

Concessão dos benefícios assistenciais para pessoas com paralisia cerebral no Brasil: tendência temporal e análise espacial

Continuous cash benefit for people with cerebral palsy in Brazil: temporal trend and spatial analysis

 Marcus Valerius da Silva Peixoto¹,  Natan Tainá Pereira Gomes¹,  Carla Suzanne Pereira Sousa¹,  Aline Matos dos Santos¹,  Andrezza Marques Duque¹

RESUMO

Objetivo: Analisar a tendência temporal e distribuição espacial dos benefícios concedidos para as pessoas com Paralisia Cerebral. **Método:** Estudo ecológico em que foram incluídos os benefícios concedidos às pessoas com Paralisia Cerebral, nos períodos de 2004 a 2016, no Brasil. Os dados foram coletados do Instituto Nacional de Seguridade Social e Instituto Brasileiro de Geografia Estatística. Utilizou-se o software Join Point Regression, 4.5.0.1, sendo as tendências classificadas em decrescente; crescente e estacionária. Na distribuição espacial foi realizada Análise Exploratória de Dados Espaciais com o software QGIS versão 3.18. **Resultados:** Observou-se uma tendência decrescente do BPC do ano de 2004 até o ano de 2016, no Brasil. Na região Norte o número de concessões aumentou de 2004-2010, mas, após isso, houve um decréscimo. Já as regiões Sudeste, Sul e Centro Oeste apresentaram tendência decrescente em todo o período analisado. Na análise espacial, as regiões Norte e Nordeste apresentaram maior frequência de BPC proporcionalmente à população com pessoas até 19 anos, aos domicílios e às famílias com até um salário mínimo nas unidades federativas do Brasil. **Conclusão:** Foi possível observar a diminuição de concessões do BPC em todas as regiões do país no período de 2004 a 2016. As regiões que possuem os índices mais elevados de distribuição do BPC são Nordeste e Norte, reconhecidamente, as que possuem os maiores indicadores de pobreza e extrema pobreza do país.

Palavras-chaves: Paralisia Cerebral, Seguridade Social, Proteção Social em Saúde, Criança, Brasil

¹ Universidade Federal de Sergipe – UFS

Autor Correspondente

Marcus Valerius da Silva Peixoto
E-mail: peixotovalerius@gmail.com

Conflito de Interesses

Nada a declarar

Submetido: 28 setembro 2022

Aceito: 02 março 2023

Como citar

Peixoto MVS, Gomes NTP, Sousa CSP, Santos AM, Duque AM. Concessão dos benefícios assistenciais para pessoas com paralisia cerebral no Brasil: tendência temporal e análise espacial. Acta Fisiátr. 2023;30(1):21-26.

DOI: 10.11606/issn.23170190.v30i1a203003

ISSN 2317-0190 | Copyright © 2023 | Acta Fisiátrica
Instituto de Medicina Física e Reabilitação – HCFMUSP



Este trabalho está licenciado com uma licença
Creative Commons - Atribuição 4.0 Internacional

ABSTRACT

Objective: To analyze the temporal trend and spatial distribution of benefits granted to people with Cerebral Palsy. **Method:** An ecological study that included the benefits granted to people with Cerebral Palsy, from 2004 to 2016, in Brazil. Data were recorded from the National Institute of Social Security and the Brazilian Institute of Geography. The software Join Point Regression, 4.5.0.1 was used and the trends were classified as increasing; growing and stationary. In the spatial distribution, Exploratory Spatial Data Analysis was performed with the QGIS software version 3.18. **Results:** There is a downward trend in BPC from 2004 to 2016 in Brazil. In the North region, the number of concessions increased from 2004-2010, but after that, there was a decline. The regions and Center West, on the other hand, show a decreasing trend throughout the Southeast and South period. In the spatial analysis, the most frequent North and Northeast regions of BPC in proportion to the population with people aged 19 years, to families with units up to one minimum wage in the federative units of Brazil. **Conclusion:** A decrease in BPC extensions was observed in all regions of the country in the period 2016. Poverty and extreme poverty in the country.

Keywords: Cerebral Palsy, Social Welfare, Social Protection in Health, Child, Brazil

INTRODUÇÃO

O Benefício da Prestação Continuada (BPC) foi instituído pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) em 1993. Tem como objetivo auxiliar na renda de idosos e pessoas com deficiência, em que não exista a possibilidade de prover seu próprio sustento, nem tão pouco tê-lo promovido por familiares e responsáveis sendo um benefício individual e intransferível no valor de um salário mínimo.¹

No Brasil, 4.921.883 indivíduos foram beneficiários do BPC no ano de 2020, com um total de aproximadamente 53 bilhões de reais que foram pagos durante o ano. Santos² identificou que 43% dos beneficiários do BPC são pessoas com deficiência e desses a maior parte é responsável pelo domicílio em que reside ou é filho(a) do responsável e do cônjuge.

A concessão do BPC teve início em 1996 e até a atualidade sofreu alterações na Lei de garantia do benefício, acarretando dificuldades de entendimento dos critérios de acesso, de regulamentação e de revisões fiscalizadoras, pelas pessoas que requerem e os já beneficiados.³

O BPC não possui relação com contribuição direta à Previdência Social, diferentemente da aposentadoria. Os critérios para recebimento do benefício para as pessoas com deficiência são: comprovar que não possuem condições de trabalhar e ser independente, ter renda per capita familiar inferior a ¼ do salário mínimo vigente e ter os dados cadastrais atualizados a cada dois anos.¹

A elegibilidade do BPC recebe grande influência da concessão judicial. No período entre 2004 e 2014, 17% dos deferimentos foram de forma judicial. Isso ocorre por conta do alto índice de requerimento indeferido pela avaliação do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS). No mesmo período de 10 anos, 63% dos requerentes autodeclarados deficientes tiveram o pedido negado, mostrando que, o trabalho judicial tem sido corrigir as falhas. Apesar da mudança positiva para o novo modelo de avaliação social, existem falhas na identificação da pessoa com deficiência elegível ao benefício, muitas vezes a falta de limites claros de elegibilidade, gera a concessão dependente dos agentes públicos.⁴

Segundo Costa⁵ o Estado mantém uma burocracia especializada e necessita de uma reflexão a respeito do acesso ao BPC e da decisão final após análise dos indivíduos, para que possa favorecer o consentimento do auxílio e ampliar o número de beneficiários em condição de vulnerabilidade.

No caso da situação das pessoas com deficiência, a renda per capita dos usuários do BPC é menor que ¼ do salário mínimo em 79,5% dos casos, o que é grave porque a deficiência também impacta na condição socioeconômica das famílias, pois na busca por acesso a melhores condições de saúde, educação e mobilidade as despesas geradas causam o empobrecimento e endividamento desses núcleos familiares.²

Nesse sentido, a Paralisia Cerebral (PC) é a principal causa de incapacidade física na infância, compreendida como um grupo de desordens permanentes no desenvolvimento dos movimentos e postura que causa limitação da atividade e são atribuíveis a distúrbios não-progressivos que ocorreram no desenvolvimento do sistema nervoso central fetal ou infantil.⁶

As alterações estruturais e funcionais da PC podem causar um grande impacto emocional, financeiro e social aos indivíduos, às famílias e às comunidades, uma vez que, ao longo da vida,

existem custos consideráveis refletidos pela necessidade de assistência à saúde mais frequente, reabilitação, educação e intervenções sociais.⁷

Ainda que a Constituição Federal de 1988 assegure a pessoa com deficiência o direito à igualdade, assim como, a criação de políticas para proteção e a seguridade social, como o BPC, a concepção de deficiência do governo na época era baseado no modelo biomédico, que levava em conta a incapacidade para a vida independente e para o trabalho decorrentes de anomalias e/ou lesões.

No ano de 2009, com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e na Convenção da ONU sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, a avaliação para o Benefício da Prestação Continuada passou a ser através do modelo biopsicossocial, que considera barreiras causadas por fatores biológicos, psicológicos e sociais que causem impossibilidade de executar tarefas cotidianas básicas e/ou complexas essenciais para uma vida independente.⁸ Na CIF a deficiência é compreendida por aspectos na estrutura do corpo em conjunto com o contexto social e pessoal, sendo a funcionalidade e incapacidade como resultados da interação com os contextos ambiental, sócio familiar, do estado de saúde e da participação na sociedade.⁹

O uso da CIF estabelecido no BPC é um exemplo mundial de como essa classificação pode ser utilizada em políticas públicas, entretanto, existem algumas inverdades que podem ser prejudiciais para que outros países utilizem a CIF nas políticas públicas, como o mito de que o uso da CIF atrelado aos Direitos das Pessoas com Deficiência aumentaria consideravelmente as concessões ou de que a funcionalidade é um indicador insuficiente para o concessão de benefícios sociais.¹⁰

Apesar da inserção do modelo biopsicossocial da CIF pelo Decreto n. 6.214/2007, os dados mostram que na avaliação para concessão, a perícia médica tem maior influência nos resultados de elegibilidade. Mesmo com a implantação do novo modelo de avaliação, que amplia a avaliação e a visão da deficiência, não houve crescimento no ritmo de novos beneficiados pelo BPC se comparado ao antigo método utilizado, modelo biomédico.⁸

A pessoa com PC pode se encontrar em situação de vulnerabilidade social em função da deficiência, com um alto impacto nas famílias do ponto de vista social e econômico, condicionando outros determinantes sociais da saúde. Assim, se justifica a necessidade de conhecer melhor como ocorre a distribuição de renda para as pessoas com paralisia cerebral mediante a concessão do BPC.

OBJETIVO

Esta pesquisa teve como objetivo analisar a tendência temporal e a distribuição espacial dos benefícios concedidos para as pessoas com Paralisia Cerebral, no período de 2004 a 2016, no Brasil.

MÉTODO

Foi realizado um estudo epidemiológico do tipo ecológico, com análise de tendência temporal e espacial. Foram utilizados dados secundários provenientes do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), de uma base nacional no período de 2004 a 2016.

Foram incluídos no estudo os benefícios concedidos nos períodos de 2004 a 2016, através dos códigos da Classificação

Internacional das Doenças, 10^a versão (CID-10), do intervalo G80-G80.9, de todas as faixas etárias, sexo e unidades federativas do Brasil, sendo consideradas para este estudo as concessões para pessoas com PC até os 19 anos de idade.¹¹ Foram coletados dados no Instituto Brasileiro de Geografia Estatística referente à população de cada unidade federativa.

Na análise da tendência temporal os dados populacionais consideraram o censo demográfico, para o ano de 2010, e as estimativas intercensitárias elencadas no Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE) por ano. Assim sendo, foi realizada a análise utilizando-se o quantitativo dos benefícios concedidos para pessoas com PC menores de 19 anos, no período referente aos anos 2004 a 2016, sendo que, para a análise temporal considerou-se as cinco regiões do Brasil.

Utilizou-se o software Join Point Regression, 4.5.0.1 (Statistical Methodology and Applications Branch, Surveillance Research Program of National Cancer Institute, Bethesda, MD, EUA, June 2017) para que se pudesse analisar as tendências dos benefícios por região do Brasil. Este modelo de regressão possibilitou calcular a média percentual anual (Annual Percent Change - APC), pelo modelo linear e com o teste de permutação de Monte Carlo, em que foi possível mensurar os dados dos segmentos e classificar as tendências como: decrescente; crescente e estacionária.

Utilizou-se o índice de confiabilidade de 95% (IC95%) e foi adotado o método T de Student para avaliação das médias. Para análise da APC, parte dos pontos de junção ou inflexão, que a partir da alocação estatística do número mínimo e máximo de junções estabelecidas, permite analisar e testar se a composição de múltiplos segmentos com o início em uma linha reta causa significância maior que o número mínimo de segmentos.¹²

Para análise espacial, utilizou-se as taxas de prevalência por período (2004-2016) e considerando 100 mil habitantes. Os dados foram distribuídos espacialmente em malhas cartográficas provenientes do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. A projeção cartográfica corresponde ao sistema geodésico de referência SIRGAS 2000. Foi utilizada a técnica de Análise Exploratória de Dados Espaciais (AEDE) que serve para descrever distribuições espaciais.¹³ Foi utilizado o software QGIS 2.18.3 (Creative Commons Attribution-ShareAlike 3.0 license CC BY-SA, Las Palmas, California, USA).

RESULTADOS

Na Figura 1 e Tabela 1, visualiza-se a tendência temporal dos benefícios concedidos para pessoas menores de 19 anos com Paralisia Cerebral por regiões do Brasil.

A partir dos resultados apresentados é possível observar uma tendência significativa decrescente de concessões de benefícios do ano de 2004 até o ano de 2016, no Brasil. Na região Norte o número de concessões aumentou no período de 2004-2010 mas, após isso, houve um decréscimo de 2010-2016, período referente a implantação da CIF. Essa foi a única região que apresentou um período de acréscimo em todo tempo analisado. Apesar da região Nordeste ter tido um resultado decrescente seu valor não foi significativo. Já as regiões Sudeste, Sul e Centro-oeste apresentaram tendência decrescente significativa em todo o período analisado.

A Figura 2 demonstra a distribuição espacial da proporção da população com Paralisia Cerebral de até 19 anos de idade que recebe o BPC pela população total de até 19 anos de idade. Foi

possível observar que as regiões Norte e Nordeste apresentaram maior frequência de BPC (Taxa de 128-190/100 mil), enquanto as regiões Sul, Sudeste e Centro Oeste, com exceção do Distrito Federal e Mato Grosso do Sul, apresentaram menor distribuição do BPC (Taxa de 0-128/100 mil) do país (Figura 2).

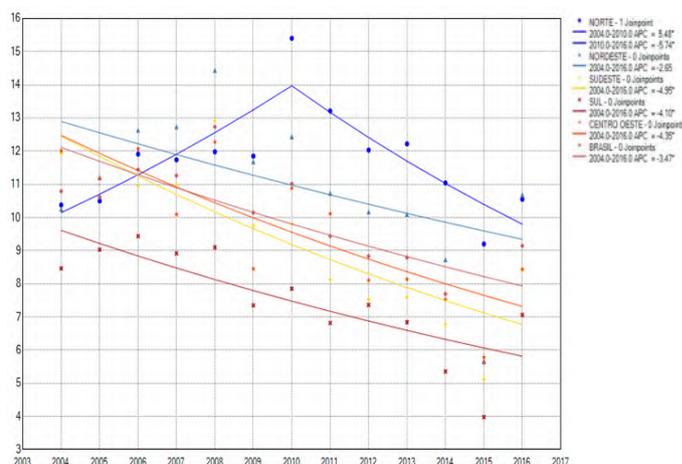


Figura 1. Tendência temporal dos benefícios concedidos para pessoas até os 19 anos de idade com Paralisia Cerebral, Brasil, 2004-2016

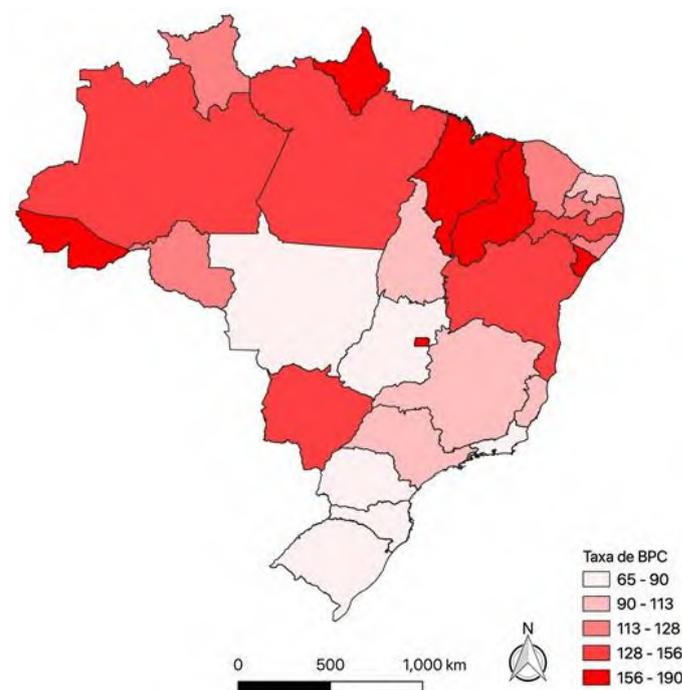
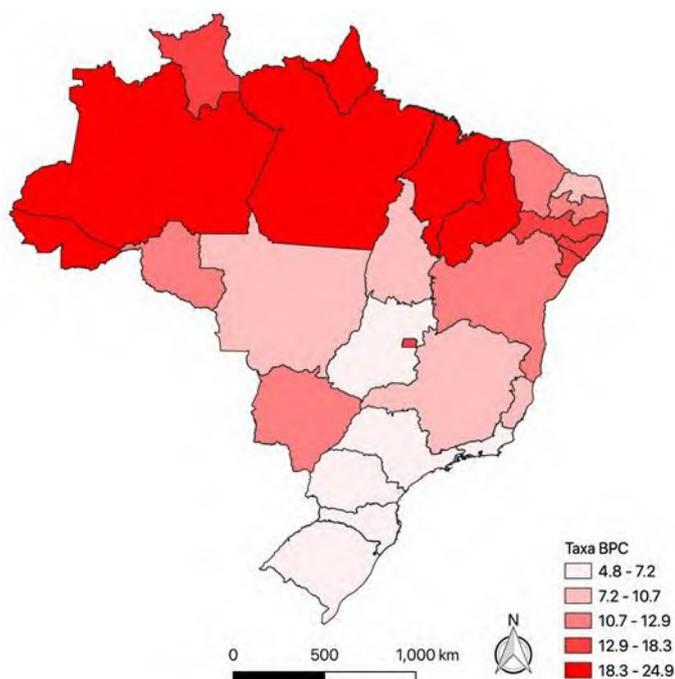


Figura 2. Mapa de distribuição espacial do Benefício de Prestação Continuada na População de até 19 anos de idade com Paralisia Cerebral proporcionalmente à população de 19 anos de idade nas Unidades Federativas do Brasil, por 100 mil habitantes

Na Figura 3 foi possível observar a distribuição do Benefício de Prestação Continuada da População com Paralisia Cerebral de até 19 anos de idade proporcionalmente às famílias com até um salário mínimo nas Unidades Federativas do Brasil. A maior parte dos Estados das regiões Norte e Nordeste (6) estão no quintil mais alto de distribuição do BPC. Toda a Região Sul e os estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Goiás estão no quintil mais baixo (6).

Tabela 1. Tendência temporal dos benefícios concedidos para pessoas com Paralisia Cerebral até os 19 anos de idade, Brasil, 2004-2016

Situação	Região	Varição percentual anual (APC)*	IC (95%)	Tendência
BPC para pessoas com PC	Norte	2004 - 2010: 5.5*	2.1; 8.9	Crescente
		2010 - 2016: -5.7*	-8.7; -2.7	Decrescente
	Nordeste	2004 - 2016: -2.7	-5.5; 0.2	Decrescente
	Sudeste	2004 - 2016: -4.9*	-7.2; -2.7	Decrescente
	Sul	2004 - 2016: -4.1	-6.2; -1.9	Decrescente
	Centro Oeste	2004 - 2016: -4.3*	-6.3; -2.3	Decrescente
	Brasil	2004 - 2016: -3.5*	-5.6; -1.3	Decrescente

*Valor significativo: $p < 0,05$ **Figura 3.** Mapa de distribuição espacial do Benefício de Prestação Continuada da População com Paralisia Cerebral de até 19 anos de idade proporcionalmente às famílias com até um salário mínimo nas Unidades Federativas do Brasil, por 100 mil famílias

DISCUSSÃO

O crescimento de outorgas do BPC durante o período de 2000 a 2010 foi observado no estudo de Duarte et al.⁸ assim como um declínio após esse período, sendo justificada essa queda devido a adoção do modelo de elegibilidade biopsicossocial que estabelece critérios mais rígidos para a concessão do Benefício de Prestação Continuada.⁸ A dificuldade de acesso ao benefício devido aos requisitos restritivos impostos pelo governo também é relatada em outros estudos como motivo de declínio no número de concessões.^{3,14,15}

O crescimento de concessões durante o biênio de 2015-2016 foi observado no trabalho de Pereira et al.¹⁴ além disso, 73,1% estavam localizados na região Nordeste, sendo Pernambuco e Bahia os estados com maiores números absolutos de benefícios.

Os autores justificam esse crescimento devido ao surto de microcefalia - que atingiu o país durante o mesmo período. As

famílias dessas crianças buscaram a garantia do direito de acesso a uma rede de ações intersetorial de inserção social para a pessoa com deficiência, que acolham os indivíduos e suas famílias que, em sua maioria, encontram-se em situação severa de vulnerabilidade socioeconômica.^{8,14,16}

Duarte et al.⁸ investigando a associação da posição socioeconômica e comorbidades com o autorrelato da deficiência em Belo Horizonte no período de 2008 à 2009, observaram que uma baixa posição socioeconômica, escolaridade materna e do entrevistado e a ocorrência de duas ou mais doenças estão associadas à maior ocorrência de deficiência e iniquidades em saúde para essa população. Tais achados apontam necessidade e relevância de políticas de transferência de renda como o BPC assim como o incentivo para programas e políticas públicas que garantam a promoção de saúde e prevenção de agravos no atendimento a populações vulneráveis como as pessoas com deficiência e suas famílias.

As concessões gerais e não judiciais entre 1998 e 2014 e o perfil dos requerentes do Benefício de Prestação Continuada, tiveram um crescimento antes da adoção do modelo de elegibilidade biopsicossocial durante o período de 2000 à 2010 e leve estabilização e declínio a partir desse ano, enquanto os benefícios concedidos judicialmente durante o período de 2004 a 2014 foi maior que 24%. No perfil dos requerentes que tiveram o benefício deferido, predominaram as classificações graves ou completas para limitações e alterações em funções do corpo. No caso dos indeferidos, as limitações e restrições são de menor intensidade e as alterações corporais leves ou moderadas.¹⁵

O crescimento e declínio no número de concessões ao longo dos anos, por regiões apresentados neste estudo, foram comparados com os resultados de outros estudos.^{3,8,14} Enquanto Pereira et al.¹⁴ constataram que a região que mais apresentou casos, em números absolutos, foi o Nordeste, nosso estudo mostrou que a região Sudeste e Nordeste apresentou número de concessão superior ao das demais regiões. Esse achado pode ser justificado por essas duas regiões serem as mais populosas do país.

Quando analisadas a distribuição espacial da proporção da população com Paralisia Cerebral de até 19 anos de idade que recebe o BPC pela população total de até 19 anos de idade identificou-se que as regiões Norte e Nordeste possuíam os índices mais elevados de distribuição do BPC. Este dado também foi identificado quando analisadas as concessões do BPC proporcionalmente às famílias com até um salário mínimo e aos domicílios pelas Unidades Federativas do Brasil. As regiões

Norte e Nordeste possuem os maiores indicadores de pobreza e extrema pobreza do país.¹⁷ Em um estudo realizado em uma capital do Nordeste percebeu-se que a maioria (71,67%) dos participantes recebiam o BPC e possuíam uma média de 4,11 pessoas por domicílio com renda per capita de até um salário mínimo.¹⁸ O Rio Grande do Norte e a Paraíba possuem os menores percentuais de pobreza da região Nordeste visivelmente, o Rio Grande do Norte é o estado da Região Nordeste com índices mais baixos na distribuição do BPC.

O IPEA, através do Índice de Vulnerabilidade Social, demonstrou que no Maranhão mais de 78% dos municípios estão na faixa de vulnerabilidade social muito alta. Em 2010, Sergipe apresentou IVS de média vulnerabilidade social, entretanto 45 dos seus 75 municípios se encontravam com IVS de alta vulnerabilidade social.¹⁹ Maranhão, Pará e Piauí são os estados que apresentam os piores Índices de Subdesenvolvimento econômico, além disso, o Piauí apresenta também concentração de renda juntamente com Alagoas e o Distrito Federal, o que pode significar que esses estados apresentam alta distribuição do BPC revelando uma possível desigualdade social nessa distribuição de renda.

Apesar de, em nosso estudo, São Paulo não ter apresentado altos índices de distribuição do BPC, um estudo realizado em São Paulo, que analisou os aspectos econômicos de vinte e cinco famílias com crianças com Paralisia Cerebral, concluíram que 80% possuíam o BPC como principal fonte de renda.²⁰ Já os estados da Região Sul possuem índices baixos de distribuição do BPC. Segundo o IPEA,¹⁹ a Região Sul possui os melhores índices do país nos quesitos de vulnerabilidade social, pois a maior parte de seus municípios estão na faixa de muito baixa vulnerabilidade social.

A distribuição do BPC na população com PC ocorre com maior frequência nas regiões Norte e Nordeste do Brasil, que são reconhecidas regiões com menor desenvolvimento econômico no país. Isso pode estar associado a maior vulnerabilidade social das famílias dessas duas regiões, uma vez que, uma das cláusulas para recebimento do benefício é a baixa renda familiar. Este resultado pode ser atribuído portanto a três hipóteses: a) os benefícios são proporcionalmente mais concedidos nas regiões Norte e Nordeste pela renda média das famílias serem mais baixas, aderindo ao critério da previdência social com maior frequência; b) por existir maior número de pessoas com PC nessas regiões ou c) a influência dos dois fatores ao mesmo tempo, tanto o número elevado de casos de PC por conta da pobreza, quanto o empobrecimento das famílias por terem algum caso de deficiência.²¹

Felicíssimo et al.¹⁵ em um estudo transversal avaliando a associação socioeconômica com o autorrelato da deficiência, reafirmaram a maior frequência de casos de deficiência a pessoas de família de classe econômica mais baixa, menores níveis de escolaridade materna e maior presença de enfermidades. O resultado da pesquisa destaca a importância das políticas públicas para proteção e redução de desigualdade para população com deficiência e em situação de vulnerabilidade econômica.

Peixoto et al.¹⁸ em uma pesquisa epidemiológica transversal apontaram resultados semelhantes ao do nosso estudo. Foi constatada uma prevalência de três a quatro vezes maior de PC nos bairros periféricos da área pesquisada, ajudando a corroborar a hipótese de maior prevalência associado a pobreza e as desigualdades sociais das famílias.

Um outro estudo, sobre fatores de risco para PC em crianças brasileiras, ressalta a necessidade de agir sobre os determinantes da saúde e na melhoria assistencial de gestantes, a fim de evitar desfechos de lesões neurológicas que desencadeiam PC. Os principais fatores de risco descritos foram: anomalias congênitas, baixo peso ao nascer, prematuridade e baixo escore no Apgar.²²

O Relatório Mundial Sobre a Deficiência, reitera que a deficiência é uma questão de desenvolvimento, tendo relação bidirecional com a pobreza.²¹ Esse Relatório, junto com os outros estudos já mencionados sobre relação socioeconômica e saúde, geram uma possível linha de embasamento para justificar a relação de maior índice de vulnerabilidade social nas regiões Norte e Nordeste e de maiores números de concessões do BPC para pessoas com PC também nessas duas regiões.

As políticas públicas são ações do Estado que buscam concretizar os direitos sociais e políticas econômicas, que advêm de demandas nascidas da sociedade, nas diversas circunstâncias sociais. A seguridade social, descrita na Constituição Federal como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” vem como garantia do dever do Estado em trabalhar nessas necessidades sociais.

É crucial enfatizar, diante das garantias constitucionais, as dificuldades em concretizar de forma integral a Seguridade Social a partir de pesquisas que mostram falhas na atuação do Estado. Como foi descrito por Stopa,³ a complexidade do processo de concessão gera menores números de beneficiados, já Costa et al.⁴ observam a necessidade do judiciário para aprovação do BPC, por pessoas que tiveram seu benefício negado em primeiro momento, pela seleção da Previdência Social.

Um importante aspecto a ser considerado, são as contribuições e importância que esse estudo tem para a sociedade. Essa pesquisa carrega aporte para colaboração no desenvolvimento e criação de políticas públicas mais eficientes e efetivas, pois, são dados a partir de evidências científicas. A concessão do BPC não deve ser enquadrada como um prejuízo ao Estado, e sim vista como um investimento no âmbito social e produtivo da sociedade. Pessoas com acesso a renda, tendem a ter melhores condições de saúde, educação, emprego e saneamento básico. Ou seja, pessoas com paralisia cerebral, que recebem o benefício, têm maiores oportunidades de se tornarem emancipadas e autônomas no futuro, diminuindo a exclusão dessas pessoas da sociedade.

CONCLUSÃO

A partir dos resultados aqui apresentados foi possível observar a diminuição de concessões do BPC em todas as regiões do país no período de 2004 a 2016. As regiões que possuem os índices mais elevados, de distribuição do BPC são Nordeste e Norte, reconhecidas, as que possuem os maiores indicadores de pobreza e extrema pobreza do país.

Nas regiões Sul e Sudeste, que são economicamente as regiões mais desenvolvidas, existem alguns estados com altos índices de beneficiários do BPC. As regiões Norte e Nordeste são as áreas brasileiras com maiores números de beneficiários do BPC com PC proporcionalmente a população e aos domicílios nas Unidades Federativas do Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério do Desenvolvimento Social. Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social [texto na Internet]. Brasília: MDS [citado 2022 janeiro 20]. Disponível em: <http://www.mds.gov.br/relocrys/bpc/indice.htm>
2. Santos TVM. Pobreza multidimensional e os beneficiários do BPC: uma comparação entre estratos de renda per capita [Monografia]. Brasília (DF): Universidade de Brasília; 2017.
3. Stopa R. O direito constitucional ao Benefício de Prestação Continuada (BPC): o penoso caminho para o acesso. *Serviço Soc Soc.* 2019;135:231-48. Doi: [10.1590/0101-6628.176](https://doi.org/10.1590/0101-6628.176)
4. Costa NR, Marcelino MA, Uhr D, Duarte CMR. Proteção social e pessoa com deficiência no Brasil. *Cien Saude Colet* 2016;21(10):3037-47. Doi: [10.1590/1413-812320152110.18292016](https://doi.org/10.1590/1413-812320152110.18292016)
5. Costa NR. Burocracia pública e política social no Brasil. *Cien Saude Colet* 2017;22(11):3505-14. Doi: [10.1590/1413-812320172211.19952017](https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.19952017)
6. Rosenbaum P, Rosenbaum P. Family and quality of life: key elements in intervention in children with cerebral palsy. *Dev Med Child Neurol.* 2011;53 Suppl 4:68-70. Doi: [10.1111/j.1469-8749.2011.04068.x](https://doi.org/10.1111/j.1469-8749.2011.04068.x)
7. Graham HK, Rosenbaum P, Paneth N, Dan B, Lin JP, Damiano DL, et al. Cerebral palsy. *Nat Rev Dis Primers.* 2016;2:15082. Doi: [10.1038/nrdp.2015.82](https://doi.org/10.1038/nrdp.2015.82)
8. Duarte CMR, Marcelino MA, Boccolini CS, Boccolini PMM. Proteção social e política pública para populações vulneráveis: uma avaliação do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2017;22(11):3515-26. Doi: [10.1590/1413-812320172211.22092017](https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.22092017)
9. Vaitsman J, Lobato LVC. Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas com deficiência: barreiras de acesso e lacunas intersetoriais. *Cien Saude Coletiva* 2017;22(11):3527-36. Doi: [10.1590/1413-812320172211.20042017](https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.20042017)
10. Sabariego C. Aprimoramento da política pública com foco na funcionalidade: avaliações e reflexões sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC) no Brasil. *Cien Saude Colet* 2017;22(11):3494. Doi: [10.1590/1413-812320172211.23602017](https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.23602017)
11. Organização Mundial da Saúde. Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde: CID-10. 3 ed. São Paulo: EDUSP; 1996.
12. Ribeiro CJN, Santos AD, Lima SVMA, Silva ER, Ribeiro BVS, Duque AM, et al. Space-time risk cluster of visceral leishmaniasis in Brazilian endemic region with high social vulnerability: an ecological time series study. *PLoS Negl Trop Dis.* 2021;15(1):e0009006. Doi: [10.1371/journal.pntd.0009006](https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0009006)
13. Brasil. Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz. Introdução à Estatística Espacial para Saúde Pública. Brasília-DF: Ministério da Saúde; 2007.
14. Pereira EL, Bezerra JC, Brant JL, Araújo WN, Santos LMP. Perfil da demanda e dos Benefícios de Prestação Continuada (BPC) concedidos a crianças com diagnóstico de microcefalia no Brasil. *Cien Saude Colet.* 2017;22(11):3557-66. Doi: [10.1590/1413-812320172211.22182017](https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.22182017)
15. Felicíssimo MF, Friche AAL, Xavier CC, Proietti FA, Neves JAB, Caiaffa WT. Posição socioeconômica e deficiência: "Estudo Saúde em Belo Horizonte, Brasil". *Cien Saude Colet.* 2017;22(11):3547-56. Doi: [10.1590/1413-812320172211.22432017](https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.22432017)
16. Peixoto MV, Duque AM, Santos AD, Lima SVAM, Gonçalves TP, Novais APS, et al. Spatial analysis of cerebral palsy in children and adolescents and its association with health vulnerability. *Geospat Health.* 2020;15(1). Doi: [10.4081/gh.2020.817](https://doi.org/10.4081/gh.2020.817)
17. Melo MRB, Monte PA. Rendimentos e desigualdade de renda no Brasil: 2004-2012. *Rev Econômica.* 2015;16(2):115-31.
18. Peixoto MVS, Duque AM, Carvalho S, Gonçalves TP, Novais APS, Nunes MAP. Características epidemiológicas da paralisia cerebral em crianças e adolescentes em uma capital do nordeste brasileiro. *Fisioter Pesqui.* 2020;27(4):405-12. Doi: [10.1590/1809-2950/20012527042020](https://doi.org/10.1590/1809-2950/20012527042020)
19. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Atlas da vulnerabilidade social nos municípios brasileiros. Brasília: IPEA, 2015.
20. Correia VD, Salimene ACM. Perfil social de crianças e jovens com paralisia cerebral em um centro de reabilitação física. *Acta Fisiátr.* 2016;23(1):16-9. Doi: [10.5935/0104-7795.20160004](https://doi.org/10.5935/0104-7795.20160004)
21. Emerson E. The world report on disability. *J Appl Res Intellect Disabil.* 2012;25(6):495-6. Doi: [10.1111/j.1468-3148.2012.00693.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-3148.2012.00693.x)
22. Peixoto MVS, Duque AM, Santos AD, Lima SVMA, Ribeiro CJN, Voci SM, et al. Risk factors for cerebral palsy in Brazilian children: a Case-Control Study. *Res Soc Dev.* 2021;10(5):e35710515075. Doi: [10.33448/rsd-v10i5.15075](https://doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15075)