas ocasiões, engajados na representação de interesses dentro do aparato político do Estado. Além disso, ultrapassa a fronteira da Economia e estabelece relações com o trabalho organizado. Nesse sentido, o movimento das pessoas com deficiência tem papel central na tentativa de assegurar a democracia genuína e a equidade social, assim como na erradicação das restrições e opressões associadas à deficiência (OLIVER, 1990, p.130).

Na tentativa de aplicar a perspectiva sociológica à questão da deficiência, o movimento britânico da pessoa com deficiência utilizou o materialismo histórico como principal referencial teórico. Segundo Diniz (2007), a deficiência entendida como opressão social procurava a resposta de quem se beneficiaria com a segregação das pessoas com deficiência. De acordo com o referencial teórico do materialismo histórico, o capitalismo seria o grande beneficiado, por considerar que as pessoas com deficiência teriam uma função econômica: a de massa de reserva. Em uma sociedade capitalista que privilegia a capacidade produtiva dos indivíduos, a deficiência representava a expressão de um corpo disfuncional e incapaz (OLIVER, 1990).

A partir da perspectiva do materialismo histórico foi possível compreender a deficiência como resultado de um ordenamento político e econômico. Segundo Oliver (1990), a resposta para a segregação e opressão das pessoas com deficiência estava nesse ordenamento. Dessa forma, o materialismo histórico consolidou-se como principal referencial teórico do modelo social. Esse modelo surge na década de 1960 no Reino Unido e, segundo Diniz (2007) foi responsável pelo entendimento da deficiência a partir de conceitos sociológicos e não apenas biomédicos.

Conforme mencionado anteriormente, a principal ideia do modelo social é a de que a deficiência não deve ser entendida como um problema individual, mas como uma questão eminentemente social, ao transferir-se a responsabilidade pelas desvantagens das pessoas com deficiência, das limitações corporais do indivíduo para incapacidade de a sociedade prever e ajustar-se à diversidade (OLIVER, 1990).

Inicialmente para o modelo social, a deficiência deveria ser considerada como "uma experiência resultante da interação entre características corporais do indivíduo e as condições da sociedade em que ele vive" (MEDEIROS & DINIZ, 2004, p. 8). Isto significa dizer que a lesão passou a ser entendida como a ausência de um órgão ou de alguma funcionalidade que expressa uma diversidade, e a experiência da deficiência como uma desvantagem resultante da discriminação de sociedades pouco receptíveis à diversidade corporal.

Todavia, esse enfoque inicial nas limitações físicas foi motivo de grandes debates sobre as limitações das definições do complexo fenômeno da deficiência, conforme anteriormente apresentado. Segundo Medeiros (2004), a intenção era destacar que não havia, necessariamente, uma relação direta entre lesão e deficiência, levando o debate da discussão sobre saúde para o terreno da organização social e política. Desses debates resulta a separação entre as definições: a) lesão – como característica corporal, objeto da discussão sobre saúde; e b) deficiência – como resultado da opressão e da discriminação sofrida pelas pessoas em razão da sociedade que se organiza de uma maneira que não permite incluir todos, sem exceção, na vida cotidiana. Dessa maneira, a deficiência passa a ser uma questão da ordem dos direitos e da justiça social (MEDEIROS & DINIZ, 2004, p. 8).

Ao separar a deficiência da lesão, o modelo social possibilita o reconhecimento da experiência da exclusão como um fator que une as diferentes comunidades de pessoas com deficiência em torno de um projeto político, independentemente da diversidade das lesões (MEDEIROS & DINIZ, 2004). Conforme enfatizado anteriormente, todas as pessoas com deficiência experimentam a deficiência como uma restrição social (OLIVER, 1990).

Portanto, para o modelo social, a deficiência não significa mais uma simples expressão de uma lesão que impõe restrições à participação social de uma pessoa. Deficiência passa a ser então um conceito complexo que reconhece o corpo com lesão, mas que também denuncia a estrutura social que oprime a pessoa com deficiência (DINIZ, 2007, p. 9). A construção do conceito de deficiência como opressão social foi baseada em cinco argumentos:

> 1) a ênfase nas origens sociais das lesões; 2) o reconhecimento das desvantagens sociais das lesões, bem como a resistência as tais desvantagens; 3) o reconhecimento de que a origem social da lesão e das desvantagens sofridas pelos deficientes são produtos históricos, e não resultado da natureza; 4) o reconhecimento do valor da vida dos deficientes, mas também a crítica à produção social das lesões; e 5) a adoção de uma perspectiva política capaz de garantir justiça aos deficientes (DINIZ, 2007, p. 27).

Dessa maneira, a compreensão da deficiência pelo modelo social é resultado de um processo histórico que incorporou as ideias e experiências dos movimentos sociais das pessoas com deficiência, as influências dos referenciais teóricos do materialismo histórico e as críticas a esse mesmo modelo.

Uma das principais críticas ao modelo social da deficiência acima apresentado, reside na incapacidade de produzir boas pesquisas empíricas, devido ao fato de as tentativas de traduzir as ideias e ideologias do ativismo político para a academia não terem sido acompanhadas de processos de autocrítica, testes e verificação empírica (SHAKESPEARE, 2006). Ao rejeitar o modelo social da deficiência, Shakespeare (2006), enfatiza que não rejeita uma aproximação política da deficiência, e sim, uma aproximação que ignora o progresso político e o movimento das pessoas com deficiência. Para ele, o modelo social não é a única explicação progressista da deficiência, conforme atestam pesquisas em outras partes do mundo.

A distinção binária entre impedimentos[72] e deficiência[73] formadora dos modelos médicos (individuais) e social (abordagem do contexto social) possibilita outras explicações para o complexo fenômeno da deficiência.

De maneira geral, muitos autores contestam a validade do modelo médico da deficiência e rejeitam a medicalização definida como predominante na abordagem médica e no conhecimento dos profissionais médicos (SHAKESPEARE, 2006, p. 15). O distanciamento radical das definições médicas e da ênfase nos diagnósticos da deficiência, ao invés de criar uma estrutura que possibilitaria construir um espaço para as experiências sociais das pessoas com deficiência, acaba por fortalecer a exclusão social desses indivíduos. Contudo existe a possibilidade de enfatizar as consequências do fenômeno relacionado à saúde com a intenção de aumentar o reconhecimento da experiência da desvantagem social para as pessoas com deficiência[74] (BURY, 2000 apud SHAKESPEARE, 2006, p. 16).

Diversos estudos vêm apresentando novas abordagens para entender a deficiência. Tais estudos enfocam desde aspectos relacionais e psicoemocionais da deficiência até os que entendem a deficiência como intrínseca ao indivíduo. Outros estudos consideram os impedimentos como um *continuum*, não como uma oposição à normalidade. Além desses, existem autores que demonstram como as abordagens médicas têm sido contestadas desde a década de 1960 (cf. WRIGHT'S, 1960; LOCKER, 1983; BLAXTER, 2000; HEDLUND, 2000 apud SHAKESPEARE, 2006).

Segundo Shakespeare (2006), não obstante o simbolismo intrínseco da dicotomia *modelo médico versus modelo social*, outros modelos[75] chegam a conclusões similares sobre o campo da deficiência. O modelo do grupo minoritário norte-americano e o modelo relacional nórdico são exemplos de modelos que enfatizam a existência de barreiras ambientais e psicológicas, mas também a presença de fatores materiais significantes, como a pobreza e a discriminação.

---

[72] Os impedimentos são entendidos como uma limitação funcional do indivíduo causada por impedimentos físicos, mentais ou sensoriais.
[73] Deficiência é entendida como perda ou limitação de oportunidade de participar da vida normal da comunidade devido a barreiras físicas ou sociais.
[74] Deficiência como um conceito relacional.
[75] Para uma descrição detalhada das características do Modelo do Grupo Minoritário e do Modelo Relacional Nórdico ver Barnes & Mercer (2010); e Shakespeare (2006).

Apesar das críticas acima apresentadas, o modelo social da deficiência é determinante na formação do marco teórico desta Dissertação, pois rejeita uma compreensão individualista da deficiência, e a partir de perspectiva diferente coloca a pessoa com deficiência em um contexto amplo. Além disso, visa a construir uma política base de compromissos para melhorar a vida das pessoas com deficiência, por meio da promoção da inclusão social, e para superação de barreiras que oprimem as pessoas com deficiência.

Todavia, conforme será apresentado na última seção deste capítulo no debate nacional sobre a deficiência, a distinção entre a perspectiva individual (*modelo médico*) e a abordagem do contexto social (*modelo social)* não é utilizada de maneira uniforme. Os levantamentos de população que reúnem informações sobre a deficiência no país, realizados por instituições governamentais, e os textos legais que tratam do assunto, são os principais exemplos. Nesse contexto, a forma como as políticas sociais, em geral, definem a deficiência será influenciada tanto pelo *modelo médico* quanto pelo *modelo social*.

2.5 A Discussão da Deficiência no Âmbito Nacional

No âmbito nacional, as concepções defendidas pelo modelo social de deficiência ainda não se consolidaram como a narrativa principal sobre a deficiência. Apesar de as pessoas com deficiência constituírem um expressivo grupo populacional, a deficiência ainda é um campo pouco explorado no país e sua atenção prevalece no âmbito familiar privado (DINIZ, 2007). A criação de políticas públicas voltadas às pessoas com deficiência, que reconheçam a situação de desvantagem e incapacidade que essas pessoas encontram devido à existência de barreiras físicas, sociais, éticas, econômicas de um ambiente pouco sensível à diversidade humana, ainda é um fenômeno recente na realidade brasileira. No Brasil, a organização do processo de intervenção do Estado no campo da assistência social contou com a forte presença da tradição histórica de atenção às pessoas com deficiência efetuada por setores privados, ocorria por meio de medidas assistencialistas e de caridade (CHAGAS, 2006).

A trajetória da Assistência Social no Brasil[76] foi marcada por um conjunto de ações dispersas na esfera pública e privada sem, no entanto, constituir-se como uma garantia de direitos. A partir da década de 1980 as diversas reflexões no campo das políticas sociais[77] se intensificam, e esse debate adquire a centralidade na crítica ao aparato público historicamente construído no país.

A Constituição Federal de 1988 avançou nesse sentido, principalmente a partir da integração da Assistência Social ao novo princípio norteador da proteção social no país, a Seguridade Social. Nesse processo a Assistência Social deixa de ser uma ação subsidiária do Estado, de caráter discricionário e compensatório, complementar à Previdência, e passa a integrar a Seguridade Social, junto com a Saúde e a Previdência Social.

Além dessa inovação, a nova carta constitucional institui avanços significativos para a afirmação da Assistência Social, enquanto política pública não contributiva que opera serviços[78] e benefícios[79] monetários. Dentre eles, cabe destacar:

> a garantia de atendimento a quem deste necessitar, independentemente de contribuição à Seguridade; a instituição do BPC, prestação monetária não contributiva dirigida como benefício continuado aos idosos e aos deficientes sem meios de prover sua manutenção; e a definição das regras de organização institucional, em que a descentralização da execução das ações é afirmada com responsabilidade da esfera federal na coordenação e na definição de normas gerais, a participação privada na oferta de serviços e participação social na formulação e no controle desta política (JACCOUD *et al*, 2009c, p. 185).

Entretanto, somente em 1993 foi aprovada a Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei nº 8.742), que representou o marco regulatório da Assistência Social, aprofundando a concepção da política na direção da ampliação de direitos sociais e garantindo o seu estatuto legal. A partir da promulgação desse ato

[76] A bibliografia nacional sobre a trajetória da Assistência Social é ampla. Podem ser citadas, entre outras: Boschetti (2001); Mota (2009); Pereira (1996; 2008); Sposati (1995) e Sposati *et al*, 2008).

[77] Vários trabalhos tem se dedicado a analisar o desenvolvimento da política social brasileira. Dentre eles, destacam-se: Behring (2002); Castro *et al* (2009); Delgado *et al* (2009); Demo (2003) e Pereira (2009).

[78] Serviços são entendidos como "um conjunto de atividades prestadas em um determinado local de trabalho que se destinam a promover determinadas atenções, desenvolver procedimentos com e para pessoas, afiançar aquisições" (SPOSATI, 2009, p. 41).

[79] Benefícios são definidos como "transferência em espécie fora da relação de trabalho ou da legislação social do trabalho para atender determinadas situações de vulnerabilidade, operando como substantivo ou complementarmente à remuneração vinda da ocupação/renda da família. O acesso aos benefícios no Brasil é submetido a teste de meios – renda da família" (SPOSATI, 2009, p. 41).

normativo a Assistência Social passa ser guiada por dois princípios gerais: a) que esta é direito do cidadão e dever do Estado; b) deve prover mínimos sociais "a quem dela necessitar", sem promover incompatibilidades com a perspectiva de universalização dos direitos sociais. Ao preconizar esses princípios gerais da Política de Assistência Social, a LOAS estabelece as bases para o acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC).

É importante enfatizar que o BPC foi fruto de uma mobilização dos movimentos sociais das pessoas com deficiência cuja estruturação e fortalecimento ocorre com a reabertura democrática do Brasil a partir da década de oitenta.[80] A articulação dos movimentos sociais das pessoas com deficiência durante a Constituinte, contribui para instituição do BPC ao colocar o tema da deficiência em destaque e ao reivindicar direitos posteriormente assegurados na Constituição Federal de 1988 às pessoas com deficiência.

O BPC, assegurado pela Constituição Federal de 1988, garante a transferência mensal de 1 (um) salário mínimo ao idoso, com 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência incapacitada para a vida independente e para o trabalho, que comprove não possuir meios para prover à própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família (BRASIL, 2007b). Portanto, esse benefício é individual, não vitalício e intransferível, e integra a Proteção Social Básica[81] no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).[82] Finalmente, trata-se de direito de cidadania assegurado pela proteção social não contributiva da Seguridade Social.

---

[80] "Com o lema *participação plena e igualdade*, o ano de 1981, proclamado pela Organização das Nações Unidas (ONU), como o Ano Internacional das Pessoas Deficientes (AIPD), tornou-se marco para mobilização social deste grupo em defesa de seus direitos. A década de 1980 assistiu a uma ampliação da organização deste segmento populacional em entidades e movimentos sociais voltados para defesa de direitos ainda não assegurados nas legislações em vigor" (JACCOUD, 2009c, p. 185).

[81] A Proteção Social Básica (PSB) "tem como objetivos prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e/ou fragilização de vínculos efetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras)" (BRASIL, 2005b, p.33).

[82] Para o MDS, o Sistema Único da Assistência Social (SUAS) "é o mecanismo que permite interromper a fragmentação que até então marcou os programas do setor e instituir, efetivamente, as políticas públicas da área e a transformação da assistência social" (BRASIL, 2009a, p. 4).

Dessa forma, ao garantir uma renda mínima para as pessoas, até então excluídas dos principais mecanismos de proteção social, em situações de vulnerabilidade[83] acentuada pela extrema pobreza e pela intensificação dos determinantes dos riscos sociais (velhice, doença, exclusão e invalidez), o BPC se configura como benefício de singular valor social para atender às necessidades básicas e promover a melhoria da autonomia, independência e cidadania das pessoas atendidas.

Para o debate nacional sobre a questão da deficiência, torna-se relevante ressaltar as alterações na caracterização e avaliação da deficiência no decorrer do processo de regulamentação[84] do BPC, após a promulgação do novo texto constitucional. De fato, apesar de ter sido instituído pela Carta Constitucional de 1988, e regulamentado pela LOAS em 1993, é somente a partir de 1996, que o Governo Federal começa a pagar o BPC, após a publicação do Decreto nº 1.744/1995. Essa norma regulamentadora altera o conceito de pessoa portadora de deficiência, como aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho, originalmente definido nos artigos 2º, 20 e 21 da LOAS. Ao determinar que a incapacidade para a vida independente e para trabalho deveria ser o resultado de anomalias ou lesões irreversíveis que impedissem o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho, o Decreto nº 1.744/1995 restringe o conceito de pessoa portadora de deficiência previsto na LOAS (BRASIL, 1995).

Somente com a publicação do Decreto nº 6.214/2007, essa interpretação restritiva de deficiência é alterada. Esse decreto substitui a expressão *pessoa portadora de deficiência* por *pessoa com deficiência*, com uma perspectiva mais atrelada ao debate internacional da questão da deficiência. Além disso, redefine o conceito de incapacidade como "um fenômeno multidimensional, composto pela limitação tanto no desempenho de atividades quanto na possibilidade de participação e integração" (JACCOUD *et al*, 2009c, p. 204).

---

[83] Sobre as relações entre as concepções de vulnerabilidade e riscos sociais no contexto da proteção social brasileira, ver Sposati (2009a).
[84] Uma síntese do processo de regulamentação do BPC pode ser encontrada em Jaccoud *et al* (2009c, p. 202-204).

Para além das características da pessoa com deficiência, com as mudanças introduzidas pelo Decreto nº 6.214/2007, o ambiente físico e social também passa a ser considerado (BRASIL, 2007b). Mudanças essas que podem ser observadas no processo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para o acesso ao BPC, ao combinar a análise das limitações físicas com o efeito de fatores ambientais e sociais na limitação do desempenho de atividades.

No debate nacional,[85] até meados da década de 1990 os levantamentos demográficos e a legislação que trata da questão da deficiência eram fundamentados pelos pressupostos do modelo médico de deficiência no qual a deficiência é entendida como um conjunto específico de defeitos corporais. Na atualidade, os questionários utilizados para coletar informações sobre deficiência no Brasil,[86] assim como a interpretação dos textos legais, têm sido influenciados pelas abordagens do contexto social da deficiência, denominados de modelo social (MEDEIROS & DINIZ, 2004).

Apesar de existir no Brasil um arcabouço legal abrangente, de promoção e proteção dos direitos das pessoas com deficiência, que tem origem na Constituição Federal de 1988, atualmente o país utiliza vários instrumentos fragmentados para categorização das deficiências. Dentre eles cabe destacar a Política Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Decreto nº 3.298/1999) e a Lei de Acessibilidade (Decreto nº 5.296/2004). Com base nas definições expressas nos artigos 3º e 4º do Decreto nº 3.298/1999 e nas alterações efetuadas pelo Decreto nº 5.296/2004, que se distribuem em classe ou grupo de pessoas com características comuns ou afins quanto à presença de deficiência e ou de incapacidade, objetivando a definição do mérito do indivíduo em relação à elegibilidade para o recebimento de benefícios e ou como alvo de medidas afirmativas. Como as categorizações de deficiência definidas nesses instrumentos normativos (deficiência física, auditiva, visual, mental e múltipla) estão centradas em doenças e alterações na estrutura do corporal, refletem a predominância dos pressupostos do modelo médico da deficiência, passível de codificação pela Classificação Internacional de Doenças

[85] Para um resumo da evolução dos conceitos de deficiência no Brasil ver Medeiros & Diniz (2004).
[86] De acordo com o Censo Demográfico de 2000, no Brasil existem 24,5 milhões de pessoas com algum tipo de limitação funcional, o que corresponde a 14,5% da população brasileira (BRASIL, 2000).

(CID 10), sem contemplar a funcionalidade da pessoa com deficiência. Esse entendimento exerceu forte influência no processo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para o acesso ao BPC, assim como na elaboração de inquéritos domiciliares de coleta de informações sobre os beneficiários.

Entretanto, o debate sobre os modelos de caracterização e classificação da deficiência se intensifica com a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU), ratificada pelo Decreto Legislativo nº 186/2008, com equivalência a uma emenda constitucional. Em seu preâmbulo, a Convenção reconhece que a deficiência é um conceito em evolução, que resulta da interação entre as 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. Define no artigo primeiro, que pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em bases iguais com as demais pessoas (BRASIL, 2007a).

Dessa forma, além do conceito de dependência, o conceito de incapacidade ganha relevância. Esses conceitos fundamentaram as mudanças nos modelos de caracterização e classificação da deficiência, que passam incorporar a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 2001, que define a incapacidade como uma condição mais abrangente que deficiência, consistindo em um termo genérico que inclui deficiências, limitações de atividades e restrições de participação (FARIAS & BUCHALLA, 2005). O termo incapacidade indica aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma determinada condição de saúde) e seus fatores contextuais (fatores ambientais ou pessoais), envolvendo uma relação dinâmica (DI NUBILA & BUCHALLA, 2008). Dessa maneira, um indivíduo pode apresentar uma deficiência (no nível corporal) e não necessariamente viver qualquer tipo de incapacidade. Ao mesmo tempo em que, uma pessoa pode viver uma incapacidade sem ter qualquer deficiência, apenas em razão de estigma ou barreira atitudinal.

Diante desse cenário de transformação do conceito da deficiência no país, o Programa BPC na Escola surge como um programa inovador que modifica a lógica das tradicionais intervenções pontuais e isoladas voltadas para as pessoas com deficiência, ao considerar o princípio da transversalidade do tema da deficiência, com a convergência de ações articuladas das diversas políticas públicas intersetoriais. A implementação do Programa BPC na Escola está entre as principais ações que estão sendo desenvolvidas em consonância com o Programa de Inclusão das Pessoas com Deficiência da Agenda Social do Governo Federal. Dentre as estratégias para implementação do Programa BPC na Escola, a pesquisa Censo dos Beneficiários do BPC, cujos resultados serão analisados no próximo capítulo, configura-se com uma das principais propostas de mudança de perspectiva sobre a deficiência, saindo de uma perspectiva individual (*modelo médico*) para uma abordagem do contexto social (*modelo social),* existentes hoje no Brasil e direcionadas às pessoas com deficiência.

3
A ANÁLISE DO ACESSO ESCOLAR DOS BENEFICIÁRIOS DO BPC

3.1 Apresentação do Censo dos Beneficiários do BPC e do Uso do Questionário

O instrumento de inquérito domiciliar, do Censo dos Beneficiários do BPC – o Questionário[87] do Programa BPC na Escola – levanta informações pessoais dos beneficiários, informações sobre o seu contexto sociofamiliar, sobre o ambiente escolar, sobre o acesso às políticas públicas e à tecnologia assistiva,[88] dentre outros.

O Questionário é composto por 119 questões, numeradas de forma contínua, ou seja, sem quebras entre as partes; possui seis tipos de questões: *personalizadas, abertas, univaloradas, multivaloradas, univaloradas/multivaloradas e multivaloradas/univaloradas*; e é dividido em 9 partes: informações gerais, tipos de deficiência, acesso à escola, trabalho, produtos e tecnologia assistiva, apoio e relacionamentos, acesso às políticas públicas, moradia e ambiente, e justificativa do não preenchimento do Questionário (BRASIL, 2008a).

A aplicação do Questionário teve como objetivo identificar as barreiras que impedem o acesso e a permanência na escola do público do Programa (BRASIL, 2008e). Com base nos dados levantados é que serão formuladas novas ações intersetoriais que possibilitem a inclusão escolar, promovendo a qualidade de vida dessas crianças e adolescentes.

Com o intuito de identificar as características gerais e traçar o perfil do público-alvo do Censo dos Beneficiários do BPC, são selecionadas questões das diferentes partes do Questionário, no anexo a esta Dissertação que, agrupadas, serviram para

---

[87] O "Questionário para Identificação das Barreiras para o Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do BPC" do Programa BPC na Escola será referenciado ao longo dessa Dissertação simplesmente como **Questionário**.

[88] Tecnologia assistiva é entendida como "qualquer produto, instrumento, equipamentos, ou tecnologia adaptada ou especialmente projetada para melhorar a funcionalidade de uma pessoa com limitação" (BRASIL, 2008a, p. 26).

análise dos resultados gerais desse Censo. Para atingir esse objetivo foram selecionadas questões que permitem-nos obter informações dos beneficiários sobre: *idade, sexo, cor ou raça* (q.2 a q.5); tipos de deficiência – *deficiência múltipla, cegueira, baixa visão, surdez, deficiência auditiva, surdocegueira, deficiência física, deficiência mental/intelectual, transtornos globais do desenvolvimento, síndrome de down, recebe BPC em decorrência de doenças crônicas degenerativas* (q. 40) e situações do acesso à escola – *frequenta a escola atualmente, já frequentou a escola e não a frequenta atualmente e nunca frequentou a escola* (q. 41). Dessa forma, para traçar um perfil geral e descritivo da situação nacional com base em variáveis regionais e intersetoriais, os dados serão apresentados por Unidades da Federação, Grandes Regiões e Brasil.

Cabe enfatizar que as questões relacionadas às informações gerais dos beneficiários (q. 2 a q. 5) foram selecionadas devido à possibilidade de obter dados quantitativos sobre a distribuição do público-alvo da pesquisa por idade, sexo, cor ou raça. As questões sobre tipos de deficiência (q. 40) e situações de acesso à escola (q. 41) foram selecionadas para alcançar o objetivo desta Dissertação, ou seja, estabelecer correlações explicativas entre o fenômeno da deficiência e as barreiras de acesso e permanência na escola das crianças e adolescentes beneficiárias do BPC. Para tanto, foram escolhidas quatro deficiências (*cegueira, surdez, deficiência física e deficiência mental/intelectual*) com base nas informações do primeiro cruzamento entre as bases de dados do Cadastro Administrativo do BPC (DATAPREV/MPS) e o Censo Escolar (INEP/MEC), realizado em 2008, no âmbito do Programa BPC na Escola. Do quantitativo de beneficiários inseridos na escola (100.574)[89] foram identificados como deficientes mental/intelectual (25,71%), deficientes físicos (8,05%), surdos (3,72%) e cegos (1,01%); para além desses, 39,51% deles não tinham informação sobre o tipo de deficiência.

A seleção das questões sobre as situações de acesso emerge da necessidade de escolher perguntas que procuram captar o caráter restritivo de uma barreira essencial tanto para o estudo de hipóteses desta Dissertação quanto para a análise das correlações explicativas entre o fenômeno da deficiência e as barreiras de acesso e permanência na escola que são apresentadas nas seções (3.3), (3.4) e (3.5). Isto não significa dizer que as demais perguntas do Questionário do Censo dos Beneficiários não consigam captar as

[89] Ver Tabela **1**, na seção 1.1 desta Dissertação.

informações que possam contribuir para a análise dessas correlações. Todavia, em face da necessidade de delimitar o escopo da pesquisa desta Dissertação são analisadas a partir da questão 41 (situações de acesso à escola) as questões referentes ao acesso à escola (q. 42 a q. 81) do Questionário do Censo dos Beneficiários do BPC.

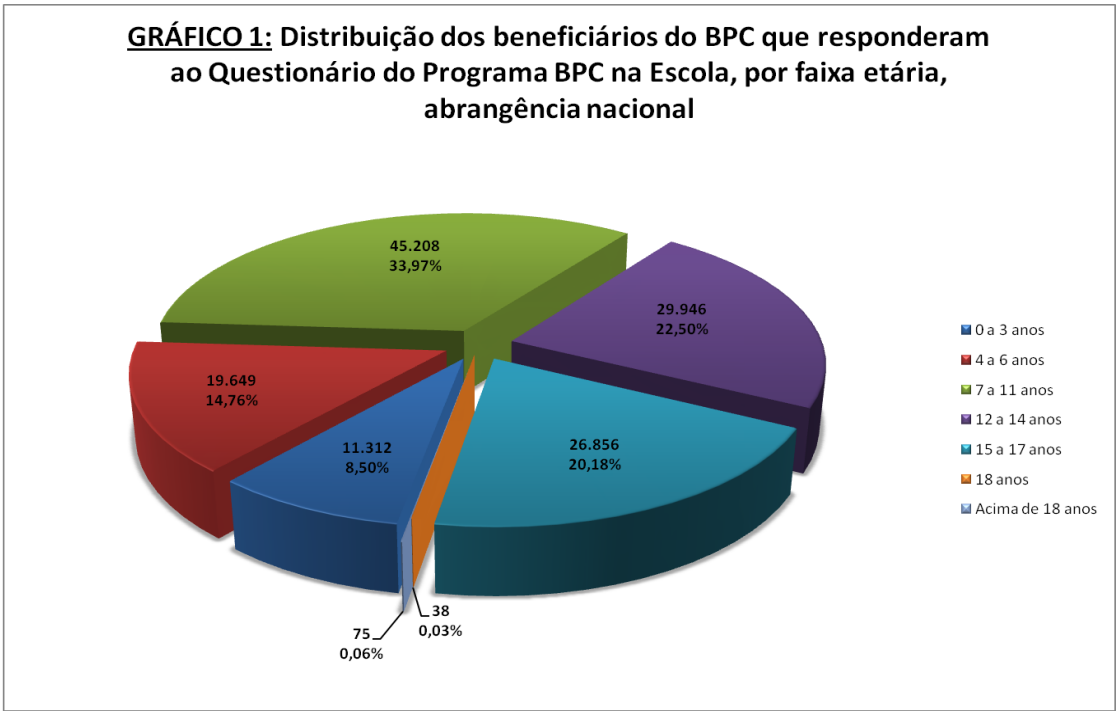
Conforme enfatizado no primeiro capítulo, integram o universo de análise desta Dissertação **133.084** beneficiários definidos pelos critérios de acesso ao BPC, pessoa com deficiência, na faixa etária de zero a 18 anos de idade, pertencentes ao Distrito Federal e aos Municípios que aderiram ao Programa BPC na Escola em 2008, e que tiveram suas informações cadastradas no aplicativo do Programa, até o dia 28 de maio de 2010.

Apesar da eliminação de 5.803 questionários com inconsistências graves em questões principais (q. 40 e q. 41), nessa amostra, ao iniciar a análise envolvendo as demais questões foram identificados alguns questionários com marcações de respostas incorretas como, por exemplo, mais de uma opção assinalada para questões univaloradas, dentre outras. Essas falhas de cadastro e armazenamento das informações no aplicativo do Programa BPC na Escola serão consideradas nas tabelas, gráficos e quadros desta Dissertação, como ***erro de preenchimento***.

3.2 Dados Gerais dos Beneficiários Segundo o Censo

As perguntas iniciais do Questionário permitem identificar um perfil diversificado do público-alvo do Censo dos Beneficiários do BPC, com crianças e adolescentes de diferentes faixas etárias, tipos de deficiência, raça e sexo, distribuídos em todas as unidades da federação participantes do Programa.

O público-alvo do Censo dos Beneficiários do BPC, como era de se esperar, apresenta estrutura etária jovem e concentra maior número de crianças e adolescentes na faixa etária de 7 a 11 anos. Nesse grupo encontram-se 34% dos beneficiários entrevistados, conforme pode ser observado no gráfico a seguir.

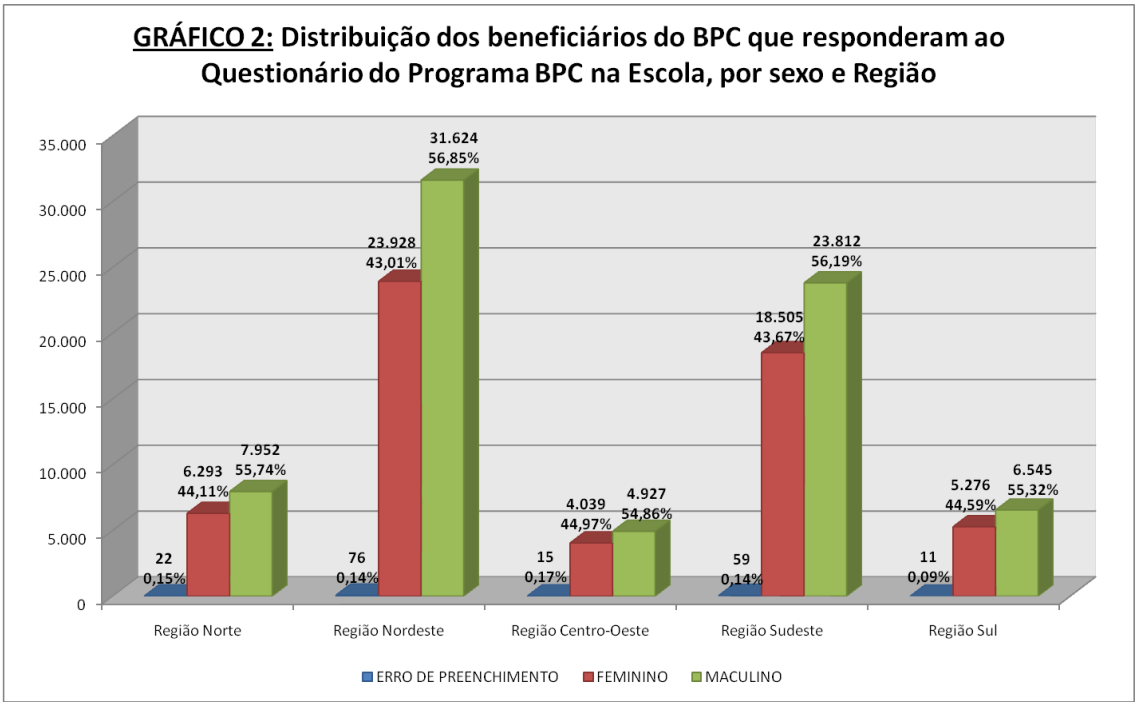


Com o intuito de garantir a fidedignidade dos dados, as porcentagens são apresentadas no presente capítulo sempre em relação ao total de respondentes de cada questão analisada e não em relação ao total de 133.084 questionários que integram o universo de análise desta Dissertação.

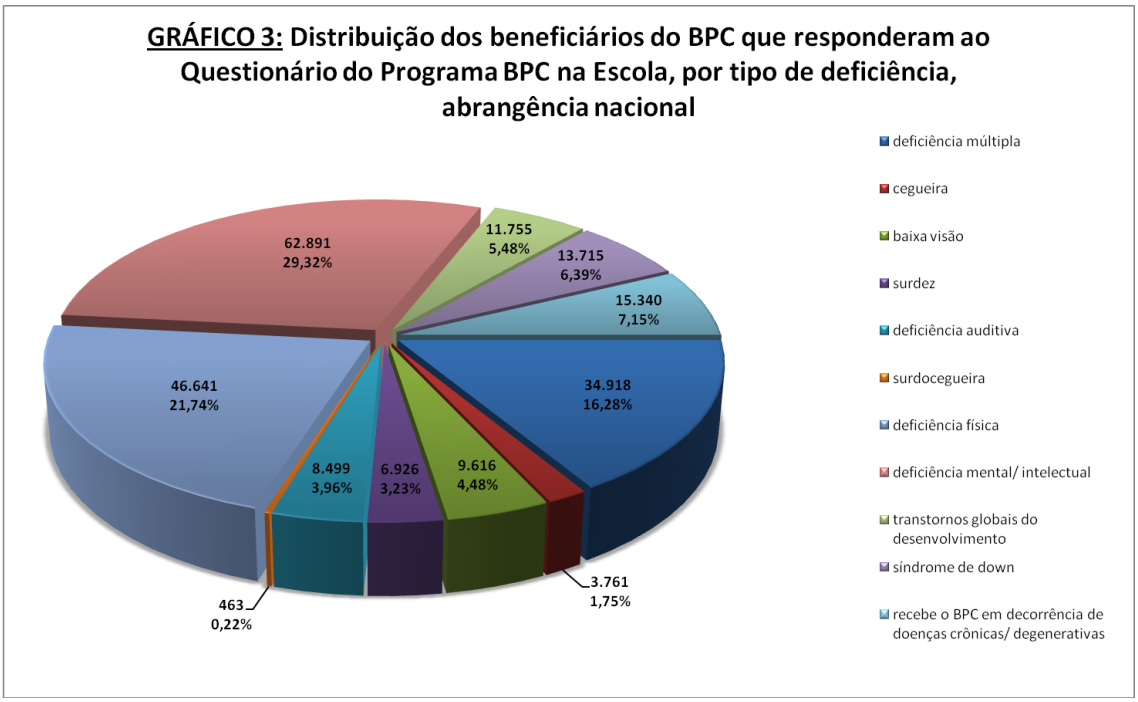
A distribuição dos beneficiários entrevistados por cor ou raça – pardos (47,4%); brancos (43,5%); pretos (7,87%); amarelos (0,64%); e indígenas (0,48%) – está próxima da distribuição étnico-racial aferida pelo Censo Demográfico de 2000, com uma pequena elevação da porcentagem de beneficiários pardos em relação aos brancos.[90]

No que se refere ao sexo dos beneficiários entrevistados, 56,3% são do sexo masculino e 43,7% do feminino. Essa distribuição se mantém em todas as regiões do país, como se pode observar no Gráfico 2.

[90] De acordo com o Censo Demográfico de 2000, a distribuição da população brasileira por cor ou raça é de 54,0% de brancos; 39,9% de pardos; 5,4% de pretos; 0,6% de amarelos e indígenas (BRASIL, 2000).

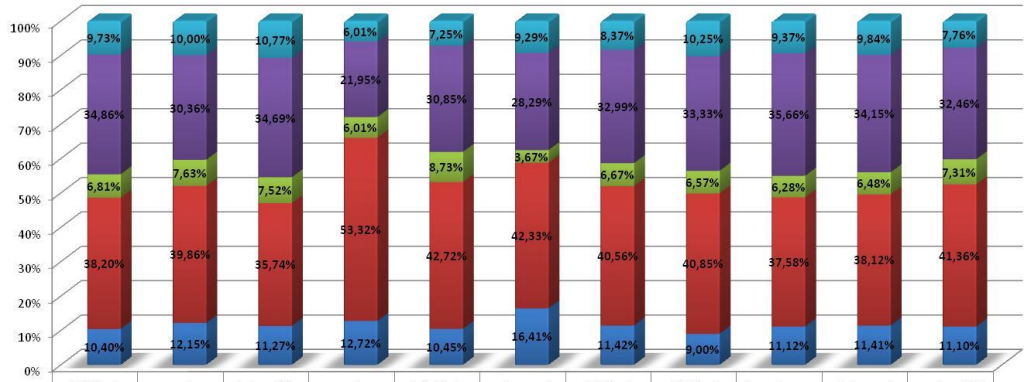


Ao analisar os dados referentes à distribuição dos beneficiários entrevistados por tipo de deficiência é possível observar, como mostra o Gráfico 3, o predomínio da deficiência mental/intelectual (29,32%) e da deficiência física (21,74%) no âmbito nacional.



O Gráfico 4 apresenta a distribuição regional dos beneficiários entrevistados, por tipo de deficiência. É possível verificar o predomínio da deficiência mental/intelectual em todas as regiões do país. Os percentuais mais elevados de beneficiários com deficiência mental/intelectual aparecem nas regiões Nordeste (40,85%), Sudeste (33,33%) e Sul (10,25%). Por outro lado, na distribuição dos percentuais de beneficiários com deficiência física a Região Norte (11,42%) supera a Região Sul (8,37%).

GRÁFICO 4: Distribuição dos beneficiários do BPC que responderam ao questionário do Programa BPC na Escola, por tipo de deficiência e Região



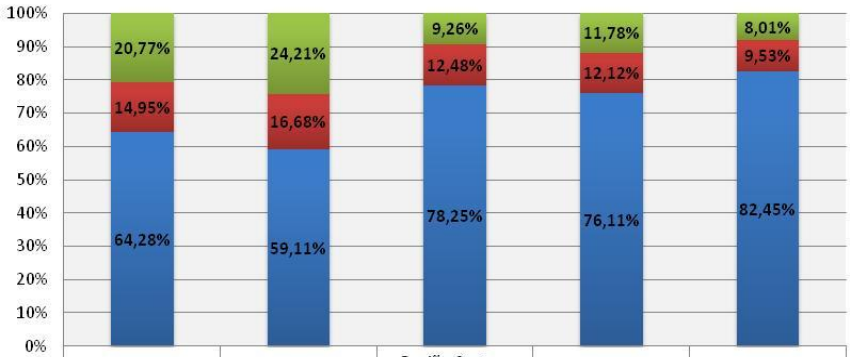
	deficiência múltipla	cegueira	baixa visão	surdez	deficiência auditiva	surdocegueira	deficiência física	deficiência mental/ intelectual	transtornos globais do desenvolvimento	síndrome de down	recebe o BPC em decorrência de doenças crônicas/ degenerativas
Região Sul	3.398	376	1.036	416	616	43	3.902	6.445	1.101	1.350	1.191
Região Sudeste	12.172	1.142	3.336	1.520	2.622	131	15.385	20.964	4.192	4.683	4.979
Região Centro-Oeste	2.378	287	723	416	742	17	3.113	4.132	738	889	1.122
Região Nordeste	13.338	1.499	3.437	3.693	3.631	196	18.916	25.690	4.417	5.228	6.345
Região Norte	3.632	457	1.084	881	888	76	5.325	5.660	1.307	1.565	1.703

Para além das características acima observadas, a distribuição do público-alvo do Censo dos Beneficiários do BPC, por situação de acesso à escola, merece destaque.

O gráfico abaixo ilustra a distribuição regional dos beneficiários entrevistados, para cada uma das situações de acesso à escola, que o instrumento de inquérito domiciliar do Censo dos Beneficiários do BPC mensura. É possível observar uma variação entre as regiões no percentual de frequência das situações de acesso à escola: a Região Sul se destaca com o maior percentual de beneficiários que frequentam a escola atualmente (82,45%); enquanto a Região Nordeste apresenta o menor percentual de beneficiários identificados nessa situação (59,11%). [91]

[91] Ver Tabela **7**, no Anexo **A** desta Dissertação.

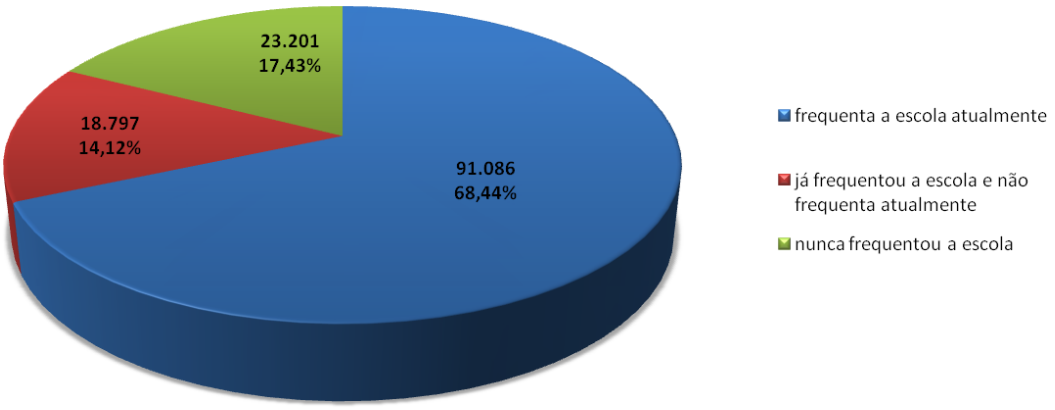
GRÁFICO 5: Distribuição dos beneficiários do BPC que responderam ao Questionário do Programa BPC na Escola, por acesso escolar e Região



	Região Norte	Região Nordeste	Região Centro-Oeste	Região Sudeste	Região Sul
nunca frequentou a escola	2.963	13.467	832	4.991	948
já frequentou a escola e não frequenta atualmente	2.133	9.281	1.121	5.134	1.128
frequenta a escola atualmente	9.171	32.880	7.028	32.251	9.756

A abrangência nacional da distribuição dos beneficiários entrevistados, por acesso escolar, pode ser observada no gráfico abaixo.

GRÁFICO 6: Distribuição dos beneficiários do BPC que responderam ao Questionário do Programa BPC na Escola, por acesso escolar, abrangência nacional



O resultado de **68,44%** de frequentadores da escola diverge significativamente daquele apresentado inicialmente, no primeiro capítulo (página 15), quando comparados o Cadastro de menores de 18 anos de idade, Beneficiários do BPC, com os resultados do Censo Escolar, a partir do que se verificou que apenas cerca de 30% das crianças e

adolescentes em idade escolar frequentavam a escola segundo o conceito de deficiência apresentado no Censo Escolar. Essa comprovação empírica suscita alguns questionamentos que ultrapassam os objetivos dessa Dissertação, mas que poderiam estar relacionados às dificuldades de identificar "variáveis-chaves" entre as bases do cruzamento (BPC X Censo Escolar) que possibilitassem reduzir as falhas metodológicas dos procedimentos de identificação dos beneficiários, conforme relatado na seção (1.3) desta Dissertação.

Todos os resultados doravante sob análise estarão referidos aos dados e aos conceitos de deficiência do Censo dos Beneficiários do BPC que é a base metodológica deste trabalho e de todo esforço para dimensionar o fenômeno sob análise.

Após essa breve caracterização do público-alvo do Censo dos Beneficiários do BPC, procedemos na próxima seção deste capítulo, ao estudo das hipóteses de que nortearam esta Dissertação.

3.3 Análise dos Resultados das Hipóteses de Pesquisa da Dissertação

A partir da hipótese preliminar, apresentada no primeiro capítulo, emerge a hipótese geral definida nesta Dissertação, segundo a qual *diferentes deficiências acarretam diversas barreiras de acesso e permanência na escola*, com a seguinte configuração:

a) Tipos de deficiência, classificados por (**q. 40**):

a.1) cegueira;

a.2) baixa visão;

a.3) surdez;

a.4) deficiência auditiva;

a.5) surdocegueira;

a.6) deficiência física;

a.7) deficiência mental/intelectual;

a.8) transtornos globais do desenvolvimento;

a.9) síndrome de *down;*

a.10) recebe BPC em decorrência de doenças crônicas/degenerativas.

Essa hipótese geral foi objeto de estudo[92] para as deficiências selecionadas – *cegueira, surdez, deficiência física e deficiência mental/intelectual* – nas três situações de acesso à escola, conforme o Questionário, do Censo dos Beneficiários do BPC, mensura:

1) *frequenta a escola atualmente* (**q. 42** a **q. 63**);
2) *já frequentou a escola e não a frequenta atualmente* (**q. 64** a **q. 74**);
3) *nunca frequentou a escola* (**q. 75** a **q. 81**).

Para o estudo das hipóteses desta Dissertação, as variáveis foram selecionadas dentro do bloco de questões referentes às situações de acesso à escola (**q. 42** a **q. 81**). Isto é, a partir desse conjunto de questões foram selecionadas as perguntas e opções de resposta com potencial de traduzir o significado atribuído a cada variável. Dessa forma, a escolha das variáveis se justifica pela possibilidade da questão, ou conjunto de questões, a qual se referencia, de captar o caráter restritivo das barreiras de acesso e permanência na escola. No processo de construção das noções implícitas às variáveis foram utilizadas as tipificações de deficiência e as especificações de barreiras físicas, de acessibilidade e atitudinais definidas pelo Censo dos Beneficiários do BPC que são adotadas pela metodologia da pesquisa deste trabalho. Nesse sentido, serão apresentadas a seguir tanto as variáveis escolhidas quanto as que não serão utilizadas para o estudo das hipóteses da pesquisa desta Dissertação, com as devidas explicações.

Do bloco de perguntas sobre a situação de acesso à escola (**q. 42** a **q. 81**)[93] dos beneficiários, cabe ressaltar que:

a) tanto as questões da ***situação 1*** **(q. 42** a **q. 47),** como as questões da ***situação 2*** **(q. 64** a **q. 68)** levantam informações do tipo de escola, atendimento educacional especializado e ano/ciclo dos beneficiários. Essas variáveis não integram o estudo das hipóteses desta Dissertação, pois são perguntas que captam informações diretamente

[92] Com o intuito de elaborar, descrever e construir as hipóteses desta Dissertação foi utilizado o *Manual de Aplicação do Questionário para Identificação das Barreiras para o Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do BPC*, cujo modelo está disponível no Anexo **C** desta Dissertação.
[93] Ver Questionário no Anexo **C** esta Dissertação.

relacionadas à posição que os beneficiários ocupam ou ocupavam dentro da estrutura do sistema regular de ensino. Dessa forma, essas questões não se traduzem, necessariamente, em barreiras de acesso e permanência na escola;

b) as questões do tipo *abertas*[94] (**q. 52; q. 54; q. 71;** e **q. 80**) não serão utilizadas no estudo das hipóteses desta Dissertação. Apesar de essas questões serem qualitativamente importantes, necessitariam de um processo de simplificação apropriado que deve ser realizado através da leitura detalhada, da identificação e ulterior codificação de cada uma das respostas. Esse procedimento tornou-se inviável devido à quantidade de questionários a serem analisados, frente ao exíguo período de tempo disponível;

c) as demais questões serão utilizadas para o fim de, em cada situação de acesso à escola (**1**, **2** e **3**) e grupo de deficiências selecionadas, identificarem as barreiras específicas declaradas ou observáveis a partir das respostas assinaladas.

Com o objetivo de estudar as hipóteses de pesquisa desta Dissertação, foram selecionadas variáveis para as diferentes situações de acesso à escola (**1**, **2** e **3**). Essas variáveis, sejam elas simples ou complexas, são formadas a partir da frequência das respostas às questões. As opções selecionadas de cada questão ou conjunto de questões, a que se referenciam as variáveis são especificados abaixo.

Para a ***situação 1*** (frequenta a escola atualmente), as variáveis são as seguintes:

a) Baixa Frequência Semanal
(q. **48**): < **ou** = 3 (menor; **ou** igual a três dias por semana).

b) Longo Tempo de Deslocamento
(q.**49**): entre 1 e 2 horas; **ou** mais de 2 horas.

c) Ausência de Acompanhante
(q.**50**): sim, mas não tem quem o (a) acompanhe.

[94] Nesse tipo de questão não existem opções de respostas pré-definidas (BRASIL, 2008a, p.10).

d) Falta de Acessibilidade Urbana

d.1) *Inacessibilidade no Caminho de Casa até a Escola* (q. **51**): nas ruas; **e/ou** nas calçadas; **e/ou** no transporte; **e/ou** na sinalização; **e/ou** outra – *somatório das frequências em cada opção*;

d.2) *Melhorias para Acessibilidade no Caminho de Casa até a Escola* (q. **53**): pavimentação das ruas; **e/ou** pavimentação das calçadas; **e/ou** transporte apropriado/acessível às necessidades do (a) beneficiário (a); **e/ou** semáforo sonoro; **e/ou** rampa; **e/ou** guia rebaixada – *dentre essas a com maior percentual de frequência*.

e) Transporte Escolar Deficitário

e.1) *Ausência de Transporte Escolar* (q. **55**): não;

e.2) *Transporte Escolar Inapropriado/Inacessível* (q. **55**): sim; **e** (q. **56**): não; **e** (q.**57**): particular; **ou** da prefeitura; **ou** do Estado/Distrito Federal; **ou** de instituição filantrópica – *dentre esses o com maior percentual de frequência*.

f) Infraestrutura Escolar Precária

f.1) *Ausência de Profissionais de Apoio* (q.**58**): não;

f.2) *Necessidade de Profissionais de Apoio* (q.**59**): sim;

f.3) *Barreiras Físicas na Escola* (q. **60**): sala de aula; **e/ou** banheiro; **e/ou** sala de recreação/pátio; **e/ou** refeitório/cantina; **e/ou** laboratório de informática; **e/ou** ginásio/quadra/sala de educação física; **e/ou** biblioteca/sala de leitura; **e/ou** outros – *somatório das frequências em cada opção*;

f.4) *Ausência de Profissionais de Comunicação* (q. **61**): não possui;

f.5) *Inexistência de Mobiliários Adequados* (q. **62**): não;

f.6) *Inexistência de Materiais Didáticos Especializados* (q. **63**): não tem acesso, mas precisa.

Na ***situação 2*** (já frequentou a escola e não a frequenta atualmente), foram selecionadas as variáveis abaixo relacionadas:

a) Ausência de Acompanhante

(q. **69**): sim, mas não tinha quem o (a) acompanhasse.

b) Causas da Interrupção da Frequência à Escola

(q. **70**): ausência de profissionais de apoio; **e/ou** barreiras físicas na escola; **e/ou** ausência de profissionais de comunicação; **e/ou** inexistência de mobiliários adequados; **e/ou** inexistência de materiais didáticos especializados; **e/ou** recomendação da gestão da escola; **e/ou** exigências da escola difíceis de serem cumpridas pelo beneficiário; **e/ou** saúde debilitada; **e/ou** iniciativa própria dos pais ou familiares de retirar o beneficiário da escola; **e/ou** outras; **e/ou** nenhuma das opções anteriores – *dentre essas a com maior percentual de frequência para cada uma das deficiências selecionadas*.

c) Transporte Escolar Deficitário

c.1) *Ausência de Transporte Escolar* (q. **72**): não;

c.2) *Transporte Escolar Inapropriado/Inacessível* (q. **72**): sim; **e** (q. **73**): não; **e** (q.**74)**: particular; **ou** da prefeitura; **ou** do Estado/Distrito Federal; **ou** de instituição filantrópica – *dentre esses o com maior percentual de frequência*.

E para a ***situação 3*** (nunca frequentou a escola) as variáveis escolhidas foram:

a) Falta de Entendimento da Família

(q. **75**): não deve frequentar a escola.

b) Restrições da Família

(q. **76**): considera que não tem condições de aprender; **e/ou** teme que seja discriminado (a); **e/ou** teme que sofra violência; **e/ou** não tem como levá-lo (a) até a escola; **e/ou** não tem quem o (a) acompanhasse na escola; **e/ou** necessita de materiais que não tem condições de comprar e a escola não oferta; **e/ou** outro motivo – *dentre essas a com maior percentual de frequência*.

c) Ausência de Iniciativa da Família

(q. **77**): não.

d) Falta de Iniciativa da Escola

(q. **78**): não.

e) Restrições da Escola

(q. **79**): ausência de profissionais de apoio; **e/ou** barreiras físicas na escola; **e/ou** ausência de profissionais de comunicação; **e/ou** inexistência de mobiliários adequados; **e/ou** inexistência de materiais didáticos especializados; **e/ou** não aceitou a matrícula; **e/ou** outras – *dentre essas a com maior percentual de frequência para cada uma das deficiências selecionadas*.

f) Ausência de Pretensão da Família

(q. **81**): não.

A fim de obter a o percentual de frequência de resposta de cada variável selecionada, os dados foram tabulados por meio do *software* Microsoft Excel e os quadros produzidos estão disponíveis, no Anexo **B** desta Dissertação.

Os quadros síntese das situações de acesso (**1, 2** e **3**) apresentadas a seguir, possibilitam uma visão geral da frequência das variáveis escolhidas. Além disso, é possível observar a relevância de grande parte dessas variáveis, com algumas diferenças, em termos percentuais, entre as quatro deficiências selecionadas, que serão analisadas na próxima seção deste capítulo.

Situação 1 **-** as deficiências selecionadas acarretam diversas barreiras de acesso e permanência na escola para aqueles que a frequentam atualmente (***q. 48*** a ***q. 63***):

Quadro Síntese da *Situação 1* – Percentual de Frequência das Variáveis *X1 a X4*

Barreiras Identificadas/ Tipo de Deficiência	X1= Baixa Frequência Semanal	X2= Longo Tempo de Deslocamento	X3= Ausência de Acompanhante	X4= Falta de Acessibilidade Urbana	
	q. 48	q. 49	q. 50	q. 51	q. 53
Cegueira	*12,58%*	*11,66%*	*0,92%*	*75,45%*	*22,69%*
Surdez	*6,28%*	*10,60%*	*0,87%*	*49,70%*	*26,96%*
Deficiência Física	*9,61%*	*5,42%*	*0,77%*	*69,14%*	*26,02%*
Deficiência Mental/Intelecutal	*12,38%*	*7,17%*	*0,85%*	*55,13%*	*27,26%*

X1= ***Baixa Frequência Semanal*** ⇒ indica beneficiários com frequência escolar semanal **igual ou inferior a três (03)** dias úteis por semana (**q. 48**).

X2= ***Longo Tempo de Deslocamento*** ⇒ indica beneficiários que gastam, em média, **entre 1 e 2 horas** ou **mais de 2 horas** para ir da residência para a escola (**q. 49**).

X3= ***Ausência de Acompanhante*** ⇒ indica beneficiários que necessitam de acompanhante para ir de casa até a escola, mas **não** tem que o acompanhe (**q. 50**).

X4= ***Falta de Acessibilidade Urbana*** ⇒ indica beneficiários que identificaram falta de acessibilidade no caminho de casa até a escola (**q. 51**) e que apontaram como essas barreiras poderiam ser superadas (**q. 53**).

Quadro Síntese da *Situação 1* – Percentual de Frequência das Variáveis *X5 e X6*

Barreiras Identificadas/ Tipo de Deficiência	X5= Transporte Escolar Deficitário			X6= Infraestrutura Escolar Precária					
	q. 55	q. 56	q. 57	q. 58	q. 59	q. 60	q. 61	q. 62	q. 63
Cegueira	*54,19%*	*19,11%*	*42,66%*	*46,27%*	*67,56%*	*59,76%*	*27,70%*	*32,03%*	*27,88%*
Surdez	*59,94%*	*13,80%*	*48,69%*	*50,92%*	*52,87%*	*26,61%*	*23,05%*	*26,63%*	*33,24%*
Deficiência Física	*55,77%*	*22,99%*	*41,02%*	*56,01%*	*60,62%*	*53,63%*	*42,50%*	*36,36%*	*28,83%*
Deficiência Mental/Intelecutal	*51,68%*	*14,85%*	*39,16%*	*44,44%*	*67,14%*	*32,53%*	*34,14%*	*23,59%*	*42,78%*

X5= ***Transporte Escolar Deficitário*** ⇒ indica beneficiários que **não** utilizam transporte escolar (**q. 55**); e para os que utilizam o transporte escolar este é inapropriado/inacessível (**q. 56)**, do tipo (**q. 57**).

X6= ***Infraestrutura Escolar Precária*** ⇒ indica: beneficiários que necessitam de profissionais de apoio (**q. 59**) e na escola em que estudam **não** existem esses profissionais (**q. 58**); as barreiras físicas encontradas pelos beneficiários para acessar os ambientes da escola (**q. 60**); a escola **não** possui profissionais que auxiliem os beneficiários na comunicação (**q. 61**); a escola **não** possui mobiliários adequados as necessidades dos beneficiários (**q. 62**); os beneficiários **não** têm acesso aos materiais didáticos especializados de que necessitam (**q. 63**).

Situação 2 **-** as deficiências selecionadas acarretam diversas barreiras de acesso e permanência na escola para aqueles que já frequentaram a escola e não a frequentam atualmente (***q.69*** a ***q. 74***):

Quadro Síntese da *Situação 2* – Percentual de Frequência das Variáveis *Y1 a Y3*

Barreiras Identificadas/ Tipo de Deficiência	Y1= Ausência de Acompanhante	Y2= Causas da Interrupção da Frequência à Escola	Y3= Transporte Escolar Deficitário		
	q. 69	q. 70	q. 72	q. 73	q. 74
Cegueira	*3,56%*	*18,99%*	*70,60%*	*29,94%*	*57,32%*
Surdez	*3,46%*	*18,74%*	*76,76%*	*25,00%*	*71,15%*
Deficiência Física	*3,17%*	*20,55%*	*71,11%*	*38,56%*	*54,81%*
Deficiência Mental/Intelecutal	*2,95%*	*18,97%*	*72,71%*	*26,94%*	*56,66%*

Y1= ***Ausência de Acompanhante*** ⇒ indica beneficiários que necessitavam de acompanhante, mas **não** tinham que o acompanhasse (**q. 69**).

Y2= ***Causas da Interrupção da Frequência à Escola*** ⇒ indica os motivos que contribuíram para que os beneficiários deixassem de frequentar a escola (**q. 70**).

Y3= ***Transporte Escolar Deficitário*** ⇒ indica beneficiários que **não** utilizavam transporte escolar (**q. 72**); e para os que utilizavam o transporte escolar este era inapropriado/inacessível (**q. 73**), do tipo (**q. 74**).

Situação 3 **-** as deficiências selecionadas acarretam diversas barreiras de acesso[95] à escola para aqueles que nunca frequentaram a escola (***q. 75*** a ***q. 81***):

Quadro Síntese da *Situação 3* – Percentual de Frequência das Variáveis *Z1 a Z6*

Barreiras Identificadas/ Tipo de Deficiência	Z1= Falta de Entendimento da Família	Z2= Restrições da Família	Z3= Ausência de Iniciativa da Família	Z4= Falta de Iniciativa da Escola	Z5= Restrições da Escola	Z6= Ausência de Pretensão da Família
	q. 75	q. 76	q. 77	q. 78	q. 79	q. 81
Cegueira	*67,17%*	*51,89%*	*77,77%*	*68,09%*	*18,34%*	*64,24%*
Surdez	*61,70%*	*50,58%*	*72,26%*	*75,00%*	*22,35%*	*59,01%*
Deficiência Física	*57,51%*	*51,26%*	*75,05%*	*69,70%*	*22,14%*	*55,34%*
Deficiência Mental/Intelecutal	*61,20%*	*54,64%*	*71,71%*	*70,90%*	*23,75%*	*58,78%*

Z1= ***Falta de Entendimento da Família*** ⇒ indica que a família entende que os beneficiários **não** devem frequentar a escola (**q. 75**).

[95] Nessa situação não será possível identificar as correlações prováveis entre as barreiras de permanência na escola e o complexo fenômeno da deficiência, pois os beneficiários nunca frequentaram a escola, ou seja, ainda não conseguiram ter acesso à escola.

Z2= ***Restrições da Família*** ⇒ indica os motivos do entendimento da família de que os beneficiários **não** devem frequentar à escola (**q. 76**).

Z3= ***Ausência de Iniciativa da Família*** ⇒ indica que a família **não** procurou a escola para matricular os beneficiários (**q. 77**).

Z4= ***Falta de Iniciativa da Escola*** ⇒ indica que a escola **não** criou as condições para que os beneficiários frequentassem as aulas (**q. 78**).

Z5= ***Restrições da Escola*** ⇒ indica os motivos da escola **não** ter criado as condições para que os beneficiários frequentassem as aulas (**q. 79**).

Z6= ***Ausência de Pretensão da Família*** ⇒ indica que a família **não** pretende matricular os beneficiários na escola (**q. 81**).

A aplicação de estatísticas descritivas[96] às hipóteses específicas desta Dissertação requer que se considere ponderadamente as situações: **1** ("aqueles que frequentam a escola atualmente"); **2** ("aqueles que já frequentaram a escola e não a frequentam atualmente") e **3** ("aqueles que nunca frequentaram a escola"); para que em separado e depois em conjunto se verifiquem as dificuldades objetivas de acesso e permanência na escola, associadas às deficiências tipificadas.

Na ***situação 1***, chamam atenção as variáveis simples "baixa frequência semanal (q. 48)"; "longo tempo de deslocamento (q. 49)"; "ausência de acompanhante (q. 50)" e "transporte escolar deficitário (q. 55 a q. 57)" e outras mais complexas, como por exemplo, "falta de acessibilidade urbana (q. 51 e q. 53)" e "infraestrutura escolar precária (q. 58 a q. 63)". Seria necessário saber o peso de cada uma dessas variáveis na acessibilidade/inacessibilidade e permanência na escola para que fosse possível agregá-las.

Em princípio uma variável simples (do tipo sim/não) pode ser agregada a outra de igual característica para gerar uma resposta completa. Mas no caso das variáveis complexas, de muitas características, seria necessário estabelecer um caminho crítico – que poderia ser transformar em diferentes variáveis simples e a partir de então, torná-las agregadas.

[96] Para Toledo (1995), a Estatística Descritiva pode ser interpretada como uma função cujo objetivo é a observação de fenômenos de mesma natureza, a coleta de dados numéricos referentes a esses fenômenos, a organização e a classificação dos dados observados e sua apresentação através de gráficos e tabelas, além do cálculo de coeficientes (estatísticas) que permitem descrever resumidamente os fenômenos.

A análise quantitativa das situações **2** e **3** poderia seguir o mesmo roteiro, mas a resposta do conjunto da ***situação 1*** precisaria considerar os fatos qualitativos que caracterizam em cada hipótese específica as barreiras de acesso e permanência na escola às situações de deficiência. Um caminho possível seria construir um índice composto de barreiras para cada tipo de deficiência, ou seja, por meio da agregação de variáveis simples ou simplificadas.

Todavia, esse caminho se revelou pragmaticamente inviável em razão das dificuldades de atribuir pesos às variáveis complexas que permitissem agregá-las, bem como de transformar as variáveis complexas em variáveis simples ou simplificadas.

Diante dessas dificuldades um caminho alternativo foi estabelecido, ou seja, o de analisar os resultados do estudo das hipóteses por meio da apresentação de gráficos e tabelas para cada situação de acesso escolar (**1**, **2** e **3**), que serão apresentados na próxima seção desse capítulo. Essa análise possibilitará a interpretação dos resultados da pesquisa proposta, no âmbito deste trabalho, que será apresentada nas considerações finais, a partir do contraste entre os dados e as teorias integrantes do referencial teórico adotado nesta Dissertação.

3.4 Análise dos Resultados da Pesquisa da Dissertação

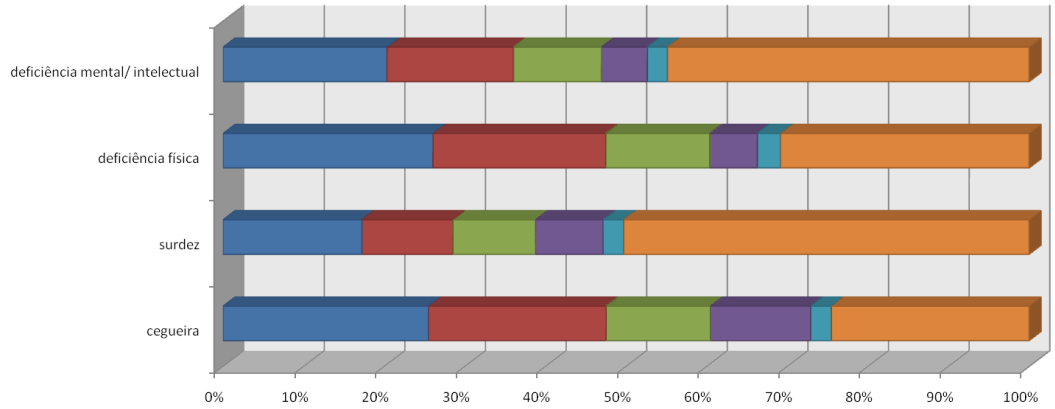
Com o objetivo de analisar os resultados da pesquisa que foi base desta Dissertação, a partir do percentual de frequência das variáveis selecionadas, os dados serão apresentados na forma de gráficos e tabelas, por situações de acesso à escola: **1** (“aqueles que frequentam a escola atualmente”); **2** (“aqueles que já frequentaram a escola e não a frequentam atualmente”); e **3** (“aqueles que nunca frequentaram a escola”).

3.4.1 *Situação 1*: "aqueles que frequentam a escola atualmente"

Dentre as variáveis selecionadas para a ***situação 1***, cabe ressaltar que, as três primeiras – "baixa frequência semanal (q. 48)"; "longo tempo de deslocamento (q. 49)"; e "ausência de acompanhante (q. 50)" – não serão utilizadas, já que o baixo percentual de frequência[97] dessas variáveis, para as quatro deficiências selecionadas, aponta um cenário diferente do esperado. A distorção se refere à observação de que a maioria dos entrevistados desse grupo está frequentando regularmente a escola, sem excessivo tempo de deslocamento, e também não sofre a restrição de acompanhante para chegar até a escola. Contudo, significativa maioria dos inquiridos percebe na acessibilidade urbana, no transporte escolar e nas várias infraestruturas da própria escola barreiras efetivas de acesso a uma escola de qualidade para si e para os outros que eventualmente não a estão frequentando.

Os percentuais de frequência das respostas às questões que integram a quarta variável da ***situação 1***, "falta de acessibilidade urbana (q. 51 e q. 53)" ressaltam a representatividade da escolha dessa variável, conforme pode ser observado nos gráficos 7 e 8 a seguir.

GRÁFICO 7: Onde existe falta de acessibilidade no caminho de casa até a escola que o beneficiário frequenta (q. 51)?



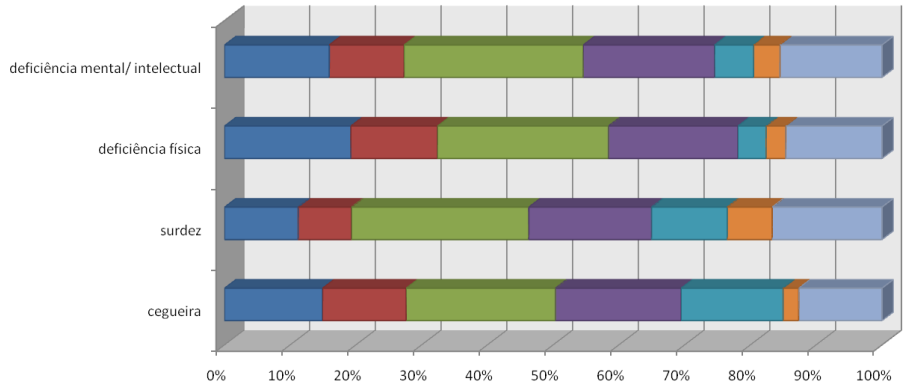
	cegueira	surdez	deficiência física	deficiência mental/ intelectual
nas ruas	25,48%	17,23%	26,04%	20,35%
nas calçadas	22,03%	11,26%	21,42%	15,69%
no transporte	12,96%	10,28%	12,94%	10,90%
na sinalização	12,41%	8,38%	5,87%	5,71%
outra	2,57%	2,55%	2,87%	2,48%
não há falta de acessibilidade	24,54%	50,29%	30,86%	44,88%

[97] Ver Quadros **1** (q. 48), **2** (q. 49) e **3** (q. 50), no Anexo **B** desta Dissertação.

O somatório da variável[98] "inacessibilidade do caminho de casa até a escola (q. 51)" permite identificar as barreiras de acessibilidade que os beneficiários enfrentam para acessar a escola, com diferenças diretamente relacionadas ao tipo de deficiência dos beneficiários. Isto significa dizer que a ausência de sinalização é identificada como uma barreira mais relevante para os beneficiários cegos (12,41%) do que para os beneficiários com deficiência mental/intelectual (5,71%).

Além disso, é possível observar, a partir do Gráfico 7, que o percentual de frequência da opção "não há falta de acessibilidade" é mais significativo para os beneficiários surdos (50,29%) e com deficiência mental/intelectual (44,88%) do que para os beneficiários com deficiência física (30,86%) e cegos (24,54%).

GRÁFICO 8: De que forma as barreiras do caminho de casa até a escola que o beneficiário frequenta poderiam ser superadas (q. 53)?



	cegueira	surdez	deficiência física	deficiência mental/ intelectual
rampa	14,91%	11,22%	19,23%	15,94%
guia rebaixada	12,72%	8,10%	13,16%	11,37%
pavimentação da rua	22,69%	26,96%	26,02%	27,26%
pavimentação da calçada	19,13%	18,69%	19,68%	19,98%
semáforo sonoro	15,50%	11,51%	4,28%	5,93%
outra	2,38%	6,83%	2,98%	4,00%
transporte apropriado/acessível às necessidades do(a) beneficiário(a)	12,66%	16,70%	14,65%	15,53%

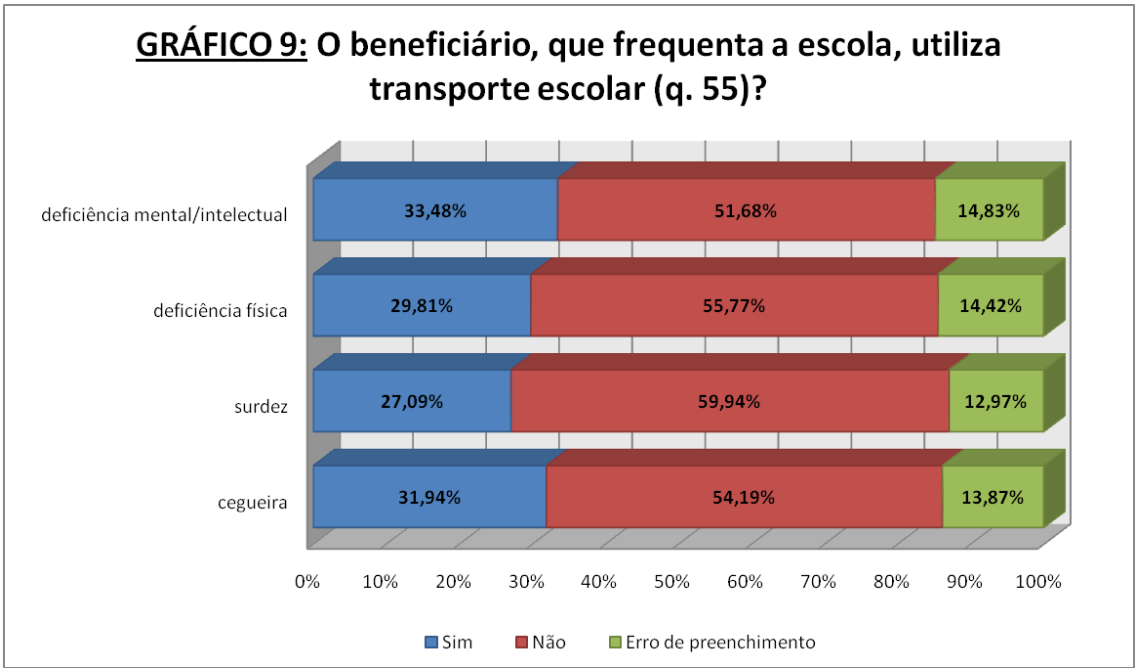
As possibilidades de superação das barreiras de acessibilidade elencadas pela variável "melhorias para acessibilidade do caminho de casa até a escola (q. 53)" complementam a corroboração da variável "falta de acessibilidade urbana (q. 51 e q. 53)" como, por exemplo, para os beneficiários com deficiência física, para quem a superação das barreiras de acessibilidade no caminho de casa até a escola poderia

[98] Ver Quadro **4**, no Anexo **B** desta Dissertação.

ocorrer com a pavimentação da rua (26,02%), que corresponde ao principal obstáculo identificado no Gráfico **7** (26,04%).

Outro aspecto relevante que pode ser verificado com base no Gráfico 8 refere-se às principais formas de superação das barreiras de acessibilidade, no caminho de casa até a escola, identificadas pelos beneficiários. A pavimentação da rua e a pavimentação da calçada apresentam os percentuais de frequência mais elevados. A rampa é apontada pelos beneficiários com deficiência física (19,23%) e com deficiência mental/intelectual (15,94%). O transporte apropriado/acessível às necessidades dos beneficiários para os surdos (16,07%), para os beneficiários com deficiência mental/intelectual (15,53%) e cegos (12,66%) também foi identificado como forma de superação das barreiras de acessibilidade no caminho de casa até a escola.

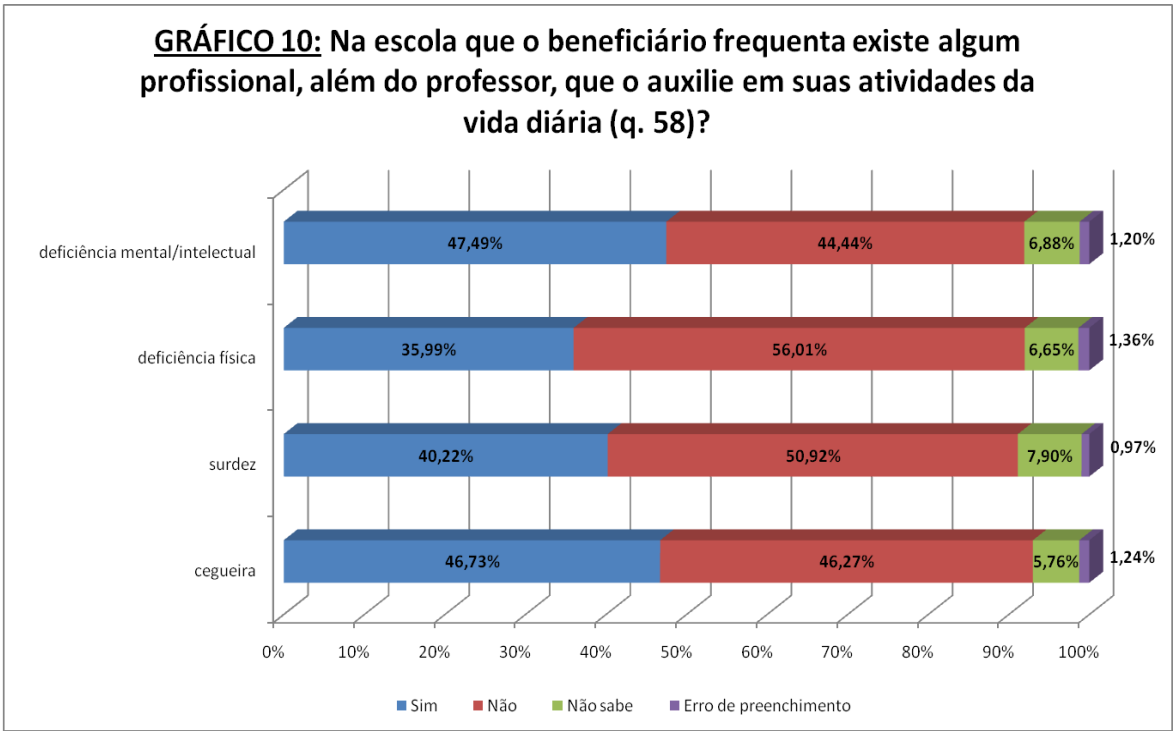
A quinta variável escolhida para a ***situação 1***, "transporte escolar deficitário (q. 55 a q. 57)" também pode ser considerada como representativa, principalmente no que se refere aos percentuais de frequência das respostas da variável "ausência de transporte escolar (q.55)", com pequenas diferenças entre as deficiências selecionadas, conforme pode ser verificado no gráfico abaixo.



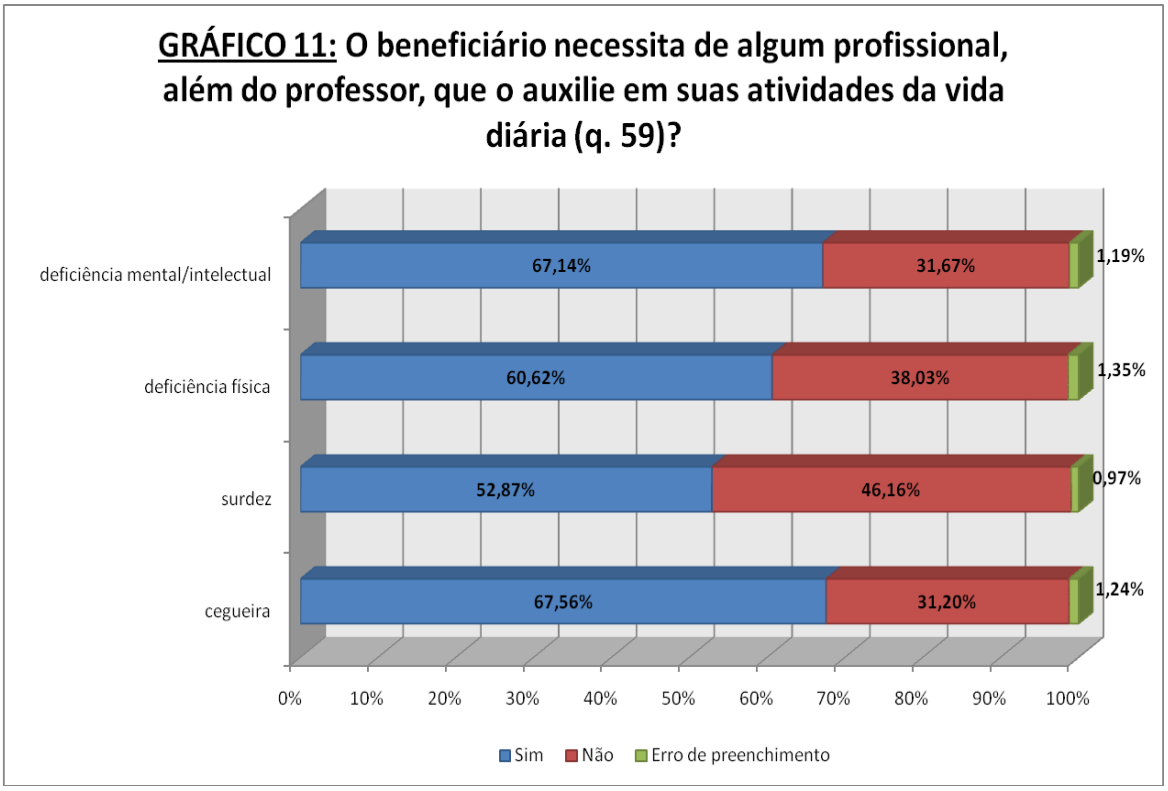
Apesar da variável "transporte escolar inapropriado/inacessível (q. 56 e q. 57)" apresentar baixos percentuais de frequência (17,97%) do total de 34.684,[99] cabe destacar que esse percentual se refere somente aos beneficiários que declararam utilizar o transporte escolar. Além disso, é possível identificar que 40,52% desses beneficiários utilizam o transporte escolar da prefeitura.[100] Portanto, essa diferenciação complementa o entendimento da relevância da quinta variável da ***situação 1,*** ao especificar as características do transporte escolar utilizado por menos da metade daqueles que *frequentam a escola atualmente*.

Para a ***situação 1***, a variável mais complexa é a última, "infraestrutura escolar precária (q. 58 a q. 63)", e a que apresenta diferenças significativas de percentual de frequência entre as deficiências selecionadas.

Ao comparar os percentuais de frequência das respostas das variáveis "ausência de profissionais de apoio (q. 58)" e "necessidade de profissionais de apoio (q. 59)" é possível identificar um elevado percentual de beneficiários que necessitam de profissionais de apoio (Gráfico 10), porém inexistentes na escola onde estudam (Gráfico 11).



[99] Ver Quadro **7**, no Anexo **B** desta Dissertação.
[100] Ver Quadro **8**, no Anexo **B** desta Dissertação.



Ao comparar os gráficos 11 e 10 é possível verificar que existe um elevado percentual de beneficiários que precisam de profissionais de apoio – cegos (67,56%), com deficiência mental/intelectual (67,14%) e com deficiência física (60,62%) – os quais não são ofertados pela escola para 56,01% dos beneficiários com deficiência física, 50,92% dos beneficiários surdos e 46,27% dos beneficiários cegos.

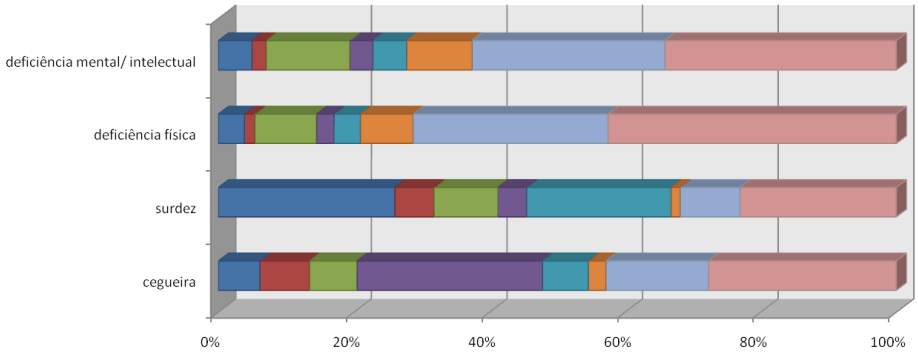
O somatório da variável[101] "barreiras físicas na escola (q. 60)" permite identificar a presença de obstáculos, nos ambientes da escola, para 42,3% dos beneficiários. As barreiras físicas são mais significativas para os beneficiários cegos (59,76%) e para os beneficiários com deficiência física (53,63%). O banheiro é o principal ambiente da escola com barreiras físicas de acesso, conforme identificado pelos beneficiários cegos (12,36%), com deficiência física (12,83%), e com deficiência mental/intelectual (7,55%). Por outro lado, para os beneficiários surdos a sala de aula (5,25%) é o principal ambiente da escola com barreiras físicas de acesso.

A partir dos percentuais de frequência das respostas da variável "ausência de profissionais de comunicação (q. 61)", tal como apresentado no Gráfico 12, é possível

[101] Ver Quadro **11**, no Anexo **B** desta Dissertação.

observar um percentual maior de beneficiários com deficiência física (42,50%) e deficiência mental/intelectual (34,34%) declararem que a escola não possui profissionais que os auxiliem na comunicação do que beneficiários cegos (27,70%) e surdos (23,05%). Essa constatação permanece ao se verificar os percentuais de frequência da opção "não sabe", o que revela a impossibilidade de agregar essas opções de resposta da *questão 61*, pois, informar que a escola não possui esses profissionais é diferente de desconhecer sua existência.

GRÁFICO 12: A escola em que o beneficiário estuda possui quais desses profissionais para auxílio na comunicação (q. 61)?



	cegueira	surdez	deficiência física	deficiência mental/ intelectual
intérprete de Libras	6,13%	26,03%	3,84%	4,96%
guia-intérprete para surdocegos	7,31%	5,78%	1,51%	2,11%
professor (a) ou atendente para a comunicação alternativa	7,01%	9,43%	9,15%	12,37%
professor (a) com conhecimento do sistema Braille	27,35%	4,21%	2,56%	3,38%
professor (a) com conhecimento da Libras	6,78%	21,33%	3,91%	4,95%
possui, mas não precisa	2,59%	1,31%	7,78%	9,65%
não sabe	15,12%	8,85%	28,76%	28,44%
não possui	27,70%	23,05%	42,50%	34,14%

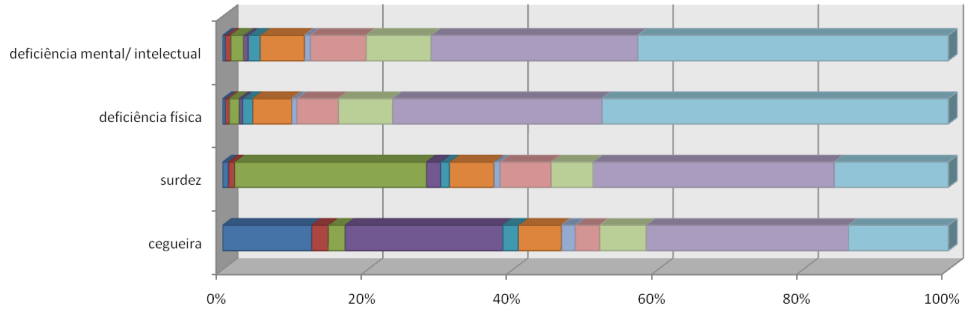
Apesar da variável "inexistência de mobiliários adequados (q. 62)" não apresentar percentuais de frequência elevados, as diferenças em relação ao percentual de frequência do total de declarantes (29,05%)[102] é mais significativa para os beneficiários com deficiência física (36,36%) e com deficiência mental/intelectual (23,59%) do que para os beneficiários cegos (32,03%) e surdos (26,36%).

Para a variável "inexistência de materiais didáticos (q. 63)", os percentuais de frequência não se diferenciam muito entre as deficiências, com uma pequena elevação para os beneficiários surdos, como pode ser observado no gráfico abaixo. Além desse

[102] Ver Quadro **15**, no Anexo **B** desta Dissertação.

aspecto, cabe destacar que um representativo percentual de beneficiários surdos (32,34%), com deficiência física (28,83%), deficiência mental/intelectual (28,49%) e cegos (27,88%) precisam de materiais didáticos especializados, porém não tem acesso.

GRÁFICO 13: O beneficiário tem acesso, na escola que frequenta, a quais materiais didáticos especializados (q. 63)?



	cegueira	surdez	deficiência física	deficiência mental/ intelectual
Kit do MEC para aluno (a) com cegueira	12,26%	0,82%	0,36%	0,37%
Kit do MEC para aluno (a) com baixa visão	2,25%	0,80%	0,56%	0,77%
Libras	2,36%	26,48%	1,36%	1,76%
braille	21,75%	1,93%	0,45%	0,61%
caracteres ampliados	2,10%	1,22%	1,42%	1,65%
recursos de informática	5,95%	6,11%	5,38%	6,11%
recursos ópticos	1,92%	0,87%	0,69%	0,81%
comunicação alternativa	3,36%	7,02%	5,70%	7,71%
outros	6,43%	5,80%	7,50%	8,94%
não tem acesso, mas precisa	27,88%	33,24%	28,83%	28,49%
não precisa	13,74%	15,72%	47,73%	42,78%

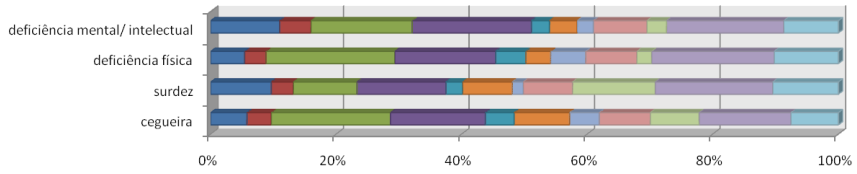
A partir dos percentuais de frequência das variáveis acima elencadas para ***situação 1***, é possível verificar a existência de barreiras físicas e de acessibilidade experienciadas pelos beneficiários ao frequentarem a escola. Tais barreiras ressaltam a existência de um ambiente pouco sensível a diversidade e que poderiam ser responsáveis pela restrição da permanência dessas crianças e adolescentes na escola. Todavia, a análise das correlações entre as barreiras físicas e de acessibilidade identificadas e as restrições da permanência na escola ultrapassam o limite temporal desta Dissertação. Isto é, seria necessário acompanhar esses beneficiários durante o ano letivo para coletar informações suplementares às obtidas com o Questionário do Censo dos Beneficiários do BPC, e que possibilitem relacionar a restrição da permanência na escola às barreiras do ambiente.

3.4.2 ***Situação 2*: "aqueles já frequentaram a escola e não a frequentam atualmente"**

A primeira variável escolhida para a ***situação 2*** é "ausência de acompanhante (q. 69)". O baixo percentual de frequência dessa variável não possibilita identificá-la como uma barreira para o acesso e permanência na escola.

A variável "causas da interrupção da frequência a escola (q. 70)", conforme detalha o gráfico abaixo, permite identificar motivos diferenciados entre as deficiências selecionadas, para o abandono da escola, a partir de percentuais de frequência similares. O principal motivo que ocasionou o abandono da escola foi a saúde debilitada, tanto para os beneficiários cegos (18,99%) quanto para os beneficiários com deficiência física (20,55%). Já para os beneficiários surdos (18,74%) o principal motivo foram outras barreiras. E para os beneficiários com deficiência mental/intelectual (18,97%) o principal motivo foi a "iniciativa própria dos pais ou familiares".

GRÁFICO 14: Distribuição das situações que contribuiram para que o beneficiário deixasse de frequentar a escola (q. 70)



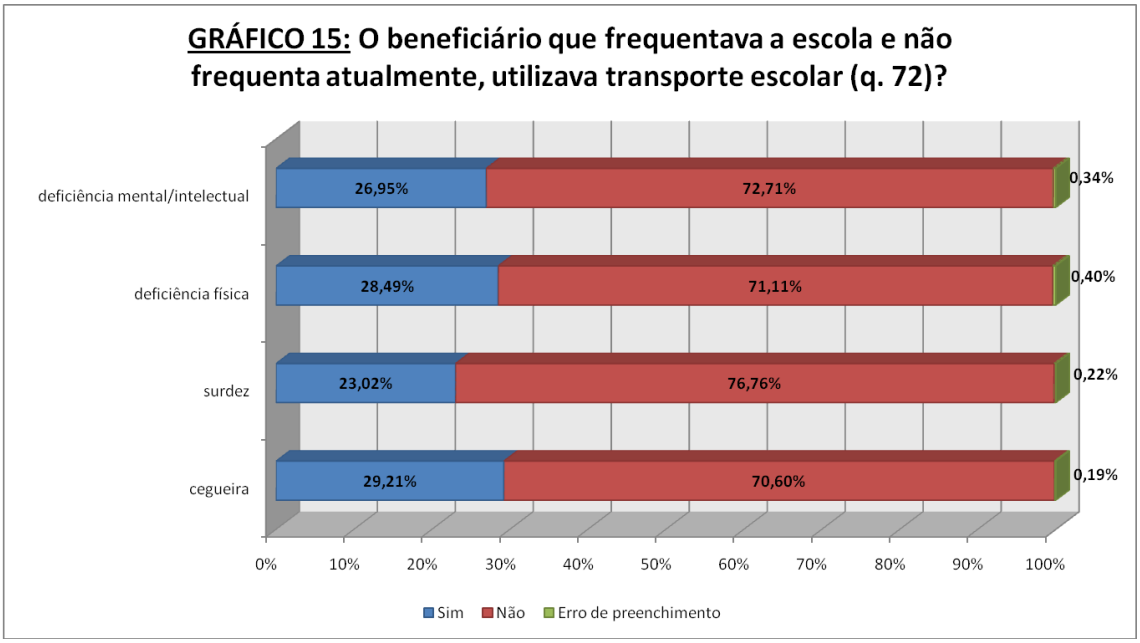
	cegueira	surdez	deficiência física	deficiência mental/ intelectual
recomendação da gestão da escola para que o beneficiário procurasse outra escola	5,78%	9,67%	5,42%	10,97%
exigências da escola difíceis de serem cumpridas pelo beneficiário	3,89%	3,50%	3,37%	5,01%
saúde debilitada	18,99%	10,13%	20,55%	16,14%
iniciativa própria dos pais ou familiares de retirar o beneficiário da escola	15,09%	14,17%	16,05%	18,97%
inexistência de mobiliário adequado na escola	4,60%	2,67%	4,82%	2,88%
inexistência de materiais didáticos e pedagógicos que atendam às necessidades de aprendizagem do beneficiário	8,84%	7,92%	3,97%	4,42%
barreiras físicas dentro da escola	4,72%	1,75%	5,57%	2,57%
ausência de profissionais de apoio para auxílio nas atividades diárias	8,14%	7,84%	8,17%	8,54%
ausência de profissionais para auxílio na comunicação	7,78%	13,18%	2,35%	3,12%
outras barreiras	14,62%	18,74%	19,51%	18,68%
nenhuma das opções anteriores	7,55%	10,43%	10,22%	8,69%

Além desses motivos principais, o Gráfico 14 permite identificar que há falta de matérias didáticos e pedagógicos que atendam às necessidades de aprendizagem dos beneficiários e mobiliários adequados dentro da escola, para todos os tipos de

deficiências selecionadas. Contudo, a falta de profissionais de apoio para auxílio nas atividades diárias e de profissionais para auxílio na comunicação também contribui para o abandono da escola.

É importante destacar que podem existir outros motivos para que os beneficiários abandonassem a escola que a questão 70 não captou, e que a questão 71 poderia ter captado. Todavia, a questão 71 não é analisada no âmbito deste trabalho. Tampouco, não foram aprofundados aspectos apontados no Questionário do Censo dos Beneficiários do BPC como a quarta opção da questão 70 "iniciativa própria dos pais ou familiares de retirar o beneficiário da escola", já que esse instrumento de inquérito domiciliar se restringe a captar as barreiras físicas e pedagógicas, mas não as emocionais, sociais ou de relacionamentos e vivência.

A terceira variável escolhida para a ***situação 2***, "transporte escolar deficitário (q. 72 a q. 74)", apresenta percentuais de frequência mais elevado do que os observados na ***situação 1***, principalmente no que se refere aos percentuais de frequência das respostas da variável "ausência de transporte escolar (q.72)", conforme pode ser observado no gráfico a seguir.



Da mesma maneira, a variável "transporte escolar inapropriado/inacessível (q. 73 e q.74)" apresenta percentuais de frequência mais elevados (31,06%)[103] do total de 4.949,[104] do que os verificados na ***situação 1***. Assim como, o percentual de beneficiários que utilizavam o transporte escolar da prefeitura é mais alto (56,64%).[105] Portanto, para os beneficiários que já frequentaram a escola e não a frequentam atualmente (***situação 2***), o acesso ao transporte escolar é mais restrito do que para os beneficiários atualmente frequentadores da escola (***situação 1***).

Sendo assim, para a ***situação 2***, os motivos identificados pela variável "causas da interrupção da frequência à escola (q. 70)" apontam algumas das barreiras experienciadas pelos beneficiários ao tentarem permanecer na escola. Além disso, sinalizam a possibilidade dessas crianças e adolescentes com deficiência, estejam sendo submetidas a processos discriminatórios em seu contexto familiar. Os percentuais de frequência da retirada dessas crianças e adolescentes com deficiência, da escola por iniciativa dos próprios pais ou familiares são de: 18,97% dos beneficiários com deficiência mental/intelectual; 16,05% dos beneficiários com deficiência física; 15,09% dos beneficiários cegos; e 14,17% dos beneficiários surdos[106] evidenciam a necessidade de se averiguar os motivos dessa iniciativa para que seja possível aprofundar a análise. Entretanto, essa análise aprofundada das razões dos familiares terem retirado as crianças e adolescentes com deficiência da escola ultrapassa os objetivos dessa Dissertação.

3.4.3 ***Situação 3***: "aqueles que nunca frequentaram a escola"

As variáveis escolhidas para a ***situação 3*** são representativas tanto em relação ao caráter restritivo das barreiras de acesso à escola que identificam quanto em termos percentuais, conforme será apresentado a seguir. Cabe enfatizar que esses beneficiários nunca tiveram acesso à escola.

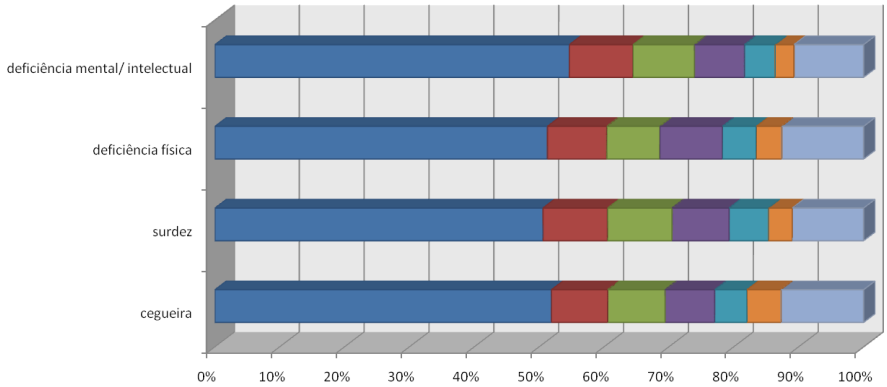
---

[103] Cabe lembrar que esse percentual refere-se somente aos beneficiários que declaram terem utilizado o transporte escolar enquanto frequentavam a escola.
[104] Ver Quadro **18**, no Anexo **B** desta Dissertação.
[105] Ver Quadro **19**, no Anexo **B** desta Dissertação.
[106] Ver Quadro **16**, no Anexo **B** desta Dissertação.

A primeira variável escolhida para ***situação 3***, "falta de entendimento da família (q. 75)" apresenta um elevado percentual de frequência (59,94%)[107] em relação ao total de 27.087 beneficiários, para os quais a família entende que eles não devem frequentar a escola, com destaque para os beneficiários surdos (67,17%), o que evidencia o caráter restritivo dessa barreira atitudinal.

Os motivos identificados pela segunda variável escolhida para a ***situação 3***, "restrições da família (q. 76)", alertam tanto para dificuldade de captar quanto de compreender o caráter opressor da barreira atitudinal identificada na variável anterior. O principal motivo pelo qual as famílias entendem que os beneficiários não devem frequentar a escola é considerarem que eles não têm condições de apreender, com o percentual de frequência mais elevado para os beneficiários com deficiência mental/intelectual (54,64%), conforme pode ser observado no gráfico abaixo.

GRÁFICO 16: Motivo pelo qual a família entende que o beneficiário não deve frequentar a escola (q. 76)



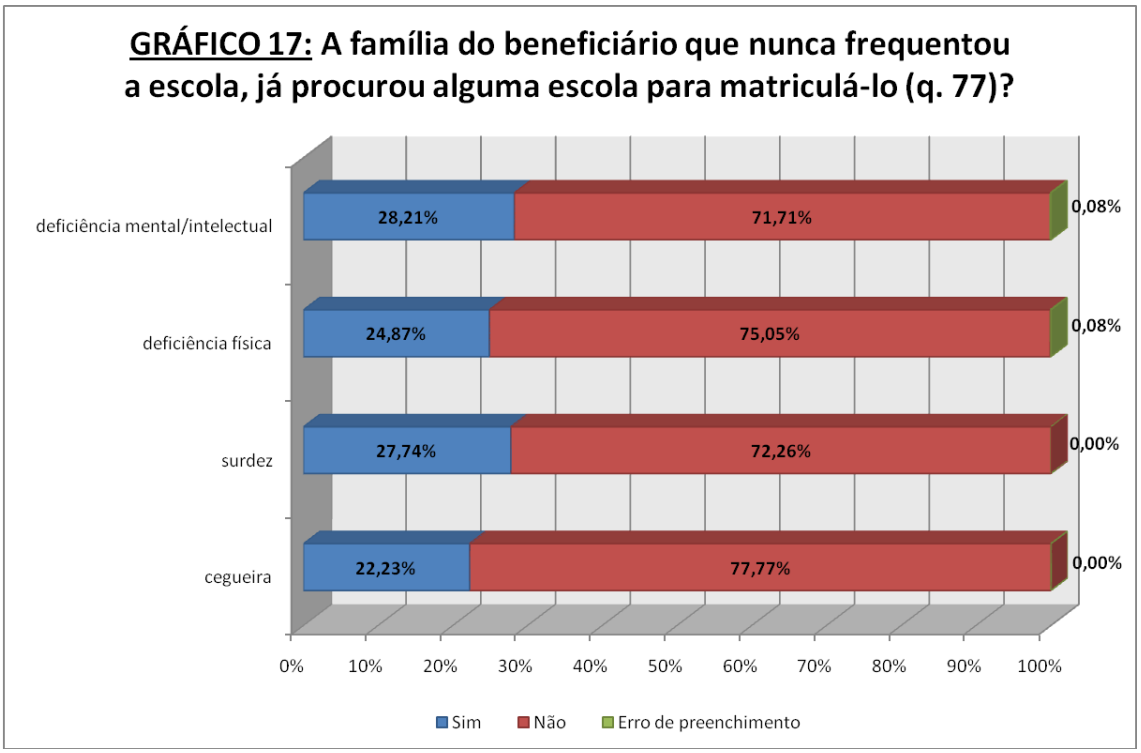
	cegueira	surdez	deficiência física	deficiência mental/ intelectual
considera que não tem condições de aprender	51,89%	50,58%	51,26%	54,64%
teme que seja descriminado(a)	8,66%	9,95%	9,15%	9,80%
teme que sofra violência	8,85%	9,95%	8,18%	9,50%
não tem como levá-lo(a) até a escola	7,65%	8,80%	9,66%	7,70%
não tem quem o(a) acompanhe na escola	4,98%	6,07%	5,21%	4,72%
necessita de materiais que não tem condições de comprar e a escola não oferta	5,25%	3,66%	3,92%	2,90%
outro motivo	12,72%	10,99%	12,62%	10,73%

Ainda no que se refere ao Gráfico 16, cabe enfatizar outros motivos pelos quais as famílias entendem que os beneficiários não devam frequentar a escola. Apesar de apresentarem um percentual de frequência menor, as opções "teme que seja

[107] Ver Quadro **20**, no Anexo **B** desta Dissertação.

discriminado" e "teme que sofra violência" reforçam a necessidade de investigar as barreiras de relacionamento e vivência experienciadas pelos beneficiários do BPC. Dessa maneira, a análise da discriminação experienciada pelos beneficiários em seu contexto familiar requer informações mais detalhadas sobre essas barreiras que não podem ser obtidas devido às limitações do Questionário que serão apresentadas na última seção deste capítulo.

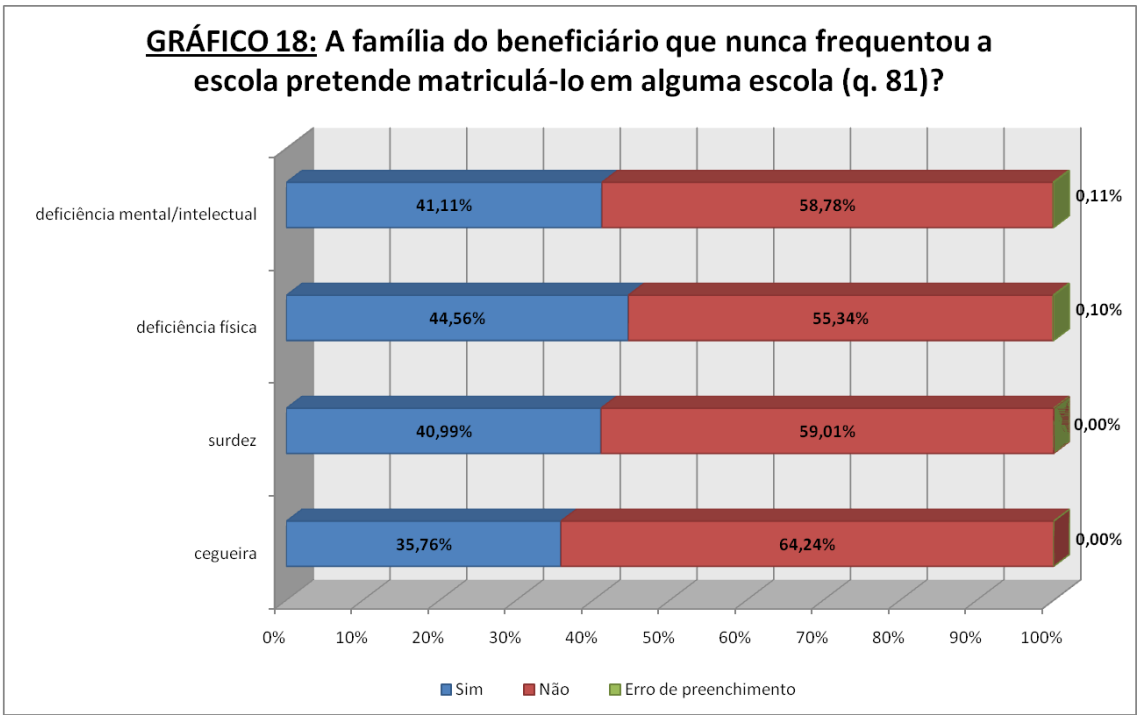
A terceira variável escolhida para ***situação 3***, "ausência de iniciativa da família (q. 77)" complementa as análises anteriores, ao evidenciar que a família nunca procurou a escola para matricular essas crianças e adolescentes, com percentuais de frequência mais elevados para os beneficiários surdos (77,77%) e para os beneficiários com deficiência física (75,05%), em relação ao total de 27.087 declarantes,[108] conforme representa o gráfico a seguir.



Todavia, ao comparar os percentuais de frequência dessa variável com a última variável escolhida para a ***situação 3***, "ausência de pretensão da família (q. 81)", com base no Gráfico 18, é possível verificar uma mudança entre as deficiências

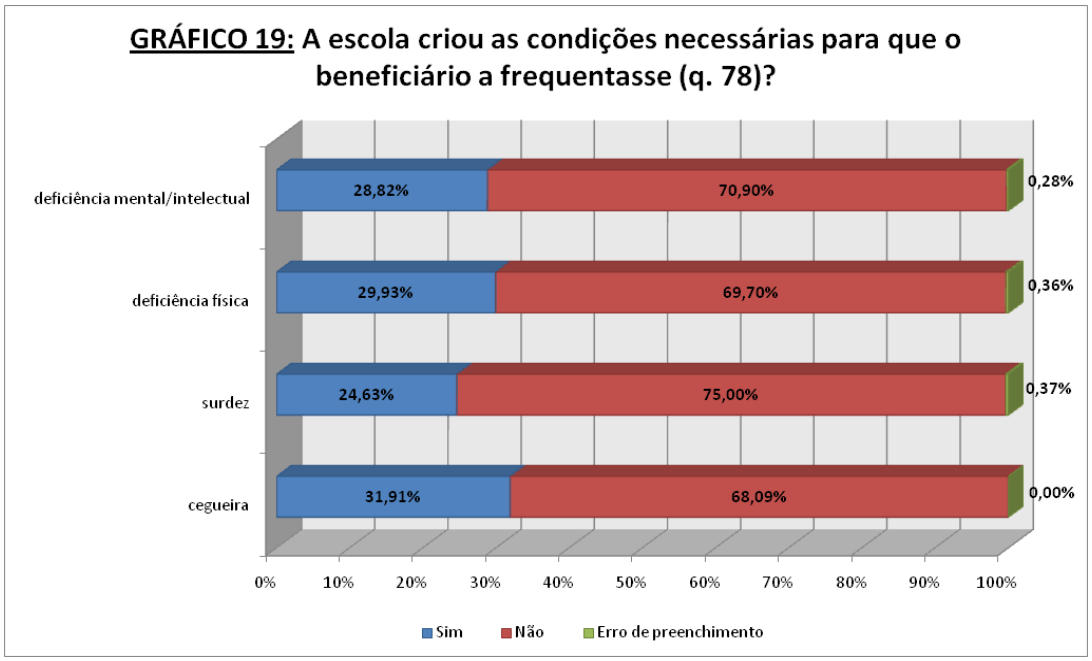
[108] Ver Quadro **22**, no Anexo **B** desta Dissertação.

selecionadas. Isto é, as barreiras atitudinais da família se intensificam para os beneficiários surdos (59,01%) e para os beneficiários com deficiência mental/intelectual (58,78%), ao responderem que não pretendem matriculá-los na escola.



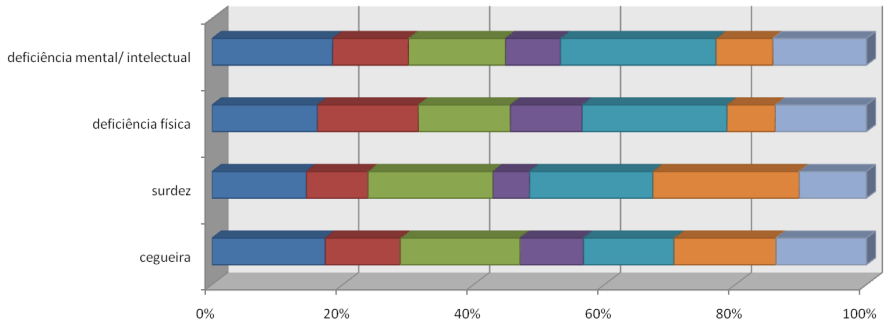
A quarta variável escolhida para a ***situação 3***, "falta de iniciativa da escola (q. 78)" adquire relevância, conforme pode ser observado no Gráfico 18, ao apresentar um elevado percentual de frequência da alternativa de resposta *não*. Apenas para um reduzido percentual dos beneficiários – cegos (22,23%), surdos (27,74%), com deficiência física (24,87%) e com deficiência mental/intelectual (28,21%) – ocorreram tentativas de matrícula por suas famílias.[109] Essa iniciativa foi frustrada dado que às escolas não tinham criado as condições necessárias para que 64,24% dos beneficiários cegos, 59,01% dos beneficiários surdos, 58,78% dos beneficiários com deficiência mental/intelectual e 55,34% dos beneficiários com deficiência física, pudessem frequentá-las, como mostra o gráfico abaixo.

[109] Ver Gráfico **17**.



Nesse sentido, os motivos identificados, pela quinta variável escolhida para a ***situação 3***, "restrições da escola (q. 79)", reafirmam a barreira de acesso à escola, identificada na variável anterior. Da mesma forma, reforçam o caráter opressor do ambiente escolar, ao negarem a matrícula para: 18,42% dos beneficiários com deficiência mental/intelectual; 17,30% dos beneficiários cegos; 16,08% dos beneficiários com deficiência física; e 14,41% dos beneficiários surdos, conforme pode ser observado no Gráfico 20.

GRÁFICO 20: Por qual motivo a escola não criou condições para que o beneficiário a frequentasse (q. 79)?



	cegueira	surdez	deficiência física	deficiência mental/ intelectual
pois não aceitou a matrícula	17,30%	14,41%	16,08%	18,42%
não possuía mobiliário adequado	11,42%	9,41%	15,45%	11,59%
não dispunha de materiais didáticos e pedagógicos adequados para as necessidades de aprendizagem do beneficiário	18,34%	19,12%	14,07%	14,85%
havia barreiras físicas dentro da escola	9,69%	5,59%	10,97%	8,38%
ausência de um profissional de apoio que o auxiliasse nas atividades diárias	13,84%	18,82%	22,14%	23,75%
ausência de um profissional que o auxiliasse na comunicação	15,57%	22,35%	7,38%	8,71%
outras	13,84%	10,29%	13,92%	14,29%

Ainda com relação aos dados do Gráfico 20 cabe ressaltar outros motivos pelos quais a escola não criou condições para que os beneficiários frequentassem a escola. Dentre eles, o percentual de frequência das opções de resposta da questão 79 relacionadas à infraestrutura escolar chama a atenção. A ausência de profissionais de apoio e de profissionais de comunicação é apontada por 41,17% dos beneficiários surdos e 32,46% dos beneficiários com deficiência mental/intelectual. A falta de materiais didáticos especializados e de mobiliário adequado é relatada por 29,76% dos beneficiários cegos e 29,52% dos beneficiários com deficiência física.

É importante enfatizar que podem existir outros motivos para que a escola não tivesse criado as condições de frequência às aulas que a questão 79 não captou, e que a questão 80 poderia ter captado. Todavia, a questão 80 não é analisada no âmbito desta Dissertação. Dessa forma, para além dos aspectos materiais que a questão 79 busca averiguar, a análise da discriminação experienciada pelos beneficiários no contexto escolar depende de informações sobre a dinâmica da gestão da escola, informações essas que o Questionário do Censo dos Beneficiários do BPC não coleta.

Com objetivo de complementar a análise dos percentuais de frequência das variáveis escolhidas para as três situações de acesso à escola que o Questionário do Censo dos Beneficiários do BPC dimensiona, será apresentada na próxima seção (3.5) uma análise dos resultados da pesquisa desta Dissertação, por tipo de deficiência selecionada – *Cegueira, Deficiência Física, Surdez e Deficiência Mental/Intelectual*.

3.5 Análise dos Resultados da Pesquisa da Dissertação, por Tipo de Deficiência

A análise dos resultados por deficiência procura identificar a natureza das barreiras que as crianças e adolescentes com deficiência, em idade escolar, beneficiárias do BPC enfrentam ao acessarem a escola e nela tentarem permanecer. Essa análise obedece às categorizações de deficiência (*cegueira, surdez, deficiência física e deficiência mental/intelectual*) e as especificações das barreiras (*físicas, de acessibilidade e atitudinais*) do Questionário do Censo dos Beneficiários do BPC, anexo a este documento.

Para os beneficiários cegos as principias barreiras físicas vivenciadas referem-se ao ambiente interno da escola. Eles identificam a presença de obstáculos ao utilizarem o banheiro.[110] Dentro da escola, as barreiras de acessibilidade se intensificam para os beneficiários cegos. A infraestrutra precária da escola é retratada por esses beneficiários tanto pela ausência de profissionais de apoio[111] e de comunicação[112] quanto pela dificuldade de acesso aos materiais didáticos especializados[113] e mobiliários adequados.[114] Essa infraestrutura escolar também é relatada como uma das causas da interrupção da frequência à escola dos beneficiários cegos.[115] Para além do ambiente interno da escola, a inacessibilidade urbana[116] é percebida pelos beneficiários cegos principalmente nas ruas e nas calçadas.

---

[110] Ver Quadro **11**, no Anexo **B** desta Dissertação.
[111] Ver Gráficos **10 e 11**, na seção 3.4.1 desta Dissertação.
[112] Ver Gráfico **12**, na seção 3.4.1 desta Dissertação.
[113] Ver Gráfico **13**, na seção 3.4.1 desta Dissertação.
[114] Ver Quadro **15**, nos Anexos desta Dissertação.
[115] Ver Gráfico **14**, na seção 3.4.2 desta Dissertação.
[116] Ver Gráfico **7**, na seção 3.4.1 desta Dissertação.

Ainda no ambiente interno da escola, a identificação de barreiras atitudinais relacionadas à gestão escolar[117] evidencia as restrições das informações coletadas pelo Questionário do Censo dos Beneficiários do BPC, que permitam dimensionar o fenômeno da discriminação sofrida pelos beneficiários cegos, ao acessarem a escola. Da mesma forma, as barreiras atitudinais que podem ser atribuídas às famílias dos beneficiários cegos, a partir dos percentuais de frequência das variáveis escolhidas para a ***situação 3*** ("aqueles que nunca frequentaram a escola)[118] necessitam de uma investigação mais aprofundada dos relacionamentos interpessoais que os beneficiários cegos experienciam em seu contexto familiar – que o instrumento de pesquisa utilizado nesta Dissertação não permite desenvolver.

Em relação aos beneficiários surdos as principais barreiras físicas experienciadas também estão relacionadas ao contexto interno da escola. Para os beneficiários surdos a inacessibilidade urbana[119] não é percebida na mesma intensidade do que para os beneficiários cegos. A sala de aula é o principal ambiente da escola com barreiras físicas de acesso identificado pelos beneficiários surdos.[120] A necessidade de profissionais de apoio[121] e de comunicação,[122] atrelada ao fato de a escola em que estudam não ofertar esses profissionais,[123] caracteriza a infraestrutura precária desse ambiente, pouco sensível às necessidades dos beneficiários surdos. Além disso, as dificuldades em acessar os materiais didáticos especializados[124] são mais significativas para esses beneficiários. A inexistência de mobiliários adequados[125] complementa o retrato da precariedade do ambiente interno da escola vivenciado pelos beneficiários surdos. Apesar de esses beneficiários apontarem que a infraestrutura escolar precária tenha contribuído para o abandono da escola, a existência de outras barreiras também é relatada. Porém, conforme anteriormente justificado, as perguntas do Questionário do Censo dos Beneficiários do BPC, do tipo *aberta*, como a questão 71, não são analisadas no âmbito deste trabalho.

---

[117] Ver Gráficos **19** e **20**, na seção 3.4.3 desta Dissertação.
[118] Consultar seção **3.4.3** desta Dissertação.
[119] Ver Gráfico **7**, na seção 3.4.1 desta Dissertação.
[120] Ver Quadro **11**, no Anexo **B** desta Dissertação.
[121] Ver Gráficos **10** e **11**, na seção 3.4.1 desta Dissertação.
[122] Ver Gráfico **12**, na seção 3.4.1 desta Dissertação.
[123] Ver Gráficos **19** e **20**, na seção 3.4.3 desta Dissertação.
[124] Ver Gráfico **13**, na seção 3.4.1 desta Dissertação.
[125] Ver Quadro **15**, no Anexo **B** desta Dissertação.

A partir das barreiras atitudinais identificadas para os beneficiários surdos tanto em seu ambiente familiar quanto no contexto da escola, apesar das restrições analíticas do Questionário do Censo dos Beneficiários do BPC, apontadas anteriormente, é possível verificar o receio da família de que o beneficiário seja discriminado ou sofra violência ao acessar a escola. Esse entendimento da família dos beneficiários surdos de que eles não devem frequentar a escola precisaria ser averiguado com o objetivo de compreender o caráter opressor dessa e das demais barreiras atitudinais identificadas para os beneficiários surdos.

No que se refere aos beneficiários com deficiência física, a inacessibilidade urbana é percebida principalmente nas ruas, calçadas e no transporte.[126] As dificuldades para acessar os ambientes internos da escola são identificadas pelos beneficiários com deficiência física em relação ao banheiro.[127] Assim como para os beneficiários cegos e surdos, a infraestrutura escolar precária também permite identificar a presença de barreiras físicas e de acessibilidade no contexto da escola para os beneficiários com deficiência física. Apesar do percentual de beneficiários com deficiência física que necessitam de profissionais de apoio[128] não ser o mais elevado dentre as deficiências selecionadas, a ausência desses profissionais na escola é percebida com maior representatividade por esses beneficiários.[129] As dificuldades para identificar a presença de profissionais que auxiliem os beneficiários com deficiência física na comunicação é mais significativa do que para os demais.[130]

Ainda dentro da escola, os beneficiários com deficiência física apontam a necessidade materiais didáticos especializados a que não tem acesso.[131] A inexistência de mobiliários adequados identificada pelos beneficiários com deficiência física complementa a caracterização do cenário de desvantagens que esses beneficiários enfrentam ao acessarem suas escolas cujas infraestruturas ressaltam a existência de barreiras físicas e de acessibilidade. Apesar de a existência de uma infraestrutura escolar precária contribuir para o abandono da escola pelos beneficiários com deficiência física, a saúde debilitada dessas crianças e adolescentes é declarada como uma das principais

[126] Ver Gráfico **7**, na seção 3.4.1 desta Dissertação.
[127] Ver Quadro **11**, no Anexo **B** desta Dissertação.
[128] Ver Gráfico **11**, na seção 3.4.1 desta Dissertação.
[129] Ver Gráfico **10**, na seção 3.4.1 desta Dissertação.
[130] Ver Gráfico **12**, na seção 3.4.1 desta Dissertação.
[131] Ver Gráfico **13**, na seção 3.4.1 desta Dissertação.

causas da interrupção da frequência à escola.[132] Assim como para os beneficiários cegos e surdos, as barreiras atitudinais experienciadas pelos beneficiários com deficiência física em seu ambiente familiar alertam para a existência de outros motivos,[133] segundo o entendimento das famílias, de que esses beneficiários não devam frequentar a escola, que não são mensurados pelo Questionário do Censo dos Beneficiários do BPC. Isto é, para além do entendimento das famílias de que esses beneficiários não têm condições de aprender e do temor de que sejam discriminados ou sofram violência, podem existir outros motivos cujo o aprofundamento não é permitido pelo Questionário do Censo dos Beneficiários do BPC simplesmente pelo fato de a informação não ter sido coletada; foi apenas registrada a frequência de outros motivos, sem possibilitar o seu detalhamento no formato de uma questão aberta.

Para os beneficiários com deficiência mental/intelectual a inacessibilidade urbana[134] não é apontada, em termos percentuais, como barreira de acessibilidade do caminho de casa até a escola. Dentre as melhorias para a acessibilidade urbana apontadas pelos beneficiários com deficiência mental/intelectual cabe enfatizar, além da pavimentação da rua e da calçada, a construção de rampas.[135] Apesar de o banheiro ser o principal ambiente da escola com barreiras físicas para os beneficiários com deficiência mental/intelectual, é importante ressaltar que um elevado percentual desses beneficiários (67,47%)[136] considera que todos os ambientes da escola são acessíveis. Essa comprovação empírica suscita alguns questionamentos que ultrapassam os objetivos dessa Dissertação, mas que poderiam estar relacionados às dificuldades de compreensão do conceito de acessibilidade,[137] não somente pelos beneficiários e suas famílias, mas também no que se refere à incorporação desse conceito nas práticas dos profissionais que trabalham com a pessoa com deficiência.

Assim como para os cegos, os beneficiários com deficiência mental/intelectual apontam a necessidade de profissionais de apoio que não são ofertados na escola em que

---

[132] Ver Gráfico **14**, na seção 3.4.2 desta Dissertação.
[133] Ver Gráfico **16**, na seção 3.4.2 desta Dissertação.
[134] Ver Gráfico **7**, na seção 3.4.1 desta Dissertação.
[135] Ver Gráfico **8**, na seção 3.4.1 desta Dissertação.
[136] Ver Quadro **11**, no Anexo **B** desta Dissertação.
[137] Acessibilidade é entendida como "condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida" (BRASIL, 2008a, p. 19).

estudam.[138] Da mesma maneira que os beneficiários com deficiência física, os beneficiários com deficiência mental/intelectual desconhecem a existência de profissionais que os auxiliem na comunicação.[139] Contribuem para o retrato da infraestrutura escolar precária a inexistência de mobiliários adequados nas escolas em que estudam os beneficiários com deficiência mental/intelectual.[140] Entretanto, o percentual de frequência de 42,78% de respondentes dos beneficiários com deficiência mental/intelectual[141] que declararam não precisarem de materiais didáticos especializados remete a uma situação análoga ao conceito de acessibilidade, ou seja, os termos técnicos utilizados pelo Questionário do Censo dos Beneficiários do BPC para coletar informações sobre as necessidades materiais dos beneficiários podem ter ocasionado a dificuldade de compreensão pelos beneficiários e suas famílias a respeito dos materiais didáticos especializados ofertados pela escola.

Apesar de a infraestrutura precária ter contribuído para que os beneficiários com deficiência mental/intelectual deixassem de frequentar a escola, o percentual de frequência das opções de respostas da questão 70 – "iniciativa própria da família de retirar o beneficiário da escola" e "outras barreiras" – conforme explicitado na seção 3.3.2, precisariam ser investigados para que fosse possível compreender o caráter opressor das barreiras sociais experienciadas, não somente para os beneficiários com deficiência mental/intelectual, mas sim para todos os tipos de deficiência analisadas no âmbito desta Dissertação.

Com relação às barreiras atitudinais identificadas para os beneficiários com deficiência mental/intelectual, chama a atenção o elevado percentual de frequência (54,64%)[142] de familiares que entendem que esses beneficiários não devem frequentar a escola por considerarem que não têm condições de apreender. Além disso, as estatísticas descritivas das variáveis[143] – "ausência de iniciativa da família (q. 77)", "ausência de pretensão da família (q.78)", "falta de iniciativa da escola (q. 81)" e "restrições da escola (q. 79)" – alertam tanto para as limitações dos dados coletados pelo Censo dos Beneficiários do BPC quanto para as dificuldades de conhecer os significados da

[138] Ver Gráficos **11** e **10**, na seção 3.4.1 desta Dissertação.
[139] Ver Gráfico **12**, na seção 3.4.1 desta Dissertação.
[140] Ver Quadro **15**, no Anexo **B** desta Dissertação.
[141] Ver Gráfico **13**, na seção 3.4.1 desta Dissertação.
[142] Ver Gráfico **16**, na seção 3.4.3 desta Dissertação.
[143] Ver, respectivamente Gráficos **17**, **18**, **19** e **20**, na seção 3.4.3 desta Dissertação.

discriminação e da opressão social, experienciada pelo público-alvo da pesquisa desta Dissertação, em seu ambiente familiar e no contexto interno da escola.

Diante da análise dos resultados da pesquisa desta Dissertação, apresentada no presente capítulo, é possível afirmar que as variáveis escolhidas para as situações de acesso à escola: **1** ("aqueles que frequentam a escola atualmente"); **2** ("aqueles que já frequentaram e não a frequentam atualmente"); e **3** ("aqueles que nunca frequentaram"); sejam elas simples ou complexas, são representativas do caráter restritivo das barreiras de acesso e permanência na escola que identificam. Além disso, a análise dos resultados por deficiência ressalta aspectos que contribuem para o entendimento das correlações entre essas barreiras e o complexo fenômeno da deficiência.

Esses resultados, apresentados como estatísticas descritivas associadas às hipóteses preeestabelecidas e construídas a partir do Censo merecem duas complementações adicionais: a) uma crítica teórico-metodológica do próprio Censo; b) uma interpretação dos resultados à luz da discussão teórica sobre a deficiência desenvolvida no segundo capítulo, especialmente na seção 2.4. Esses dois enfoques analítico-interpretativos são objeto respectivamente da próxima seção (3.6) e das considerações finais.

3.6 Análise do Instrumento de Inquérito Domiciliar do Censo dos Beneficiários do BPC

A análise dos resultados do Censo dos Beneficiários do BPC realizada no presente capítulo evidencia algumas limitações do instrumento de inquérito domiciliar utilizado. Isto significa dizer que o Questionário do Programa BPC na Escola trata de maneira tangencial a discussão teórica do modelo social da deficiência, ao restringir a questão da deficiência à carência de infraestrutura material, que poderia ser corrigida por meio de políticas públicas de alocação de recursos financeiros.

Essa limitação metodológica do Questionário pode ser verificada tanto pelo número e o conteúdo das perguntas relacionadas à infraestrutura escolar, quanto pelo fato de o acesso aos bens (**q. 85** a **q. 93** – *Produtos e Tecnologia Assistiva*) e serviços (**q.**

100 a **q. 106** – *Acesso às Políticas Públicas*) priorizar a coleta de informações relacionadas à área da saúde.

A partir da leitura detalhada das perguntas do Questionário, que integram cada situação diferenciada de acesso à escola, pode-se observar o predomínio de perguntas relacionadas ou à posição que o beneficiário ocupa (ou ocupava) na estrutura do ensino regular ou à infraestrutura escolar. Essa observação revela uma perspectiva individualizada da questão da deficiência na qual a classificação do tipo de deficiência direciona o acesso ao contexto escolar. Ao mesmo tempo, o Questionário enquadra a permanência na escola como sendo derivada exclusivamente do suprimento de necessidades materiais básicas (profissionais de apoio e mobiliários adequados) e especializadas (materiais didáticos e profissionais de comunicação).

Apesar dessas questões referentes às barreiras de acesso e à permanência dos alunos envolverem todo o contexto da escola, tanto no plano interno – recursos humanos (professores, profissionais de apoio e de auxílio na comunicação); materiais didáticos especializados e mobiliários; barreiras físicas no ambiente da escola – quanto no plano externo (barreiras físicas no entorno da escola e transporte escolar), apenas uma questão, a de número 70, tenta captar as barreiras atitudinais relacionadas à família, à gestão da escola e ao beneficiário, no processo de inclusão social da pessoa com deficiência na escola. Além disso, não existem questões sobre as relações sociais entre os integrantes da comunidade escolar (alunos, professores, pais de alunos e demais profissionais) e as crianças ou adolescentes com deficiência.

A ênfase das perguntas do Questionário, no que se refere ao acesso a bens e serviços de saúde pode ser identificada no destaque dado aos produtos e tecnologia assistiva,[144] como uma parte específica, bem como, pela prevalência de questões relacionadas à área da saúde na parte do acesso às políticas públicas. Dessa forma, alguns pressupostos do conjunto das teorias e práticas assistenciais em saúde do modelo médico da deficiência poderiam ser observados como, por exemplo, aqueles propugnados pelas teorias da medicalização[145] e da normalidade:[146] no acesso aos

[144] Tecnologia assistiva é entendida como "qualquer produto, instrumento, equipamentos, ou tecnologia adaptada ou especialmente projetada para melhorar a funcionalidade de uma pessoa com limitação" (BRASIL, 2008a, p. 26).
[145] As teorias da medicalização surgem no século XVIII com o crescimento da ciência e do progresso das ideias humanitárias (OLIVER, 1990, p. 49).

serviços, o predomínio de profissionais médicos e de terapias de reabilitação; no acesso a bens o enfoque na necessidade, uso e aquisição de produtos e tecnologia assistiva, sem, contudo, levar em consideração a experiência da deficiência.

Além dessas limitações, podem ser apontadas outras restrições ao conceito de deficiência que também são relevantes para o debate teórico do modelo social. Dentre elas, cabe destacar: as perguntas referentes ao trabalho; cuidado; moradia e ambiente, conforme explicitado a seguir.

A forma como o enunciado das perguntas referentes ao trabalho é apresentada no Questionário pode criar expectativas aos beneficiários que são de difícil concretização. Os programas atualmente existentes no país tendem a enfocar o suprimento do trabalho individual e as demandas para o mercado, com objetivo de aumentar a empregabilidade das pessoas com deficiência por meio de adaptações pontuais, em vez de remover barreiras atitudinais e promover a mudança na organização social do trabalho.

No que se refere ao cuidado, as perguntas do Questionário (**q. 94** a **q. 99**) da parte intitulada de *apoio e relacionamentos* são direcionadas apenas à identificação da necessidade do cuidado e seu principal cuidador.[147] Dessa forma, essas perguntas não conseguem dimensionar as relações de dependência experienciada pelos os beneficiários em seu contexto familiar. Aspectos esses essenciais do tema do cuidado para o debate sobre a deficiência. Segundo Diniz (2007), foram as teóricas feministas que trouxeram o cuidado para o debate sobre a deficiência. Elas defendiam que as relações de dependência eram inevitáveis na vida social e que essas relações e o cuidado deveriam ser reconhecidos com questões de justiça social tanto para pessoas com deficiência quanto para pessoas não-deficientes (DINIZ, 2007, p. 71).

As poucas perguntas do Questionário relacionadas à moradia e ao ambiente (**q. 114** a **q. 116**) são centradas nas condições de propriedade do imóvel e na caracterização

---

[146] Normalidade é aqui entendida como a construção ideológica de corpo capaz e mente hábil (OLIVER, 1990, p. 55).
[147] Cuidador é "aquele que exerce a função de cuidar de pessoas dependentes numa relação de proximidade física e afetiva – o cuidador pode ser desde um parente, que assume o papel a partir das relações familiares, até um profissional especialmente treinado para tal fim. As funções do cuidador domiciliar referem-se especialmente à ajuda nos hábitos da vida diária, nos exercícios físicos, no uso da medicação, na higiene pessoal, nos passeios e outros" (BORN, 2006 apud BRASIL, 2008a, p. 29).

socioambiental do bairro. Todavia, não se observa nelas a tentativa de captar as condições de acessibilidade[148] do ambiente, seja ele interno ou externo às moradias.

Cabe ainda ressaltar que essas limitações do Questionário não anulam a análise dos resultados tanto do Censo dos Beneficiários do BPC quanto da pesquisa desta Dissertação, ambos apresentados no decorrer deste capítulo, e tampouco põem em xeque sua relevância para a política pública. Apesar desse instrumento de inquérito domiciliar não incorporar todo o arcabouço teórico da abordagem do contexto social da deficiência, ele representa uma tentativa de mudança de perspectiva em direção ao modelo social. Isto é, apesar do Questionário do Censo dos Beneficiários do BPC utilizar categorizações de deficiência (física, mental/intelectual, surdez e cegueira) centradas nas definições expressas das legislações tradicionais que enfocam o aspecto clínico da deficiência, as especificações das barreiras (física, de acessibilidade e atitudinais) incorporam os fundamentos do conceito de deficiência da Convenção sobre Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU. Dessa maneira, observa-se uma mudança na forma de se coletar as informações sobre os obstáculos experienciados pelas pessoas com deficiência devido à existência de barreiras físicas, sociais, éticas, econômicas de um ambiente pouco organizado para atender à diversidade corporal.

Isto significa dizer que ao coletar informações, sejam elas mais próximas ao preconizado pelo modelo médico ou pelo modelo social, de um universo significativo de beneficiários, até então pouco detalhadas pelos levantamentos demográficos realizados pelas instituições governamentais, o Questionário do Censo dos Beneficiários do BPC evidencia o contexto de transformação do conceito de deficiência no país devido utilizar as restrições de participação social como parâmetro para entender o que é deficiência e como a sociedade é responsável por ela, conforme determina a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU. Assim, observa-se uma tendência de reconhecer que a existência de barreiras sociais podem ser responsáveis pela restrição da participação social das pessoas com deficiência. Este contexto de transformação do conceito de deficiência tem sido influenciado pelas abordagens do modelo social tanto na interpretação dos textos legais quanto nos levantamentos populacionais sobre a questão da deficiência no Brasil (MEDEIROS & DINIZ, 2004).

---

[148] Acessibilidade é aqui entendida como "condição para utilização, com segurança e autonomia, total ou assistida dos espaços, mobiliários e equipamentos urbanos, das edificações, dos serviços de transporte e dos dispositivos, sistemas e meios de comunicação e informação, por pessoa portadora de deficiência ou com mobilidade reduzida" (BRASIL, 2008a, p. 19).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises apresentadas nesta Dissertação permitiram identificar correlações entre as barreiras – de acesso e permanência na escola, das pessoas com deficiência, em idade escolar – e o complexo fenômeno da deficiência.

A comprovação empírica da existência de barreiras físicas e de acessibilidade, tanto nos ambientes internos da escola quanto no seu entorno, principalmente para os beneficiários que frequentam a escola atualmente (***situação 1***), traduzem a dimensão do significado da deficiência preconizado pelo modelo social – a deficiência entendida como uma restrição social imposta pelo meio e pela sociedade (OLIVER, 1990).

Apesar dessas barreiras físicas e de acessibilidade terem sido identificadas, principalmente para os beneficiários que já acessam a escola, é possível afirmar que, para as demais situações de acesso à escola (***2*** e ***3***), os beneficiários também experienciam a deficiência como uma restrição social.

Segundo Oliver (1990), as respostas pessoais dos indivíduos para suas deficiências são uma complexa relação entre impedimentos e restrições sociais. Nesse sentido, os obstáculos, que impedem ou dificultam o acesso e a permanência na escola, podem mudar ao longo do tempo, para melhor ou para pior. Tal constatação, além de enfatizar a dimensão temporal da experiência da deficiência, desloca a questão do âmbito do indivíduo para o meio físico e social.

A inacessibilidade urbana e do ambiente interno da escola são apenas algumas das desvantagens sociais que os beneficiários enfrentam ou já enfrentaram ao acessar a escola. O transporte escolar deficitário reforça o entendimento de que

> as desvantagens das pessoas com deficiência significam falhas do meio ambiente estruturado socialmente, de ajustar as necessidades e aspirações dos cidadãos com deficiência, mais do que a incapacidade individual de se adaptar às demandas da sociedade (HAHN, 1986 apud SHAKESPEARE, 2006, p. 24).

A análise dos resultados da pesquisa desta Dissertação também permitiu identificar outras carências materiais que os beneficiários enfrentam ao acessar a escola. Dentre elas, cabe destacar a precária infraestrutura escolar. As dificuldades de acesso aos materiais didáticos especializados e aos mobiliários adequados, combinada com demanda por profissionais de apoio e de comunicação, revelam tanto o caráter restritivo dessas barreiras de acessibilidade quanto o caráter opressor, segundo a perspectiva teórica do modelo social. A inacessibilidade da informação necessária para fazer a escolha entre as opções de ajuda e os equipamentos ofertados pela política educacional se traduz na falta de conhecimento sobre os serviços disponibilizados pela escola.

Para além das carências materiais e das desvantagens sociais identificadas pela pesquisa desta Dissertação, outros fatores materiais poderiam ser considerados para o entendimento da experiência da deficiência. Dentre eles cabe elencar: moradia; finanças; emprego; ambiente; circunstâncias familiares (OLIVER, 1990); barreiras financeiras e econômicas (SHAKESPEARE, 2006); e os aspectos relacionais, como lembrado na seção 3.4 desta Dissertação. Todavia, o instrumento de inquérito domiciliar do Censo dos Beneficiários do BPC trata de maneira superficial alguns desses fatores materiais, como por exemplo, moradia, ambiente e emprego.

O Censo dos Beneficiários do BPC surge a partir do reconhecimento da complexidade do fenômeno da deficiência. Apesar de o BPC representar uma garantia de renda mínima para pessoas com deficiência, o simples aporte de recursos financeiros, para as famílias em situação de extrema pobreza, não têm sido suficiente para reduzir a experiência da deficiência como uma restrição social. Portanto, os aspectos materiais relacionados à moradia, ambiente e emprego não foram objeto de análise para a pesquisa desta Dissertação.

A análise dos resultados da pesquisa desta Dissertação possibilitou identificar outros fatores significantes para a compreensão da experiência da deficiência baseada no processo de opressão social.[149] O principal deles é a discriminação experienciada pelos beneficiários tanto no ambiente escolar quanto dentro do contexto familiar.

[149] Os teóricos do modelo social ao descreverem a deficiência como uma experiência da opressão da variedade corporal resultante de uma sociedade discriminatória e opressiva, tinham como objetivo ampliar o espaço de luta política em favor de mecanismos de justiça para a população de pessoas com deficiência, assim como mostrar que os

As barreiras atitudinais foram identificadas, de maneira particular para os beneficiários com deficiência mental/intelectual, dentre aqueles que já frequentaram a escola e não a frequentam atualmente (***situação 2***) e, de forma mais estruturada para todos os beneficiários da ***situação 3*** ("aqueles que nunca frequentaram a escola").

As evidências empíricas da segregação sofrida pelas crianças e adolescentes com deficiência entrevistados pelo Censo, no interior de suas famílias reforçam o caráter opressor dos relacionamentos entre a pessoa com deficiência e seu contexto familiar. Relacionamentos esses que podem estruturar o processo de formação da identidade dessas crianças e adolescentes. Segundo Oliver (1990), a identidade da deficiência não é formada apenas por meio de processos psicológicos internos e relações interpessoais, mas podem ser impostos externamente.

Além dessas, as barreiras atitudinais identificadas no ambiente da escola, principalmente no que se refere à recusa de matricular os beneficiários, reforçam a influência do ambiente educacional na formação da identidade da deficiência, assim como a exclusão dessas crianças e adolescentes do sistema regular de ensino.

Dessa forma, a análise dos resultados da pesquisa desta Dissertação, permite identificar um conjunto de barreiras físicas, de acessibilidade e atitudinais, que combinadas entre si, refletem os impedimentos e a exclusão social, que ainda hoje, os beneficiários do BPC, com deficiência, em idade escolar, experienciam no país.

É importante enfatizar que apesar dos obstáculos identificados pela análise dos resultados da pesquisa desta Dissertação, dos 133.084 beneficiários entrevistados, 68% frequentam a escola. Esses beneficiários estão frequentando regularmente um estabelecimento de ensino, sem excessivo tempo de deslocamento da residência para escola, e também não sofrem da restrição de acompanhante para chegar até a escola. Para este grupo, um número expressivo de beneficiários tem acesso ao material didático especializado, mobiliário adequado, profissionais de apoio e não encontram dificuldades para acessar os ambientes na escola em que estudam. Na medida em que se reconhece a situação favorável de acesso à escola em que se encontram esses beneficiários,

---

indivíduos com diversidade corporal estavam unidos pela experiência da deficiência (DINIZ, 2007). Sobre isso, ver também a seção 2.4 desta Dissertação.

considera-se a necessidade de ampliar o acesso a bens e serviços das políticas de Saúde e Assistência Social, com vistas a promover a participação social às crianças e adolescentes com deficiência beneficiárias do BPC.

A análise dos resultados da pesquisa desta Dissertação também possibilita definir a deficiência sobre novas perspectivas, com prioridades e necessidades próprias. O novo olhar sobre a questão da deficiência, baseado na abordagem do contexto social (*modelo social*) que emerge da análise dos resultados da pesquisa desta Dissertação, coaduna-se com a transformação do conceito de deficiência no cenário nacional, ao fundamentar a perspectiva de análise dos dados no conceito de deficiência da Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU), ratificada pelo Decreto Legislativo nº 186/2008, com equivalência de emenda constitucional.

Para além da remoção das barreiras arquitetônicas, e a adoção de políticas anti-discriminatórias e de programas de ação afirmativa em escolas, conforme enfatiza Oliver (1990), a análise dos dados tem um papel fundamental na erradicação das restrições sociais e da opressão cultural das pessoas com deficiência.

Nesse sentido, a análise dos resultados da pesquisa desta Dissertação, apesar de se basear no Censo dos Beneficiários do BPC, eminentemente quantitativo, propiciou diálogo entre a realidade presente e a questão da deficiência.

Portanto, foi a partir do contraste entre os dados (sobre a natureza específica das barreiras identificadas para as deficiências selecionadas) e as teorias (delimitadas pelo referencial teórico desta Dissertação), que o significado da exclusão das pessoas com deficiência, em idade escolar, do acesso à escola, emerge como contribuição interpretativa para intervenção do Estado na vida social.

Finalmente, cabe acrescentar que os resultados empíricos apurados no Censo e estudados nesta Dissertação para a unidade de análise específica (pessoas com deficiência, em idade escolar, beneficiárias do BPC) têm todas as condições prováveis de se estender aos demais segmentos da população total de pessoas com deficiência – os que estão acima da idade escolar, mas beneficiários do BPC; os que são deficientes e não beneficiários do BPC. O Censo, como se detectou representa uma amostra

estaticamente significativa da totalidade dessa população, cujos externos a unidade de análise provavelmente sofreriam as mesmas barreiras ou quiçá ainda mais agravadas – de acesso ao ensino médio ou superior para o grupo acima de 18 anos ou de outros tipos, naquilo que afeta a população de pessoas com deficiência sem acesso aos benefícios monetários da política de assistência social (BPC).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARRETCHE, Marta. Emergência e Desenvolvimento do *Welfare State*: Teorias Explicativas. *BIB* 39, p. 3-40, 1995.

BARNES, Colin & MERCER, Geof. *Exploring Disability*. 2.ed. Cambridge, MA: Polity Press, 2010.

BEHRING, Elaine Rossetti. *Política Social no Capitalismo Tardio*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2002.

BOSCHETTI, Ivanete; BEHRING, Elaine Rossetti; SANTOS, Silvana Mara de Morais dos; MIOTO, Regina Célia Tamaso (orgs.). *Política Social no Capitalismo: Tendências Contemporâneas*. São Paulo: Cortez, 2008.

BOSCHETTI, Ivanete. *Assistência Social no Brasil: Um Direito entre Originalidade e Conservadorismo*. Brasília: UnB/ CNPq, 2001.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*. Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Decreto nº 1.744, de 8 de Dezembro de 1995. Regulamenta o Benefício de Prestação Continuada devido à pessoas portadora de deficiência e ao idoso, de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de Dezembro de 1993, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 11 dez. 1995, Seção 1, p. 20309-20311.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. *Censo Demográfico 2000.* Brasília: IBGE, 2000. [Disponível em http://www.ibge.gov.br/censo/. Acesso: 5 ago. 2010].

BRASIL. *Estatuto do Idoso*. Brasília: MDS, 2003.

BRASIL. Decreto nº 5.296, de 2 de Dezembro de 2004. Regulamenta as Leis nºs 10.048, de 8 de Novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de Dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 3 dez. 2004, Seção 1, p. 5-10.

BRASIL. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. *Políticas Sociais: Acompanhamento e Análise* 13, p. 77-114, 2005a.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004*. Brasília: MDS, 2005b.

BRASIL. Presidência da República. *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e Protocolo Facultativo à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Brasília: Coordenadoria Nacional para Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, 2007a.

BRASIL. Decreto nº 6.214, de 26 de Setembro de 2007. Regulamenta o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social devido à Pessoa com Deficiência e ao Idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de Dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de Outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de Maio de 1999, e dá outras providências. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 set. 2007, Seção 1, p. 16-19, 2007b.

BRASIL. Portaria nº 18, de 24 de Abril de 2007. Institui o Programa de Acompanhamento e Monitoramento do Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência, Beneficiárias do Benefício de Prestação Continuada – PROGRAMA BPC NA ESCOLA. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 abr. 2007, Seção 1, p. 6, 2007c.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Manual de Aplicação do Questionário para Identificação das Barreiras para o Acesso e Permanência na Escola das Pessoas com Deficiência Beneficiárias do BPC*. Brasília: MDS, 2008a.

BRASIL. Ministério da Educação. *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*. Brasília: MEC, 2008b. [Disponível em http://www.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/politica/pdf. Acesso: 2 jul. 2010].

BRASIL. Portaria nº 1, de 12 de Março de 2008. Estabelece os Procedimentos e Aprova os Instrumentos para Adesão ao PROGRAMA BPC NA ESCOLA. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 19 mar. 2008, Seção 1, p. 137-141, 2008c.

BRASIL. Portaria nº 2, de 18 de Abril de 2008. Altera o art. 9º da Portaria Interministerial nº 1, de 12 de Março de 2008, que Estabelece os Procedimentos e Aprova os Instrumentos para Adesão ao PROGRAMA BPC NA ESCOLA. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 28 abr. 2008, Seção 1, p. 103, 2008d.

BRASIL. Portaria nº 434, de 4 de Dezembro de 2008. Estabelece os Critérios e Procedimentos Relativos à Transferência de Recursos Financeiros aos Municípios e ao Distrito Federal, para aplicação de Questionário no âmbito do PROGRAMA BPC NA ESCOLA. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 8 dez. 2008, Seção 1, p. 71-72, 2008e.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *LOAS Anotada: Lei Orgânica da Assistência Social*. Brasília: MDS, 2009a.

BRASIL. Portaria nº 409, de 29 de Abril de 2009. Institui o Grupo Gestor Interministerial do PROGRAMA BPC NA ESCOLA. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 30 abr. 2009, Seção 1, p. 13, 2009b.

BRASIL. Portaria nº 406, de 3 de Dezembro de 2009. Altera a Portaria nº 434, de 04 de Dezembro de 2008, que Estabelece Critérios e Procedimentos Relativos à Transferência de Recursos Financeiros aos Municípios e ao Distrito Federal, para aplicação de Questionário no âmbito do PROGRAMA BPC NA ESCOLA. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 7 dez. 2009, Seção 1, p. 85, 2009c.

BRASIL. Portaria nº 273, de 25 de Março de 2010. Altera a Portaria nº 434, de 04 de Dezembro de 2008, que Estabelece Critérios e Procedimentos Relativos à Transferência de Recursos Financeiros aos Municípios e ao Distrito Federal, para aplicação de Questionário no âmbito do PROGRAMA BPC NA ESCOLA. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 mar. 2010, Seção 1, p. 85, 2010a.

BRASIL. Portaria nº 373, de 3 de Maio de 2010. Altera a Portaria nº 434, de 04 de Dezembro de 2008, que Estabelece Critérios e Procedimentos Relativos à Transferência de Recursos Financeiros aos Municípios e ao Distrito Federal, para aplicação de Questionário no âmbito do PROGRAMA BPC NA ESCOLA. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*, Poder Executivo, Brasília, DF, 6 mai. 2010, Seção 1, p. 87, 2010b.

CARDOSO JR., José Celso & JACCOUD, Luciana de Barros. Políticas Sociais no Brasil: Organização, Abrangência e Tensões da Ação Estatal. *In*: JACCOUD, Luciana de Barros. (org.). *Questão Social e Políticas Públicas no Brasil Contemporâneo*. Brasília: IPEA, 2005, p. 181-260.

CHAGAS, Ana Maria de Resende. *Avanços e Impedimentos para Construção de uma Política Social para as Pessoas com Deficiência*. Dissertação (Mestrado em 2006). Brasília: Universidade de Brasília, 2006.

CASTRO, Jorge Abrahão de; RIBEIRO, José Aparecido; CAMPOS, André Gambier; MATIJASCIC, Milko. A CF/88 e as Políticas Sociais Brasileiras. *In*: CARDOSO JR.; José Celso (org.). *A Constituição Brasileira de 1988 Revisitada: Recuperação Histórica e Desafios Atuais das Políticas Públicas nas Áreas Econômica e Social*. Brasília: IPEA, 2009, p. 55-121.

DELGADO, Guilherme; JACCOUD, Luciana de Barros; NOGUEIRA, Roberto Passos. Seguridade Social: Redefinindo o Alcance da Cidadania. *In*: IPEA. *Políticas Sociais, Acompanhamento e Análise – Vinte Anos da Constituição Federal*. Edição Especial. Boletim 17. Vol. 1. Brasília: IPEA, p. 17-37, 2009.

DELGADO, Guilherme Costa & THEODORO, Mário. Desenvolvimento e Política Social. *In*: JACCOUD, Lucina de Barros. (org.). *Questão Social e Políticas Públicas no Brasil Contemporâneo*. Brasília: IPEA, 2005, p. 409-435.

DELGADO, Guilherme & CARDOSO JR., José Celso. (orgs.). *A Universalização de Direitos Sociais no Brasil: A Previdência Rural nos Anos 90*. 2. ed. Brasília: IPEA, 2002.

DELGADO, Guilherme. (coord.). *Relatório Metodológico da Pesquisa: Avaliação Sócio-Econômica e Regional da Previdência Social Rural – Fase II (versão preliminar)*. Brasília: IPEA, 1998.

DEMO, Pedro. *Política Social, Educação e Cidadania*. 6. ed. São Paulo: Papirus, 2003.

DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura & BUCHALLA, Cassia Maria. O Papel das Classificações da OMS – CID e CIF nas Definições de Deficiência e Incapacidade. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 11: 2, p. 324-335, 2008. [Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n2/14.pdf. Acesso: 23 ago. 2010].

DINIZ, Débora. *O Que é Deficiência*. São Paulo: Brasiliense, 2007. [Coleção Primeiros Passos, nº. 324].

DINIZ, Débora; SQUINCA, Flávia; MEDEIROS, Marcelo. Deficiência, Cuidado e Justiça Distributiva. *Série Anis* 48, p. 1-6, 2007. [Disponível em http://www.anis.org.br/serie/artigos/sa48_dinizsquincamedeiros_deficiencia.pdf. Acesso: 14 mai. 2010].

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As Três Economias Políticas do *Welfare State*. *Lua Nova* 24, p. 85-115, 1991.

EUZÉBY, Alain. Proteção Social, Pilar da Justiça Social. *In:* SPOSATI, Aldaíza (org.). *Proteção Social de Cidadania: Inclusão de Idosos e Pessoas com Deficiência no Brasil, França e Portugal*. São Paulo: Cortez, 2004, p. 11-32.

FARIAS, Norma & BUCHALLA, Cassia Maria. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas. *Revista Brasileira de Epidemiologia* 8: 2, p. 187-193, 2005. [Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf. Acesso: 23 ago. 2010].

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e Técnicas de Pesquisa Social*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999.

JACCOUD, Luciana de Barros. Proteção Social no Brasil: Debates e Desafios. *In*: MDS, UNESCO. *Concepção e Gestão da Proteção Social Não Contributiva no Brasil*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, p. 13-56, 2009a.

JACCOUD, Luciana de Barros. *Pobres, Pobreza e Cidadania: Os Desafios Recentes da Proteção Social*. Brasília: IPEA, 2009b. [Texto para Discussão nº 1372. Disponível em: http://www.ipea.gov.br. Acesso: 7 jun. 2010].

JACCOUD, Luciana de Barros; HADJAB, Patricia Dario El-Moor; CHAIBUB, Juliana Rochet. Assistência Social e Segurança Alimentar: Entre Novas Trajetórias, Velhas Agendas e Recentes Desafios (1988-2008). *In*: IPEA. *Políticas Sociais, Acompanhamento e Análise – Vinte Anos da Constituição Federal*. Edição Especial. Boletim 17. Vol. 1. Brasília: IPEA, p. 176-250, 2009c.

KERLINGER, Fred Nichols. *Metodologia da Pesquisa em Ciências Sociais: Um Tratamento Conceitual*. São Paulo: EPU, 2009.

LAVILLE, Christian & DIONE, Jean. *A Construção do Saber: Manual de Metodologia da Pesquisa em Ciências Humanas*. Porto Alegre: Artmed; Belo Horizonte: UFMG, 2009.

MEDEIROS, Marcelo & DINIZ, Debora. *A Nova Maneira de se Entender a Deficiência e o Envelhecimento*. Brasília: IPEA, 2004. [Texto para Discussão nº 1040. Disponível em: http://www.ipea.gov.br. Acesso: 24 mai. 2010].

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora; SQUINCA, Flávia. *Transferências de Renda para a População com Deficiência no Brasil: Uma Análise do Benefício de Prestação Continuada*. Brasília: IPEA, 2006. [Texto para Discussão nº 1184. Disponível em: http://www.ipea.gov.br. Acesso: 15 abr. 2010].

MOTA, Ana Elizabete. *O Mito da Assistência Social: Ensaios sobre Estado, Política e Sociedade*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

OLIVER, Michael. *The Politics of Disablement: Critical Texts in Social Work and the Welfare State*. New York: Palgrave Macmillan, 1990.

PAUGAM, Serge. Abordagem Sociológica da Exclusão. *In*: VÉRAS, Maura Pardini Bicudo (ed.). *Por uma Sociologia da Exclusão Social: O Debate com Serge Paugam*. São Paulo: EDUC, p. 49-62, 1999a.

_____. O Conceito de Desqualificação Social. *In*: VÉRAS, Maura Pardini Bicudo (ed.). *Por uma Sociologia da Exclusão Social: O Debate com Serge Paugam*. São Paulo: EDUC, p. 81-96, 1999b.

_____. O Debate em Torno de um Conceito: Pobreza, Exclusão e Desqualificação Social. *In*: VÉRAS, Maura Pardini Bicudo (ed.). *Por uma Sociologia da Exclusão Social: O Debate com Serge Paugam*. São Paulo: EDUC, p. 115-125, 1999c.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. *A Assistência Social na Perspectiva dos Direitos: Crítica aos Padrões Dominantes de Proteção aos Pobres no Brasil*. Brasília: Thesaurus, 1996.

_____. *Necessidades Humanas: Subsídios à Crítica dos Mínimos Sociais*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. *Política Social: Temas & Questões*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

RAWLS, John. *Uma Teoria da Justiça*. 2. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002.

SANTOS, Wanderley Guilherme. *Cidadania e Justiça: A Política Social na Ordem Brasileira*. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

SEN, Amartya Kumar. *Desenvolvimento como liberdade*. São Paulo: Companhia das Letras, 2000.

_____. *Desigualdade Reexaminada*. 2. ed. Rio de Janeiro: Record, 2008.

SHAKESPEARE, Tom. *Disability Rights and Wrongs*. New York: Routledge, 2006.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira; BONETTI, Dilsea Adeodata; YASBEK, Maria Carmelita & FALCÃO, Maria do Carmo B. Carvalho. *A Assistência Social na Trajetória das Políticas Sociais Brasileiras: Uma Questão em Análise*. 10ª ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira (org.). *Proteção Social de Cidadania: Inclusão de Idosos e Pessoas com Deficiência no Brasil, França e Portugal*. São Paulo: Cortez, 2004.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira. Modelo Brasileiro de Proteção Social Não Contributiva: Concepções Fundantes. *In*: MDS, UNESCO. *Concepção e Gestão da Proteção Social Não Contributiva no Brasil*. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, UNESCO, p. 13-56, 2009.

SPOSATI, Aldaíza de Oliveira (coordenadora). A Assistência Social no Brasil: 1983 – 1990. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 1995.

TOLEDO, Geraldo Luciano; OVALLE, Ivo Izidoro. *Estatística Básica*. 2ª ed. São Paulo: Atlas, 1995.

VAITSMAN, Jeni. Anotações em sala de aula, da Disciplina Teorias do Desenvolvimento, em 09/05/09. Mestrado Profissional em Desenvolvimento e Políticas Públicas. Brasília: ENSP/Fiocruz/IPEA, 2009.

VÉRAS, Maura Pardini Bicudo (ed.). *Por uma Sociologia da Exclusão Social: O Debate com Serge Paugam*. São Paulo: EDUC, 1999.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila & LEVCOVITZ, Eduardo. Proteção Social: Introduzindo o debate. *In:* VIANA, Ana Luiza d'Ávila; ELIAS, Paulo Eduardo M.; IBAÑEZ, Nelson (orgs.). *Proteção Social: Dilemas e Desafios*. São Paulo: Hucitec, p. 15-57, 2005.

ANEXO A: TABELAS

TABELA 3: Distribuição dos Beneficiários do BPC, com deficiência, na faixa etária de zero a dezoito anos, Cruzamento BPC X Censo Escolar, por inserção na Escola - Unidades da Federação, Grandes Regiões e Brasil

UF/Região	Cruzamento BPC X Censo Escolar			
	Total de Municípios	Quantitativo de Beneficiários Inseridos na Escola	Quantitativo de Beneficiários Não Inseridos na Escola	TOTAL de Beneficiários
AC	22	683	2.117	**2.800**
AM	62	2.143	6.964	**9.107**
AP	16	344	1.278	**1.622**
PA	143	3.889	13.547	**17.436**
RO	52	915	2.532	**3.447**
RR	15	284	713	**997**
TO	139	769	2.101	**2.870**
Região Norte	449	9.027	29.252	**38.279**
AL	102	2.171	7.467	**9.638**
BA	417	6.437	22.155	**28.592**
CE	184	4.079	15.607	**19.686**
MA	217	3.388	13.879	**17.267**
PB	223	1.855	7.540	**9.395**
PE	185	4.616	18.059	**22.675**
PI	223	1.211	5.649	**6.860**
RN	167	1.709	5.728	**7.437**
SE	75	1.106	3.686	**4.792**
Região Nordeste	1.793	26.572	99.770	**126.342**
DF	1	1.427	2.336	**3.763**
GO	246	2.750	6.827	**9.577**
MS	78	1.615	2.770	**4.385**
MT	141	1.611	3.571	**5.182**
Região Centro-Oeste	466	7.403	15.504	**22.907**
ES	78	1.906	3.601	**5.507**
MG	853	10.458	23.368	**33.826**
RJ	92	4.574	15.271	**19.845**
SP	645	22.412	28.168	**50.580**
Região Sudeste	1.668	39.350	70.408	**109.758**
PR	399	9.008	8.758	**17.766**
RS	496	6.059	11.934	**17.993**
SC	293	3.155	4.336	**7.491**
Região Sul	1.188	18.222	25.028	**43.250**
TOTAL BRASIL	**5.564**	**100.574**	**239.962**	**340.536**

Fonte: Cruzamento BPC x Censo Escolar realizado em 02/09/2008.

TABELA 4: Distribuição dos Beneficiários do Programa BPC na Escola, por inserção na Escola - Unidades da Federação, Grandes Regiões e Brasil

UF/Região	Adesão ao Programa BPC na Escola			
	Total de Municípios Participantes do Programa	Quantitativo de Beneficiários Inseridos na Escola	Quantitativo de Beneficiários Não Inseridos na Escola	TOTAL de Beneficiários
AC	21	675	2.058	**2.733**
AM	22	1.218	4.042	**5.260**
AP	15	342	1.270	**1.612**
PA	74	3.047	10.090	**13.137**
RO	36	778	2.233	**3.011**
RR	7	242	589	**831**
TO	50	440	1.091	**1.531**
Região Norte	225	6.742	21.373	**28.115**
AL	89	2.000	6.925	**8.925**
BA	273	4.825	16.624	**21.449**
CE	108	2.948	11.356	**14.304**
MA	150	2.547	10.478	**13.025**
PB	126	1.126	4.690	**5.816**
PE	114	3.282	12.661	**15.943**
PI	175	1.019	4.762	**5.781**
RN	59	847	2.872	**3.719**
SE	45	816	2.536	**3.352**
Região Nordeste	1.139	19.410	72.904	**92.314**
DF	1	1.427	2.336	**3.763**
GO	155	2.344	5.630	**7.974**
MS	47	1.346	2.307	**3.653**
MT	75	1.157	2.662	**3.819**
Região Centro-Oeste	278	6.274	12.935	**19.209**
ES	39	1.089	1.974	**3.063**
MG	334	6.347	13.987	**20.334**
RJ	46	3.458	12.506	**15.964**
SP	198	13.373	18.329	**31.702**
Região Sudeste	617	24.267	46.796	**71.063**
PR	151	4.732	4.535	**9.267**
RS	113	2.673	5.351	**8.024**
SC	100	1.620	2.388	**4.008**
Região Sul	364	9.025	12.274	**21.299**
TOTAL BRASIL	**2.623**	**65.718**	**166.282**	**232.000**

Fonte: Cruzamento BPC x Censo Escolar realizado em 02/09/2008.

TABELA 5: Distribuição dos Beneficiários do Programa BPC na Escola, por situação quanto a aplicação do questionário e percentual - Unidades da Federação, Grandes Regiões e Brasil

UF/REGIÃO	Aplicado e Concluído	%	Não houve a entrevista	%	TOTAL GERAL
AC	987	**47,59%**	1.087	**52%**	**2.074**
AM	2.544	**63,90%**	1.437	**36%**	**3.981**
AP	812	**53,49%**	706	**47%**	**1.518**
PA	7.556	**62,60%**	4.515	**37%**	**12.071**
RO	1.316	**47,13%**	1.476	**53%**	**2.792**
RR	388	**48,38%**	414	**52%**	**802**
TO	664	**58,76%**	466	**41%**	**1.130**
Região Norte	**14.267**	**58,55%**	**10.101**	**41%**	**24.368**
AL	5.012	**61,38%**	3.153	**39%**	**8.165**
BA	12.805	**65,24%**	6.824	**35%**	**19.629**
CE	9.966	**73,92%**	3.516	**26%**	**13.482**
MA	7.947	**67,88%**	3.761	**32%**	**11.708**
PB	3.892	**70,38%**	1.638	**30%**	**5.530**
PE	8.131	**59,38%**	5.563	**41%**	**13.694**
PI	3.616	**73,96%**	1.273	**26%**	**4.889**
RN	2.261	**64,64%**	1.237	**35%**	**3.498**
SE	1.998	**61,99%**	1.225	**38%**	**3.223**
Região Nordeste	**55.628**	**66,37%**	**28.190**	**34%**	**83.818**
DF	1.386	**36,84%**	2.376	**63%**	**3.762**
GO	3.721	**57,77%**	2.720	**42%**	**6.441**
MS	1.905	**53,57%**	1.651	**46%**	**3.556**
MT	1.969	**56,19%**	1.535	**44%**	**3.504**
Região Centro-Oeste	**8.981**	**52,02%**	**8.282**	**48%**	**17.263**
ES	1.784	**59,41%**	1.219	**41%**	**3.003**
MG	12.909	**66,51%**	6.501	**33%**	**19.410**
RJ	8.872	**59,81%**	5.962	**40%**	**14.834**
SP	18.811	**61,67%**	11.690	**38%**	**30.501**
Região Sudeste	**42.376**	**62,55%**	**25.372**	**37%**	**67.748**
PR	5.173	**61,27%**	3.270	**39%**	**8.443**
RS	4.194	**60,20%**	2.773	**40%**	**6.967**
SC	2.465	**68,78%**	1.119	**31%**	**3.584**
Região Sul	**11.832**	**62,29%**	**7.162**	**38%**	**18.994**
TOTAL BRASIL	**133.084**	**62,72%**	**79.107**	**37%**	**212.191**

Fonte: Base de dados, com 212.191 questionários, extraídos do Aplicativo do Programa BPC na Escola em 05/08/2010.

TABELA 6: Distribuição dos motivos por não ter sido feita a aplicação do Questionário do Programa BPC na Escola (q. 119) - Grandes Regiões e Brasil

UF/REGIÃO	Beneficiário ou representante legal não quis responder o questionário	%	Beneficiário não encontrado no endereço (após 3 visitas)	%	Endereço não encontrado	%	Beneficiário mudou se para outra localidade no mesmo município (sem informar novo endereço)	%	Beneficiário mudou se para outro município (sem informar novo endereço)	%	Beneficiário mudou-se para outra unidade da federação (sem informar novo endereço)	%	Falecimento do beneficiário	%	Outros	%	Total de respostas	Total de beneficiários
Região Norte	101	5,24%	388	6,61%	4.897	19,04%	1.814	12,27%	1.026	9,91%	199	7,35%	412	9,60%	1.329	9,05%	10.166	10.101
Região Nordeste	806	41,83%	1.955	33,31%	9.541	37,09%	4.364	29,53%	3.750	36,23%	1.206	44,53%	1.968	45,87%	5.094	34,68%	28.684	28.190
Região Centro-Oeste	97	5,03%	753	12,83%	2.408	9,36%	1.691	11,44%	951	9,19%	322	11,89%	285	6,64%	1.947	13,25%	8.454	8.282
Região Sudeste	725	37,62%	2.145	36,55%	6.667	25,92%	5.470	37,01%	3.230	31,20%	769	28,40%	1.270	29,60%	5.347	36,40%	25.623	25.372
Região Sul	198	10,28%	628	10,70%	2.210	8,59%	1.440	9,74%	1.394	13,47%	212	7,83%	355	8,28%	973	6,62%	7.410	7.162
TOTAL BRASIL	1.927	2,44%	5.869	7,42%	25.723	32,52%	14.779	18,68%	10.351	13,08%	2.708	3,42%	4.290	5,42%	14.690	18,57%	80.337	79.107

Fonte: Base de dados, com 212.191 questionários, extraídos do Aplicativo do Programa BPC na Escola em 05/08/2010.

TABELA 7: Distribuição dos Beneficiários do BPC, que responderam ao Questionário do Programa BPC na Escola, por situação de acesso à escola - Unidades da Federação, Grandes Regiões e Brasil

UF/REGIÃO	Frequenta a escola atualmente	%	Já frequentou a escola e não frequenta atualmente	%	Nunca frequentou a escola	%	TOTAL GERAL
AC	705	71,43%	133	13,48%	149	15,10%	987
AM	1.588	62,42%	402	15,80%	554	21,78%	2.544
AP	437	53,82%	111	13,67%	264	32,51%	812
PA	4.809	63,64%	1.170	15,48%	1.577	20,87%	7.556
RO	911	69,22%	177	13,45%	228	17,33%	1.316
RR	286	73,71%	54	13,92%	48	12,37%	388
TO	435	65,51%	86	12,95%	143	21,54%	664
Região Norte	**9.171**	**64,28%**	**2.133**	**14,95%**	**2.963**	**20,77%**	**14.267**
AL	2.765	55,17%	854	17,04%	1.393	27,79%	5.012
BA	7.436	58,07%	2.172	16,96%	3.197	24,97%	12.805
CE	5.968	59,88%	1.736	17,42%	2.262	22,70%	9.966
MA	4.427	55,71%	1.278	16,08%	2.242	28,21%	7.947
PB	2.038	52,36%	789	20,27%	1.065	27,36%	3.892
PE	5.493	67,56%	1.168	14,36%	1.470	18,08%	8.131
PI	1.966	54,37%	590	16,32%	1.060	29,31%	3.616
RN	1.529	67,62%	387	17,12%	345	15,26%	2.261
SE	1.258	62,96%	307	15,37%	433	21,67%	1.998
Região Nordeste	**32.880**	**59,11%**	**9.281**	**16,68%**	**13.467**	**24,21%**	**55.628**
DF	1.142	82,40%	198	14,29%	46	3,32%	1.386
GO	2.859	76,83%	461	12,39%	401	10,78%	3.721
MS	1.541	80,89%	180	9,45%	184	9,66%	1.905
MT	1.486	75,47%	282	14,32%	201	10,21%	1.969
Região Centro-Oeste	**7.028**	**78,25%**	**1.121**	**12,48%**	**832**	**9,26%**	**8.981**
ES	1.390	77,91%	228	12,78%	166	9,30%	1.784
MG	10.030	77,70%	1.553	12,03%	1.326	10,27%	12.909
RJ	6.583	74,20%	1.151	12,97%	1.138	12,83%	8.872
SP	14.248	75,74%	2.202	11,71%	2.361	12,55%	18.811
Região Sudeste	**32.251**	**76,11%**	**5.134**	**12,12%**	**4.991**	**11,78%**	**42.376**
PR	4.633	89,56%	372	7,19%	168	3,25%	5.173
RS	3.194	76,16%	444	10,59%	556	13,26%	4.194
SC	1.929	78,26%	312	12,66%	224	9,09%	2.465
Região Sul	**9.756**	**82,45%**	**1.128**	**9,53%**	**948**	**8,01%**	**11.832**
TOTAL BRASIL	**91.086**	68,44%	**18.797**	**14,12%**	**23.201**	**17,43%**	**133.084**

Fonte: Base de dados, com 212.191 questionários, extraídos do Aplicativo do Programa BPC na Escola em 05/08/2010.

ANEXO B: QUADROS

Situação 1: *"para aqueles que frequentam a escola atualmente"*

QUADRO 1: Questão 48

Distribuição por quantas vezes na semana o beneficiário vai à escola, por tipo de deficiência informada

Tipo de Deficiência	Cegueira	%	Surdez	%	Deficiência física	%	Deficiência mental/ intelectual	%	TOTAL GERAL
1 dia	31	1,43%	29	0,57%	268	0,91%	420	1,09%	**748**
2 dias	104	4,79%	84	1,66%	994	3,37%	1.653	4,29%	**2.835**
3 dias	138	6,36%	205	4,05%	1.572	5,33%	2.697	7,00%	**4.612**
Somatório da Variável	*273*	***12,58%***	*318*	***6,28%***	*2.834*	***9,61%***	*4.770*	***12,38%***	***8.195***
4 dias	99	4,56%	211	4,17%	1.370	4,64%	2.031	5,27%	**3.711**
5 dias	1.765	81,34%	4.464	88,13%	24.796	84,04%	31.104	80,75%	**62.132**
Só vai à escola para fazer provas	6	0,28%	23	0,45%	114	0,39%	165	0,43%	**308**
Erro de Preenchimento	27	1,24%	49	0,97%	392	1,33%	449	1,17%	**917**
TOTAL	**2.170**	**100,00%**	**5.065**	**100,00%**	**29.506**	**100,00%**	**38.519**	**100,00%**	**75.263**

QUADRO 2: Questão 49

Distribuição por tempo gasto de casa até a escola, pelo beneficiário que frequenta atualmente a escola, por tipo de deficiência informada

Tipo de Deficiência	Até 30 minutos	%	Entre 30 minutos e 1 hora	%	Entre 1 e 2 horas	%	Mais de 2 horas	%	*Somatório da Variável*	%	Erro de Preenchimento	%	TOTAL GERAL
Cegueira	1.470	**67,74%**	420	**19,35%**	184	**8,48%**	69	**3,18%**	*253*	***11,66%***	27	1,24%	**2.170**
Surdez	3.346	**66,06%**	1.133	**22,37%**	435	**8,59%**	102	**2,01%**	*537*	***10,60%***	49	0,97%	**5.065**
Deficiência física	22.932	**77,72%**	4.587	**15,55%**	1.235	**4,19%**	363	**1,23%**	*1.598*	***5,42%***	389	1,32%	**29.506**
Deficiência mental/intelectual	27.679	**71,86%**	7.628	**19,80%**	2.236	**5,80%**	527	**1,37%**	*2.763*	***7,17%***	449	1,17%	**38.519**
TOTAL	**55.427**	**73,65%**	**13.768**	**18,29%**	**4.090**	**5,43%**	**1.061**	**1,41%**	***5.151***	***6,84%***	**914**	**1,21%**	**75.260**

QUADRO 3: Questão 50

O beneficiário necessita de acompanhante para ir de casa até a escola que frequenta?

Tipo de Deficiência	Não	%	Sim, e tem quem o(a) acompanhe	%	*Sim, mas não tem quem o(a) acompanhe*	%	Erro de Preenchimento	%	TOTAL GERAL
Cegueira	399	**18,39%**	1.724	**79,45%**	*20*	***0,92%***	27	1,24%	**2.170**
Surdez	1.715	**33,86%**	3.257	**64,30%**	*44*	***0,87%***	49	0,97%	**5.065**
Deficiência física	7.044	**23,87%**	21.845	**74,04%**	*227*	***0,77%***	390	1,32%	**29.506**
Deficiência mental/intelectual	8.063	**20,93%**	29.681	**77,06%**	*327*	***0,85%***	448	1,16%	**38.519**
TOTAL	**17.221**	**22,88%**	**56.507**	**75,08%**	***618***	***0,82%***	**914**	**1,21%**	**75.260**

QUADRO 4: Questão 51 *Onde existe falta de acessibilidade no caminho de casa até a escola que o beneficiário frequenta?*									
Tipo de Deficiência	**Cegueira**	**%**	**Surdez**	**%**	**Deficiência física**	**%**	**Deficiência mental/ intelectual**	**%**	**TOTAL GERAL**
Nas ruas	922	25,48%	1.106	17,23%	11.504	26,04%	10.508	20,35%	**24.040**
Nas calçadas	797	22,03%	723	11,26%	9.464	21,42%	8.104	15,69%	**19.088**
No transporte	469	12,96%	660	10,28%	5.715	12,94%	5.627	10,90%	**12.471**
Na sinalização	449	12,41%	538	8,38%	2.594	5,87%	2.948	5,71%	**6.529**
Outra	93	2,57%	164	2,55%	1.266	2,87%	1.280	2,48%	**2.803**
Somatório da Variável	*3.652*	***75,45%***	*3.191*	***49,70%***	*30.543*	***69,14%***	*28.467*	***55,13%***	***64.931***
Não há falta de acessibilidade	888	**24,54%**	3.228	**50,29%**	13.630	**30,86%**	23.174	**44,88%**	**40.920**
TOTAL	**3.618**	**100,00%**	**6.419**	**100,00%**	**44.173**	**100,00%**	**51.641**	**100,00%**	**105.851**

QUADRO 5: Questão 53 *De que forma as barreiras do caminho de casa até a escola que o beneficiário frequenta poderiam ser superadas?*									
Tipo de Deficiência	**Cegueira**	**%**	**Surdez**	**%**	**Deficiência física**	**%**	**Deficiência mental/ intelectual**	**%**	**TOTAL GERAL**
Rampa	477	**14,91%**	389	**11,22%**	7.119	**19,23%**	5.226	**15,94%**	**13.211**
Guia rebaixada	407	**12,72%**	281	**8,10%**	4.873	**13,16%**	3.730	**11,37%**	**9.291**
Pavimentação da rua	*726*	***22,69%***	*935*	***26,96%***	*9.636*	***26,02%***	*8.940*	***27,26%***	***20.238***
Pavimentação da calçada	612	**19,13%**	648	**18,69%**	7.289	**19,68%**	6.552	**19,98%**	**15.102**
Semáforo sonoro	496	**15,50%**	399	**11,51%**	1.585	**4,28%**	1.944	**5,93%**	**4.424**
Outra	76	**2,38%**	237	**6,83%**	1.102	**2,98%**	1.311	**4,00%**	**2.726**
Transporte apropriado/acessível às necessidades do(a) beneficiário(a)	405	**12,66%**	579	**16,70%**	5.425	**14,65%**	5.092	**15,53%**	**11.501**
TOTAL	**3.199**	**100,00%**	**3.468**	**100,00%**	**37.029**	**100,00%**	**32.795**	**100,00%**	**76.494**

QUADRO 6: Questão 55 *O beneficiário que frequenta a escola, utiliza transporte escolar?*							
Tipo de Deficiência	**Sim**	**%**	***Não***	***%***	**Erro de Preenchimento**	**%**	**TOTAL GERAL**
Cegueira	693	**31,94%**	*1.176*	***54,19%***	301	13,87%	**2.170**
Surdez	1.372	**27,09%**	*3.036*	***59,94%***	657	12,97%	**5.065**
Deficiência física	8.796	**29,81%**	*16.455*	***55,77%***	4.255	14,42%	**29.506**
Deficiência mental/intelectual	12.898	**33,48%**	*19.908*	***51,68%***	5.712	14,83%	**38.519**
TOTAL	**23.759**	**31,57%**	***40.575***	***53,91%***	**10.925**	**14,52%**	**75.260**

QUADRO 7: Questão 56

O transporte escolar que o beneficiário utiliza para ir à escola é acessível?

Tipo de Deficiência	Sim	%	*Não*	%	Erro de Preenchimento	%	TOTAL GERAL
Cegueira	502	**50,50%**	*190*	***19,11%***	302	30,38%	**994**
Surdez	1.092	**53,82%**	*280*	***13,80%***	657	32,38%	**2.029**
Deficiência física	5.787	**44,34%**	*3.000*	***22,99%***	4.264	32,67%	**13.051**
Deficiência mental/intelectual	10.126	**54,41%**	*2.763*	***14,85%***	5.721	30,74%	**18.610**
TOTAL	**17.507**	**50,48%**	***6.233***	***17,97%***	**10.944**	**31,55%**	**34.684**

QUADRO 8: Questão 57

Distribuição do tipo de transporte escolar que o beneficiário utiliza para ir à escola, por tipo de deficiência

Tipo de Deficiência	Particular	%	*Da Prefeitura*	%	Do Estado/Distrito Federal	%	Da Instituição filantrópica	%	Erro de Preenchimento	%	TOTAL GERAL
Cegueira	106	**10,66%**	*424*	***42,66%***	38	**3,82%**	124	**12,47%**	302	**30,38%**	**994**
Surdez	173	**8,53%**	*988*	***48,69%***	44	**2,17%**	166	**8,18%**	658	**32,43%**	**2.029**
Deficiência física	1.346	**10,31%**	*5.353*	***41,02%***	284	**2,18%**	1.805	**13,83%**	4.263	**32,66%**	**13.051**
Deficiência mental/intelectual	1.551	**8,33%**	*7.288*	***39,16%***	392	**2,11%**	3.660	**19,67%**	5.719	**30,73%**	**18.610**
TOTAL	**3.176**	**9,16%**	***14.053***	***40,52%***	**758**	**2,19%**	**5.755**	**16,59%**	**10.942**	**31,55%**	**34.684**

QUADRO 9: Questão 58

Na escola que o beneficiário frequenta existe algum profissional, além do professor, que o auxilie em suas atividades da vida diária?

Tipo de Deficiência	Sim	%	*Não*	%	Não sabe	%	Erro de Preenchimento	%	TOTAL GERAL
Cegueira	1.014	**46,73%**	*1.004*	***46,27%***	125	**5,76%**	27	1,24%	**2.170**
Surdez	2.037	**40,22%**	*2.579*	***50,92%***	400	**7,90%**	49	0,97%	**5.065**
Deficiência física	10.618	**35,99%**	*16.525*	***56,01%***	1.962	**6,65%**	401	1,36%	**29.506**
Deficiência mental/intelectual	18.291	**47,49%**	*17.117*	***44,44%***	2.650	**6,88%**	461	1,20%	**38.519**
TOTAL	**31.960**	**42,47%**	***37.225***	***49,46%***	**5.137**	**6,83%**	**938**	**1,25%**	**75.260**

QUADRO 10: Questão 59

O beneficiário necessita de algum profissional, além do professor, que o auxilie em suas atividades da vida diária?

Tipo de Deficiência	*Sim*	%	Não	%	Erro de Preenchimento	%	TOTAL GERAL
Cegueira	*1.466*	***67,56%***	677	**31,20%**	27	1,24%	**2.170**
Surdez	*2.678*	***52,87%***	2.338	**46,16%**	49	0,97%	**5.065**
Deficiência física	*17.886*	***60,62%***	11.221	**38,03%**	399	1,35%	**29.506**
Deficiência mental/intelectual	*25.861*	***67,14%***	12.199	**31,67%**	459	1,19%	**38.519**
TOTAL	***47.891***	***63,63%***	**26.435**	**35,12%**	**934**	**1,24%**	**75.260**

QUADRO 11: Questão 60

Distribuição dos ambientes onde o beneficiário, que frequenta a escola, encontra barreiras para acessar, por tipo de deficiência

Tipo de Deficiência	Cegueira	%	Surdez	%	Deficiência física	%	Deficiência mental/ intelectual	%	TOTAL GERAL
Sala de aula	388	10,93%	306	5,25%	4.521	10,54%	2.952	6,33%	**8.167**
Banheiro	439	12,36%	286	4,90%	5.506	12,83%	3.524	7,55%	**9.755**
Sala de recreação/pátio	327	9,21%	200	3,43%	3.333	7,77%	2.185	4,68%	**6.045**
Refeitório/cantina	279	7,86%	158	2,71%	2.878	6,71%	1.839	3,94%	**5.154**
Laboratório de informática	164	4,62%	126	2,16%	1.249	2,91%	818	1,75%	**2.357**
Ginásio/quadra/sala de educação física	196	5,52%	119	2,04%	2.222	5,18%	1.310	2,81%	**3.847**
Biblioteca/sala de leitura	195	5,49%	140	2,40%	1.622	3,78%	975	2,09%	**2.932**
Outros	134	3,77%	217	3,72%	1.676	3,91%	1.577	3,38%	**3.604**
Somatório da Variável	*2.122*	***59,76%***	*1.552*	***26,61%***	*23.007*	***53,63%***	*15.180*	***32,53%***	***41.861***
Todos os ambientes da escola são acessíveis	**1.429**	**40,24%**	**4.281**	**73,39%**	**19.896**	**46,37%**	**31.479**	**67,47%**	**57.085**
TOTAL	**3.551**	**100,00%**	**5.833**	**100,00%**	**42.903**	**100,00%**	**46.659**	**100,00%**	**98.946**

QUADRO 12: Questão 61

A escola em que o beneficiário estuda possui quais desses profissionais para auxílio na comunicação?

Tipo de Deficiência	Cegueira	%	Surdez	%	Deficiência física	%	Deficiência mental/ intelectual	%	TOTAL GERAL
Intérprete de Libras	161	6,13%	1.810	26,03%	1.206	3,84%	2.093	4,96%	**5.270**
Guia-intérprete para surdocegos	192	7,31%	402	5,78%	473	1,51%	891	2,11%	**1.958**
Professor (a) ou atendente para a comunicação alternativa	184	7,01%	656	9,43%	2.873	9,15%	5.224	12,37%	**8.937**
Professor (a) com conhecimento do sistema Braille	718	27,35%	293	4,21%	805	2,56%	1.429	3,38%	**3.245**
Professor (a) com conhecimento da Libras	178	6,78%	1.483	21,33%	1.227	3,91%	2.091	4,95%	**4.979**
Possui, mas não precisa	68	2,59%	91	1,31%	2.442	7,78%	4.075	9,65%	**6.676**
Não sabe	397	15,12%	615	8,85%	9.033	28,76%	12.013	28,44%	**22.059**
Não possui	*727*	***27,70%***	*1.603*	***23,05%***	*13.347*	***42,50%***	*14.418*	***34,14%***	***30.096***
TOTAL	**2.625**	**100,00%**	**6.953**	**100,00%**	**31.406**	**100,00%**	**42.234**	**100,00%**	**83.221**

QUADRO 13: Questão 62 *A escola em que o beneficiário estuda possui mobiliários adequados para suas necessidades?*									
Tipo de Deficiência	**Sim**	**%**	***Não***	**%**	**Não sabe**	**%**	**Erro de Preenchimento**	**%**	**TOTAL GERAL**
Cegueira	1.263	**58,20%**	*695*	***32,03%***	185	**8,53%**	27	1,24%	**2.170**
Surdez	3.169	**62,57%**	*1.349*	***26,63%***	498	**9,83%**	49	0,97%	**5.065**
Deficiência física	15.997	**54,22%**	*10.728*	***36,36%***	2.383	**8,08%**	398	1,35%	**29.506**
Deficiência mental/intelectual	25.550	**66,33%**	*9.088*	***23,59%***	3.419	**8,88%**	462	1,20%	**38.519**
TOTAL	**45.979**	**61,09%**	***21.860***	***29,05%***	**6.485**	**8,62%**	**936**	**1,24%**	**75.260**

QUADRO 14: Questão 63 *O beneficiário tem acesso/precisa, na escola que frequenta, a quais materiais didáticos especializados?*									
Tipo de Deficiência	**Cegueira**	**%**	**Surdez**	**%**	**Deficiência física**	**%**	**Deficiência mental/ intelectual**	**%**	**TOTAL GERAL**
Kit do MEC para aluno (a) com cegueira	332	12,26%	47	0,82%	111	0,36%	148	0,37%	**638**
Kit do MEC para aluno (a) com baixa visão	61	2,25%	46	0,80%	172	0,56%	311	0,77%	**590**
Libras	64	2,36%	1.525	26,48%	414	1,36%	712	1,76%	**2.715**
Braille	589	21,75%	111	1,93%	137	0,45%	248	0,61%	**1.085**
Caracteres ampliados	57	2,10%	70	1,22%	434	1,42%	666	1,65%	**1.227**
Recursos de informática	161	5,95%	352	6,11%	1.640	5,38%	2.473	6,11%	**4.626**
Recursos ópticos	52	1,92%	50	0,87%	210	0,69%	329	0,81%	**641**
Comunicação alternativa	91	3,36%	404	7,02%	1.737	5,70%	3.117	7,71%	**5.349**
Outros	174	6,43%	334	5,80%	2.287	7,50%	3.617	8,94%	**6.412**
Não tem acesso, mas precisa	*755*	***27,88%***	*1.914*	***33,24%***	*8.788*	***28,83%***	*11.523*	***28,49%***	***22.981***
Não precisa	372	13,74%	905	15,72%	14.547	47,73%	17.303	42,78%	**33.128**
TOTAL	**2.708**	**100,00%**	**5.758**	**100,00%**	**30.477**	**100,00%**	**40.447**	**100,00%**	**79.393**

Situação 2: *"para aqueles que já frequentaram a escola e a não frequentam atualmente"*

QUADRO 15: Questão 69 *O beneficiário que frequentava a escola e não frequenta atualmente, precisava de acompanhante para ir de casa até a escola?*									
Tipo de Deficiência	**Não**	**%**	**Sim, e tinha quem o(a) acompanhasse**	**%**	***Sim, mas não tinha quem o(a) acompanhasse***	**%**	**Erro de Preenchimento**	**%**	**TOTAL GERAL**
Cegueira	86	**16,10%**	428	**80,15%**	*19*	***3,56%***	1	0,19%	**534**
Surdez	253	**28,27%**	611	**68,27%**	*31*	***3,46%***	0	0,00%	**895**
Deficiência física	932	**15,40%**	4.916	**81,24%**	*192*	***3,17%***	11	0,18%	**6.051**
Deficiência mental/intelectual	1.255	**12,08%**	8.816	**84,83%**	*307*	***2,95%***	14	0,13%	**10.392**
TOTAL	**2.526**	**14,13%**	**14.771**	**82,65%**	***549***	***3,07%***	**26**	**0,15%**	**17.872**

QUADRO 16: Questão 70 *Distribuição das situações que contribuíram para que o beneficiário deixasse de frequentar a escola*									
Tipo de Deficiência	**Cegueira**	**%**	**Surdez**	**%**	**Deficiência física**	**%**	**Deficiência mental/ intelectual**	**%**	**TOTAL GERAL**
Recomendação da gestão da escola (diretor, coordenador, supervisor e orientador ou do professor para que o beneficiário procurasse outra escola	49	**5,78%**	127	**9,67%**	492	**5,42%**	1.657	**10,97%**	**2.325**
Exigências da escola difíceis de serem cumpridas pelo beneficiário	33	**3,89%**	46	**3,50%**	306	**3,37%**	757	**5,01%**	**1.142**
Saúde debilitada	*161*	***18,99%***	133	**10,13%**	*1.864*	***20,55%***	2.437	**16,14%**	**4.595**
Iniciativa própria dos pais ou familiares de retirar o beneficiário da escola	128	**15,09%**	186	**14,17%**	1.456	**16,05%**	*2.865*	***18,97%***	**4.635**
Inexistência de mobiliário adequado na escola	39	**4,60%**	35	**2,67%**	437	**4,82%**	435	**2,88%**	**946**
Inexistência de materiais didáticos e pedagógicos que atendam às necessidades de aprendizagem do beneficiário	75	**8,84%**	104	**7,92%**	360	**3,97%**	667	**4,42%**	**1.206**
Barreiras físicas dentro da escola	40	**4,72%**	23	**1,75%**	505	**5,57%**	388	**2,57%**	**956**
Ausência de profissionais de apoio para auxílio nas atividades diárias (administração de medicamentos, alimentação, higiene)	69	**8,14%**	103	**7,84%**	741	**8,17%**	1.289	**8,54%**	**2.202**
Ausência de profissionais para auxílio na comunicação(intérprete de LIBRAS, guia intérprete para surdoscegos, etc)	66	**7,78%**	173	**13,18%**	213	**2,35%**	471	**3,12%**	**923**
Outras barreiras	124	**14,62%**	*246*	***18,74%***	1.770	**19,51%**	2.821	**18,68%**	**4.961**
Nenhuma das opções anteriores	64	**7,55%**	137	**10,43%**	927	**10,22%**	1.312	**8,69%**	**2.440**
TOTAL	**848**	**100,00%**	**1.313**	**100,00%**	**9.071**	**100,00%**	**15.099**	**100,00%**	**26.331**

QUADRO 17: Questão 72

O beneficiário que frequentava a escola e não frequenta atualmente, utilizava o transporte escolar?

Tipo de Deficiência	Sim	%	*Não*	%	Erro de Preenchimento	%	TOTAL GERAL
Cegueira	**156**	29,21%	*377*	***70,60%***	1	0,19%	**534**
Surdez	**206**	23,02%	*687*	***76,76%***	2	0,22%	**895**
Deficiência física	**1.724**	28,49%	*4.303*	***71,11%***	24	0,40%	**6.051**
Deficiência mental/intelectual	**2.801**	26,95%	*7.556*	***72,71%***	35	0,34%	**10.392**
TOTAL	**4.887**	**27,34%**	***12.923***	***72,31%***	**62**	**0,35%**	**17.872**

QUADRO 18: Questão 73

O transporte escolar que o beneficiário, que frequentava a escola e não frequenta atualmente utilizava era acessível/apropriado?

Tipo de Deficiência	Sim	%	*Não*	%	Erro de Preenchimento	%	TOTAL GERAL
Cegueira	109	**69,43%**	*47*	***29,94%***	1	0,64%	**157**
Surdez	154	**74,04%**	*52*	***25,00%***	2	0,96%	**208**
Deficiência física	1.047	**59,90%**	*674*	***38,56%***	27	1,54%	**1.748**
Deficiência mental/intelectual	2.035	**71,76%**	*764*	***26,94%***	37	1,30%	**2.836**
TOTAL	**3.345**	**67,59%**	***1.537***	***31,06%***	**67**	**1,35%**	**4.949**

QUADRO 19: Questão 74

Qual o tipo de transporte escolar que o beneficiário utilizava?

Tipo de Deficiência	Particular	%	*Da Prefeitura*	%	Do Estado/Distrito Federal	%	Da Instituição filantrópica	%	Erro de Preenchimento	%	TOTAL GERAL
Cegueira	26	**16,56%**	*90*	***57,32%***	4	**2,55%**	36	**22,93%**	1	0,64%	**157**
Surdez	33	**15,87%**	*148*	***71,15%***	3	**1,44%**	22	**10,58%**	2	0,96%	**208**
Deficiência física	300	**17,16%**	*958*	***54,81%***	64	**3,66%**	401	**22,94%**	25	1,43%	**1.748**
Deficiência mental/intelectual	401	**14,14%**	*1.607*	***56,66%***	108	**3,81%**	683	**24,08%**	37	1,30%	**2.836**
TOTAL	**760**	**15,36%**	***2.803***	***56,64%***	**179**	**3,62%**	**1.142**	**23,08%**	**65**	**1,31%**	**4.949**

Situação 3: *"para aqueles que nunca frequentaram a escola"*

QUADRO 20: Questão 75 *Entendimento da família em relação ao beneficiário que nunca frequentou a escola em frequentá-la*							
Tipo de Deficiência	**Deve frequentar a escola**	**%**	***Não deve frequentar a escola***	**%**	**Erro de Preenchimento**	**%**	**TOTAL GERAL**
Cegueira	347	**32,83%**	*710*	***67,17%***	0	0,00%	**1.057**
Surdez	370	**38,30%**	*596*	***61,70%***	0	0,00%	**966**
Deficiência física	4.701	**42,41%**	*6.374*	***57,51%***	9	0,08%	**11.084**
Deficiência mental/intelectual	5.413	**38,72%**	*8.556*	***61,20%***	11	0,08%	**13.980**
TOTAL	**10.831**	**39,99%**	***16.236***	***59,94%***	**20**	**0,07%**	**27.087**

QUADRO 21: Questão 76 *Motivo pelo qual a família entende que o beneficiário não deve frequentar a escola*									
Tipo de Deficiência	**Cegueira**	**%**	**Surdez**	**%**	**Deficiência física**	**%**	**Deficiência mental/ intelectual**	**%**	**TOTAL GERAL**
Considera que não tem condições de aprender	*563*	***51,89%***	*483*	***50,58%***	*4.971*	***51,26%***	*7.067*	***54,64%***	***13.084***
Teme que seja descriminado(a)	94	**8,66%**	95	**9,95%**	887	**9,15%**	1.268	**9,80%**	**2.344**
Teme que sofra violência	96	**8,85%**	95	**9,95%**	793	**8,18%**	1.228	**9,50%**	**2.212**
Não tem como levá-lo(a) até a escola	83	**7,65%**	84	**8,80%**	937	**9,66%**	996	**7,70%**	**2.100**
Não tem quem o(a) acompanhe na escola	54	**4,98%**	58	**6,07%**	505	**5,21%**	611	**4,72%**	**1.228**
Necessita de materiais que não tem condições de comprar e a escola não oferta	57	**5,25%**	35	**3,66%**	380	**3,92%**	375	**2,90%**	**847**
Outro motivo	138	**12,72%**	105	**10,99%**	1.224	**12,62%**	1.388	**10,73%**	**2.855**
TOTAL	**1.085**	**100,00%**	**955**	**100,00%**	**9.697**	**100,00%**	**12.933**	**100,00%**	**24.670**

QUADRO 22: Questão 77 *A família do beneficiário que nunca frequentou a escola, já procurou alguma escola para matriculá-lo?*							
Tipo de Deficiência	**Sim**	**%**	***Não***	**%**	**Erro de Preenchimento**	**%**	**TOTAL GERAL**
Cegueira	235	**22,23%**	*822*	***77,77%***	0	0,00%	**1.057**
Surdez	268	**27,74%**	*698*	***72,26%***	0	0,00%	**966**
Deficiência física	2.757	**24,87%**	*8.318*	***75,05%***	9	0,08%	**11.084**
Deficiência mental/intelectual	3.944	**28,21%**	*10.025*	***71,71%***	11	0,08%	**13.980**
TOTAL	**7.204**	**26,60%**	***19.863***	***73,33%***	**20**	**0,07%**	**27.087**

QUADRO 23: Questão 78

A escola criou as condições necessárias para que o beneficiário a frequentasse?

Tipo de Deficiência	Sim	%	*Não*	%	Erro de Preenchimento	%	TOTAL GERAL
Cegueira	75	**31,91%**	*160*	***68,09%***	0	0,00%	**235**
Surdez	66	**24,63%**	*201*	***75,00%***	1	0,37%	**268**
Deficiência física	828	**29,93%**	*1.928*	***69,70%***	10	0,36%	**2.766**
Deficiência mental/intelectual	1.140	**28,82%**	*2.804*	***70,90%***	11	0,28%	**3.955**
TOTAL	**2.109**	**29,19%**	***5.093***	***70,50%***	**22**	**0,30%**	**7.224**

QUADRO 24: Questão 79

Por qual motivo a escola não criou condições para que o beneficiário a frequentasse?

Tipo de Deficiência	Cegueira	%	Surdez	%	Deficiência física	%	Deficiência mental/ intelectual	%	TOTAL GERAL
Pois não aceitou a matrícula	*50*	***17,30%***	*49*	***14,41%***	*560*	***16,08%***	*857*	***18,42%***	***1.516***
Não possuía mobiliário adequado	33	**11,42%**	32	**9,41%**	538	**15,45%**	539	**11,59%**	**1.142**
Não dispunha de materiais didáticos e pedagógicos adequados para as necessidades de aprendizagem do beneficiário	53	***18,34%***	65	**19,12%**	490	**14,07%**	691	**14,85%**	**1.299**
Havia barreiras físicas dentro da escola	28	**9,69%**	19	**5,59%**	382	**10,97%**	390	**8,38%**	**819**
Ausência de um profissional de apoio que o auxiliasse nas atividades diárias (administração de medicamentos, alimentação, higiene)	40	**13,84%**	64	**18,82%**	771	***22,14%***	1.105	***23,75%***	**1.980**
Ausência de um profissional que o auxiliasse na comunicação (intérprete de LIBRAS, guia intérprete para surdocegos, etc)	45	**15,57%**	76	***22,35%***	257	**7,38%**	405	**8,71%**	**783**
Outras	40	**13,84%**	35	**10,29%**	485	**13,92%**	665	**14,29%**	**1.225**
TOTAL	**289**	**100,00%**	**340**	**100,00%**	**3.483**	**100,00%**	**4.652**	**100,00%**	**8.764**

Quadro 25: Questão 81

A família do beneficiário que nunca frequentou a escola pretende matriculá-lo em alguma escola?

Tipo de Deficiência	Sim	%	*Não*	%	Erro de Preenchimento	%	TOTAL GERAL
Cegueira	378	**35,76%**	*679*	***64,24%***	0	0,00%	**1.057**
Surdez	396	**40,99%**	*570*	***59,01%***	0	0,00%	**966**
Deficiência física	4.939	**44,56%**	*6.134*	***55,34%***	11	0,10%	**11.084**
Deficiência mental/intelectual	5.747	**41,11%**	*8.218*	***58,78%***	15	0,11%	**13.980**
TOTAL	**11.460**	**42,31%**	***15.601***	***57,60%***	**26**	**0,10%**	**27.087**

ANEXO C: MANUAL DE APLICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PARA IDENTIFICAÇÃO DAS BARREIRAS PARA O ACESSO E PERMANÊNCIA NA ESCOLA DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA BENEFICIÁRIAS DO BPC

Livros Grátis

(http://www.livrosgratis.com.br)

Milhares de Livros para Download:

Baixar livros de Administração
Baixar livros de Agronomia
Baixar livros de Arquitetura
Baixar livros de Artes
Baixar livros de Astronomia
Baixar livros de Biologia Geral
Baixar livros de Ciência da Computação
Baixar livros de Ciência da Informação
Baixar livros de Ciência Política
Baixar livros de Ciências da Saúde
Baixar livros de Comunicação
Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE
Baixar livros de Defesa civil
Baixar livros de Direito
Baixar livros de Direitos humanos
Baixar livros de Economia
Baixar livros de Economia Doméstica
Baixar livros de Educação
Baixar livros de Educação - Trânsito
Baixar livros de Educação Física
Baixar livros de Engenharia Aeroespacial
Baixar livros de Farmácia
Baixar livros de Filosofia
Baixar livros de Física
Baixar livros de Geociências
Baixar livros de Geografia
Baixar livros de História
Baixar livros de Línguas

Baixar livros de Literatura
Baixar livros de Literatura de Cordel
Baixar livros de Literatura Infantil
Baixar livros de Matemática
Baixar livros de Medicina
Baixar livros de Medicina Veterinária
Baixar livros de Meio Ambiente
Baixar livros de Meteorologia
Baixar Monografias e TCC
Baixar livros Multidisciplinar
Baixar livros de Música
Baixar livros de Psicologia
Baixar livros de Química
Baixar livros de Saúde Coletiva
Baixar livros de Serviço Social
Baixar livros de Sociologia
Baixar livros de Teologia
Baixar livros de Trabalho
Baixar livros de Turismo