



Ministério da Saúde

**FIOCRUZ**  
**Fundação Oswaldo Cruz**



ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA  
SERGIO AROUCA  
ENSP

Natalia Meritello da Luz Silva

**O modelo de avaliação social da pessoa com deficiência no Brasil: dilemas e contradições**

Rio de Janeiro

2018

Natalia Meritello da Luz Silva

**O modelo de avaliação social da pessoa com deficiência no Brasil: dilemas e contradições**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Orientador(a): Nilson do Rosário Costa

Rio de Janeiro

2018

Catálogo na fonte  
Fundação Oswaldo Cruz  
Instituto de Comunicação e Informação Científica e Tecnológica em Saúde  
Biblioteca de Saúde Pública

S586m Silva, Natalia Meritello da Luz.  
O modelo de avaliação social da pessoa com deficiência no Brasil:  
dilemas e contradições / Natalia Meritello da Luz Silva. -- 2018.  
113 f. : tab.

Orientador: Nilson do Rosário Costa.  
Dissertação (mestrado) – Fundação Oswaldo Cruz, Escola  
Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2018.

1. Pessoas com Deficiência. 2. Apoio Social. 3. Salários e  
Benefícios - legislação & jurisprudência. 4. Aposentadoria -  
economia. 5. Apoio Financeiro. 6. Brasil. I. Título.

CDD – 22.ed. – 368.40981

Natalia Meritello da Luz Silva

**O modelo de avaliação social da pessoa com deficiência no Brasil: dilemas e contradições**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, da Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, na Fundação Oswaldo Cruz, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública. Área de concentração: Políticas Públicas e Saúde.

Aprovada em: 25 de maio de 2018

Banca Examinadora

Dr. Nilson do Rosário Costa (Orientados)  
Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ

Dr.<sup>a</sup> Maria de Fátima Lobato Tavares  
Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/FIOCRUZ

Dr.<sup>a</sup> Tatiana Maria Araújo Fonseca  
Instituto de Traumatologia e Ortopedia – INTO

Rio de Janeiro

2018

Dedico este trabalho aos amores da minha vida;  
E a todos que lutam pelo reconhecimento e ampliação dos direitos,  
Em busca de condições igualitárias de vida.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pelo dom da vida, pela graça e pelo amor.

Agradeço as minhas principais incentivadoras e influenciadoras, minha avó e minha mãe. Amo vocês com todas as minhas forças!

Ao meu amado esposo que dia após dia não mediu esforços para me fazer feliz, que ao longo dessa jornada vibrou comigo em cada vitória e esteve sempre disposto a dar apoio nos dias de cansaço e dificuldade, abdicando de alguns dos melhores momentos dos finais de semana e feriados pra ficar ao meu lado enquanto estudava. Isso é amor. Obrigada.

Aos meus tios Jonas, Cláudio e Alexandre, obrigada pelo apoio e pela força de sempre. Amo vocês!

A minha Escola Nacional de Saúde Pública, tão amada, que me acolheu em 2015 e até hoje me abraça. Tenho a sensação de que não quero mais sair de dentro desses muros que ampliam tanto minha visão de mim mesma e do mundo.

A CAPES pelo apoio financeiro ao projeto e pela bolsa estudantil que me permitiram avançar na execução dessa pesquisa e ter a garantia que poderia investir em aprimoramento.

Ao orientador Nilson Costa que me acolheu enquanto estive na dúvida quanto a orientação e ao projeto, e ao ser orientada por ele tive a certeza de que o conhecimento faz toda a diferença. Obrigada pela gentileza, pela paciência, pelos ensinamentos, dicas e por todo suporte ao longo desse longo período.

Aos coordenadores Vera e Mendes que nos receberam como toda atenção e apesar de serem grandes sabedores, são tão simples no dia-a-dia e no trato com os alunos. Obrigada pelas aulas, por nos apresentarem grandes professores e alunos. Muito obrigada!

Ao amigos de turma e de área Alexandra, Alessandra, Isabela, Mariana e em especial ao Rodrigo, pela cumplicidade durante a trajetória. Vocês fizeram toda a diferença e estarão guardados em meu coração como grandes profissionais e amigos.

A banca de avaliadores por ter se prontificado a contribuir na construção e avaliação desta pesquisa.

Aos entrevistados que abdicaram do tempo de descanso ou de trabalho para dedicar algumas horas para as entrevistas. Agradeço imensamente pelas significativas contribuições.

*É preciso atrair violentamente a atenção para o presente do modo como ele é,  
se se quer transformá-lo. Pessimismo da inteligência, otimismo da vontade.*

GRAMSCI, Antônio

## RESUMO

O modelo de avaliação social consiste na compreensão ampliada do fenômeno da deficiência. A ampliação desta compreensão promoveu mudanças no aparato jurídico-legal no mundo e no Brasil. Diante disso, na requisição ao Benefício de Prestação Continuada, o serviço social se inseriu como profissão na estrutura burocrática do governo central brasileiro exercendo a função de avaliador da deficiência. O objetivo consiste em descrever o desenvolvimento do modelo de avaliação social da pessoa com deficiência no INSS, no âmbito do Benefício de Prestação Continuada – BPC nas décadas de 2000 a 2010. O método utilizado de pesquisa qualitativa, com orientação analítico-descritiva, mediante roteiro adaptado com questões em aberto, iniciada após prévia aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa e consentimento esclarecido documental dos entrevistados. Os informantes-chaves são assistentes sociais do Instituto Nacional de Seguro Social. A interpretação do material foi realizada por meio da análise de conteúdo. Os dados quantitativos sobre deferimentos do BPC resultaram de consulta a fontes secundárias e publicações. Conclui que, apesar da presença do modelo social e dos avanços instituídos na avaliação da deficiência para pessoas com deficiência requerentes ao BPC no INSS, ainda se estabelece um conflito normativo entre os modelos biomédico e social, onde são os peritos médicos que decidem quais as demandas podem ser avaliadas como adequadas.

Palavras-chave: Modelo Social. Pessoa com Deficiência. Avaliação Social. Benefício de Prestação Continuada.



## ABSTRACT

The social assessment model consists of an expanded understanding of the phenomenon of disability. The amplification of this understanding promoted changes in the juridical-legal apparatus in the world and in Brazil. In the request for 'Benefício de Prestação Continuada', the social service was inserted as a profession in the bureaucratic structure of the Brazilian central government acting as a disability evaluator. To describe the development of the model of social evaluation of the person with disability in the INSS, in the scope of the 'Benefício de Prestação Continuada - BPC' in the decades of 2000 to 2010. Qualitative research, with analytic-descriptive orientation, through adapted script with open questions, initiated after approval of the 'Comitê de Ética em Pesquisa' and informed consent of the interviewees. The key informants are social workers from the 'Instituto Nacional de Seguro Social'. The interpretation of the material was performed through content analysis. The quantitative data on BPC deferrals resulted in the consultation of secondary sources and publications. It concludes that despite the presence of the social model and the advances instituted in the assessment of disability for persons with disabilities who are requesting BPC from the INSS, a normative conflict between the biomedical and social models is still established, where medical experts decide which demands can be assessed as appropriate.

Keywords: Social Model. People with Disabilities. Social Evaluation. Benefício de Prestação Continuada.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Evolução dos Recursos Investidos no Benefício de Prestação Continuada e Percentual de Crescimento por Grupo de Espécie – Brasil.....	39
Tabela 2 – Arcabouço jurídico-legal do Benefício de Prestação Continuada – BPC.....	42
Tabela 3 – Evolução do quantitativo de benefícios, por espécie e percentual de crescimento anual, Brasil – 1996 a 2015.....	80
Tabela 4 – Evolução de benefícios concedidos por decisão judicial sobre o total de concessões – 2004 a 2015.....	86

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACP	Ação Civil Pública
AMES/BPC	Avaliação Médico Pericial e Social da Incapacidade para Vida Independente e para o Trabalho
APS	Agência da Previdência Social
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CNT	Conselho Nacional do Trabalho
DBA	Departamento de Benefícios Assintenciais
GE	Gerência Executiva
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
ICIDH	International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MDSA	Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário
NOB/SUAS	Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência de Social
NOB- RH/SUAS	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do Sistema Único de Assistência de Social
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
SNA	Secretaria Nacional de Assistência Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
UPIAS	Union of the Physically Impaired Against Segregation

## SUMÁRIO

1	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	12
2	<b>SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL NO BRASIL E A PESSOA COM DEFICIÊNCIA.....</b>	25
3	<b>O MODELO SOCIAL NA AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA: O DESLOCAMENTO CONCEITUAL DA BIOMEDICINA.....</b>	57
4	<b>A EXPERIÊNCIA DA AVALIAÇÃO SOCIAL NO BPC: CONFLITO ENTRE PARADIGMAS CONCEITUAIS DE PROFISSÕES E A EXPANSÃO DA JUDICIALIZAÇÃO.....</b>	71
5	<b>A PERSPECTIVA DOS ATORES ESTATAIS DOS SERVIÇOS SOBRE A AVALIAÇÃO SOCIAL NO BPC.....</b>	88
6	<b>CONCLUSÃO.....</b>	96
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	102

## 1 INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem como objetivo analisar e descrever o desenvolvimento do modelo de avaliação social da pessoa com deficiência no INSS, no âmbito do Benefício de Prestação Continuada – BPC nas décadas de 2000 a 2010.

O desenvolvimento do modelo de avaliação social promoveu uma importante diversificação do perfil das profissões que exercem as funções de elegibilidade ao BPC, especialmente pela ampliação do papel do serviço social na estrutura burocrática do governo central brasileiro. Do mesmo modo, a adoção do governo central brasileiro do modelo social colocou em discussão o regime pericial médico dominante na Previdência Social.

O BPC foi formulado e implantado como uma política pública altamente focalizada na população idosa e pessoas com deficiência em condição de extrema pobreza, integrando a Proteção Social Básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) brasileiro. Atualmente são elegíveis à renda de um salário mínimo as pessoas com idade igual ou superior a 65 anos e pessoas com deficiência que não têm como prover a própria manutenção ou cujas famílias não possam fazê-lo.

A condição de incapacidade para prover as condições de sobrevivência é aferida pela burocracia do Ministério da Previdência Social por meio da quantificação das condições de saúde e dos riscos sociais pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Uma variável crucial na elegibilidade é a situação familiar do requerente. A família é considerada incapaz de prover a manutenção quando a renda per capita do grupo familiar for inferior a  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo (COSTA, 2017).

No âmbito do governo central brasileiro, ao requerente ultrapassar a barreira da situação de pobreza extrema familiar, a decisão final da condição de elegibilidade da pessoa com deficiência é de responsabilidade de indivíduos das profissões médicas e da assistência social, reconhecidas por lei e detentoras de monopólios de competência. As profissões médicas e da assistência social compõem carreiras burocráticas de estado com elevada autonomia decisória, de escopo técnico, na estrutura operacional do MPS/INSS no governo central brasileiro (COSTA, 2017).

Este trabalho se inscreve no campo geral da análise do papel da burocracia brasileira nos processos decisórios de políticas públicas. Segundo Lipsky (2010) os valores, opiniões, preferências e interpretações sobre o mundo e formação profissional da burocracia influenciam, por meios formais e informais, o escopo e o desenvolvimento da política pública.

A literatura chama atenção, corretamente, para a ausência de estudos empíricos sobre

as burocracias profissionais que ocupam funções no governo federal brasileiro. Nesta perspectiva da negociação, Lipsky (2010) explorou sobre a existência e a natureza da discricionariedade nos ambientes organizacionais. Diante disso, compreender o processo das políticas públicas significa entender como as ações são colocadas em prática e quais são os fatores que as influenciam na mudança de rumos e resultados.

As decisões das burocracias produzem impacto na vida das pessoas, à medida que determinam a elegibilidade dos cidadãos para acessarem os benefícios, dominando a forma de tratamento dos cidadãos e mediando aspectos da relação institucional dos cidadãos com o Estado. Dessa forma, eles são o lócus da ação pública. No caso do INSS, o sucesso dos requerentes ao BPC depende da mediação dos agentes avaliadores para a obtenção do benefício.

O poder discricionário advém da liberdade que possuem no momento da implantação das políticas, pois mesmo que dimensões políticas oficiais moldem normas legais e administrativas e alguns padrões de decisão, esses agentes ainda conseguem ter autonomia para decidir como aplicá-las. São eles que decodificam as normas para os usuários.

A discricionariedade exercida pelos burocratas é marcada por interações internas e externas que realizam com os sistemas político, institucional, organizacional e comunitário, inerentes a sua profissão. A discricionariedade exercida pelos burocratas é, portanto, resultado da interação que exercem entre seus próprios valores, os valores de outros atores envolvidos, procedimentos, incentivos, estruturas e proibições. (LIPSKY, 2010).

Um dos fatores que, portanto, influenciam as ações dos burocratas são os fatores institucionais e organizacionais. Em nosso estudo, toma-se como pressuposto que o INSS pode moldar as ações dos profissionais médicos e assistentes sociais. As organizações do tipo do INSS no Brasil são influentes à medida que regulam o exercício da discricionariedade por meio da padronização da sua burocracia. As decisões tomadas e a discricionariedade que será exercida pelas burocracias têm, assim, como pano de fundo, as condições específicas colocadas pelo contexto, as quais podem ampliar ou limitar o espaço para a discricionariedade.

Diante disso, como essa dissertação objetiva demonstrar como a intermediação direta de comunidades burocrático-profissionais no processo de elegibilidade do BPC tem sido revista e contestada nas últimas décadas. Essa dissertação considera, sobretudo, que o processo de elegibilidade tem sido objeto de elevada disputa entre o modelo biomédico e o modelo social sobre “o regime pericial e social de avaliação da deficiência” no BPC (SILVA; DINIZ, 2012, p. 263).

Qual a natureza dessa competição normativa? O modelo biomédico desde século XIX tem prevalecido na explicação da deficiência como resultado da lesão de um corpo. Logo, a pessoa com deficiência deve ser objeto de cuidados biomédicos (DINIZ, 2012). O corpo do deficiente passou a ser catalogado como uma variação indesejada e patológica do corpo considerado normal (SANTOS, 2010).

O modelo médico é compreendido pelo conjunto de ideias expostas pelos profissionais de saúde, particularmente os médicos, que há três séculos se ocuparam em estabelecer uma classificação de enfermidades (DINIZ, 2007).

Segundo este modelo, a lesão levava à deficiência, gerando dependência de outros sujeitos denominados como idealmente normais. Advém desta leitura a personificação do deficiente como alguém incapaz, que gerava um prejuízo social resultante de um azar individual (SILVA, 2010).

Diante disso, as ações médicas proporcionavam explicações científicas sobre a deficiência e os corpos eram objeto de normatização. Por serem considerados anormais necessitavam exclusivamente de acompanhamentos médicos para promover correções de suas lesões.

O modelo médico surgiu da necessidade de saber mais sobre as consequências das enfermidades. Tornou-se um paradigma para as áreas médica, política e social. Ainda assim, embora tivesse essa pretensão de universalidade, o modelo foi considerado parcial por não conseguir compreender a magnitude da deficiência em termos sociológicos, políticos e econômicos (SILVA, 2010).

No Reino Unido e nos Estados Unidos, na década de 1960, na área das ciências sociais surgiram estudos sobre a deficiência. De um campo estritamente biomédico ligado aos saberes médicos, de reabilitação e psicológicos, a deficiência passou a ser um campo das humanidades (DINIZ, 2012). A partir deste movimento originou-se a primeira organização política sobre deficiência a ser formada e gerenciada por deficientes, a Liga dos Lesados Físicos Contra a Segregação (UPIAS).

Segundo Diniz (2012), a originalidade deste movimento consistiu em ter articulado uma resistência política e intelectual ao modelo médico de compreensão da deficiência.

A lesão era compreendida como ausência parcial ou total de um membro, seria um dado corporal isento de valor. A deficiência era compreendida como desvantagem ou restrição de atividade provocada pela organização social contemporânea, que pouco ou nada considera aqueles que possuem lesões físicas e os exclui das principais atividades da vida social, isto é, o resultado da interação de um corpo com a lesão em uma sociedade discriminatória.

Neste campo de estudos, denominado por *disability studies*, surge um discurso para além do campo biomédico, isto é, um discurso sociopolítico de compreensão da deficiência, não mais como um aspecto estritamente particular, mas de valorização do corpo deficiente e, sobretudo, compreendendo que os fatores ambientais são os causadores da deficiência (DINIZ; PEREIRA; SANTOS, 2009).

Neste movimento, os argumentos e conceitos sobre deficiência assumiram a deficiência como uma questão de discussão sociológica e que dizia respeito não a uma questão individual proveniente da lesão, mas resultado da discriminação social permanente contra um grupo de pessoas com expressões corporais diversas.

Diante disso, o modelo social de compreensão da deficiência surgiu como alternativa ao modelo médico da deficiência, que reconhece na lesão, na doença ou na limitação física a causa primeira da desigualdade social e das desvantagens vivenciadas pelos deficientes, ignorando o papel da sociedade na sua opressão e marginalização.

Com efeito, a desvantagem social imposta pela deficiência não é uma sentença de natureza, mas uma expressão da opressão pelo corpo considerado normal. Conforme alerta Diniz (2007), a anormalidade é um julgamento estético, e, portanto, um valor moral sobre estilos de vida.

O giro argumentativo da deficiência como tragédia pessoal para a deficiência como matéria de justiça social foi o que permitiu o deslocamento do debate dos saberes biomédicos para os saberes sociais (SANTOS; DINIZ, 2009).

A partir da ascensão deste modelo de explicação, a deficiência passou a ser compreendida como uma experiência de opressão compartilhada por pessoas com diferentes tipos de lesão. A questão passou de uma tragédia pessoal para uma questão de opressão social (OLIVER; BARNES, 1998).

De acordo com Diniz (2012), o modelo social era fundamentado na proposta de Abberley. O primeiro fundamento era de que não se deve explicar o fenômeno da deficiência pela esfera natural ou individual, mas pelo contexto socioeconômico no qual as pessoas com lesão vivem, e o segundo de que a lesão era compreendida não como uma tragédia pessoal, mas como consequência da organização social do trabalho, o que incluía idosos e outros grupos sociais.

O objetivo deste movimento era politizar a deficiência, reconhecendo as demandas dos deficientes como demandas do campo da justiça social. Baseado nessa discussão política pelo movimento de deficientes a deficiência foi teorizada a partir de cinco argumentos.

O primeiro com ênfase nas origens sociais das lesões, ultrapassando o discurso



biomédico de que a lesão era fruto do azar individual, mas reconhecendo sua origem na estrutura social avessa à diversidade corporal.

O segundo argumento era o reconhecimento das desvantagens sociais, econômicas, ambientais e psicológicas provocadas nas pessoas com lesões, bem como a resistência a tais desvantagens. A lesão não era um produto da natureza, mas uma consequência das relações de produção capitalista.

Os primeiros teóricos do modelo social, sob a influência do marxismo, consideravam que o sistema capitalista se beneficiava da função social que os deficientes cumpriam como parte do exército industrial de reserva. O terceiro argumento se relaciona com os anteriores, pois reconhecia que a origem social da lesão e as desvantagens sofridas pelos deficientes são produtos históricos, e não resultado da natureza. O quarto argumento baseava-se no reconhecimento do valor da vida dos deficientes e na crítica à produção social das lesões. O quinto e último argumento fundamentava-se na perspectiva política de garantir justiça social aos deficientes.

É reconhecido pela literatura que a emergência do modelo social tem tido grande influência nos processos de elegibilidade do BPC, ampliando as exigências técnico-operacionais do governo central brasileiro (COSTA, 2017). O modelo tornou-se especialmente importante pela influência de normativas internacionais sobre a condição da deficiência, sustentadas pela OMS e ratificadas pelo Brasil em fins da década de 2000 (SILVA, 2012).

A proposta da OMS é uma especificação das deficiências para se diferenciar da CID, e assim expandir seu repertório de doenças, incluindo as lesões como consequência das doenças, ao estabelecer uma sequência lógica entre doença, lesão, deficiência e handicap.

De acordo com o marco conceitual da ICIDH, a lesão era considerada como qualquer anormalidade da estrutura ou função do corpo, *impairment* ou deficiência foi descrita como a perda ou a anormalidade em órgãos e sistemas e nas estruturas do corpo resultantes de uma lesão, *disability* ou incapacidade foi caracterizada como a consequência da deficiência do ponto de vista de rendimento funcional, ou seja, no desempenho das atividades essenciais à vida diária dentro do que é considerado normal para os indivíduos, e *handicap* ou desvantagem foi entendida como resultado de uma deficiência ou uma incapacidade, que limita ou impede o desempenho de um papel que é normal (dependendo da idade, sexo e fatores sociais e culturais) para aquele indivíduo a adaptação do indivíduo ao meio ambiente.

Os teóricos do modelo social consideraram que a ICIDH devolveu a deficiência ao campo das doenças ou consequências das doenças e fizeram cinco críticas ao documento

publicado pela OMS.

A primeira crítica é quanto à representatividade do documento, pois foi produzido por pessoas que não possuíam a experiência da deficiência. O modelo social demarcou esta fronteira, pois seus teóricos eram deficientes (DINIZ, 2012). A segunda crítica era considerar os deficientes como anormais com base em uma pressuposição do que existe um padrão de normalidade para a pessoa humana.

A terceira crítica apresenta os equívocos da causalidade entre lesão e deficiência, pois o modelo social considerava que os contextos sociais oprimiam as pessoas e as segregavam socialmente, e isso seria o fator gerador da deficiência, ao contrário do modelo médico, que considerava a lesão como causadora da deficiência.

A quarta crítica refere-se à associação da doença à deficiência, que para os teóricos do modelo social fortaleciam as ações medicalizantes e as intervenções sobre o corpo do deficiente, afastando o debate da perspectiva sociológica.

A última crítica é de ordem política, pois a tensão entre os conceitos de deficiência como questão individual e deficiência como questão sociológica geraria implicações no estabelecimento de prioridades políticas, tanto na esfera da saúde pública como no que diz respeito aos direitos humanos (DINIZ, 2012).

O único ponto em comum entre o modelo médico e o modelo social é a compreensão de que a deficiência era um tema que requeria cuidados médicos (DINIZ, 2012).

No processo de revisão da ICIDH, os críticos pontuaram suas principais fragilidades: a falta de relação entre as dimensões que a compunham e a não abordagem de aspectos sociais e ambientais, pois segundo o modelo médico, era a natureza que determinava a desvantagem. Em oposição, o modelo social considerava que os sistemas econômicos e sociais produziam a experiência da deficiência.

Na década de 1990, teve início a revisão da ICIDH, com a publicação, em 2001, pela OMS, *a Internacional Classification of Functioning Disability and Health*, em português, a Classificação Internacional de Funcionalidade, Deficiência e Saúde – CIF.

A promulgação desta nova classificação internacional representou uma mudança política, ética no conceito de deficiência e, conseqüentemente promoveu um deslocamento no paradigma de compreensão linear para o modelo biopsicossocial, interativo e dinâmico.

O desafio era produzir um documento que não fosse um manual exclusivo de lesões e deficiências, como os anteriores publicados pela OMS, mas que compreendesse as discussões produzidas pelo modelo social e, com isso, incluísse considerações sobre fatores ambientais e contextuais que compreendessem as limitações, a participação ou até mesmo a limitação da

participação dos indivíduos na comunidade.

Em virtude das discussões e avanços do modelo social. A CIF assimilou a compreensão da deficiência como pertencente aos domínios da saúde e não mais como ocorrência da doença.

Os domínios da saúde são descritos pela CIF com base no corpo, no indivíduo e na sociedade, e não somente na doença e nas suas consequências (DINIZ, 2012). A CIF acolheu as práticas de reabilitação, a ideia da inclusão social e a promoção do bem-estar (COSTA, 2016).

A CIF baseia-se na integração desses dois modelos opostos (social e médico). No intuito de recuperar a integração de várias perspectivas de funcionamento, a abordagem psicossocial é utilizada. Nesse sentido, a construção da CIF almeja atingir uma síntese, a fim de propiciar uma visão coerente de diferentes perspectivas da saúde.

O vocabulário inaugurado pela CIF mostrou o esforço realizado pela OMS para reescrever a ICIDH em termos sociológicos, por isso a ênfase em avaliar as atividades e participações dos indivíduos em diferentes espaços da vida (SANTOS, 2016).

O contexto de saúde e doença foi um dos pontos de partida para a avaliação da deficiência, tema que será abordado no primeiro capítulo. Enfatizou-se a importância de outros domínios para a compreensão deste fenômeno (DINIZ, 2012). A classificação deixou de se basear em consequências de uma doença para avaliar componentes de saúde.

Dessa forma, neste modelo a avaliação de uma pessoa deficiente se diferencia necessariamente do modelo biomédico, pois para além da investigação da deficiência ele incorpora outras as dimensões psicológica ou individual e a social.

O modelo baseado na funcionalidade compreende os domínios de funções e estruturas do corpo, atividade e participação social. Aqui a incapacidade é resultante da interação de habilidades, capacidades e meio ambiente, isto é, da interação entre a disfunção apresentada pelo indivíduo, a limitação de suas atividades, a restrição à participação social e os fatores ambientais que podem atuar como facilitadores ou barreiras para o desempenho das atividades e da participação. (OMS, 2003).

Uma das vantagens apontadas para a adoção do novo modelo é a possibilidade de uniformizar conceitos, o que permite a comunicação entre pesquisadores, gestores, profissionais de saúde, organizações da sociedade civil e usuários em geral. Portanto, a retirada da deficiência do campo da natureza e sua transferência para a sociedade foi uma mudança teórica revolucionária (BAMPI; GUILHEM; ALVES, 2010).

A adoção do modelo social e sua repercussão na publicação da CIF trouxe como

consequência a compreensão de que as pesquisas e as políticas públicas direcionadas à deficiência, não podem concentrar-se apenas nos aspectos corporais dos indivíduos para identificar a deficiência.

A CIF transformou-se, de uma classificação de “consequência da doença” (versão de 1980) em uma classificação de “componentes da saúde”. Os “componentes da saúde” identificam o que constitui a saúde, enquanto que as “consequências” se referem ao impacto das doenças na condição de saúde da pessoa. (OMS, 2003, p. 7).

Na CIF, o domínio da saúde é um conjunto prático e significativo de funções relacionadas com a fisiologia, estruturas anatómicas, ações, tarefas ou áreas da vida (OMS, 2003).

De acordo com o documento publicado pela a OMS, a CIF compõe à “família” das classificações internacionais desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para aplicação em vários aspectos da saúde. As classificações internacionais da OMS proporcionam um sistema para a codificação de uma ampla gama de informações sobre saúde (diagnóstico, funcionalidade e incapacidade, motivos de contato com os serviços de saúde) e utiliza uma linguagem comum padronizada que permite a comunicação sobre saúde e cuidados de saúde em todo o mundo, entre várias disciplinas e ciência (OMS, 2003).

Segundo Diniz (2012), a CIF não é um instrumento para identificar as lesões nas pessoas, mas para descrever situações particulares em que as pessoas podem experimentar desvantagens, as quais, por sua vez, são passíveis de serem classificadas como deficiências em domínios relacionados à saúde.

A OMS reconhece que os termos utilizados na classificação podem, apesar de todos os esforços, estigmatizar e rotular. Baseados nesse reconhecimento abandonaram o termo “handicap” (desvantagem, limitação), em função da conotação pejorativa em inglês, bem como permaneceram utilizando o termo “incapacidade”/*disability* como o termo genérico geral e não como uma característica da pessoa com deficiência.

No documento, a organização também pontua que a CIF não se propõe a classificar pessoas, mas classificar as características de saúde das pessoas dentro do contexto das situações individuais de vida e dos impactos ambientais.

A interação das características de saúde com os fatores contextuais é que produz a incapacidade. Assim, os indivíduos não devem ser reduzidos ou caracterizados apenas em termos das suas deficiências, limitações da atividade, ou restrições na participação (OMS, 2003, p. 215)

Estes termos, que substituem aqueles utilizados previamente “deficiência”,

"incapacidade" e "limitação (desvantagem)", alargam o âmbito da classificação de modo a permitir a descrição de experiências positivas. (OMS, 2003, p. 7).

No decurso dessas mudanças, o serviço social, profissão que já compunha o quadro de servidores da autarquia federal, retomou seu espaço institucional após ser designado como categoria profissional competente para operacionalizar o novo modelo de avaliação da pessoa com deficiência.

No INSS, o Serviço Social passou por diversas mudanças, desde o seu desenvolvimento até a desestruturação no final dos anos 90, passando pela estruturação nos anos 2000.

O Serviço Social se inseriu no INSS como profissão em 1943. De acordo com Iamamoto (2009), a portaria n. 25, do Conselho Nacional do Trabalho, institucionalizou a Seção de Estudos e Assistência Social, em que a principal atividade desenvolvida pelos profissionais seria ampla pesquisa sobre os meios e modos de vida dos segurados objetivando criar métodos e técnicas onde o Serviço Social pudesse atingir de forma mais ampla a consciência e a reprodução material da força de trabalho.

Um novo momento do serviço social no INSS após a instituição da Constituição Federal e as discussões do caráter da profissão reconstruíram as bases éticas legais da categoria. Essa reorganização contribuiu para a construção de um documento que é a Matriz Teórica Metodológica do Serviço Social na Previdência, publicada em 1995.

“A matriz é um documento muito robusto e a gente tem muito orgulho dela, porque ela não foi uma coisa imposta de cima para baixo pela área técnica, ela foi construída nos encontros de cada local, nos encontros de cada regional, de cada estado, até a gente defender o Serviço Social que a gente defende da Previdência é esse” (Entrevistado C, assistente social do INSS, 2017).

No entanto, ainda na década de 1990, especificamente a partir da publicação da Medida Provisória n. 1.729/1998, se eliminou a profissão da previdência social, assim como suas competências, anteriormente prescritas na lei 8.213/1991, no art. 88.

Compete ao Serviço Social esclarecer junto aos beneficiários seus direitos sociais e os meios de exercê-los e estabelecer conjuntamente com eles o processo de solução dos problemas que emergirem da sua relação com a Previdência Social, tanto no âmbito interno da instituição como na dinâmica da sociedade.

A revisão da medida provisória aconteceu mediante iniciativas dos profissionais em articulação com movimentos sociais, usuários e autoridades, resultando na publicação do Decreto n. 3.048/1999 que reinsereu o serviço social como atividade auxiliar do seguro social.

Assim como a publicação da Portaria MPSA n. 2.721/2000 que retomou as competências e atribuições privativas do cargo (MACEDO; MOREIRA, 2017).

Em 2009, devido ao imperativo de implementar o novo modelo social de avaliação da pessoa com deficiência foram convocados 900 assistentes sociais para compor o quadro de analistas previdenciários com base na Nota Técnica PBA/SNAS/MDS n. 55, de 28 de dezembro de 2006, que regulamentava o BPC da assistência social e a avaliação social.

Observa-se que ainda na década de 90, a profissão se articulou para receber e operacionalizar o BPC, até então, desconhecido, apesar de ter sido regulamentado pela Constituição de 88. Uma das falas da informante chave traduziu este processo:

(...) a gente criou vários comitês gestores, que foi basicamente formado pelas equipes de Serviço Social, que ficou responsável de uma certa forma, de fazer essa relação com a articulação com a rede, explicar o benefício e também fazer essa articulação intrainstitucional. Porque até então era um benefício que ninguém conhecia e que ninguém sabia. Os técnicos da área administrativa responsáveis por habilitar o processo, analisara documentação, não conheciam. Foi tudo muito corrido, em cima da hora. No final de dezembro que saiu a normatização do decreto que ia ser implantado em janeiro. E foi uma luta muito grande nessa perspectiva (Entrevistado C, assistente social do INSS, 2017).

A inserção dos profissionais representou uma vitória para categoria sob dois aspectos, primeiro porque a avaliação social traria uma visão para além das questões médicas, incluindo os fatores sociais e ambientais na análise, e segundo porque ampliou a intervenção profissional na instituição, possibilitando a reversão do quadro após as tentativas de extinguir o cargo.

Desse modo, o Serviço Social da Previdência passou a assumir novas atribuições, a partir dos compromissos assumidos pelo Brasil com organismos internacionais para a adequação do novo modelo de avaliação da deficiência.

No entanto, Moreira (2010) apesar de reconhecer como avanço a renovação e o aumento do número de assistente sociais no INSS, critica, pois defende que não houve fortalecimento e nem homogeneidade do coletivo de profissionais para concretizar, por meio de ações e projetos de intervenção, a proposta apresentada no documento matriz de 1994.

Logo em seguida, no ano de 2010, o CFESS emitiu parecer jurídico nº 12/2010 destinado ao INSS em defesa da autonomia técnica, pois o edital atribuiu às profissionais que ingressaram no concurso de 2009 o termo de Analista do Seguro Social com Formação em Serviço Social. Em contrapartida, não exigiu na posse documento comprobatório para assumir o cargo o registro em Conselho Regional de Serviço Social (CRESS), alegando que o concurso previa a admissão de analistas, e não de assistentes sociais, mesmo se tratando de

cargo com competências e atribuições específicas do assistente social. No entanto, esse não foi o único episódio de desrespeito a autonomia profissional.

Segundo Macedo e Moreira (2017) o INSS mediante tal ação assimilou as novas tendências do mundo do trabalho ao priorizar profissionais polivalentes, adaptáveis a diversas demandas, em detrimento de trabalhadores com atribuições específicas

Segundo os autores, em 2010, o grupo de trabalho criado em 2007, composto por representantes do Ministério da Previdência Social (MPS), Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) para discutir as atividades profissionais consubstanciadas no documento matriz, em maio de 2012, publicou o Manual Técnico do Serviço Social. Neste manual o Serviço Social foi alocado como uma das áreas técnicas estruturais da Diretoria de Saúde do Trabalhador (DIRSAT), juntamente com a Reabilitação Profissional e a Perícia Médica na estrutura organizativa do INSS (MACEDO; MOREIRA, 2017).

Em setembro de 2016, segundo destacam os autores, houveram diversas exonerações das representações técnicas, tanto do Serviço Social como da Reabilitação Profissional, no âmbito das superintendências regionais. Desse modo, os serviços passaram à subserviência da perícia médica, materializando mais um desmantelamento aos direitos sociais, a medida que ataca o conhecimento específico de cada serviço e fortalece o “superado” modelo biomédico.

Mediante este breve histórico podemos compreender que o serviço social enfrentou historicamente dois momentos de ataque frontal, primeiro em 1995, e atualmente encontra-se ameaçado na sua posição dentro do INSS, seguindo a tendência dos últimos anos de desmonte das políticas sociais e serviços. Apesar dos 73 anos do Serviço Social no INSS, a profissão continua sofrendo ataques e sendo ameaçada.

A nota divulgada pelo conjunto CFESS/CRESS em setembro de 2017, manifestava defesa a categoria de profissionais do serviço social no INSS, após o anúncio de uma medida do governo do presidente Temer onde se apresentava uma nova estrutura da autarquia, dentre elas, a exclusão do Serviço Social do INSS que se afirmou por meio do Decreto nº 9.262, publicado em 09 de janeiro de 2018.

O referido Decreto extingue, no âmbito da administração pública federal direta, autárquica e fundacional, os seguintes cargos efetivos regidos pela Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990. No caso do serviço social, ficam extintos da carreira de seguro social os cargos vagos e que vierem a vagar. De acordo com o que consta no anexo do decreto, no total

são 598 aprovados, dentre eles, 297 aprovados e 301 vagos, que mediante a determinação presidencial não deverão ser preenchidos mediante concurso público.

Dessa forma, o Serviço Social neste momento encontra-se ameaçado dentro da autarquia e principalmente, a prestação dos serviços à população usuária e o modelo de avaliação social da pessoa com deficiência, apesar das limitações e desafios encontra-se frágil em sua execução e aprimoramento, por meio da fragilização das equipes e da estrutura desses serviços.

Para compreender o modelo de avaliação social, foi utilizado a seguinte metodologia: realização de revisão bibliográfica e documental sobre o BPC, sobre a difusão na legislação do modelo social da deficiência e sobre a inserção da avaliação social no contexto INSS a partir de 2009.

Foram também realizadas entrevistas semiestruturadas com lideranças dos serviços na carreira burocrática do INSS. Os entrevistados foram selecionados pelos critérios de participação na formação da política pública; de competência para comentar as questões investigadas. Foram utilizados procedimentos adequados para pesquisas qualitativas com elites políticas, profissionais e administrativas (ABERBACH; ROCKMAN, 2002). A estratégia qualitativa de investigação visou melhor compreender o processo de gestão da política pública, identificada durante a pesquisa documental. Os dados quantitativos sobre deferimentos do BPC resultaram de consulta a fontes secundárias e publicações.

No primeiro capítulo, intitulado de Sistema de Proteção Social no Brasil e Pessoa com Deficiência foram discutidas brevemente o desenvolvimento das políticas e sistemas de proteção social no mundo e no Brasil. Nesse sentido, demarcou-se a instituição da seguridade social, a partir da Constituição Cidadã de 1988, como um modelo de proteção social no Brasil, com destaque para a política de assistência social e sobretudo, a partir de 1996, a partir da operacionalização do Benefício de Prestação Continuada – BPC.

Em seguida, abordou-se a proteção social como foco nas pessoas com deficiência, também a partir da instituição do BPC e de suas legislações regulamentadoras.

No segundo capítulo denominado por: o modelo social na avaliação da deficiência: o deslocamento conceitual da biomedicina, buscou-se tratar sobre o histórico do modelo social que influenciou positivamente o olhar e a compreensão da deficiência. Sobretudo, como foco na experiência brasileira de avaliação da pessoa com deficiência que passa a requerer o BPC. Ainda neste capítulo aborda-se brevemente o deslocamento conceitual do modelo médico ou biomédico para a compreensão da deficiência a partir do modelo social.

O terceiro capítulo, cujo título é a experiência da avaliação social no BPC, o conflito



entre paradigmas conceituais de profissões e a expressão da judicialização. Este capítulo é central neste trabalho porque aborda os fundamentos da avaliação social, citando como principal dilema na realização da avaliação, o presente conflito entre paradigmas de compreensão do que é deficiência e conseqüentemente, na avaliação da condição de deficiência e incapacidade.

Cabe destacar que a contradição e o dilema apresentado não se restringem e se limita a crítica de uma categoria, mas a um modelo de compreensão e explicação da deficiência que a situa num lugar de incapacidade, desconsiderando as condições sociais e estruturais da sociedade para recebe-los e inseri-los na sociedade.

O quarto e último capítulo, intitulado de a perspectiva dos atores estatais sobre a avaliação social no BPC destaca a percepção dos informantes chave sobre alguns dos mais importantes aspectos da avaliação social.

## **2 POLÍTICA DE PROTEÇÃO SOCIAL E O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA: A GARANTIA DE RENDA AOS CIDADÃOS PARA ALÉM DO SEU VÍNCULO DE TRABALHO**

As políticas de seguridade social, mesmo sendo aplicadas pelos países de diferentes formas, tiveram como base a organização social do trabalho. Diante da incapacidade do regime capitalista de assegurar trabalho para todos, a seguridade social assume a função de garantir direitos derivados do trabalho para trabalhadores que perderam temporariamente ou permanentemente sua capacidade laborativa.

As políticas ou sistemas de proteção social, de acordo com Di Giovanni (1998), são formas que as sociedades encontram e desenvolvem, com diferentes graus de institucionalização. Também de acordo com os diferentes contextos históricos e culturais. Essas proteções têm graus diferenciados, são assumidas em maior ou menor grau pelo Estado e não excluem a proteção da própria sociedade.

Pelo contrário, as proteções se destinam a uma parte ou conjunto dos seus membros em função dos reveses da vida, tanto de ordem natural, tais como a velhice, a doença, a adversidade e a gravidez; quanto de ordem social; bem como ao acesso a alimentação, recursos financeiros, saberes, que permitirão a sobrevivência e a integração sob várias formas na vida social.

Ainda no que diz respeito às políticas ou sistemas de proteção social, Castel (2005) as definiu como provisões contra riscos que podem provocar uma degradação da situação dos indivíduos. Na maioria do tempo são circunstâncias imprevisíveis da vida que podem culminar, em casos extremos, na decadência social.

Dessa forma, a proteção social implica no acesso a um conjunto de seguranças que sejam capazes de impedir essas ameaças de degradação do indivíduo, isto é, do risco social que se constituiria “em um evento que compromete a capacidade dos indivíduos de assegurarem por si mesmos sua independência social” (CASTEL, 2005, p. 27).

Dois modelos políticos estruturaram essas proteções sociais. Inicialmente ela possuía caráter privado e voluntário, o que contribuiu posteriormente para a formação dos primeiros planos mutualistas<sup>1</sup>. Em seguida, o Estado passou intervir cada vez mais. Dessa forma, esses

---

<sup>1</sup>Mutualismo é um sistema privado de proteção social que visa criar e promover organizações de política mutualista. O Mutualismo foi precursor do moderno sistema de seguros, cujos princípios assentam na reciprocidade dos serviços e na entreajuda. Consubstancia-se na existência de um fundo comum para o qual todos convergem mediante contribuições ou quotas, de modo a permitir, de forma previdente, acautelar o futuro

modelos se originaram da necessidade social de se estabelecerem métodos de proteção contra os variados riscos ao ser humano.

O primeiro modelo surgiu em 1883, na Alemanha, implementado por Otto Von Bismarck, que ficou conhecido como modelo Bismarckiano. Este modelo se caracteriza pela concessão de benefícios aos trabalhadores cujo acesso é condicionado por uma contribuição anterior.

Um dos pilares estruturantes da seguridade social é a lógica do seguro que só protege aquele que contribuiu ou aquele que está inserido formalmente no mercado de trabalho, bem como seus familiares e dependentes. Nesta lógica, têm acesso aos benefícios aqueles que alcançam o status de segurado, pois seus direitos são reconhecidamente decorrentes do direito do trabalho. Duas características principais compõem esta lógica: a primeira, que só tem direito aquele que contribuiu, e a segunda, que o montante de benefícios é proporcional à contribuição efetuada (BEHRING, 2009).

O segundo modelo foi o Plano Beveridge elaborado em 1942, na Inglaterra, que se apresentou como uma crítica ao modelo bismarckiano, propondo a implementação do Welfare State, com foco na universalidade dos direitos, destinados a todos os cidadãos, incondicionalmente, com vistas a garantir dos mínimos sociais às pessoas que se encontram em situação de necessidade.

Esses modelos são diferentes e a principal diferença é a fonte de financiamento. No modelo bismarckiano decorre da contribuição direta de empregados e empregadores, baseada na folha de salários, cuja gestão é organizada em caixas geridas pelo Estado com a participação dos contribuintes. No modelo beveridiano, o financiamento provém de impostos fiscais com gestão do Estado.

De acordo com Boschetti (2006), a principal diferença entre os modelos no que diz respeito à fonte de financiamento é que no modelo Bismarckiano o objetivo da proteção é manter a renda dos segurados em situações de ausência de trabalho, enquanto que no modelo de Beveridge o foco principal é a prevenção e o enfrentamento das situações de pobreza, devido a unificação institucional e a uniformização dos benefícios.

De acordo com Pereira (1998), a Seguridade Social é um complexo político institucional inaugurado na Inglaterra na década de 40 que nomeou o Estado de Bem-Estar. O Welfare State é um modelo estatal de intervenção que implantou e implementou sistemas de proteção social, especialmente a partir do segundo pós-guerra. Surgiu no contexto da

formação dos Estados nacionais e com o desenvolvimento do capitalismo, que se transformou no modo de produção dominante após a Revolução Industrial.

Cabe ressaltar que existem diversos autores que classificam o Welfare State. Neste trabalho utilizaremos a perspectiva de Esping-Andersen (1991), que o definiu como a garantia de direitos sociais de responsabilidade do Estado, na provisão do bem-estar aos membros da sociedade.

De acordo com o sociólogo dinamarquês Esping-Andersen (1991), ao examinar os principais tipos de WelfareState, que se instalaram no mundo a partir do século XIX, ele os agrupou em três modelos, observando dois critérios: o grau de desmercadorização e o princípio da estratificação.

O social democrata refere-se ao grau de emancipação dos indivíduos da dependência do mercado, pois possibilita que o indivíduo possa manter-se sem depender do mercado. Desenvolvido no norte da Europa, mais especificamente nos países escandinavos, com cobertura universal e benefícios garantidos como direitos, tendo como base os critérios de equalização e mérito. Nesse modelo, o Estado atua na perspectiva de possibilitar um amplo acesso a bens e serviços de elevada qualidade e nível que permitam a promoção da igualdade em planos mais elevados (COSTA; FERREIRA, 2013).

O modelo conservador refere-se aos aspectos político-sociais articulados, quais sejam: os graus de corporativismo, de estatalismo, de residualismo, de privatização, de universalismo e o diferencial de prestações possíveis de serem ofertadas.

O modelo conservador, implementado em países da Europa Continental, tais como Alemanha, Áustria, França, Bélgica e Itália, caracteriza-se pelo forte intervencionismo estatal, com proteção fortemente marcada pelo corporativismo e estratificação ocupacional. Aqui a influência da Igreja, a preservação do status e a centralidade do Estado na provisão de bem estar fazem com que a oferta de serviços privilegie as diferenças e não a igualdade.

Por fim, Esping-Andersen (1991) afirma que o modelo liberal predominantemente nos países de tradição anglo saxônica, como os Estados Unidos, Austrália, Canadá e Suíça, desenvolveu-se na oferta de serviços de forma residual, ou seja, somente para aqueles que não têm suas necessidades satisfeitas no âmbito do mercado. Fundamenta-se no mérito, que passa a ser comprovado por amplos critérios estigmatizantes.

Desse modo, o Estado enquanto instituição aparece com o papel de reduzir as desigualdades, promover a segurança, o bem estar e satisfazer as necessidades da sua população. Contudo, existem diversas formas de construção desses arcabouços institucionais de proteção social.

Outro ponto notável é que a Seguridade Social foi se estruturando enquanto modelos de regulação dos Estados Nacionais, cada qual com seus desenhos e especificidades. Conjuntamente com a construção e o desenvolvimento dos modelos de Seguridade Social, também foram se estruturando organizações de ordem jurídica e organismos de representação. Essas organizações defenderam e contribuíram para perpetuar a lógica do direito como, por exemplo, a Organização das Nações Unidas – ONU, e organismos internacionais ligados às Nações Unidas, como a OIT (Organização Internacional do Trabalho); a UNESCO (Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura); e a OMS (Organização Mundial de Saúde).

De acordo com Lobatto (2004), a ideia de seguridade social corresponde a um conjunto de direitos sociais materializados em benefícios providos pelo Estado e garantidos pelo conjunto da sociedade, a partir da compreensão de que os riscos a que estão sujeitos seus membros são de responsabilidade de todos.

A autora Boschetti (2009) afirma que nos anos 20 e 30 do século XX, quase todos os países da América Latina instituíram diferentes modelos de seguridade social. De modo geral, a seguridade social se refere à expansão de políticas públicas, por considerar que o Estado possui uma função chave na proteção social. Apesar das diferenciações, em todas elas o Estado exerce o papel de regulador e garantidor do sistema.

Apesar das iniciativas realizadas nos anos 40, é somente a partir dos anos 1980 que a sociedade brasileira ensaia a institucionalização e a constitucionalização de novos direitos sociais (MOTA, 2011).

A década de 80 foi marcada pelo processo de redemocratização. Nesse período a participação social<sup>2</sup> se deu como nova forma de relacionamento entre Estado e sociedade, compondo um marco histórico com a inserção dos trabalhadores no cenário político. Desde então os projetos societários se tencionam a todo instante, a favor do alcance dos seus objetivos.

Em contraponto ao Estado, na vida social brasileira despontam a formação da opinião pública e a prática dos movimentos sociais como sujeitos sociais novos, como expressão política e capacidade de relacionamento com as diferentes esferas do poder político. (SOARES, 2012, p. 41).

---

<sup>2</sup>A participação social caracteriza-se, segundo Souza (2010, p. 175), pela estratégia de oposição. “E a participação que se pretende não é mais a de grupos excluídos (comunidades empobrecidas ou povo marginalizado), mas sim a do conjunto da sociedade, formado por diversos interesses e projetos, conformando a disputa pelo poder do Estado” (CARVALHO, 1995, p. 25). O objetivo dessa participação é gerar a “universalização dos direitos sociais, a interferência da sociedade no aparelho estatal e a ampliação do conceito de cidadania”.

Seguindo esse raciocínio, a abertura democrática dos anos 80, a participação dos movimentos sociais em prol da redemocratização, da participação cívica e política da sociedade possibilitaram a conquista de diversos direitos sociais.

Por isso, é inegável que o período da Constituinte trouxe avanços para a sociedade, principalmente no que tange à visão da participação social e do controle social, assumida como forma de transformação do Estado e de superação do seu caráter autoritário.

Na base constitucional, novos direitos foram reconhecidos, abrangendo partes da sociedade antes negligenciadas, como os idosos, pessoas com deficiência, as crianças e os adolescentes, as mulheres, dentre outros grupos. Conforme Boschetti e Behring, (2009, p. 141):

A Constituinte foi um processo duro de mobilizações e contra mobilizações de projetos e interesses mais específicos, configurando campos definidos de forças. O texto constitucional refletiu a disputa da hegemonia, contemplando avanços em alguns aspectos, a exemplo dos direitos sociais, com destaque para a seguridade social, os direitos humanos e políticos, pelo que mereceu a caracterização de “Constituição Cidadã”, de Ulisses Guimarães

Segundo Netto(1998), a partir da Constituição de 1988, vislumbrou-se a possibilidade de arquitetar, no plano político, a construção de mecanismos democráticos de controle social capazes de neutralizar as práticas de manipulação políticas mais grosseiras.

A ação do Estado se intensificou na tentativa de responder à dívida social cobrada pelos movimentos sociais que, simultaneamente, travavam luta pela redemocratização do país e pela inclusão na agenda pública de ações de enfrentamento às demandas sociais, tão em voga nesse período, que ficaram evidenciadas pela falência do modelo do milagre econômico (BRAVO; PEREIRA, 2002).

Embora a seguridade brasileira pós-1988 tenha a orientação e o conteúdo daquelas que conformam o estado de bem-estar nos países desenvolvidos, as características excludentes do mercado de trabalho, o grau de pauperização da população, o nível de concentração de renda e as fragilidades do processo de publicização do Estado permitem afirmar que no Brasil a adoção da concepção de seguridade social não se traduziu objetivamente numa universalização do acesso aos benefícios sociais.

Mesmo assim, tais fragilidades não foram o suficiente para negar que os cidadãos brasileiros, a partir dos anos 80, adquiriram novos direitos, ampliaram o acesso aos serviços públicos não mercantis, usufruíram o alargamento da oferta de benefícios, como os da

assistência social e da saúde, dentre outros (FONTENELE, 2016).

Em relação às constituições antecedentes, a Constituição de 1988, além de manter os direitos fundamentais, instituiu uma nova lógica a respeito dos direitos coletivos, que passaram a ser concebidos, ao longo do texto constitucional, como direitos sociais, e os desvinculou da esfera do trabalho.

Os direitos sociais são derivados não apenas da situação econômica, mas também da ocorrência de situações de vulnerabilidade social, do trabalho, da matricialidade familiar<sup>3</sup> e da universalidade. Outrossim, nas constituições anteriores, normatizadas na realidade brasileira, o social era definido como aspecto derivado e secundário em relação ao mercado de trabalho.

Com o advento da Constituição de 1988, o Art. 6º da Constituição Federal expressa que:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. (BRASIL, 1988, p.184).

O direito social enunciado pelas normas constitucionais é compreendido como uma dimensão dos direitos fundamentais do homem, uma vez que possibilita melhores condições de vida aos mais vulneráveis e tende a equalizar situações desiguais por meio de prestações positivas proporcionadas pelo Estado de forma direta ou indireta.

Desde a Constituição de 1988, a perspectiva mais inclusiva e universalista orientou o desenho das políticas sociais brasileiras, ultrapassando uma visão restritiva da perspectiva contribucionista. Tal perspectiva não se restringe ao público-alvo dos programas, mas envolve a noção de cidadania e dos direitos, contrapondo-se, portanto, a um enfoque transitório ou focalizado de ação sobre pessoas em situação de pobreza (IVO; SILVA, 2011).

De acordo com Arantes (1999), a Constituição de 1988 representa um marco jurídico e político, porquanto consolidou em normas fundamentais mudanças legislativas anteriores, na área dos direitos difusos e coletivos.

Os direitos apresentados no texto constitucional se relacionam com o art. 193, que aborda: “A ordem social tem como base o primado do trabalho, e como objetivo o bem-estar e a justiça sociais”. Segundo Silva (2006, p. 759), os valores constantes no Capítulo da Ordem Social da Constituição de 1988 têm como base o primado do trabalho, isto é, “pôr o trabalho

---

<sup>3</sup>A matricialidade familiar se refere à centralidade na família como núcleo social fundamental para a efetividade de todas as ações e serviços da política de assistência social, principalmente a partir da instituição da Política Nacional de Assistência Social – PNAS. O objetivo de garantir a centralidade na família é de prover a sobrevivência, o acolhimento de suas necessidades e o promover o convívio familiar e comunitário, enfim, a proteção social.

acima de qualquer outro fator econômico”, pois nele o homem se realiza com dignidade. Nesse sentido, ter o bem-estar e a justiça sociais significa dizer, segundo as interpretações do autor, que:

As relações econômicas e sociais do país, para gerarem o bem-estar, não de propiciar trabalho e condição de vida material, espiritual e intelectual, adequada ao trabalhador e à sua família, e que a riqueza produzida no país, para gerar justiça social, há de ser equanimente distribuída. (SILVA, 2006, p. 759).

A dignidade, portanto, passa a ser considerada constitucionalmente como valor absoluto e irrefutável. No art. 3º da Constituição Federal, constata-se que:

Constituem objetivos fundamentais da República Federativa do Brasil: I - construir uma sociedade livre, justa e solidária; II - garantir o desenvolvimento nacional; III - erradicar a pobreza e a marginalização e reduzir as desigualdades sociais e regionais; IV - promover o bem de todos, sem preconceitos de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação. (BRASIL, 1988, grifo nosso).

Como se percebe, o citado artigo é dotado de normas dirigentes que apontam fins positivos estabelecidos e que precisam ser alcançados. A autora Carmem Lúcia Antunes Rocha (1994) observa que todos os verbos utilizados nesse artigo constitucional, sendo eles: “construir”, “garantir”, “erradicar”, “reduzir” e “promover”; são de ação e designam um comportamento ativo, isto é, são direitos com fins positivos que expressam o projeto de sociedade que se deseja edificar, valorizando, sobretudo, a dignidade humana. Tal natureza declaratória exige de qualquer elite governante o comprometimento para que se efetivem esses objetivos.

A instituição da seguridade social está presente no Capítulo II e “compreende 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” (BRASIL, 1988).

A Constituição Cidadã inova ao instituir a seguridade social como forma mais abrangente de proteção social. Este sistema ambiciona proteger tanto quanto possível o conjunto da população contra o risco social e tem como objetivo garantir o bem-estar dos cidadãos.

A seguridade social compreende 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. **Parágrafo único.** Compete ao poder público, nos termos da lei, organizar a seguridade social, com base nos seguintes objetivos: I - universalidade da cobertura e do atendimento; II - uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais; III - seletividade e



distributividade na prestação dos benefícios e serviços; IV - irredutibilidade do valor dos benefícios; V - equidade na forma de participação no custeio; VI - diversidade da base de financiamento; VII - caráter democrático e descentralizado da administração, mediante gestão quadripartite, com participação dos trabalhadores, dos empregadores, dos aposentados e do Governo nos órgãos colegiados (Constituição Federal, 1988, art. 194).

A assistência social, terceiro pilar do Sistema de Proteção Social Brasileiro, prevista nos artigos 203 e 204, tem caráter não contributivo, pois é considerada como direito fundamental da pessoa humana, dever do Estado prestado por meio dos mínimos sociais por um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir atendimento a quem dela necessitar. Assim também é definida pela Lei Orgânica da Assistência Social, Lei 8.742/93 – LOAS.

A política de assistência social, segundo a legislação, deve ser realizada de forma integrada às demais políticas setoriais para o enfrentamento da pobreza. Devem ser garantidos os mínimos sociais e o provimento de condições para atender contingências sociais, garantindo a universalização dos direitos sociais (BRASIL.LOAS, art. 2, 1993).

A assistência social ganha um novo estatuto com a Constituição de 1988, pois passa a compor a seguridade social como política pública de proteção social, de caráter democrático, com gestão descentralizada e participativa para os entes da federação.

Segundo Silva (2011), no plano legal, a assistência social é uma política de inclusão social, direito do cidadão e dever do Estado, que tem no município o *locus* privilegiado para o desenvolvimento de ações de controle da sociedade, com visibilidade, transparência e comando único.

Segundo Fontenele (2016), a Constituição Federal trouxe avanços no tocante à proteção social, tais como: a ampliação e extensão dos direitos sociais, a expansão da cobertura, e o princípio da responsabilidade do Estado e da esfera pública no atendimento dos direitos. Costa et al. (2016) defende que a Constituição superou as limitações do modelo contributivo, que condicionava o direito social à inserção do indivíduo no mercado de trabalho.

Há evidentes avanços, no reconhecimento dos direitos sociais e na regulamentação da seguridade social. Todavia, há críticas, como a de Pereira (1993), que considera que o sistema de seguridade social brasileiro se estruturou de maneira restrita e acanhada.

Como analisa Fonseca (2007), após a instituição da Seguridade Social por meio da Constituição Cidadã, sua execução não ocorreu como fora prevista, pois as políticas foram

implementadas de forma desarticulada, estando fragmentadas e distantes de se tornarem um todo coeso e articulado.

Segundo analisa Boschetti (2006), a seguridade social no Brasil agregou universalidade e seletividade, centralização e descentralização, distributividade e redistributividade, gratuidade e contributividade.

Embora haja o estabelecimento formal da isonomia entre os cidadãos, as relações societárias não seguem integralmente a lógica constitucional. Legalmente, a partir do texto jurídico-constitucional, a igualdade se estabeleceu como princípio, não se legitimando, entretanto, no que diz respeito ao estabelecimento das relações entre os diversos sujeitos, configurando, por conseguinte, problemas de ordem cultural, política, econômica e social.

Contraditoriamente, os direitos sociais têm sido historicamente questionados, como afirma Coutinho (1997), sob a alegação de que estimulam a preguiça, violam a lei do livre mercado e o direito natural à propriedade.

Os direitos instituídos constitucionalmente, tanto civis, como políticos, econômicos e sociais, são diariamente negligenciados, acometendo grande parte da população brasileira, que convive com a ausência de acesso aos equipamentos governamentais e, principalmente, aos direitos aqui abordados. Nesse contexto, a questão social<sup>4</sup> surge como expressão mais forte da fragilidade na efetivação dos direitos na sociedade capitalista, representando, também, a expressão mais elevada da contradição constitutiva do capitalismo<sup>5</sup>.

De acordo com Vasconcelos (1997), a existência de um direito social não determina que se tenha acesso a ele como tal. O direito existe formalmente, mas, dependendo da forma como se usufrui dele, transforma-se num objeto de favor, doação, constrangimento, troca (...). O acesso é um recurso do cidadão – um sujeito social – crítico, consciente, que transforma o direito formal em direito real.

A Constituição Federal estabeleceu a política de assistência social como direito. A assistência social, portanto, deixou de ser caridade e filantropia, e assumiu o caráter de direito social para aqueles que não dispõem do mínimo social, sem o qual a dignidade da pessoa humana fica prejudicada.

A assistência social é regida pelos princípios da supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica; da universalização dos

---

<sup>4</sup>Esta expressão, desde a primeira vez, (aproximadamente a partir de 1830), foi utilizada para designar uma nova dinâmica da pobreza que se generalizava (CASTEL, 1995; NETTO, 2001).

<sup>5</sup> A respeito da contradição constitutiva do capitalismo, compreende-se como a apropriação indevida da produção coletiva por parte de uma minoria possuidora dos meios de produção, ou seja, a exploração do trabalho pelo capital (Netto, 2006).

direitos sociais, a fim de permitir que o usuário da assistência social seja alcançável pelas demais políticas; do respeito à dignidade da pessoa humana, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade; da igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais; e, finalmente, da divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão (BRASIL, 1993).

As ações da política de assistência social voltam-se para a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice, à pessoa com deficiência, com base na organização do território, bem como para o enfrentamento da pobreza, como citamos anteriormente (BRASIL, 1993).

Em 1993, ocorreu a promulgação da Lei Orgânica da Assistência – LOAS, n. 8.742, que estabelece normas e critérios para organização da assistência social, que é um direito, e este exige definição de leis, normas e critérios objetivos.

A instituição da LOAS significou, de acordo com Yazbek (2008), a expressão de uma mudança fundamental na concepção da Assistência Social que se afirma como direito, como uma das políticas estratégicas de combate à pobreza, à discriminação e à subalternidade em que vive grande parte da população brasileira.

Em 1994, foi criado o Conselho Nacional de Assistência Social. A primeira Conferência Nacional foi realizada em 1995, mas, apenas em 1996, o Fundo Nacional de Assistência Social – FNAS começou a funcionar. A Política Nacional de Assistência Social foi definida em 1994 e revista no ano de 2004, enquanto demanda da segunda Conferência Nacional de Assistência Social. Nesta segunda versão, a política tinha como objetivo instituir o Sistema Único de Assistência Social – SUAS (FONTENELE, 2016).

A Política Nacional trouxe avanços em relação à LOAS, no que diz respeito ao marco teórico, à estrutura organizativa e aos mecanismos de gerenciamento e controle.

A presente Política Nacional de Assistência Social – PNAS busca incorporar as demandas presentes na sociedade brasileira no que tange à responsabilidade política, objetivando tornar claras suas diretrizes na efetivação da assistência social como direito de cidadania e responsabilidade do Estado (BRASIL, 2004, p.13)

No que diz respeito à gestão proposta por esta Política pautou-se no pacto federativo, no qual devem ser detalhadas as atribuições e competências dos três níveis de governo na provisão das ações socioassistenciais, em conformidade com o preconizado na LOAS, bem

como a partir das indicações e deliberações das Conferências, dos Conselhos e das Comissões de Gestão Compartilhada (Comissões Intergestoras Tripartite e Bipartites – CIT e CIBs), as quais se constituem em espaços de discussão, negociação e pactuação dos instrumentos de gestão e formas de operacionalização da Política de Assistência Social (PNAS, BRASIL, 2004).

Apesar dos avanços na compreensão da assistência social como direito, na criação de diversas secretarias de assistência social, a política de assistência ainda enfrentava desafios para se tornar uma realidade em todo território nacional. Nessa perspectiva, a IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em dezembro/2003, em Brasília/DF, apontou como principal deliberação a construção e implementação do Sistema Único da Assistência Social – SUAS, requisito essencial da LOAS para dar efetividade à assistência social como política pública.

Diante disso, a assistência social se materializou através da rede socioassistencial, de forma integrada, diretamente pelos entes públicos e pelas entidades e organizações de assistência social vinculadas ao SUAS, respeitadas as especificidades de cada ação. Desse modo, podemos compreender que uma rede de proteção e promoção social foi instituída por meio do SUAS, com vistas a cumprir as determinações legais antevistas na Constituição de 1988, na LOAS e na PNAS.

Objetivou-se romper com o caráter descontínuo, fragmentado e de sobreposição que marcou os programas, projetos e ações da assistência social, até mesmo após a instituição da Constituição Federal e da LOAS.

No entanto, para o avanço do SUAS são necessárias algumas seguranças, como o financiamento nas três esferas de governo, a utilização de mecanismos democráticos de gestão e o aprimoramento e a qualificação permanente dos/as trabalhadores/as.

A implementação do SUAS exige um efetivo pacto federativo, que resulte em unidade e organicidade das ações públicas, consideradas as diversidades regionais e os portes dos municípios (BRASIL, 2008, p. 43).

A instituição do SUAS não aconteceu sem empecilhos. Até os dias atuais é admissível identificar limitações e desafios na implementação desta política, mas é possível afirmar que a instituição desse sistema garantiu a sequência ao processo de descentralização das políticas públicas no Brasil.

Essa rede socioassistencial é operacionalizada por meio do Sistema Único da Assistência Social (SUAS), hierarquizado em dois níveis de proteção: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial, dividida em média e alta complexidades.

Para definir os mecanismos de operacionalização dos dois níveis de proteção do SUAS, o Conselho Nacional de Assistência Social aprovou a Resolução Nº 130 de SUAS, em 15 de julho de 2005, que dispôs sobre a Norma Operacional Básica da Assistência Social – NOB- SUAS; a Resolução Nº 01, de 25 de janeiro de 2007, que dispôs sobre a Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS – NOB-RH/SUAS; a Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009 que aprovou a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais; a Lei 12.435, de 06/07/2011, que atualizou a Lei 8.742/93 e previu legalmente a organização dos serviços socioassistenciais sob a forma de sistema descentralizado e participativo.

A proteção social básica visa à prevenção de situações de vulnerabilidade e risco social por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e do fortalecimento de vínculos familiares e comunitários (LOAS, art. 6, 1993, LOAS). Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privações (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outras) e, fragilização de vínculos afetivos – relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras) (BRASIL, 2004).

As regulações que definem a forma de operacionalização das proteções definidas pelo Sistema Único de Assistência Social caminham na direção de especificar o conteúdo da Assistência Social e delimitar o seu campo de atuação e as atenções que ela deve garantir para proteger os indivíduos e as famílias das situações de vulnerabilidade e de risco social.

Nesse esforço, são definidas as seguranças que devem ser assumidas por essa política, enquanto política de Seguridade Social, são elas: a segurança de sobrevivência, de rendimento e de autonomia; de acolhida e convívio ou vivência familiar. A primeira prevê a atenção aos que estão no mercado, mas não conseguem sua manutenção pelo trabalho e nem pela família, como é o caso do Benefício de Prestação Continuada.

Dentro desta perspectiva, nos interessa discorrer sobre o BPC. O único benefício da política de assistência social previsto na Constituição e, portanto, constituído como direito de cidadania no escopo da Seguridade Social brasileira, concedendo segurança de renda a segmentos populacionais sem meios próprios para prover sua manutenção. O BPC compõe o sistema de direitos sociais não contributivo, ou seja, não requer contribuição prévia nem contrapartida do beneficiário.

Anterior ao BPC, em 1974, durante o regime autoritário, cria-se por meio da Lei n.6179, de 11 de dezembro de 1974, no âmbito do Instituto Nacional de Previdência Social – INPS, a Renda Mensal Vitalícia – RMV. Segundo Costa et al (2016), este benefício agregou funções de assistência social à Previdência Social brasileira.

O benefício era destinado a cidadãos que tivessem mais de setenta anos ou fossem inválidos, definitivamente incapacitados para o trabalho, que, em um ou outro caso, não exercessem atividades remuneradas e não auferissem rendimento superior a 60% do valor do salário mínimo, mas que de alguma forma tinham contribuído para a Previdência Social por um ano, no mínimo. Além disso, não poderiam ser mantidos por pessoas de quem dependiam, bem como não poderiam ter outro meio de prover o próprio sustento. Portanto, o benefício estava associado ao trabalho e, conseqüentemente, ao seu caráter contributivo.

O valor do benefício era a metade do salário mínimo. O acesso ao benefício dependia da comprovação de pobreza, que poderia ser atestada por uma autoridade judiciária local ou administrativa.

Quanto aos idosos, acima de 70 anos, deviam ter contribuído no mínimo por 12 meses para a Previdência Social ou ter exercido atividade remunerada no regime do INPS ou do Funrural, mesmo sem filiação, pelo menos por cinco anos (FALEIROS, 2011).

Era um benefício cuja avaliação considerava a invalidez, muito mais próximo do que hoje se denomina aposentadoria por invalidez.

Em 1988, a Constituição Federal instituiu o Benefício de Prestação Continuada – BPC, que se refere à assistência social e visa ao enfrentamento da pobreza, à garantia da proteção social, ao provimento de condições para atender as contingências sociais e à universalização dos direitos sociais.

O BPC é o mais relevante benefício assistencial do Brasil. Sua relevância social reside no impacto positivo nas condições de vida dos beneficiários por meio do aumento da renda familiar e conseqüente redução da pobreza e das desigualdades sociais no País.

O estudo de Santos (2011) baseado no levantamento e análise de todos os processos de pedido do BPC para pessoas com deficiência no período de janeiro de 2004 a janeiro de 2006, na agência do INSS da cidade de Unaí, demonstrou que, em maio de 2007, 1.023 deficientes eram beneficiados pelo BPC em Unaí (MG) e, desse total, foram concedidos 154 benefícios no período de janeiro de 2004 a janeiro de 2006, o que representa 15% do total de beneficiados na cidade. Portanto, a amostra para a aplicação das entrevistas foi composta por uma escolha aleatória de 20% do total dos 154 beneficiados nos anos de 2004 e 2005.

Os dois principais achados desta pesquisa conduziram à compreensão de que o BPC se

configura como mecanismo de segurança de renda e garante o consumo de bens básicos de alimentação, tratamentos de saúde e gastos com moradia dos deficientes e suas famílias. O segundo de que as pessoas deficientes relacionaram a concessão do benefício com o aumento da independência social e financeira delas em relação às suas famílias, contribuindo para a ampliação das noções de autonomia e cidadania e de que o BPC é um instrumento capaz de proteger os beneficiados e suas famílias da situação de vulnerabilidade social resultante da pobreza, desemprego e emprego informal, muito embora as mães das crianças deficientes saiam do mercado de trabalho para exercer o cuidado diário dos filhos e não recebam nenhum tipo de proteção social por parte do Estado (SANTOS, 2011).

Outra pesquisa revelou resultados positivos do programa em relação a variáveis como participação do beneficiário no orçamento familiar, índice de qualidade de vida para menores de 14 anos e regularidade no consumo de frango, carnes e peixes (acima de duas vezes por semana) (DATAMÉTRICA; SECRETARIA; MINISTÉRIO, 2010).

No que diz respeito ao impacto do BPC na vida dos beneficiários, a pesquisa de Lobato et.al, (2015) entrevistou 117 beneficiários, sendo 65,5% pessoas com deficiência e 34,5% eram idosos. A pesquisa mostrou que apenas 20 dos 117 entrevistados recebiam outros benefícios de renda, o que indicava grande dependência da renda do BPC entre as famílias entrevistadas. Entre os benefícios recebidos além do BPC prevaleceu o recebimento do Programa Bolsa Família (55%), também federal. Os demais beneficiários recebiam algum tipo de complementação de renda dos próprios municípios ou outro benefício eventual. De fato, a renda do BPC, bem acima daquela garantida por outros programas de transferência de renda no país, é muitas vezes a única fonte de renda, o que demonstra seu potencial de redução da pobreza e da importância para as famílias.

O número de beneficiários em 2015 alcançou cerca de 4 milhões de pessoas, demonstrando sua magnitude e importância no que tange a proteção social. Na tabela abaixo, estão descritas a evolução dos recursos investidos e o percentual por pessoas idosas e pessoas com deficiência, desde a operacionalização até o ano de 2015.

Tabela 1 - Evolução dos Recursos investidos no BPC e percentual de crescimento por Grupo de Espécie – Brasil

<b>Ano</b>	<b>R\$ (PCD)</b>	<b>Variação (%)</b>	<b>R\$ (Idoso)</b>	<b>Variação (%)</b>	<b>R\$ (PCD+Idoso)</b>	<b>Variação (%)</b>
<b>1996</b>	148.282.853	-	24.060.088	-	172.342.941	-
<b>1997</b>	674.961.409	355,19	94.771.269	293,89	769.732.678	346,63
<b>1998</b>	912.771.073	35,23	221.428.227	133,64	1.134.199.300	47,35
<b>1999</b>	1.107.283.715	21,31	425.838.708	92,31	1.533.122.423	35,17
<b>2000</b>	1.360.524.997	22,87	640.943.222	50,51	2.001.468.219	30,55
<b>2001</b>	1.767.144.248	29,89	926.877.264	44,61	2.694.021.512	34,6
<b>2002</b>	2.176.399.854	23,16	1.251.700.370	35,04	3.428.100.224	27,25
<b>2003</b>	2.790.108.783	28,2	1.742.839.724	39,24	4.532.948.507	32,23
<b>2004</b>	3.300.027.493	18,28	2.514.255.525	44,26	5.814.283.018	28,27
<b>2005</b>	4.054.094.728	22,85	3.469.766.713	38	7.523.861.441	29,4
<b>2006</b>	5.112.542.025	26,11	4.606.245.556	32,75	9.718.787.581	29,17
<b>2007</b>	5.987.030.235	17,1	5.561.314.689	20,73	11.548.344.924	18,82
<b>2008</b>	7.110.730.320	18,77	6.675.058.372	20,03	13.785.788.692	19,37
<b>2009</b>	8.638.336.138	21,48	8.221.076.468	23,16	16.859.412.606	22,3
<b>2010</b>	10.421.254.104	20,64	9.682.778.924	17,78	20.104.033.028	19,25
<b>2011</b>	12.038.334.157	15,52	10.816.504.665	11,71	22.854.838.822	13,68
<b>2012</b>	14.630.078.836	21,53	12.804.963.549	18,38	27.435.042.385	20,04
<b>2013</b>	16.890.989.943	15,45	14.521.347.002	13,4	31.412.336.945	14,5
<b>2014</b>	19.070.187.137	12,9	16.071.242.274	10,67	35.141.429.411	11,87
<b>2015</b>	21.680.167.933	13,69	17.965.491.191	11,79	39.645.659.124	12,82

Fonte: Síntese/DATAPREV, atualizado em janeiro de 2016. Subseção E, tabela 3.

A tabela acima descreve a evolução dos recursos destinados ao BPC desde a sua operacionalização até o ano de 2015. Observa-se que o ano em 1997 houve uma expressiva evolução do investimento tanto para idosos, como para pessoas com deficiência, assim como em 1998, que apesar do incremento menor em relação ao ano anterior, no que diz respeito aos idosos houve ainda um expressivo aumento. Para os deficientes, apesar de terem um crescimento contínuo, tal acréscimo ocorre a taxas cada vez menores, tendo sido o ano de 2014 o de menor taxa.



O mesmo se observa em relação aos idosos. Entretanto, como a taxa de crescimento do dispêndio para eles se manteve acima da dos deficientes, em termos absolutos, o valor investido para ambas as categorias tem se aproximado.

Quanto as pessoas com deficiência, objeto de análise desta pesquisa, era esperado que a partir de 2009, com a inserção da avaliação social para operacionalizar o novo modelo de avaliação da pessoa com deficiência e da incapacidade com base nos pressupostos da CIF aos requerentes do BPC, houvesse um aumento no número de beneficiários, que consequentemente refletiria no acréscimo de recursos. Todavia, conforme consta na tabela acima, apesar do aumento na disponibilização dos recursos, esta ocorreu nas menores taxas da série histórica.

Segundo Costa et al. (2016), por meio da ampliação do papel da previdência pública, a democracia brasileira teve sucesso em preservar os arranjos de proteção à velhice, como também em constitucionalizar direitos sociais de grupos extremamente vulneráveis, com baixa funcionalidade para as exigências formais do mercado de trabalho.

As transferências são independentes de prévia contribuição para o sistema de seguridade social e não há necessidade de nenhuma contrapartida, inserindo o BPC no campo da responsabilidade pública e social como direito de cidadania (SPOSATI, 2011).

Segundo Costa et al. (2016), a instituição do BPC pela Constituição de 1988 foi fruto da Emenda Popular n. PE00077-6, uma das iniciativas dos movimentos sociais durante o período de construção da Constituição Federal.

Segundo Sposati (2011), a relação entre o social, a polícia, a moral e o favor institucionalizado como documentos comprobatórios da dignidade “brasileiro-trabalhador” foi abolida a princípio pela Constituição de 1988, que assegurou ao idoso e a pessoa com deficiência o acesso ao salário mínimo mensal.

Uma das inovações do BPC, como citamos anteriormente, foi sua concessão desvinculada do trabalho, outras, no que dizem respeito à deficiência, foram a mudança no modelo de avaliação da pessoa com deficiência e a inclusão de crianças e adolescentes.

Em relação a institucionalização da assistência como política pública, não há dúvidas sobre o avanço. Todavia, sobre a implementação do BPC, há autores que fazem críticas como Silva (2011) que reconhece a expressão do benefício no que diz respeito à inclusão social e o coloca como maior expressão da política de assistência social, em contrapartida, o caracteriza como direito restrito, de pouco alcance no combate à exclusão social.

O BPC impacta positivamente nas condições de vida dos beneficiários já que representa uma possibilidade concreta de aumento de aquisição e consumo de bens e serviços.

Através do recebimento deste benefício é possível investir em compra de remédios, alimentos, vestuário, mobiliário etc., de modo a assegurar maior nível de bem-estar individual e familiar. No plano simbólico, aponta-se para o impacto do BPC sobre a autoestima de muitos idosos e pessoa com deficiência através da sua autonomização (LOBATO et al., 2005).

Objetivando refletir sobre as mudanças no benefício promovidas desde a sua instituição em 1988 pela Constituição, elaboramos a seguir um quadro com a lista de normativas. Abordaremos algumas mudanças promovidas por elas, de modo que contribua para reflexão desta dissertação.

No Brasil, o BPC foi regulamentado pela Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, complementada e retificada pelos Decretos Federais nº 1.330, de 08 de dezembro de 1994, nº 1.744, de 8 de dezembro de 1995 e nº 1.605 de 25 de agosto de 1995; pela Medida Provisória nº 1.426, de 1996, e posteriormente pelas Leis nº 9.720, de 30 de novembro de 1998, e nº 10.741, de 2003. Em seguida, pelo Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007, e pelo Decreto nº 6.564, de 12 de setembro de 2008. Recentemente, a Lei nº 12.435, de 06 de julho de 2011, alterou a LOAS.

A seguir, ela foi alterada pela Lei nº 12.470, de 31 de agosto de 2011, pelo Decreto nº 7.617, de 17 de novembro de 2011, pela Lei nº 13.146, de 06 de julho de 2015, e, finalmente, pelo Decreto nº 8.805, de 07 de julho de 2016.

O quadro a seguir, explicita a evolução legislativa relativa ao BPC com foco nas principais mudanças no que diz respeito a mudança da idade mínima de acesso ao benefício pelo idoso, o conceito de família, a caracterização da deficiência, bem como sua avaliação e outras alterações substantivas para este estudo.

Tabela 2: Arcabouço jurídico-legal do Benefício de Prestação Continuada.

<b>Legislação</b>	<b>Data</b>	<b>Título e alterações</b>
<b>Constituição Federal</b>	05/10/1988	
<b>Lei 8.742 /93 - Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS</b>	07/12/1993	Dispõe sobre a organização da assistência social e regulamenta o BPC
<b>Decreto 1.330</b>	08/12/1994	Dispõe sobre a concessão do benefício de prestação continuada, previsto no art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências.
<b>Decreto 1.744</b>	08/12/1995	Regulamenta o BPC à pessoa com deficiência e ao idoso, de que trata a Lei 8742 /93
<b>Decreto 1.605</b>	25/08/1995	Regulamenta o Fundo Nacional de Assistência Social, instituído pela Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993
<b>Lei 9.720</b>	30/11/1998	Dá nova redação ao dispositivo da Lei 8.742 /93, que dispõe sobre a organização da assistência social, e dá outras providências.
<b>Lei 10.741</b>	01/10/2003	Estatuto do Idoso, Cap. VIII, da Assistência Social – Art. 34.
<b>Decreto 6.214</b>	26/09/2007	Regulamenta o BPC de que trata a Lei 8.742 /93 e a Lei 10.741 /03 e acresce parágrafo ao Art. 162 do Decreto n. 3.048/99
<b>Decreto 6.564</b>	12/09/2008	Altera o regulamento do BPC, aprovado pelo Decreto n. 6.214 /07, e dá outras providências.
<b>Lei 12.435</b>	06/07/2011	Altera a Lei 8.742/93
<b>Lei 12.470</b>	31/08/2011	Altera os artigos 20 e 21, e acrescenta o art. 21-A à Lei 8.742/93
<b>Decreto 7.617</b>	17/11/2011	Altera o regulamento do BPC aprovado pelo Decreto n. 6.214/07

<b>Lei 13.146</b>	06/07/2015	Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência
<b>Decreto 8.805</b>	07/07/2016	Altera o regulamento do BPC, aprovado pelo Decreto 6.214

---

Fonte: Elaborado pelo autor.

A lei 8.743 de 1993 dispõe sobre a organização da assistência social e regulamenta o BPC. Inicialmente, tornava elegível o idoso com setenta anos ou mais ou a pessoa portadora de deficiência, termo utilizado na época, para designar as pessoas incapazes para a vida independente e para o trabalho.

De acordo com a LOAS, a pessoa com deficiência deveria ter a sua condição de deficiente atestada, segundo a lei que a regulamentou, por meio de avaliação e laudo expedido por serviço que contasse com equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde (SUS) ou do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), credenciados para esse fim pelo Conselho Municipal de Assistência Social. Caso o município do beneficiário não contasse com esta estrutura burocrática credenciada, ficaria assegurado ao mesmo o seu encaminhamento ao Município mais próximo que contasse com tal estrutura (BRASIL, 1993, art. 20).

Na legislação regulamentadora, além dos critérios de idade e de avaliação deficiência, a prova de meios, isto é, o atestado que o requerente e sua família se enquadram no critério de um quarto do salário mínimo estabelecido pela LOAS como critério de acesso ao benefício.

Embora seja um benefício individual e voltado para a garantia das necessidades das pessoas com deficiência e dos idosos beneficiários, por se tratar de um benefício devido àqueles que não têm condições de prover seu próprio sustento, ou, tê-lo provido por sua família, a determinação do grupo familiar é um fator crucial no acesso a esse direito.

A começar pela definição de que só há direito se a família não apresentar condições de prover a sobrevivência do requerente ao Benefício. Segundo a LOAS, a família era denominada como unidade mononuclear, vivendo sob o mesmo teto, cuja economia era mantida pela contribuição de seus integrantes. A incapacidade para manutenção da pessoa idosa e da pessoa com deficiência foi determinada para famílias cuja renda mensal per capita fosse inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo.

Segundo Ivo e Silva (2011), o conceito de família utilizado no cálculo da renda familiar média *per capita* evoluiu da concepção usada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE, para uma definição específica utilizada pelo sistema que dispõe sobre os planos de benefícios da Previdência Social. As autoras consideram que o IBGE tinha como

concepção familiar o grupo de pessoas ligadas por laços de parentesco, unidas pelo consumo, incluindo indivíduos que têm sua convivência definida por normas sociais de afinidade.

O conceito estabelecido pela LOAS delimita o convívio familiar àqueles que vivem sob o mesmo teto. A autora Sposati(2004) faz uma crítica não ao conceito de família estabelecido pela LOAS, mas a forma seletiva e residual de acessar o benefício.

Segundo Sposati (2011), o BPC é um mínimo tutelado na medida em que submete seu acesso a uma condição externa, e não ao direito do cidadão que dele necessita, isto é, vincula o acesso à condição econômica da família, e não ao cidadão individualmente considerado. Sua regulamentação o faz transitar pendularmente do direito individual para o princípio da subsidiariedade, onde o Estado tem responsabilidade secundária à família.

Há autores como Costa et al. (2016), que criticam a inclusão deste critério como um meio para acessar o benefício, a elegibilidade da pessoa com deficiência se dá por meio do teste de meios e da avaliação da condição da deficiência.

No Brasil, a publicação da Constituição trouxe o reconhecimento da necessidade de proteção social às pessoas com deficiência, mas por outro lado, a discussão trazida pelo modelo social teve baixa ressonância no Brasil, exceto pela publicação da CIF (SANTOS, 2009).

De acordo com Costa et al. (2016), o artigo 203 da CF 1988 estabeleceu a proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência, à velhice e às pessoas com deficiência, independentemente de contribuição à seguridade social, assegurando aos idosos e pessoas com deficiência o direito ao BPC, benefício mensal de um salário mínimo, caso esses sujeitos não tenham condições de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por suas famílias.

Para isso, este capítulo destaca os efeitos dessas mudanças sobre o BPC. A seguir se expos brevemente as diversas normativas legais relacionadas ao BPC que definiram a terminologia do que é pessoa com deficiência, e que de forma incremental foram assimilando as discussões do modelo social.

É possível compreender que a discussão terminológica sobre deficiência se relaciona com o momento histórico e as disputas conceituais. A deficiência foi compreendida desde a institucionalização do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e interessa compreender de que forma o conceito de deficiência influencia na proteção social.

Na legislação do país, o termo utilizado para designar pessoa com deficiência mudou diversas vezes: portador de necessidades especiais, portador de deficiência, pessoa portadora de deficiência. Neste trabalho utilizaremos o termo pessoa com deficiência, pois refere-se ao termo estabelecido mais recentemente.

Na década de 90, quando o BPC foi regulamentado pela LOAS, a Lei 8.742 de 1993, delineou o conceito de “pessoa portadora de deficiência” como sendo aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho. Esta definição era baseada na concepção biomédica, difundida pela International Classification of Impairments, Disabilities and Handcaps – ICIDH, em 1980.

Apesar do modelo médico ser o predominante neste período, influenciando a definição de pessoa com deficiência na LOAS, já havia um movimento para compreensão da deficiência distanciada do conceito de incapacidade, como analisa a autora.

(...) Fez muito mal, pois definiu pessoa com deficiência, para efeito deste benefício, como aquela *incapacitada para a vida independente e para o trabalho* (art. 20, §2º). Tal definição choca-se, frontalmente, com todo o movimento mundial pela inclusão da pessoa com deficiência. Num momento em que se procura ressaltar os potenciais e as capacidades da pessoa com deficiência, por esta lei, ela deve demonstrar exatamente o contrário. (...) Muitos pais acabam impedindo seus filhos com deficiência de estudar e de se qualificar, justamente para não perderem o direito a esse salário mínimo. (SANTOS, 2012, p. 115).

Assim como a LOAS, o Decreto 1.330 de 1994, definiu “pessoa portadora de deficiência” como sendo aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho.

Uma das particularidades deste decreto promulgado por Itamar Franco foi que, para habilitar-se ao benefício, a requisição para idosos deveria ser realizada no INSS e, no caso de pessoa com deficiência, na Fundação Legião Brasileira Assistência - LBA<sup>6</sup>.

O decreto previu, no art. 17, que o BPC deveria ser revisto a cada dois anos, para avaliação da continuidade das condições que lhe deram origem, onde o beneficiário para continuar recebendo deveria comprovar a permanência da situação que lhe garantiu a concessão do benefício. O decreto manteve, no âmbito da Previdência Social, o pagamento da renda mensal vitalícia (Decreto 1.330/94, Art.18).

Este decreto elaborado sucintamente não concedeu as coordenadas suficientes para operacionalizar a prática do benefício.

Este decreto ficou parado no tempo porque envolvia a LBA, que veio a ser extinta em janeiro de 1995. Na época, não existia uma política de assistência social com comando central e a LBA não possuía um desenho institucional que pudesse acolher

---

<sup>6</sup>A Legião Brasileira de Assistência (LBA) foi um órgão assistencial público brasileiro, fundado em 28 de agosto de 1942, pela então primeira-dama Darcy Vargas, com o objetivo de ajudar as famílias dos soldados enviados à Segunda Guerra Mundial. Com o final da guerra, se tornou um órgão de assistência as famílias necessitadas em geral. A LBA era presidida pelas primeiras-damas. Através da Lei nº 6.439, de 1º de setembro de 1977, foi vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social. Pelo art. 252 do Decreto nº 99.244, de 10 de maio de 1990, passa a ser vinculada ao Ministério da Ação Social. A extinção aconteceu em 1995 através da Medida Provisória nº 813, de 1º de janeiro de 1995, publicada no governo de Fernando Henrique Cardoso. Fonte: <http://fonte.ufsm.br/index.php/legiao-brasileira-de-assistencia-lba>. Acesso em 03 Dez 17.

a operacionalização de um benefício constitucional, de amplitude nacional. O governo acabou sendo pressionado a regulamentar a Lei e fez a escolha pelo INSS (Entrevistado B, assistente social do INSS, 30.08.17)

A seguir, o Decreto 1.744 de 1995, também utilizou o termo “pessoa portadora de deficiência – PPD” como sendo aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho, acrescentando “em função das anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditária, congênitas ou adquiridas, que impeçam o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho”. Este decreto introduziu conceitos não previstos na lei, como a exigência de incapacidade para a vida diária e a irreversibilidade da deficiência. (BRASIL, 1995)

É possível compreender a partir das definições normativas que, apesar de toda contribuição do modelo social, as legislações brasileiras permaneciam utilizando como parâmetro o modelo biomédico que interpreta a deficiência como incapacidade a ser superada.

Segundo Diniz et al. (2007), a inspiração para essa definição foi o modelo médico da deficiência, um conjunto de teorias e práticas assistenciais em saúde que pressupõe uma relação de causalidade entre a lesão e a experiência da deficiência. Nesse debate em que o modelo médico de explicação da deficiência era hegemônico, a deficiência, portanto, era compreendida como uma expressão da limitação corporal do indivíduo para interagir socialmente.

Este decreto regulamentou que o BPC seria requerido a partir de 1º de janeiro de 1996 (BRASIL, 1995, art. 40). Diante disso, ficariam extintos o auxílio-natalidade, o auxílio-funeral e a renda mensal vitalícia, assegurando aos maiores de setenta anos e aos inválidos que não exerciam atividade remunerada e que comprovassem não possuir meios de subsistência o direito de solicitar à renda mensal vitalícia, junto ao Instituto Nacional do Seguro Social - INSS até 31 de dezembro de 1995 (Brasil, 1995, art.39).

Finalmente, introduziu uma mudança importante para o critério de idade, reduzindo de 70 ou mais, para 67 anos, a partir de 1º de janeiro de 1998 e, a partir de 1º de janeiro de 2000, de 67 para 65 anos (BRASIL, 1995, art. 42).

O Decreto 3.298 de 1999, dispôs sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, e consolidou as normas de proteção à deficiência, quando o BPC já era operacionalizado pelo INSS.

Um dos avanços desse decreto foi a consolidação da proteção social aos deficientes, pois estabeleceu como dever dos órgãos e entidades do poder público garantir o pleno exercício dos direitos básicos e outros decorrentes da Constituição e das leis, com vistas à garantia do bem-estar pessoal, social e econômico (BRASIL, 1999).

Segundo Santos (2009), a deficiência passaria a ser não mais tema de responsabilidade individual, mas de matéria na alçada da justiça social, que resulta no esforço das sociedades de garantir o direito de todas as pessoas.

Em contrapartida, a deficiência foi compreendida como “toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano”. (BRASIL, 1999).

O Decreto instituiu como deficiência permanente “aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter probabilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos” (BRASIL, 1999).

A incapacidade foi definida como uma “redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida” (BRASIL, 1999).

O referido decreto seguiu a lógica biomédica quando definiu a pessoa com deficiência como sendo aquela que está fora “*do padrão considerado normal para o ser humano*”, não considerando a relação da pessoa com o meio em que está inserido.

Segundo Diniz, Pereira e Santos (2009), herdeiros dos estudos de gênero, feministas e antirracistas, os teóricos do modelo social da deficiência provocaram uma redefinição do significado de habitar um corpo que havia sido considerado, por muito tempo, anormal (DINIZ, 2007). Assim como para o sexismo ou o racismo, essa nova expressão da opressão ao corpo levou à criação de um neologismo, ainda sem tradução para a língua portuguesa: *disablism* (DINIZ; SQUINCA; MEDEIROS, 2007).

Esse conceito *disablism*, pode ser compreendido como “o comportamento discriminatório, opressivo ou abusivo decorrente da crença de que as pessoas com deficiência são inferiores às demais”, ou seja, é resultado da cultura da normalidade, em que os impedimentos corporais são alvo de opressão e discriminação (MELLO, 2016, 3267).

A normalidade, entendida ora como uma expectativa biomédica de padrão de funcionamento da espécie, ora como um preceito moral de produtividade e adequação às normas sociais, foi desafiada pela compreensão de que deficiência não é apenas um conceito biomédico, mas a opressão pelo corpo com variações de funcionamento. A deficiência traduz, portanto, a opressão ao corpo com impedimentos: o conceito de corpo deficiente ou pessoa



com deficiência devem ser entendidos em termos políticos e não mais estritamente biomédicos (DINIZ, PEREIRA, SANTOS, 2009).

Dessa forma, a experiência da deficiência não estaria associada à presença da lesão, mas sim à desigualdade imposta pela sociedade ao não aceitar de forma equânime o corpo do deficiente.

Ainda em dissonância com a compreensão do modelo social, o Decreto 5.296 de 2004, definiu o que era deficiência física: “alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física”. Elegeu quais são os tipos de deficiência física e também determinou o que se compreendia por deficiência auditiva, deficiência visual, deficiência mental e deficiência múltipla.

Embora ambos os decretos tenham definido a deficiência em consonância com os conceitos do modelo biomédico, ainda assim trouxeram avanços ao contribuírem para tornar a deficiência uma questão pública que demande ações de justiça social.

A seguir, o Decreto 6.214 de 2007, definiu pessoa com deficiência como sendo “aquela cuja deficiência a incapacita para a vida independente e para o trabalho (BRASIL, 2007)”. Essa normativa reflete ainda a inconsistência na compreensão do novo modelo, pois ainda associava o fenômeno da deficiência à incapacidade do sujeito em gerir sua própria vida e também de trabalhar. Esse conceito foi superado pela discussão do modelo social.

A pessoa com deficiência, apesar da mudança de nomenclatura, permaneceu como definição: aquela cuja deficiência a incapacita para a vida independente e para o trabalho. Isto é, a deficiência estava associada ao trabalho e a independência, em uma perspectiva individual. Todavia, o conceito de incapacidade agregou o ambiente tanto físico, quanto social de vivência desse sujeito.

Em relação à concessão do BPC, o merecimento do benefício, no que diz respeito à capacidade de inclusão social, para crianças era avaliada com a entrada e permanência na escola, e no caso de adultos, com a participação no mercado de trabalho (Entrevistado C, assistente social do INSS, 07.10.2017).

Este decreto instituiu que à criança e o adolescente até 16 anos de idade, são avaliados quanto a existência da deficiência e seu impacto na limitação do desempenho de atividade e restrição da participação social, compatível com a idade, sendo dispensável proceder à avaliação da incapacidade para o trabalho. (BRASIL, 2007)

Neste Decreto, o Benefício de Prestação Continuada foi inserido como constitutivo da PNAS e integrado às demais políticas setoriais, visando o enfrentamento da pobreza, à garantia da proteção social, o provimento de condições para atender contingências sociais e à

universalização dos direitos sociais, de acordo com os objetivos previstos na LOAS (BRASIL, 2008, § 2º).

Em contrapartida, o conceito de incapacidade utilizado pelo mesmo decreto ampliou o olhar, levando em consideração as mudanças promovidas pelo modelo social, pela CIF e pela Convenção. A incapacidade foi definida como fenômeno multidimensional que abrange limitação do desempenho de atividade e restrição da participação, com redução efetiva e acentuada da capacidade de inclusão social, em correspondência à interação entre a pessoa com deficiência e seu ambiente físico e social.

Diniz (2009) chama atenção para que o novo conceito supera a ideia de impedimento como sinônimo de deficiência, reconhecendo na restrição de participação o fenômeno determinante para a identificação da desigualdade pela deficiência (DINIZ, 2009).

A seguir, foi editada uma das mais importantes publicações no Brasil, no que diz respeito à deficiência, o Decreto 6.949 de 25 de agosto de 2009, aprovado anteriormente por meio do Decreto Legislativo n. 186 de 09 de julho de 2008, baseado na Convenção Internacional para Proteção e Promoção dos Direitos e Dignidade das Pessoas com Deficiência, de 2006.

Segundo Silva e Diniz (2012), essa convenção provocou uma grande alteração no sistema normativo brasileiro ao instituir uma definição constitucional para deficiência. Não havia clareza no sistema jurídico sobre quais deficiências estariam amparadas pelas proteções constitucionais e legais até a aprovação desta Convenção.

Santos (2009), reflete que na instituição da LOAS, a Constituição ainda não possuía um conceito de deficiência demarcada. Cenário que veio a ser modificado a partir da Convenção da ONU ratificada pelo Brasil em 2008.

A convenção reconheceu que a deficiência, conceito em permanente evolução, resultante da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras devidas às atitudes e ao ambiente, que impedem a plena e efetiva participação dessas pessoas na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas.

A Convenção substituiu o termo incapacidade pelo termo deficiência e definiu as pessoas com deficiência como sendo aquelas que têm impedimentos de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas (BRASIL, 2009).

De acordo com o novo conceito, além da deficiência sob o aspecto médico (físico, sensorial, mental e intelectual), há a deficiência da sociedade, cujas barreiras podem impedir a participação em condições de igualdade com as demais pessoas, remetendo-nos à

## Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF).

(...) o próprio conceito de pessoa com deficiência incorporado pela Convenção, a partir da participação direta de pessoas com deficiência levadas por Organizações Não Governamentais de todo o mundo, carrega forte relevância jurídica porque incorpora na tipificação das deficiências, além dos aspectos físicos, sensoriais, intelectuais e mentais, a conjuntura social e cultural em que o cidadão com deficiência está inserido, vendo nestas o principal fator de cerceamento dos direitos humanos que lhe são inerentes. (FONSECA, 2008, p. 263).

O propósito da Convenção era promover, proteger e assegurar o exercício pleno e equitativo de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais por todas as pessoas com deficiência e promover o respeito pela sua dignidade inerente. A Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas é um divisor de águas nesse movimento, pois instituiu um novo marco de compreensão da deficiência (ONU, 2006).

A lei 12.435 de 06 de julho de 2011, altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Quanto a pessoa com deficiência para efeito de concessão deste benefício, se conceituou aquele que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas.

O impedimento de longo prazo, segundo a lei, são aqueles que incapacitam a pessoa com deficiência para a vida independente e para o trabalho pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos.

Não há conhecimento a respeito do porquê o período de dois anos foi escolhido, mas acredita-se que os legisladores fizeram uma analogia com o fato de que a reavaliação disposta na LOAS, na Lei Orgânica da Assistência, deveria acontecer a cada dois anos, por causa disso longo prazo foi definido por dois anos (Entrevistado D, assistente social, 27.10.2017).

Este conceito de longo prazo foi retirado da Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, promulgada pela ONU, assinada em Nova York, em 30 de março de 2007. No Brasil esta legislação passou a ter validade em agosto de 2008 e mais tarde tornou-se o Decreto 6.949, de 25 de agosto de 2009.

Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (Brasil, 2009, art.1).

No entanto, não havia o interesse de restringir, mas de diferenciar de condições de saúde que são reversíveis. Compreende-se a necessidade do legislador em definir um período, mas a restrição de dois anos pode provocar injustiças, como por exemplo, uma fratura que não é deficiência, porque rapidamente, se tratada a fratura será curada (Entrevistado D, assistente social do INSS, 27.10.2017).

Outro exemplo é a esquizofrenia. A depender do modo como isso está manifesto ou não, às vezes a pessoa entra numa crise esquizofrênica e é mandada embora, porque na crise o padrão não entendeu, logo essa pessoa passa a experimentar um conjunto de vulnerabilidades e privações devido a sua condição de saúde. Fora o desemprego, o sujeito experimenta várias consequências negativas dessa condição de saúde para a vida dela e não chegou a ser dois anos. Basta uma crise instalada por seis meses, para ter uma consequência muito grave na vida dessa pessoa (Entrevistado D, assistente social do INSS, 27.10.2017).

Dessa forma, não há uma correspondência de um critério com um outro. A revisão era dois anos, portanto, longo prazo será dois anos. O legislador poderia ter deixado este critério mais amplo para acontecer dentro das avaliações técnicas, caso a caso. (Entrevistado D, assistente social do INSS, 27.10.2017).

Uma das mais persistentes críticas com relação à legislação brasileira para pessoa com deficiência está relacionada às leis 12.435/2011 e 12.470/2011. Segundo Costa (2017) a OMS reconheceu a autonomia dos Estados nacionais em estabelecerem limites para a gravidade da incapacidade, das limitações para realizar atividades ou restrição da participação. Todavia, as referidas legislações, ao estabelecerem como critério de acesso ao BPC o período mínimo de dois anos, inverteram o sentido da mudança produzida pela Convenção.

Considera-se impedimento de longo prazo, para os fins do § 2º deste artigo, aquele que produza efeitos pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos. (Brasil, 2011, art.20, § 2º, § 10.)

A Constituição de 1988 determinou que a política de assistência social será prestada a quem dela necessitar, e por meio do BPC com uma renda ao idoso e a pessoa com deficiência que comprove não possuir meios de prover sua própria subsistência ou de tê-la provida por sua família.

O texto da convenção e o conceito de deficiência da Constituição Federal não reduziram os direitos fundamentais à duração de impedimentos corporais. Ao contrário, mantiveram a proteção social no campo das necessidades a serem protegidas para a garantia do padrão adequado de vida. Independente de contribuição à Seguridade Social e da qualidade

do impedimento corporal, a pessoa com deficiência tem direito à proteção social. (SILVA; DINIZ, 2012).

A Lei 12.470 de 2011, e posteriormente o Decreto 7.617 de 2011, consideraram pessoa com deficiência como sendo “aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas”. Nesta alteração, a natureza mental foi acrescentada como deficiência.

Esta legislação instituiu que a remuneração da pessoa com deficiência na condição de aprendiz não será considerada para fins do cálculo da renda familiar per capita (BRASIL, 2011, art. §9º). Além disso, institui que a contratação de pessoa com deficiência como aprendiz não acarreta a suspensão do benefício de prestação continuada por dois anos o recebimento concomitante da remuneração e do benefício (BRASIL, 2011, art.21-A § 2º).

Como se vê, apenas em 2011, e com dificuldades, a legislação ordinária entrou em consonância com a Convenção Internacional Sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, a despeito de já estar ratificada e aprovada desde 2008, além de promulgada pelo Brasil, com *status* de Emenda Constitucional, desde 2009.

Por fim, a Lei brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência, a Lei 13.146 de 06 de julho de 2015, baseada na Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, bem como no Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, destinou-se a assegurar e a promover, em condições de igualdade, o exercício dos direitos e das liberdades fundamentais pela pessoa com deficiência, visando à sua inclusão social e cidadania.

Segundo Diniz et al. (2009), o conceito de deficiência adotado, segundo a Convenção, não deve ignorar os impedimentos e suas expressões, mas não se resume a sua catalogação. Essa redefinição da deficiência como uma combinação entre uma matriz biomédica, que cataloga os impedimentos corporais, e uma matriz de direitos humanos, que denuncia a opressão, não foi uma criação solitária da Organização das Nações Unidas, pois o modelo social provocou o debate político e acadêmico internacional sobre a insuficiência do conceito biomédico de deficiência para a promoção da igualdade entre deficientes e não deficientes.

Outros avanços na perspectiva legal foram: a definição da avaliação da deficiência como sendo de caráter biopsicossocial, realizada por equipe multiprofissional e interdisciplinar.

A recente Portaria nº 58, de 03 de junho de 2016, publicada pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário – MDSA, dispôs sobre ações articuladas das redes de Assistência Social e Previdência Social na atenção às crianças com microcefalia para o acesso

ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC.

A Portaria do INSS foi elaborada considerando a Portaria Interministerial MS/MDS nº 405, de 15 de março de 2016, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia.

A Portaria, em suas determinações, prevê a articulação das redes de Assistência Social e do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS – no apoio ao processo de requerimento do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC - pelas crianças diagnosticadas com microcefalia que disponham do laudo médico circunstanciado emitido pelo Sistema Único de Saúde.

(...) emitir laudo médico circunstanciado, com base na avaliação(...)", que contenha as informações mínimas necessárias sobre o diagnóstico e a condição clínica da criança, com a finalidade de planejar o cuidado e de instruir o processo de concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC). (Brasil, 2016,art. 4º)

De acordo com a portaria, as equipes de assistência social deverão cadastrar família que dispõe de laudo médico no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo Federal; prestar informações completas e qualificadas quanto à proteção social a que a família ou a criança tem direito, inclusive as informações referentes aos critérios para acesso ao BPC; realizar análise prévia do perfil socioeconômico da família para elegibilidade ao BPC; apoiar a família no preenchimento dos formulários de requerimento do BPC e da Declaração da Composição do Grupo e Renda Familiar; e, finalmente, apoiar a família na organização do conjunto dos documentos exigidos para protocolar o requerimento do BPC, juntamente com o laudo médico circunstanciado com diagnóstico confirmado de microcefalia.

A Portaria instituiu que ficaria à cargo da equipe da assistência social agendar o requerimento do benefício e a avaliação da deficiência. A equipe encaminha uma listagem nominal semanalmente por meio de formulário próprio via remessa eletrônica para a Gerência Executiva. Finalmente dispõe que, preferencialmente por meio de visita domiciliar, a equipe da assistência social deve informar à família a data, o horário e o local agendado para o comparecimento na Agência da Previdência Social para o atendimento.

Nesta perspectiva, a Portaria avança no sentido de buscar articular as ações entre as políticas que compõe a seguridade social, na medida em que reconhece que os usuários da política de assistência social e da saúde são os mesmos. Portanto, definir ações, dentro do que já se faz previsto na legislação para cada política/órgão, no sentido de operacionalizar o

acesso a um direito social é um avanço no que diz respeito à articulação intersetorial.

Finalmente o Decreto 8.805 de 07 de julho de 2016, em vigor, que altera o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007.

O Decreto integrou o BPC a proteção social básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, instituído pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário, em consonância com o estabelecido pela Política Nacional de Assistência Social – PNAS(Brasil, 2016, art.1, § 1º).

Este decreto estabeleceu como competência ao Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário a implementação, a coordenação-geral, a regulação, o financiamento, o monitoramento e a avaliação da prestação do benefício, sem prejuízo das iniciativas compartilhadas com Estados, Distrito Federal e Municípios, em consonância com as diretrizes do SUAS e da descentralização político-administrativa.

O referido decretodeterminou que para concessão , manutenção e revisão do benefício é necessário inscrição no Cadastro de Pessoas Físicas - CPF e no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal – CadÚnico(BRASIL, 2016, art. 12). O MDSA determinou que os beneficiários devem atualizar os dados no CadÚnico, no prazo estabelecido em convocação a ser realizada, caso contrário, o benefício será suspenso.

A concessão do benefício dependerá da prévia inscrição do interessado no Cadastro de Pessoas Físicas e no CadÚnico, este com informações atualizadas ou confirmadas em até dois anos, da apresentação de requerimento, preferencialmente pelo requerente, juntamente com os documentos ou as informações necessárias à identificação do beneficiário(Brasil, 2016, art. 15).

O cadastramento das famílias no Cadastro Único de Programas Sociais do Governo é realizado nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), conforme orienta a PNAS.

Os CRAS são componentes da rede socioassistencial dos municípios, responsáveis pela orientação e encaminhamento para o acesso ao benefício e acompanhamento dos beneficiários. O último decreto definiu o papel da assistência social de maneira mais relevante e atuante em relação ao BPC. No que diz respeito a institucionalização do benefício, uma característica marcante é que o BPC mesmo fazendo parte da política de assistência social, que possui seu *locus* privilegiado na descentralização para os municípios, sua operacionalização se organizou de maneira centralizada. A política de assistência social, assim como a saúde foi organizada com níveis de complexidade. A Política de Assistência Social foi dividida em Proteção Social Básica, onde se encontra o BPC e Proteção Social Alta, de média

e alta complexidades.

Nesse sentido, é interessante destacar que o BPC, ao contrário das políticas de assistência social, se organizou de maneira centralizada na esfera federal. Costa et al. (2011) defende que o BPC não se enquadra no modelo de implantação das políticas sociais na década de 1990 que, em razão do pacto federativo, foi caracterizada pela descentralização dos Estados e Municípios.

Segundo Costa et al (2016), o BPC inaugurou a política pública de transferência de renda em alta escala para grupos sociais vulneráveis, executada pelo governo federal.

A despeito da histórica centralização deste benefício, o CRAS exerce um papel fundamental como porta de entrada dos requerentes do benefício, por meio de orientações, identificação de potenciais beneficiários e encaminhamentos. Além de contribuir que os beneficiários do BPC tenham acesso aos serviços de outras políticas públicas. A oferta de serviços socioassistenciais e execução de ações articuladas da Assistência Social com outras políticas com foco nos beneficiários do BPC no âmbito municipal é fundamental para ampliar a proteção social das pessoas idosas, das pessoas com deficiência e suas famílias.

O requerimento do benefício, antes de exclusividade do INSS, agora fica determinado que deve ser realizado pelos canais de atendimento da Previdência Social ou por outros canais a serem definidos em ato conjunto dos Ministros de Estado do Desenvolvimento Social e Agrário, da Fazenda e do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. No entanto, não expressos na legislação.

A avaliação da deficiência e do grau de impedimento observará os instrumentos para avaliação, a partir de sua criação, permitindo inclusive, que outras políticas para pessoas com deficiência se beneficiem das informações. Sem prejuízo do compartilhamento das informações, com a finalidade de permitir que outras políticas para pessoas com deficiência dela se beneficiem, dependendo de prévio consentimento do titular da informação.

De acordo com o decreto, caso o impedimento não tenha sido considerado permanente, os beneficiários deverão ser prioritariamente submetidos a novas avaliações social e médica, com intervalo mínimo de dois anos, de acordo com o tipo de impedimento constatado, na forma estabelecida em ato conjunto dos Ministros de Estado do Desenvolvimento Social e Agrário, da Fazenda e do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão (Brasil, 2016, art.16, § 7º)

Finalmente, a despeito da afirmação jurídica no mundo e no Brasil, no que diz respeito ao conceito de deficiência, faz-se necessário reforçá-lo e seguir no sentido de aprimorá-lo, sobretudo nas práticas e no reconhecimento deste novo paradigma, pois como discutiremos a



seguir, do ponto de vista prático, na vida cotidiana, os preconceitos, os entraves à participação social, as desigualdades e as injustiças sociais se perpetuam.

O reconhecimento do corpo com impedimentos como expressão da diversidade humana é recente e ainda um desafio para as sociedades democráticas e para as políticas públicas.

No próximo capítulo vamos discutir como o modelo social de compreensão da deficiência nasceu e se expandiu, principalmente no Brasil, como vimos neste capítulo seus conceitos e discussões refletidos na proteção social as pessoas com deficiência. Além disso, o modelo social quando aponta para múltiplos fatores que determinam na compreensão e definição do que é deficiência, ao mesmo tempo requisita o olhar e a avaliação de outras categorias profissionais.

Desse modo, a avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para pessoas com deficiência que requisitam o BPC, passam a contar com duas categorias profissionais, que compõe a burocracia federal, os assistentes sociais e os médicos peritos do INSS.

### 3 O MODELO SOCIAL NA AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA: O DESLOCAMENTO CONCEITUAL DA BIOMEDICINA

O Modelo Social teve sua origem na articulação em 1966, realizada por Paul Hunt que visou discutir a vida de isolamento e as limitações vividas pelas pessoas com deficiência. Mais tarde, esse debate profícuo gerou a articulação política de pessoas com deficiência na Inglaterra, que ficou conhecida pelo denominado movimento das pessoas com deficiência. Posteriormente, esse movimento deu origem ao UPIAS – *The Union of the Physically Impaired Against Segregation*.

O Modelo Social é um instrumento essencialmente político para a interpretação da realidade com fins de transformação social (UPIAS, 1976). A UPIAS reelaborou os conceitos de lesão e deficiência, definindo lesão como a falta completa ou parcial de um membro, órgão ou uma função do corpo. A deficiência é compreendida como a desvantagem ou restrição de atividade causada pela organização social contemporânea, que não leva em consideração as pessoas que possuem uma lesão, e assim as exclui da participação das atividades sociais (SILVA, 2010).

Desse modo, a deficiência está relacionada ao conceito de opressão<sup>7</sup>, na medida em que a sociedade em geral não se adapta à diversidade do corpo. Segundo Barnes (2013) declarou em entrevista,

o impedimento é inevitável, caso se viva bastante tempo, porque todos adquirimos impedimentos à medida que envelhecemos. Nossos corpos se desgastam, nós não fomos feitos para viver até os cento e dez anos. A maioria dos impedimentos é causado ao longo da vida (BARNES em entrevista para DINIZ, 2013, p. XX)

Para um dos principais teóricos do modelo social, “as maiores causas dos impedimentos são pobreza, violência, poluição, envelhecimento, ou seja, eles são criados socialmente. Poderíamos eliminar, por exemplo, muitos impedimentos se as pessoas não fossem pobres”. Isso contribuiu para o entendimento de que qualquer pessoa pode ser considerada deficiente, pois o autor conceitua pessoas com deficiência como sendo “aquelas identificadas, de uma forma ou de outra, como social, biológica, intelectualmente inadequadas”. Ou seja, a deficiência é compreendida como produto do desenvolvimento das sociedades contemporâneas.

---

<sup>7</sup>O conceito de opressão segundo Abberley (1987) não se restringe a uma experiência de classe, conforme coloca o materialismo histórico, mas também a uma experiência de ordem pessoal, ao atingir por meio de sistemas de representação, produzindo inferioridade como fator inerente aos indivíduos, através de estereótipos que justificam a manutenção da subordinação e exclusão dos indivíduos.

Diante disso, o modelo social muda a compreensão da causalidade da deficiência, do aspecto da tragédia pessoal para a compreensão da opressão social e, nessa medida, propõe que a intervenção não deve ser normatizadora do corpo, mas que a sociedade como um todo deve buscar mudanças em sua organização para aceitar a realidade da diferença humana, manifestada através da deficiência.

Com base nesse modelo médico de compreensão da deficiência, bem como na perspectiva do modelo social, a OMS publicou em 2001 a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF. Diniz (2012) considera que, apesar da influência explicativa do modelo social sobre a deficiência, a OMS publicou este documento também baseando-se no modelo médico.

Segundo Martín (2006), o modelo social assumiu na Europa e na América do Norte a proeminência no campo da explicação da deficiência, o que não se manifestou nos países da América Latina e no Brasil.

Na saúde, na educação e até mesmo nos critérios de avaliação para receber benefícios do governo, como o BPC, não existe um modelo único de avaliação. Em regra geral, o conceito deficiência assimilado foi o da Convenção.

A despeito dessa compreensão, o que inexiste, no entanto, é consenso sobre quais variações de habilidades e funcionalidades caracterizariam deficiências. Os debates sobre o tema se referem à mobilidade, à comunicação, à interação social, à cognição e ao uso dos sentidos. Outra condição para caracterizar uma variação de habilidade como deficiência é que essa se expresse no corpo como um estado permanente ou de longa duração. No entanto, há pessoas com impedimentos que não experimentam a deficiência, assim como existem pessoas com expectativa de impedimentos que se consideram deficientes (DINIZ; PEREIRA; SANTOS, 2009).

Desse modo, definir a variação de incapacidade, a ser considerada como uma limitação na execução das ações e uma restrição à participação social, fundamentalmente é julgamento de valor. A despeito dos avanços, os critérios de concessão do BPC permaneceram orientados à luz da perícia médica até o final dos anos 2000.

Como abordamos no capítulo anterior, até meados da década de 1990 a concepção de deficiência predominante era aquela que vigorava no cenário internacional, como sendo a incapacidade individual para o trabalho e para a vida independente (COSTA et al., 2016).

Segundo Silva (2011), a partir da operacionalização do BPC em 1996, era realizada a avaliação da deficiência em duas partes: a avaliação social do nível de renda e vulnerabilidade dos idosos e pessoas com deficiência, realizada por assistentes sociais das secretarias

municipais de assistência social, e uma avaliação médico pericial do nível de incapacidade para a vida independente e para o trabalho das pessoas com deficiência, realizada por peritos médicos do INSS.

De acordo com Silva (2011), a avaliação realizada por assistentes sociais era considerada um grande avanço, por ampliar a avaliação unilateral realizada pela perícia médica no processo de concessão, resguardando a legalidade da revisão.

Insta ressaltar que o Serviço Social já existia na estrutura funcional do INSS. No entanto, em 1996, não existia uma previsão legal para os assistentes sociais atuarem em sua operacionalização.

Os assistentes sociais emitiam parecer social na revisão bienal, a fim de avaliar a permanência das condições que deram origem à concessão do benefício, avaliando a questão da renda e, em relação às pessoas com deficiência, avaliavam possíveis mudanças na questão da deficiência, além do critério de renda. O Decreto 1.744/1995 previu que o benefício deveria ser revisto a cada dois anos, para reavaliação das condições que lhe originaram, sendo também necessário comprovar a renda familiar.

Havia uma dificuldade, pois o público alvo, que era o que não tinha vínculo de trabalho, até então nunca fora atendido por um programa assistencial. Outro desafio apresentado era estar em uma instituição que trabalha com a lógica de comprovação de documentação e, sobretudo, com a lógica de combate às fraudes. Um avanço era a auto declaração do benefício, em que idosos e pessoas com deficiência, que costumam ser tutelados, poderiam requerer o BPC (Entrevistado C, assistente social do INSS, 07.10.2017).

Neste período em que o BPC iniciava sua operacionalização no INSS, os assistentes sociais articularam ações com a Secretaria Nacional de Assistência Social, por meio de comitês gestores formados basicamente por equipes de Serviço Social, para oferecer suporte às redes dos Estados, DF e Municípios, explicando o novo benefício e realizando articulação interinstitucional (Entrevistado C, assistente social do INSS, 07.10.2017).

Apesar do Serviço Social não atuar diretamente na avaliação da pessoa com deficiência, os assistentes sociais presentes na instituição atuavam tendo como base a Constituição de 1988, isto é, onde a Previdência Social é classificada como um direito do trabalhador, bem como baseando-se na Matriz Teórico Metodológica do Serviço Social no INSS. Todos os eixos de atuação da profissão no INSS estão consubstanciados neste documento histórico-político produzido pela categoria, publicado em 1995.

O Serviço Social possuía projetos de socialização das informações previdenciárias voltados para os usuários que buscavam os direitos previdenciários, bem como eventos

externos com as populações usuárias, de fortalecimento do coletivo, isto é, de articulação com a rede e com a sociedade geral, e também, basicamente, com foco no eixo de assessoria.

Diante disso, de 1996 a 1998, a avaliação da deficiência foi feita por equipe multiprofissional do SUS, do INSS ou de uma entidade credenciada para este fim. O INSS, como órgão operacional, recebia esses processos e relatórios prontos e não fazia perícia médica. A Medida Provisória 1.473-34, de 11.08.1997, excluiu os profissionais de saúde do SUS e garantiu a exclusividade da perícia médica neste processo avaliativo por meio da Lei 9.720/98.

Neste período havia uma discussão sobre a falta de controle no que diz respeito à avaliação da deficiência. Dessa forma, a perícia médica entrou na linha do controle, isto é, no combate às fraudes. E, nessa linha do controle, esta lei garantiu à perícia médica a exclusividade no processo avaliativo (Entrevistado C, assistente social do INSS, 07.10.2017).

Diante da perspectiva de fraudes houve um grande debate em torno desta exclusividade porque o perito médico possui experiência em avaliar pessoas na questão, sobretudo, do trabalho. O BPC, como um benefício da assistência social, trouxe algumas peculiaridades, como o fato de não estar associado à lógica do trabalho, bem como o fato de ser declaratório, onde o próprio idoso ou a pessoa com deficiência poderiam declarar sua renda, sem serem necessariamente tutelados. (Entrevistado C, assistente social do INSS, 07.10.2017)

Além disso, apesar de neste período não existir um conceito sólido sobre a deficiência, havia um entendimento de que ela não se restringiria a um fenômeno basicamente da estrutura do corpo. Neste período, já existia uma luta pela sua compreensão com uma dimensão social (Entrevistado C, assistente social do INSS, 07.10.2017). Por isso, houve uma corrente que pensava que, mesmo sem saber quem faria a avaliação se a equipe da assistência social do INSS ou a equipe de saúde, havia um sentimento em comum, de que a avaliação deveria ser multiprofissional.

Até a segunda metade da década de 1990, o modelo médico dominava as definições de deficiência. Os levantamentos demográficos, que reuniam informações sobre deficiência no Brasil, desde o final do século XIX, e os textos legais que tratavam do assunto, ao longo do século XX, refletiam a visão de que a deficiência se definia por um conjunto específico de defeitos corporais. A deficiência, na abordagem médica, é uma situação irreversível, uma condição permanente.

A visão biomédica predominante influenciava na delimitação do que é deficiência, na forma de tratamento das pessoas com deficiência e, no caso deste benefício, na forma como a

deficiência era avaliada.

Os fatores avaliados pela perícia médica, no que diz respeito à incapacidade para vida independente e para o trabalho, como previa a legislação, levavam em consideração a incapacidade de realizar atividades de autocuidado, como comer, vestir-se, cuidar da higiene pessoal e evitar riscos (MACEDO, 2013).

Nessa lógica, eram consideradas atividades voltadas para manutenção do mínimo de vida, sem atentar para os fatores sociais que cercam o beneficiário. Ao se caracterizar a incapacidade para a vida independente e para o trabalho, era levado em conta somente a gravidade da doença/deficiência. Desse modo, havia a necessidade de considerar também a qualidade de vida da pessoa em seu contexto social e familiar.

Assim, o conceito de vida independente adotado, além de privilegiar a análise no indivíduo, não considerando o meio no qual ele estaria inserido, restringia a vida independente ao autocuidado (BRASIL, 2007).

A perícia médica fazia uso do instrumento denominado de Acróstico Avaliemos, que enquadrava as pessoas na condição de pessoas com deficiência, isto é, incapacitadas para a vida independente e para o trabalho. Todavia, o estabelecimento das fronteiras entre o que é elegível ou não ao BPC mostrava seus limites.

Associado a isso, uma outra pauta era muito discutida: a subjetividade dos peritos médicos na definição do que é ou não elegível ao BPC, o que promovia a discrepância no acesso, tanto em determinadas agências como nos diferentes estados. Havia também a compreensão de que o instrumental não se adaptava às realidades locais, afastando a uniformidade esperada em relação à avaliação.

Segundo Silva (2010), essa discrepância no acesso colidia com o princípio da LOAS de igualdade no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, que deveria garantir equivalência às populações urbanas e rurais. Dessa forma, não havia uma preocupação, por meio de instrumento, no sentido de priorizar as características particulares e locais na implantação do benefício.

Para além do que é ou não considerado deficiência, as discrepâncias regionais em relação ao acesso, a subjetividade dos peritos, e a compreensão de que a presença da deficiência está imbricada com outras expressões da desigualdade pelo corpo, tais como cor, gênero, sexualidade ou idade eram desconsideradas na avaliação médica (SILVA; DINIZ, 2012).

Retomando, no princípio as avaliações da pessoa com deficiência foram consideradas imprecisas, pois os profissionais do SUS, ou da área educacional, conforme determinava a

legislação, não eram considerados habilitados para determinar o que seria deficiência, o que culminou na exclusividade do regime pericial médico do INSS.

Todavia, essa exclusividade tornou-se objeto de reiteradas reivindicações da sociedade civil, culminadas em deliberações das Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais da Assistência Social (BRASIL, 2007).

Além disso, em 2011, o Ministério Público Federal questionou o instrumento e a avaliação pericial em relação a crianças e adolescentes, orientando que “o INSS não avaliasse a incapacidade para o trabalho no caso de crianças e adolescentes que não atingiram a idade laboral, já que esta incapacidade é presumida em função da tenra idade, bastando apenas que seja realizada a verificação da existência da deficiência” (BRASIL, 2007).

Tendo em vista os diversos pontos de questionamento em relação à exclusividade da avaliação pericial, em 2005, o MDS e o INSS, por meio da Portaria Interministerial n. 1, de 15 de junho de 2005, formou o Grupo de Trabalho Interministerial – GTI com técnicos do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e do Ministério da Previdência Social (MPS) para propor a definição de novos parâmetros e procedimentos de avaliação da pessoa com deficiência.

A elaboração de uma norma brasileira para identificar os cidadãos com deficiência com direito ao BPC resultou de vários encontros dos componentes do GTI, nos quais foram utilizadas variadas estratégias de trabalho.

Neste período buscou-se estudar os procedimentos e conhecer as práticas existentes em países com perfis socioeconômicos semelhantes ao do Brasil, e também em países com características diferenciadas.

Os membros do GTI participaram de cursos, realizaram estudos e pesquisas bibliográficas, fizeram contatos com as categorias profissionais envolvidas no tema para conhecer o posicionamento das instituições com competência na área, convidaram especialistas para acrescentar e aprofundar assuntos correlacionados à pessoa com deficiência e à política de concessão de benefícios, tanto no âmbito nacional como internacional, buscando a tendência mais atualizada e, principalmente, que pudesse ser adequada à realidade brasileira.

Além disso, foram analisados os procedimentos da Bolívia, Colômbia, Cuba, Equador, Espanha e outros países da Europa, no que diz respeito à avaliação. Foram mantidos contatos com órgãos públicos de diversas instituições federais, estaduais e municipais, para buscar experiências que pudessem contribuir para ampliar a avaliação de benefícios não contributivos voltados para pessoas com deficiência no Brasil (BRASIL, 2007).

O resultado deste trabalho foi a publicação do Decreto n.6.214, de 26 de setembro de 2007, que alterou os critérios para concessão do BPC, a partir da instituição de um novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de impedimento, com base nos princípios da CIF, incluindo a avaliação social, realizada por assistentes sociais.

Art. 16. A concessão do benefício à pessoa com deficiência ficará sujeita à avaliação da deficiência e do grau de incapacidade, com base nos princípios da Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde - CIF, estabelecida pela Resolução da Organização Mundial da Saúde nº 54.21, aprovada pela 54ª Assembleia Mundial da Saúde, em 22 de maio de 2001.

§ 1º A avaliação da deficiência e do grau de incapacidade será composta de avaliação médica e social; § 2º A avaliação médica da deficiência e do grau de incapacidade considerará as deficiências nas funções e nas estruturas do corpo, e a avaliação social considerará os fatores ambientais, sociais e pessoais, e ambas considerarão a limitação do desempenho de atividades e a restrição da participação social, segundo suas especificidades; § 3º As avaliações de que trata o § 1º serão realizadas, respectivamente, pela perícia médica e pelo serviço social do INSS; § 3º As avaliações de que trata o § 1º deste artigo serão realizadas, respectivamente, pela perícia médica e pelo serviço social do INSS, por meio de instrumentos desenvolvidos especificamente para este fim; § 4º O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o INSS implantarão as condições necessárias para a realização da avaliação social e a sua integração à avaliação médica (Brasil, 2007).

A base dessa nova avaliação da pessoa com deficiência foi a CIF que representou a revisão da International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH), publicada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1980, e a ICIDH-2, publicada em 1998.

O modelo da CIF substituiu o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade por uma perspectiva positiva, considerando as atividades que um indivíduo que apresenta alterações de função ou da estrutura do corpo pode desempenhar, assim como sua participação social (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

A funcionalidade e a incapacidade dos indivíduos são determinadas pelo contexto ambiental onde as pessoas vivem. A CIF representou uma mudança de paradigma para se pensar a deficiência e a incapacidade, constituindo um instrumento importante de trabalho para avaliação das condições de vida e para a promoção de políticas de inclusão social (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Segundo a OMS, a CID-10 e a CIF são complementares, pois a informação sobre o diagnóstico acrescido da funcionalidade fornece um quadro mais amplo sobre a saúde do indivíduo.

Um dos principais documentos que elucidam os conceitos e explicações do modelo médico em relação à pessoa com deficiência é a Classificação Internacional de Doenças (CID),



publicada em 1992, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com o propósito de fornecer códigos relativos à classificação de doenças e de uma grande variedade de sinais, sintomas, aspectos anormais, queixas, circunstâncias sociais e causas externas para ferimentos ou doenças. A cada estado de saúde é atribuída uma categoria única. Esse documento é revisto periodicamente e encontra-se em sua décima edição, datada de novembro de 2006.

Outro documento publicado, complementar à CID, foi a Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens: um manual de classificação das consequências das doenças (CIDID), com o propósito de classificar as condições crônicas de saúde decorrentes de doenças.

Já a CIF é baseada, portanto, em uma abordagem biopsicossocial que incorpora os componentes de saúde nos níveis corporais e sociais. Desse modo, a avaliação de uma pessoa com deficiência baseada na CIF, segundo a OMS, evolui de uma perspectiva estritamente biomédica, baseada no diagnóstico etiológico da disfunção, para um modelo que incorpora três dimensões: a biomédica, a psicológica (dimensão individual) e a social.

Nesse modelo cada nível age sobre e sofre a ação dos demais, sendo todos influenciados pelos fatores ambientais. A OMS pretende incorporar também, no futuro, os fatores pessoais, importantes na forma de lidar com as condições limitantes (FARIAS; BUCHALLA, 2005).

Segundo a OMS (2008), uma das vantagens apontadas para a adoção do modelo é a possibilidade de uniformização de conceitos e, portanto, da utilização de uma linguagem padrão que permita a comunicação entre pesquisadores, gestores, profissionais de saúde, organizações da sociedade civil e usuários em geral.

A utilização da CIF na avaliação da deficiência avança enquanto um instrumental que se concebe como modelo social da deficiência. Isso porque há alguns estudiosos e especialistas que reconhecem que a CIF é um avanço, mas possui ainda uma influência biomédica significativa, principalmente nas questões de estruturas e funções do corpo: “A CIF poderia ter rompido de forma mais contundente com esse traço biomédico ainda bastante forte (Entrevistado D, assistente social do INSS, 27.10.2017)”

No processo de implementação de políticas, a CIF possui um caráter incremental, pois no que diz respeito às políticas, mudanças radicais são mais difíceis de serem implementadas. Aos poucos os traços biomédicos foram sendo superados, mesmo que ainda presentes na perspectiva da CIF (...). Dessa forma, a utilização da CIF é um avanço, mas por outro lado ela poderia ser mais significativa, do ponto de vista da compreensão de que a deficiência é desigualdade. A CIF não necessariamente traduz deficiência como desigualdade. Ela traduz

em parte essa concepção, mas com certeza, se comparada com os documentos anteriores, ela representa um avanço (Entrevistado D, assistente social do INSS, 27.10.2017).

Outro informante chave considerou que o processo de escolha da CIF e a construção do instrumental enriquecedor se devem à ativa participação das equipes que atuavam dentro do INSS, e relatou que:

(...) nós tínhamos o olhar que a dimensão social devia ser resgatada. Dessa forma que o ideal seria uma equipe multidisciplinar. E daí a gente começou junto ao MDS a reunir o grupo (...). Foi um processo muito interessante, porque foi construído, com defeitos, com limitações ou não, mas construído pelos profissionais que atuavam no benefício dentro da instituição (Entrevistado C, assistente social do INSS, 07.10.2017).

Em relação à utilização da CIF como base metodológica para a avaliação, o informante chave destacou que:

(...) Nesse sentido, a CIF não é o modelo, mas a gente acredita que foi um avanço. Durante a construção nós elencamos aquelas unidades de classificação, cada uma delas discutimos à luz do BPC, e a luz inclusive dos pareceres sociais que a gente fazia. Nos pareceres sociais a gente levanta os aspectos relevantes. A gente entendeu cada domínio daquele como um aspecto relevante e dentro desse aspecto relevante, enfatiza-se aquela história de vida (Entrevistado C, assistente social do INSS, 07.10.2017).

Desse modo, a CIF foi escolhida pelo GTI, com base em vários estudos e pesquisas, para ser utilizada como metodologia de avaliação com a finalidade de identificar deficiência e valorar incapacidade para a concessão do BPC.

O GTI considerou que a utilização do novo instrumento ampliaria a uniformização de critérios na concessão do benefício, reduzindo a subjetividade, possibilitando a análise dos beneficiários com diferentes tipos de doenças geradoras de deficiência, inclusive as doenças crônicas, permitindo considerar o contexto da vida do requerente, conforme já apontamos, e o impacto sobre a funcionalidade dessa pessoa, proporcionando uma visão mais ampla para o reconhecimento inicial do benefício pela aplicação da tendência mundial de considerar o modelo biopsicossocial para os benefícios assistenciais (BRASIL, 2007).

Em 29 de maio de 2009, a publicação da Portaria Conjunta MDS/INSS n. 1 instituiu a primeira versão instrumental para avaliação social e médico pericial da deficiência e do grau de incapacidade, com base no modelo biopsicossocial ampliado da CIF, para acesso de pessoas com deficiência ao benefício.

O instrumento foi dividido em duas partes distintas, porém integrantes. A primeira, que

correspondia à avaliação social realizada por assistentes sociais, que tem por objetivo qualificar os domínios referentes aos eixos fatores ambientais e atividades e participação. A segunda parte, a realização da perícia médica, responsáveis por qualificar os eixos funções do corpo e atividades e participação.

O GTI elaborou um instrumento experimental e, para validar a proposição, foi realizado um pré-teste do instrumento, posteriormente aplicado nas Agências da Previdência Social pelos médicos e assistentes sociais participantes do grupo.

Seguindo estes procedimentos, o GTI trabalhou no aperfeiçoamento do instrumento, onde, em uma versão preliminar, foi construído um formulário denominado “Avaliação Médico Pericial e Social da Incapacidade para a Vida Independente e para o Trabalho” sendo identificado pela sigla AMES/BPC. A fundamentação deste formulário baseou-se na necessidade de integrar os aspectos do modelo biopsicossocial, para ampliação da eficiência dos parâmetros existentes de avaliação da pessoa com deficiência no acesso ao BPC (BRASIL, 2007).

O instrumento foi revisto pelo grupo após o pré-teste e chegou a uma versão final, dividindo-se em dois instrumentos, um para maiores de 16 anos e outro para menores de 16 anos, levando em conta as especificidades das faixas etárias no processo avaliativo.

O GTI norteou suas reflexões e ações na defesa da política de assistência social enquanto direito social, na qual a aplicação dos dispositivos legais deve ter como diretriz principal a garantia do acesso dos usuários aos direitos. Nesta perspectiva, é importante registrar que uma das diretrizes éticas para utilização da CIF é “que todas as informações derivadas do seu uso, não devem ser empregadas para negar direitos estabelecidos ou restringir direitos legítimos aos benefícios por indivíduos ou grupos” (BRASIL, 2007).

Desse modo, o processo de avaliação para acesso ao BPC consiste em um instrumento técnico-operacional que tem a finalidade de realizar um estudo e emitir a opinião profissional sobre o grau das barreiras existentes em relação aos fatores contextuais (BRASIL, 2007).

Em seguida, o Decreto 6.564, de 12 de setembro de 2008, ratificou a realização da avaliação da pessoa com deficiência composta pela perícia médica e pelo serviço social e estabeleceu:

O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o INSS terão prazo até 31 de maio de 2009 para implementar a avaliação da deficiência e do grau de incapacidade prevista no art. 16. (Brasil, 2008, Art. 50.)

A partir da instituição deste decreto, o Serviço Social emerge ganhando novamente

espaço na estrutura do INSS para operacionalizar um direito social, por meio da avaliação social de pessoas com deficiência requerentes ao BPC.

Nesse sentido, a implantação de um novo modelo de avaliação multidimensional e interativo implicou na instituição de novos instrumentos adaptados à visão da CIF e na reestruturação do quadro de pessoal do INSS, por meio da realização de concurso público e da contratação de cerca de novecentos profissionais do serviço social em 2009, para operacionalizar a avaliação social e mais 450, até 2012, além da capacitação dos servidores existentes, sendo poucos do serviço social para adequação ao novo modelo (JESUS; LOPES, 2015).

Os assistentes sociais que assumiram o cargo público compuseram o quadro de analistas previdenciários com base na Nota Técnica PBA/SNAS/MDS/n. 55 de 28 de dezembro de 2006 que regulamentava o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social e a Avaliação Social.

Observa-se que ainda na década de 90, a profissão se articulou para receber e operacionalizar o BPC, até então, desconhecido, apesar de ter sido regulamentado pela Constituição de 88.

Neste período, foram criados comitês com representações profissionais do INSS para oferecer suporte nos estados, responsáveis por articular com a rede institucional e extrainstitucional, explicar o benefício. Porque até então era um benefício que ninguém conhecia e que ninguém sabia. Os técnicos da área administrativa responsáveis por habilitar o processo, analisar a documentação, não conheciam. Foi tudo muito corrido, em cima da hora. No final de dezembro que saiu a normatização do decreto que ia ser implantado em janeiro. E foi uma luta muito grande nessa perspectiva (Entrevistado C, assistente social do INSS, 07.10.2017).

A inserção dos profissionais representou uma vitória para categoria sob dois aspectos, primeiro porque a avaliação social traria uma visão para além das questões médicas, incluindo os fatores sociais e ambientais na análise, e segundo porque ampliou a intervenção profissional na instituição, possibilitando a reversão do quadro após as tentativas de extinguir o cargo. Desse modo, o Serviço Social da Previdência passou a assumir novas atribuições.

As novas contratações foram fruto das reivindicações e estudos apresentados pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) para recompor os quadros desta categoria profissional na política previdenciária brasileira, que sofreu com o desmonte do Serviço Social do INSS, em dezembro de 1998 (JESUS; LOPES, 2015).

Nas entrevistas realizadas, uma das questões de pesquisa foi o porquê desta categoria profissional ter sido selecionada pelo MDS, pelo Ministério do Planejamento e Gestão, pela Casa Civil e por outros órgãos da estrutura federal para compor a avaliação.

Uma das questões é que o processo foi conduzido por assistentes sociais do INSS em

cargos de gestão. O Serviço Social já existia enquanto profissão na estrutura funcional do INSS, além de ter um acúmulo teórico-metodológico em consonância com as ideias e documentos que estavam norteando o novo modelo de avaliação.

Outra explicação relaciona-se ao fato de que havia necessidade de contratação de mais servidores e de que a avaliação foi definida como atribuição do INSS. Logo, prevaleceu a categoria do Serviço Social como sendo a profissão escolhida para operacionalizar a avaliação, porque esses profissionais não se delimitariam à avaliação social, mas exerceriam outras ações dentro da autarquia e, finalmente, porque em outros países cujas as experiências foram estudadas pelo GTI existiam assistentes sociais operacionalizando as avaliações para concessão de benefícios.

Nesse sentido, a avaliação para acesso de pessoas com deficiência ao BPC foi compartilhada por duas categorias profissionais, os médicos e os assistentes sociais.

O Serviço Social é uma profissão que, amparada pela lei de regulamentação, tem a competência de realizar estudos socioeconômicos com os usuários para fins de benefícios e serviços sociais junto a órgãos da administração pública direta e indireta, empresas privadas e outras entidades (BRASIL, 1993). A inserção do Serviço Social na estrutura da Previdência Social é histórica, por isso seu processo de trabalho não se restringe à avaliação social.

De acordo com Miotto (2009), o serviço social encontra-se habilitado para exercer a tarefa de perito social. A perícia é um processo através do qual um especialista, no caso assistente social, realiza o exame de situações sociais com a finalidade de emitir um parecer sobre a mesma. O parecer nada mais é que a opinião técnica sobre uma determinada situação social emitida por assistente social.

A perícia social é realizada por meio do estudo social e implica na elaboração de um laudo e emissão de um parecer. Na construção desse estudo o profissional faz uso de instrumentos e técnicas pertinentes ao exercício profissional, sendo facultado a ele o uso de instrumentos que julgar necessário para análise e interpretação da situação em questão e a elaboração do parecer.

Dessa forma, a perícia social é pautada com base nos fundamentos presentes na lei de regulamentação profissional e no código de ética que são os fundamentos teórico-metodológicos, ético-políticos e técnico-operativos, próprios do serviço social (CFESS, 2011). No INSS, existem além desses documentos, outros que norteiam a ação profissional, consequentemente a avaliação da pessoa com deficiência.

No que diz respeito à formação profissional, uma das indagações era se a formação dos assistentes sociais os auxilia na realização da avaliação. Os informantes chave

concordaram de maneira geral que a formação profissional os habilitou parcialmente para o exercício da avaliação social.

(...) Ela contemplou parcialmente. Eu digo que parcialmente porque a gente lida com políticas públicas. Então, na verdade, a avaliação social é a materialização de acesso a uma política pública, neste caso da assistência social. No âmbito da faculdade, do ponto de vista da dimensão teórico metodológica eu penso que a gente dá conta. Dessa dimensão que se materializa e vai se cristalizar quando é realizada a avaliação social. Durante a avaliação social, a gente precisa construir uma coisa que é chamada história social. Na avaliação precisam ser contemplados elementos como renda, moradia, habitação, a vivência de atitudes preconceituosas, de discriminação, o apoio e relacionamento no âmbito da comunidade e da família. Como é que o desenvolvimento dessa pessoa no âmbito doméstico? (...) Antes de avaliar esses fatores é preciso se fundamentar em alguma coisa. Essa coisa é a base teórica e metodológica. Desse modo, não vou dizer que a gente chega pronto no mercado de trabalho, pois existem as especificidades profissionais (Entrevistado A, assistente social do INSS, 08.2017).

Desse modo, pontuamos que a avaliação social é um importante instrumento de justiça social, que compôs a avaliação da pessoa com deficiência em uma lógica ampliada do conceito de deficiência, acrescentado pelas discussões do modelo social, da CIF e da Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência.

Além disso, a entrada do serviço social no INSS, de forma maciça para operacionalizar a avaliação, possibilitou a inserção de uma categoria que compreende em sua maioria o BPC enquanto direito previsto na política de assistência social.

O modelo foi pensado para avaliar aquela determinada pessoa num contexto. A grande contribuição desse modelo atual é que o instrumental permite que você avalie uma determinada doença em vários contextos e produza resultados diferentes (Entrevistado A assistente social do INSS, 29.09.2017).

Segundo o entrevistado, a avaliação, além de possibilitar a compreensão do contexto em que o sujeito vive, possibilitou também a adaptação para diferentes contextos, sensibilidade essa tão necessária à realidade do Brasil, um país com muitas diversidades.

Outro entrevistado corroborou nesse sentido, afirmando que

a grande contribuição desse modelo atual é que o instrumental permite que você avalie uma determinada doença em vários contextos e produza um resultado diferente porque uma pessoa com HIV aqui na cidade do Rio de Janeiro não vai ser avaliada da mesma forma que a pessoa que mora em uma comunidade ribeirinha, no estado do Pará. Então, assim, são contextos completamente diferentes, porque os acessos aos serviços, sistemas e políticas públicas também são completamente diferentes. (Entrevistado D, assistente social do INSS, 27.10.2017).

Desse modo, pontuamos como avanço o fato do instrumental estar sensível às

diferentes realidades brasileiras.

Outro avanço apontado pelos atores é que “a avaliação social expressa a materialização de acesso a uma política pública. Neste caso da assistência social, mais especificamente o Benefício de Prestação Continuada, voltado para a pessoa com deficiência” (Entrevistado A, assistente social do INSS, 29.09.2017).

Sobretudo, a partir das falas, ficou claro de que havia uma preocupação na

construção pareceres sociais são levantados os aspectos relevantes. Desse modo, elencamos cada domínio como um aspecto relevante e dentro desse aspecto relevante, o profissional vai enfatizar aquela história de vida específica (...) o usuário que estou atendendo, ele não está solto no espaço sideral. Ele está dentro de uma construção histórica, ele pertence ao segmento de classe, ele pertence a um segmento que tem acesso as políticas em sua maioria, de forma precária. Então não estou falando de qualquer pessoa com deficiência (Entrevistado C, assistente social do INSS, 07.10.2017).

Desse modo, a entrada do serviço social na instituição, com a finalidade de operacionalizar a execução de um benefício da assistência social, articulado aos domínios da CIF, rompeu o monopólio dos profissionais médicos e trouxe outro paradigma possível de avaliação da deficiência, tensionando a hegemonia médica dentro do INSS.

#### 4 A EXPERIÊNCIA DA AVALIAÇÃO SOCIAL NO BPC: CONFLITO ENTRE PARADIGMAS CONCEITUAIS DE PROFISSÕES E EXPANSÃO DA JUDICIALIZAÇÃO.

Os autores Jesus e Lopes (2015) registraram que a nova atribuição para o Serviço Social no INSS não se deu de forma pacífica. Como toda nova demanda, a avaliação social passou por momentos de estranhamentos e questionamentos de setores da Previdência Social, principalmente de profissionais ligados à perícia médica e outros profissionais da área administrativa que acreditavam que os assistentes sociais apenas seriam responsáveis pela avaliação da renda dos requerentes do BPC.

Podemos atribuir esse entendimento ao fato de que o tema da deficiência historicamente esteve associado apenas às estruturas do corpo logo, seguindo este paradigma, não seria competência do serviço social, ou até mesmo de outra categoria profissional, avaliá-la. Todavia, a entrada do serviço social demonstra um esforço político e institucional para mudar este paradigma, na medida em que considera a deficiência como fruto da desigualdade e não da lesão.

A despeito desse esforço, é possível pontuar como um dos principais dilemas, ainda hoje enfrentado na operacionalização da avaliação, a questão do conflito normativo ou do conflito de paradigmas. Os autores Jesus e Lopes (2015), assim como os informantes chave, explicitaram a persistência de conflitos em torno da entrada do serviço social no INSS e, sobretudo, da inserção do novo modelo de avaliação.

(...) historicamente os médicos nunca quiseram dividir o poder deles, ou o pseudo poder, na minha avaliação, com nenhum outro profissional. Existe uma soberania com relação a isso. De repente com a inserção desse novo modelo de avaliação social da pessoa com deficiência, eles se viram numa situação de ter que dividir aquele poder com outro profissional. De não ter o monopólio e isso, a partir de 2009, por que de 1996 a até 2007, quando o benefício começa a ser operacionalizado, a avaliação sempre foi realizada pelo médico (Entrevistado A, assistente social do INSS, 29.09.2017).

(...) Teve sim. Resistências localizadas. O conflito não chegou a ser algo que tivesse um confronto da corporação médica, não teve. Isso não teve. Mas aconteceram resistências localizadas. (Entrevistado B, assistente social do INSS, 30.08.17).

Na minha agência os profissionais se dão super bem. Apesar da lógica de retirar o modelo biopsicossocial estar vindo com muita força, que não é nenhuma maravilha, mas é muito mais avançado do que o modelo que se tinha antes (...) há uma dificuldade de administrar o saber, da não aceitação de um outro olhar (...). Porque a gente vive numa instituição altamente autoritária, com o saber médico muito preponderante (...) Então, assim, não tem como dizer que o modelo biomédico impera. Existe essa disputa de poder, de fato, e aí é uma hipótese muito maior do que a que não tem essa tensão. Eu opinaria para dizer que ela de fato é forte.



(Entrevistado C, assistente social do INSS, 07.10.2017)

(...) É muito difícil a gente fazer essas afirmações para o grupo do INSS como um todo. Porque nós estamos falando de cinco mil médicos peritos e aí em torno de mil e setecentos assistentes sociais. É muito difícil você dizer que o grupo de médicos peritos aderiu totalmente, ou não aderiu totalmente a esse modelo. Talvez a tendência seria dizer que aos assistentes sociais, pela sua formação, pela sua atuação profissional estariam próximos das questões sociais, e desse modo, tenderia a dizer que o assistente social está mais próximo da concepção do modelo social, dessa concepção social. No entanto, nós temos profissionais do serviço social que têm perspectivas biomédicas também, que é uma lógica que está para além de uma categoria profissional (...). A ordem médica como um todo, para usar um pouco do conceito do Robert Castel, está para além de uma categoria profissional. Ela está no imaginário social, nos espaços públicos, determinando saberes específicos sobre habilidades corporais específicas, aqui no caso da deficiência. Então é muito mais do que uma categoria profissional, é um saber que descreve os corpos e localiza os corpos na sociedade e distribui hierarquias e tudo mais. É o que os corpos podem e o que os corpos não podem fazer. Agora, o fato é que o conceito de deficiência como um todo sempre foi objeto de disputa política ideológica, do ponto de vista da sua compreensão e de como descrever esse fenômeno. A perspectiva biopsicossocial você tem que olhar qualquer condição de saúde, ela é multideterminada por vários fatores. Todas essas questões fragilizaram alguns campos do saber que eram hegemônicos, seja a medicina ou outras. E aí automaticamente quando se amplia essas perspectivas, surgem outros profissionais que vão aderir ou vão implementar esse novo conceito. Então automaticamente você tem uma redistribuição de hegemonias ou de poderes e de saberes e tudo mais. Isso faz com que sempre vai haver disputas e a deficiência em si, ela pode ser tomada como um objeto de disputa por categorias profissionais. Especificamente eu acredito que nesse ano, em 2017, estamos vendo algumas evidências nesse sentido. Temos visto isso, é público, notório, em audiências públicas, em manifestações de conselhos e tudo mais, a medicina alegando que ela é a única capaz de fazer a avaliação da deficiência (...). Estão reivindicando algo da sua categoria profissional, desconsiderando todo esse movimento das pessoas com deficiência e de toda essa discussão internacional, mas estão reivindicando. Esse paradigma do modelo social é algo recente e nós estamos tentando substituir um paradigma, que estruturou as relações sociais por mais de duzentos anos, que é o saber biomédico pelo mais moderno. Então eliminar isso é muito difícil, pois a questão do saber médico é muito mais do que de uma categoria profissional. É uma lógica de pensar estruturas e relações que estão muito além de uma própria categoria profissional, inclusive em outras categorias profissionais, porque as vezes reforçam essa lógica biomédica muito mais do que a própria categoria médica. (Entrevistado D, assistente social do INSS, 27.10.2017).

A despeito desse pressuposto, uma das informantes chaves não considerou que exista propriamente um conflito normativo entre modelos, mas há uma valorização institucional/gestão da avaliação pericial em detrimento da avaliação social.

avaliar o tempo daquela deficiência, daquele impedimento, considerando as barreiras sociais que a própria legislação coloca, talvez o conflito esteja aí. Não poderia ser uma avaliação só com o olhar na função do corpo, porque é contraditório com a própria CIF. Nós não conseguimos avançar. Tentamos avançar nisso várias vezes no grupo (...) tivemos embates, fizemos mil discussões (...) Quer dizer, se você não está considerando as barreiras sociais existentes para que influencie inclusive na temporalidade, então para quê vai servir a CIF? Então a gente questionou, vocês estão usando a CIF, mas a gente não conseguiu avançar. O MDS não bancou, aí eu acho que tem uma posição de gestão nesse processo. (Entrevistado C, assistente social do INSS, 07.10.2017)

Desde a operacionalização deste benefício, em 1996, pelo INSS, os fatores ambientais e os fatores de atividade e a participação eram desconsiderados na avaliação médica para a concessão do benefício, limitando-se à realização da anamnese e do exame clínico, que avalia as funções e estruturas do corpo pelos médicos.

A partir da instituição da avaliação social como instrumento integrante da análise dos impedimentos de longo prazo para fins de concessão do BPC à pessoa com deficiência, os critérios de avaliação foram ampliados, em um esforço até mesmo institucional de ampliar a avaliação dos requerentes, considerando a deficiência em seus múltiplos aspectos.

Nesse sentido, o processo de avaliação ampliado busca compreender o histórico de vida do requerente e emitir uma opinião, qualificando os domínios em relação ao grau de barreira existente em relação aos fatores contextuais, isto é, as condições pessoais e do ambiente físico e social onde vive o indivíduo e o grau de dificuldade apresentado por ele em relação às atividades e à participação social.

A avaliação social considera as condições, dentre as quais estão os fatores ambientais e os fatores de atividades e participação social. Todavia, tanto a avaliação social quanto a avaliação médica consideram a limitação do desempenho de atividades e a restrição da participação social, segundo suas especificidades.

Desta forma, a avaliação social passou a agregar as análises dos aspectos da vida cotidiana (atividades no âmbito doméstico, comunitário, vida em sociedade), dos acessos (educação, trabalho, renda, saúde, habitação, assistência social, transporte, justiça, etc.), das atitudes (preconceitos, discriminação) e apoios (familiar, comunitário) (JESUS; LOPES, 2015).

A avaliação presencial do requerente que se desloca a uma agência do MPS é iniciada pelo serviço social que avalia e qualifica os fatores ambientais, compostos por: produtos e tecnologia; condições de moradia e mudanças ambientais; apoio e relacionamentos; atitudes e serviços, sistemas e políticas, que se referem à rede de políticas garantidoras de proteção social. Os itens são qualificados como nenhuma barreira, barreira leve, barreira moderada, barreira grave e barreira completa.

O fato de a avaliação ser realizada antes da perícia médica foi pensado

porque o serviço social levanta os aspectos sociais, para depois o perito ter elementos para avaliar o processo de aprendizado (...), como por exemplo: o usuário não aprendeu a ler e escrever porque ele não teve acesso ao transporte para ir e voltar da escola. Então assim, para o perito não pecar considerando exclusivamente a estrutura do corpo (Entrevistado C, assistente social do INSS, 07.10.2017).

Com vistas a ratificar a avaliação social, é facultado ao profissional realizar visita domiciliar ou institucional. As visitas não possuem um caráter fiscalizatório, mas de validação da avaliação. Além disso, os profissionais do INSS dispõem das informações sociais – SIS – dos requerentes, cuja utilização ou não cabe ao profissional. Esses instrumentos são disponibilizados para complementar as informações da avaliação.

Após a avaliação social, o médico realiza a perícia e tem prévio acesso à avaliação realizada pelo assistente social e o mesmo também pontua os qualificadores das funções do corpo, que representam as alterações funcionais. São elas: funções mentais, sensoriais da visão, sensoriais da audição, sensoriais da voz e da fala, da pele, geniturinárias, neuromuscoesqueléticas e relacionadas ao movimento e aos sistemas cardiovascular, hematológico, imunológico, respiratório, digestivo, metabólico e endócrino.

Os qualificadores da perícia médica são: nenhuma deficiência, deficiência leve, deficiência moderada, deficiência grave e deficiência completa. O perito médico também pode utilizar a solicitação de informação médico assistente (SIMA) para complementar sua avaliação.

A avaliação social e a perícia médica realizam em seus devidos momentos a avaliação de atividades e participação social. De modo geral, representam a relação do indivíduo com o meio; a qualificação da intensidade das dificuldades para fazer ou participar de algo relacionado à aprendizagem; a aplicação de conhecimento; as tarefas e demandas gerais; a comunicação; a mobilidade e a locomoção; o cuidado pessoal; a vida doméstica; a relação e interações interpessoais com as áreas principais da vida comunitária, social e cívica.

Portanto, a avaliação da deficiência é única, composta por dois profissionais que avaliam as áreas afins, que lhe competem. Nesse sentido, o resultado é único, pois os profissionais pontuam os domínios e o sistema faz a conjugação das duas fases de uma única avaliação, gerando o resultado.

Em seguida, a Portaria Conjunta MDS/MPS/INSS nº 2, de 20 de dezembro de 2010, instituiu um novo Grupo de Trabalho para acompanhamento, monitoramento e aprimoramento do novo modelo de avaliação da deficiência. Neste grupo se fizeram presentes os profissionais do MDS e do INSS no processo de aperfeiçoamento do instrumento.

Um segundo desafio apresentado é a questão de a avaliação ser ampliada em seu conceito, no entanto, não encontrar meios factíveis para se desenvolver desse modo. A ausência de formação continuada foi compreendida como um dilema, que somada a limitação do espaço institucional para as discussões técnicas entre médicos e assistentes sociais, torna-se um entrave para realização da avaliação da pessoa com deficiência tal como estruturada.

Quanto a essa limitação imposta pela instituição, a informante chave pontuou que

na previdência a gente não tem esse espaço de formação e de debate (...). Onde a gente consegue, de forma muito superficial debater alguma coisa sobre o nosso cotidiano de trabalho é na reunião técnica, mas é uma reunião que tem um curto espaço de tempo e acontece no caso da nossa gerência executiva, uma vez ao mês. E tem um memorando dizendo que só poderia existir três reuniões técnicas no ano e com a anuência do chefe do serviço de atenção à saúde do trabalhador. (Entrevistado A, assistente social do INSS, 29.09.2017).

O documento referenciado, trata-se do memorando circular nº 8 /DIRSAT/INSS, de 29 de maio de 2017, que uniformiza procedimentos em relação às reuniões da perícia médica, reabilitação profissional e serviço social, estabelecendo que as chefias dos serviços da perícia médica, dos Analistas do Seguro Social com formação em Serviço Social e da equipe de Reabilitação Profissional deverão promover reuniões técnicas trimestrais.

O mesmo memorando prevê que quando necessário, as chefias das Seções/Serviços de Saúde do Trabalhador poderão escolher uma das datas anuais de reuniões técnicas e promover reuniões técnicas conjuntas entre as áreas (perícia médica, serviço social e reabilitação profissional), com todos os respectivos servidores da Gerência.

A pesquisa de avaliação do novo modelo de concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi realizada no período de setembro de 2010 a julho de 2011, pela consultora Mariane Miguel Chaves e uma das suas constatações apontou para a carência de encontros periódicos para trocar informações sobre o processo de concessão do BPC como um todo (BRASIL, 2011).

A análise realizada com os grupos focais possibilitou o consultor levantar a hipótese de que caso o instrumento não esteja captando quem deveria, esta limitação provavelmente deve estar mais relacionada com o fato de a maioria dos profissionais não apresentarem capacitação suficiente e continuada sobre o significado e fins do BPC do que com as possíveis falhas do instrumento (questionário) propriamente dito (BRASIL, 2011).

A Portaria Conjunta MDS/INSS nº 1, de 24 de maio de 2011, determinou a revisão dos instrumentos de avaliação social e médico-pericial, instituindo a segunda versão do instrumental baseado na CIF.

A segunda versão se adequou à Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, excluindo as denominações de deficiência permanente, irreversível ou completa. Também explicitou a avaliação de existência de impedimentos de longo prazo e a adequação da qualificação conforme faixa etária da criança. Como destacam Silva e Diniz (2011), a

Convenção adotou uma conceituação abrangente para pessoa com deficiência, o que influenciou as decisões do governo brasileiro.

Baseado nesta perspectiva, em 31 de agosto de 2011, a Lei 12.470 alterou a Lei Orgânica da Assistência Social com um novo conceito de pessoa com deficiência, superando a discussão da incapacidade para o trabalho e para a vida independente e abandonando os conceitos clássicos de deficiência, como determinaram algumas legislações que a antecederam.

No entanto, como apontam os autores Silva e Diniz (2012), a nova regulamentação para concessão do BPC disposta na LOAS incorpora o amplo conjunto de princípios de proteção à pessoa com deficiência presentes na Convenção, mas devolve a autoridade discursiva sobre corpo deficiente para o campo biomédico.

A revisão do instrumento inseriu na avaliação a existência da mensuração se a deficiência se constituiu ou não como sendo de longo prazo. Na última alteração, a legislação determinou o longo prazo como sendo o período de dois anos.

A Convenção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, publicada em 2009, trouxe o conceito de longo prazo. Diante disso, “compreendeu-se no grupo de estudo que havia necessidade de diferenciar aqueles que estavam momentaneamente incapazes”. Dessa forma, esse quesito foi colocado no âmbito do médico. Por quê? “Porque é o médico que avalia o impedimento corporal, pois o impedimento é no corpo” (Entrevistado B, assistente social do INSS, 30.08.2017).

Todavia,

a própria avaliação estava incipiente e no monitoramento que o grupo fez, verificou-se que na hora que alguns médicos determinavam se era de impedimento de longo prazo ou não, ele não estava apenas avaliando a temporalidade do impedimento corporal. Ele estava fazendo uma avaliação da deficiência em geral” (Entrevistado B, assistente social do INSS, 30.08.2017).

Segundo o informante chave, “houve uma aplicação deficiente do quesito. A aplicação distorcida do quesito na sua aplicação. E isso gerou resultados indesejáveis na aplicação do instrumento. Os médicos tiveram um entendimento equivocado do item” (Entrevistado B, assistente social do INSS, 30.08.2017).

Desta feita, considera-se que a partir da delimitação temporal, o conceito de pessoa com deficiência foi limitado em sua abrangência, sobretudo, com a inserção deste quesito no instrumental que devolve a última palavra da avaliação aos peritos médicos. As autoras (SILVA; DINIZ, 2012) apontam para as consequências nesse processo avaliativo da pessoa

com deficiência.

Nós tivemos situações de pedidos indeferidos também por conta disso, porque nesses casos, só a perícia que decide e não conseguiu avançar, pois somente a perícia que define se é por dois anos ou não. E aí é muito contraditório. Porque se você tem a CIF que aponta os fatores ambientais, a parte social deve ser considerada, mas não conseguimos avançar nisso até hoje. Na minha avaliação enquanto não avançarmos na análise desse dispositivo, a gente está de uns certa forma desrespeitando a CIF no que ela se propõe. De assumir um olhar pelo menos biopsicossocial” (Entrevistado C, assistente social do INSS, 07.10.2017).

Nas entrevistas, 75% dos entrevistados questionaram essa alteração da legislação e posteriormente a mudança na revisão do instrumental operativo. A questão se resume ao fato do modelo ter se baseado na CIF e na perspectiva de um amplo conceito de deficiência, ambos baseados na desigualdade estabelecida pela sociedade e pela existência de barreias ambientais.

Desta feita, pontuamos como uma contradição a existência deste dispositivo na avaliação da pessoa com deficiência, pois a explicação é que a presença da pergunta se a deficiência implica impedimento de longo prazo, designada exclusivamente ao médico perito, apesar de ter sido estabelecida como um quesito que objetiva avaliar exclusivamente a duração e não o grau de impedimento, pode estar sendo utilizada como uma forma de negar direitos, contradizendo o caráter da avaliação biopsicossocial.

Segundo Costa (2017) ressalta em seu artigo, a autoridade discursiva na avaliação da pessoa com deficiência é exercida por burocracias especializadas, solidamente instituídas no aparelho do Estado. Sendo esses o *locus* da ação pública, à medida que suas decisões determinam a elegibilidade do usuário.

Quanto ao BPC, Costa (2017) defende que os mecanismos de acesso ao BPC não são constrangidos pela prática generalizada da patronagem, típicas de trocas clientelistas identificadas em outras áreas, mas sofrem consequências da aplicação de rotinas padronizadas da avaliação técnica da vulnerabilidade de indivíduos que se declaram ou são declarados por terceiros como pessoas com deficiência. Conclui que a avaliação da condição de pessoa com deficiência do requerente é sujeita ao julgamento de mérito por uma burocracia especializada e de carreira do executivo federal.

Desse modo, a condição da incapacidade para prover as condições de sobrevivência é aferida pela burocracia ministerial por meio da quantificação dos riscos sociais pelo INSS (Costa, 2017).

Na perspectiva dos informantes, a inclusão desse item no instrumental, apesar da

presença dos assistentes sociais do grupo de monitoramento e aprimoramento, não foi suficiente para impedir a inserção dessa pergunta que citamos, alvo de questionamentos.

(...) Houve uma mudança na lei que trouxe uma mudança para o decreto, na própria LOAS e no conceito de pessoa com deficiência. Ao mesmo tempo que ele amplia, teve mais uma alteração no conceito de deficiência, em 2011 ainda, junto com esse novo conceito de deficiência, ele traz a questão do impedimento de longo prazo (...) Ele traz um conceito de deficiência que é a coisa mais linda, ampla, abrangente. Porém, deve tratar-se de um impedimento de longo prazo. O impedimento de longo prazo é uma doença que se caracteriza, que permanece, supostamente, por mais de dois anos e aí, você faz toda uma avaliação, o médico faz a avaliação dele também. Só que no final da avaliação do médico tem um mecanismo que ele pode acionar ou não. É uma pergunta: trata-se de impedimento de longo prazo? Se ele acionar esse mecanismo anula todas as duas avaliações porque eles se baseiam numa perspectiva legal de que o BPC tem a previsão de ser revisto a cada dois anos. Só que tem esse mecanismo que foi introduzido em 2011 que pode anular, invalida ambas as avaliações, inclusive a gente que não tem nenhuma participação nessa tomada de decisão (...). Eu estou devolvendo um poder para o médico que foi retirado dele porque até 2011 não tinha isso, era dividido. Então, assim, você faz a avaliação que pode ser uma pessoa com uma condição de saúde extremamente grave, incapacitante, importante a doença, mas se o perito acionar esse mecanismo alegando que a incapacidade é inferior há dois anos. Esse cálculo atuarial é como se ele desativasse aquilo que foi qualificado, que foi pontuado(..)é como se a gente não tivesse competência para julgar. É como se fosse algo muito voltado para a questão da saúde, mas eu entendo que a avaliação como um todo é voltada para a questão da saúde e aquela pessoa como um todo, inserida em um contexto. Se a gente pensar de uma forma mais ampla (...) É contraditório, porque ao mesmo tempo que ele permite, ele retira. Eu estou dando, mas aqui no finalzinho eu devolvo para o médico o poder que ele tinha porque quando você coloca um profissional para julgar o trabalho que um outro profissional fez, por que nesse momento ambos os profissionais não sentam e vão discutir? Não existe esse espaço. A avaliação médico-social do BPC, ela é feita em tempos e espaços completamente diferentes. Apesar de serem em momentos distintos, mas correlatos. Eu diria que é um entrave se eu pensar nesse elemento que foi criado em 2011 dá esse poder para um único profissional quando se tem dois. Então, você dar a um único profissional o poder de bater o martelo, a palavra final se o benefício vai ser concedido ou não. De repente você vê ali, nas mãos de um único profissional, então, é aí que você vê que dois anos depois você perde o que foi conquistado a duras penas. Por mais que a gente leve e discuta, as pessoas não têm dimensão do que é isso. A gente que está aqui, que trabalha, que vivencia isso, a gente sente um pouco mais de perto, mas assim, é algo indescritível. Você vê, a pessoa vem, você faz a avaliação, elabora a construção da história social daquela pessoa, vai para a perícia médica e no final, um único profissional ele tem o poder de decidir. É como se você devolvesse aquilo que foi partilhado. (Entrevistado A, assistente social do INSS, 29.09.2017).

(...)você faz a avaliação que pode ser uma pessoa com uma condição de saúde extremamente grave, incapacitante, importante a doença, mas se o perito acionar esse mecanismo alegando que a incapacidade é inferior há dois anos, aí é como se desse, como posso te dizer? É um cálculo atuarial. Esse cálculo atuarial é como se ele desativasse aquilo que foi qualificado, que foi pontuado. A avaliação hoje é dividida, 50% médicos e 50% assistente social. O assistente social avalia fatores ambientais, atividade e participação (médicos e assistentes sociais) e funções do corpo, a perícia médica. Então, cada um fica com 50% e soma as três partes. Só que tem esse mecanismo que foi introduzido em 2011 que pode anular, invalida ambas as avaliações, inclusive a gente que não tem nenhuma participação nessa tomada de decisão(Entrevistado C, assistente social do INSS, 07.10.2017).

(...)eu diria que é um entrave se eu pensar nesse elemento que foi criado em 2011 dá

esse poder para um único profissional quando se tem dois. Então, você dá a um único profissional o poder de bater o martelo, a palavra final se o benefício vai ser concedido ou não (Entrevistado D, assistente social do INSS, 27.10.2017).

A pesquisa de avaliação da nova modalidade de concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) à pessoa com deficiência com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), publicada pelo MDS, foi realizada no período de setembro de 2010 a julho de 2011, pela consultora Mariane Miguel Chaves. Tal pesquisa objetivou contribuir para avaliar os alcances e limitações do novo modelo para concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) a pessoas com deficiência.

Um dos pontos identificados na pesquisa refere-se ao instrumento de avaliação em sua primeira revisão, no ano de 2011, versão esta elaborada para substituir a de 2009. Somente os entrevistados de um dos municípios pesquisados conheciam ou tinham algum contato com a nova versão do instrumento. Para o grupo de médicos, as mudanças mais bem avaliadas estão relacionadas às inclusões das questões que tratam do prognóstico e dos impedimentos de longo prazo. Para os assistentes sociais, foram válidas as adaptações do questionário a respeito das crianças, que agora são mais contempladas; os detalhamentos dos domínios e dos indicadores dos “Fatores Ambientais”; e a inserção de “Vida Doméstica” em “Atividades e Participação”. Todavia, o fato de os médicos poderem indeferir o pedido de concessão por apenas uma questão não foi bem aceito pelos assistentes sociais.

Em relação a essas mudanças, tanto na LOAS quanto no instrumento, além de não serem bem recebidas pela categoria de assistentes sociais do INSS, receberam críticas de autores. Segundo Silva e Diniz (2012), os procedimentos estabelecidos pela LOAS para identificação dos beneficiários provocam uma alteração no papel da perícia que ultrapassa sua função documental, tornando os peritos médicos julgadores.

A terceira versão do instrumental foi publicada pela Portaria Conjunta INSS/MDS n. 2 de 30 de março de 2015, dispondo sobre os critérios, procedimentos, instrumentos para a avaliação social e médica da pessoa com deficiência para acesso ao BPC.

Um dos reflexos desse conflito normativo se manifesta por meio dos indeferimentos na esfera administrativa do INSS e das concessões autorizadas pela Justiça, processo este denominado de judicialização do acesso à política pública. Diante do expressivo número de benefícios judicializados, pretendemos discutir sobre este processo e explorar a contradição entre a ampliação do olhar com a inserção da avaliação social e a não ampliação do acesso.

Um dos pressupostos desta pesquisa é de que, com a entrada do serviço social no INSS, em 2009, para operacionalizar a avaliação, o número de concessões para pessoas com



deficiência aumentasse devido a ampliação do olhar, materializado na legislação do BPC. Este incremento não ocorreu, conforme demonstra a tabela abaixo.

Tabela 3: Evolução do quantitativo de benefícios, por espécie e percentual de crescimento anual, Brasil –1996/2015

Ano	Pessoa com Deficiência		Pessoa Idosa		Total	%cresc.
	Nº	%cresc.	Nº	%cresc.		
<b>1996</b>	304.227	-	41.992	-	346.219	-
<b>1997</b>	557.088	83,12	88.806	111,48	645.894	86,56
<b>1998</b>	641.088	15,08	207.031	133,13	848.119	31,31
<b>1999</b>	720.274	12,35	312.299	50,85	1.032.573	21,75
<b>2000</b>	806.720	12	403.207	29,11	1.209.927	17,18
<b>2001</b>	870.072	7,85	469.047	16,33	1.339.119	10,68
<b>2002</b>	976.257	12,2	584.597	24,64	1.560.854	16,56
<b>2003</b>	1.036.365	6,16	664.875	13,73	1.701.240	8,99
<b>2004</b>	1.127.849	8,83	933.164	40,35	2.061.013	21,15
<b>2005</b>	1.211.761	7,44	1.065.604	14,19	2.277.365	10,5
<b>2006</b>	1.293.645	6,76	1.183.840	11,1	2.477.485	8,79
<b>2007</b>	1.385.107	7,07	1.295.716	9,45	2.680.823	8,21
<b>2008</b>	1.510.682	9,07	1.423.790	9,88	2.934.472	9,46
<b>2009</b>	1.625.625	7,61	1.541.220	8,25	3.166.845	7,92
<b>2010</b>	1.778.345	9,39	1.623.196	5,32	3.401.541	7,41
<b>2011</b>	1.907.511	7,26	1.687.826	3,98	3.595.337	5,7
<b>2012</b>	2.021.721	5,99	1.750.121	3,69	3.771.842	4,91
<b>2013</b>	2.156.581	5,94	1.830.476	4,13	3.987.057	5,1
<b>2014</b>	2.253.822	5,23	1.876.610	2,98	4.130.432	4,19
<b>2015</b>	2.323.794	3,1	1.918.903	2,25	4.242.697	2,72

Fonte: Síntese/DATAPREV, Dezembro de 2015. Subseção A, tabela 10.

Diante desse pressuposto, observou-se um aumento expressivo nas concessões de benefícios no ano de 2010(o maior aumento desde 2002). No entanto, verificou-se que a partir de 2010 as taxas de crescimento na concessão do BPC foram reduzindo constantemente, até

chegar ao menor nível da série histórica em 2015. A esta redução podemos atribuir o fato de que o instrumental foi alterado em segunda versão, assimilando o conceito de deficiência de longo prazo por no mínimo dois anos.

A consequência disso, de acordo com os informantes chaves, foi a devolução da autoridade discursiva sobre o corpo do deficiente aos médicos peritos, contradizendo a inserção do novo modelo baseado na CIF.

As mudanças promovidas pelo Decreto a partir de 2009, principalmente com a inserção da dimensão social na avaliação do BPC da pessoa com deficiência, esperava-se outro movimento de rápido crescimento do público beneficiário no período (IVO; SILVA, 2011).

Desse modo, as autoras pontuam que apesar do BPC ser um direito básico constitucional, sua implementação é permeada por avanços e retrocessos. O que diz respeito a avaliação conjunta da deficiência por médicos peritos e assistentes sociais, consideraram que com a nova abordagem haveria efeitos sobre o processo de reconhecimento dos direitos, incorporando pessoas. (IVO; SILVA, 2011).

No entanto, como apontaram as autoras, nesse processo apesar dos avanços, ainda persistem retrocessos, como é o caso da ampliação do olhar não se materializar em ampliação do acesso à população com deficiência.

Sabariego (2017) defende o BPC como um modelo mundial que demonstra como é possível utilizar a CIF em políticas públicas. No entanto, apresenta dois mitos que impedem que outros países façam uso do modelo brasileiro. O primeiro mito levaria a crer que “uma avaliação baseada em critérios de elegibilidade construídos com base na CIF e em consonância com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da ONU aumentaria consideravelmente o número de concessões”. Cabe destacar aqui uma questão: por que não aumentaria? Nesse sentido, adotamos a premissa de que a não ampliação do acesso ao direito social não se caracteriza como mito, mas como uma verdadeira contradição do modelo.

Diante da afirmativa da presença desse conflito que foi acirrado por meio da devolução da palavra final na avaliação dos corpos deficientes à categoria de médicos, muito tem se questionado quanto aos indeferimentos.

Em relação a esses questionamentos, o usuário em caso de indeferimento pode recorrer a justiça reclamando seu direito à proteção social. A judicialização da política pública significa que algumas questões de larga repercussão política ou social estão sendo decididas por órgãos do Poder Judiciário, e não pelas instâncias políticas tradicionais. (BARROSO, 2009).

Outra definição para o fenômeno da judicialização, significa que questões de relevância política e social passaram a ser decididas, em última instância, pelo Poder Judiciário; não estando mais restritas às esferas políticas tradicionais de promoção das políticas públicas – o Legislativo ou o Executivo. No entanto, muitos autores divergem a respeito do conceito de judicialização da política. (BRASIL, 2016, p. 5)

A atual Constituição Federal Brasileira consolidou, na repartição dos poderes, um papel de destaque para o Poder Judiciário, transformando-o, de fato, em um poder político, capaz de definir situações controversas, inclusive, envolvendo os outros Poderes. (Brasil, 2016, p. 6)

Nesse foco, entende-se por judicialização a expansão do direito e o fortalecimento das instituições de Justiça, além da inserção dos agentes jurídicos na esfera política e das relações sociais, positivamente ou negativamente, de acordo com os diferentes pontos de vista.

É perceptível que o Direito vem expandindo a sua capacidade normativa, instrumentalizando institucionalmente o Judiciário de meios e modos para o exercício de uma intervenção. É todo um conjunto de práticas e de novos direitos, além de um contingente de personagens e temas até recentemente pouco visados pelos sistemas jurídicos – das mulheres vitimizadas aos pobres e ao meio ambiente, passando pelas crianças e pelos adolescentes em situação de risco, pelos dependentes de drogas e pelos consumidores inadvertidos –, como os novos objetos sobre os quais se debruça o Poder Judiciário, levando as sociedades contemporâneas cada vez mais a se enveredarem na semântica da Justiça. É, enfim, a essa crescente inserção do direito na organização da vida social que se convencionou chamar de judicialização das relações sociais (VIANNA et al, 1999, p. 149).

[...] a cooperação entre os diferentes atores da democracia não é mais assegurada pelo Estado, mas pelo direito, que se coloca, assim, como a nova linguagem política na qual são formuladas as reivindicações políticas. A justiça tornou-se um espaço de exigibilidade da democracia. Ela oferece potencialmente a todos os cidadãos a capacidade de interpelar seus governantes, de tomá-los ao pé da letra e de intimá-los a respeitarem as promessas contidas na lei (GARAPON; HENRIQUES, 1999, p. 48-49).

Dessa maneira, a judicialização se refere à transferência do poder de decisão do Executivo às instâncias do sistema de justiça. Apesar de ser acessado constantemente pela sociedade, bem como pelas próprias instituições executivas, como forma de buscar solução para os conflitos existentes, o direito acaba por enfraquecer sua função precípua, resolvendo questões coletivas de forma individual, em casos isolados.

Analisando essa questão, os autores argumentam que o fenômeno da judicialização constitui-se numa nova tendência da democracia contemporânea, na qual o Poder Judiciário aproxima-se da agenda pública e dos atores sociais e políticos, transformando-se em instituição central à democracia, tanto no que se refere à sua intervenção

no âmbito social, como também no político (IVO; SILVA, 2011).

De acordo com Ivo e Silva (2011), a Justiça vem desempenhando um papel importante no desenvolvimento do sistema democrático brasileiro. Crescem os pedidos relativos ao reconhecimento de direitos e um movimento de judicialização ou constitucionalização em vários campos, inclusive no direito de idosos e de pessoas com deficiências a serem assistidos.

No entanto, como abordamos há autores que compreendem a judicialização como um fenômeno nocivo se considerado o equilíbrio dos poderes, bem como o acesso aos direitos estabelecidos constitucionalmente.

Um dos apontamentos estabelecidos na nota técnica do MDS que trata sobre a judicialização do BPC é de que o aumento na judicialização das políticas públicas também pode ser nocivo ao progresso constitucional, e para a equidade na efetivação da proteção social, pois a necessidade de interposição de ação junto ao Poder Judiciário faz desse, um espaço privilegiado de decisões, acessível a poucos demandantes (Brasil, 2016).

Dessa forma, há uma crescente compreensão de que o fenômeno crescente de judicialização das políticas sociais no Brasil deve ser observado com precaução, pelas implicações que pode ter quanto a uma crise de representação política e pelo enfraquecimento dos Poderes Legislativo e Executivo.

Nesse caso, o Judiciário assumiria um papel de protagonista na implementação das políticas públicas, o que, da perspectiva dos críticos desse fenômeno, acarretaria ainda mais problemas orçamentários e de gestão na implementação de tais políticas.

Em relação ao BPC, antes mesmo da regulamentação, em novembro de 1993, foi impetrado o Mandado de Injunção nº 448, junto ao Supremo Tribunal Federal, com o objetivo de exigir a regulamentação do inciso V, do art. 203 da Constituição Federal – dispositivo que instituiu o benefício assistencial.

A lacuna deixada pelo legislador ensaiou a impetração do mandado por pessoas com deficiência que afirmavam ser incapacitadas para o desempenho de atividades regulares do mercado de trabalho e não possuírem recursos para o próprio sustento

Um novo questionamento surgiu sobre os critérios de elegibilidade deste benefício, desta vez, por iniciativa da Procuradoria Geral da República, em 1995, através de interposição da Ação Direta de Inconstitucionalidade n. 1.232/953. Nesta ação, questionou-se a constitucionalidade do critério objetivo de  $\frac{1}{4}$  de salário mínimo como per capita familiar para fins de acesso ao BPC, cujo principal argumento era que este critério restringia e limitava o direito ao benefício.

No entanto, esta ação foi julgada improcedente em 27 de agosto de 1998, prevalecendo o entendimento de que o critério de  $\frac{1}{4}$  de salário mínimo, como per capita familiar, para fins de comprovação da condição de pobreza, seria condição que somente a lei poderia fixar. Desse modo, a instância do STF justificou que os critérios do BPC só poderiam ser legitimados pelos poderes Executivo e Legislativo.

A despeito decisão do STF os juízes continuaram adotando entendimento do critério de renda per capita estabelecido pelo legislativo como um parâmetro e não como limite absoluto de renda, e desse modo recolocaram na pauta o debate sobre os critérios de acesso ao BPC.

Um exemplo foi o julgamento da Reclamação 2.323-1/PR Neste caso, o STF manteve seu posicionamento histórico e não acatou a tese de aplicação do princípio da isonomia para o critério de acesso ao BPC frente aos novos patamares de linha de pobreza, criados pelo legislador infraconstitucional, para serem aplicados em outros programas assistenciais. Para o relator, somente a lei, regulamentadora do BPC, é que poderia dispor sobre novos critérios de elegibilidade a esta política social (Brasil, 2016).

Outro exemplo foi a partir da instituição do Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que excluiu do cálculo da renda per capita familiar o valor de um BPC já concedido a outro idoso da mesma família. Nessa legislação, os idosos foram beneficiados em detrimento das pessoas com deficiência.

O STF, em abril de 2013, enfrenta novamente a questão ao julgar conjuntamente a Reclamação 4374/PE e os Recursos Extraordinários 56.7985 e 58.0963, ambos com repercussão geral, inaugurando uma nova fase de interpretação sobre os critérios de acesso ao BPC (BRASIL, 2016).

Em relação ao Recurso Extraordinário nº 567.985, que discutia o critério objetivo de renda familiar per capita inferior a  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo (§3º do art. 20, da Lei nº 8.742 de 1993 - LOAS), foi publicado Acórdão em 18/04/2013, que declarou a inconstitucionalidade do § 3º do art. 20 da LOAS por omissão parcial da Lei – porém sem pronúncia de nulidade – ao não adotar critérios mais abrangentes que permitam aferir a miserabilidade jurídica e incluir pessoas que possuam renda familiar per capita pouco acima do limite estabelecido (BRASIL, 2016).

Já em relação ao Recurso Extraordinário nº 580.963, que discutiu a exclusão apenas da renda do BPC já concedido a um idoso para fins do cálculo da renda familiar per capita no requerimento de outro idoso da mesma família (art. 34, parágrafo único, da Lei nº 10.741 de 2003 – Estatuto do Idoso), foi publicado Acórdão em 18/04/2013, que declarou a

inconstitucionalidade parcial do parágrafo único do art. 34 da Lei 10.741/2003, sem pronúncia de nulidade, sob o argumento de que estabelece situação de incoerência e incongruência, na medida em que promove a desigualdade de tratamento para situações similares.

O Departamento de Benefícios Assistenciais (DBA) da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS) organizou, no ano de 2014, em parceria com a Procuradoria Federal Especializada junto ao INSS, pesquisa qualitativa sobre a percepção dos procuradores e gestores das Agências da Previdência Social (APS) e Gerências Executivas (GEX) que acompanham as ações do BPC no judiciário.

Segundo a percepção dos entrevistados, existe um grande descompasso entre o Sistema de Justiça e o Executivo Federal com relação ao BPC, seja devido às divergências em relação aos critérios de acesso ao benefício (divergências relacionadas ao critério de renda e também ao critério da deficiência), seja com relação à falta de comunicação e integração entre os Poderes para o debate sobre qual o papel que o BPC desempenha (ou deveria desempenhar) no Sistema de Proteção Social brasileiro – haveria entendimentos conflitantes entre os poderes (BRASIL, 2014).

Segundo a pesquisa, as decisões analisadas revelam que a jurisprudência tem consolidado como fator decisivo no pleito do BPC, a análise do caso concreto, o qual se sobrepõe a avaliação feita pela autarquia previdenciária sobre a situação social, o nível de renda, ou a condição de pessoa com deficiência do eventual beneficiário, do que de qualquer divergência de entendimento sobre o conteúdo da legislação vigente. Caracterizando, portanto, uma postura dos tribunais no sentido de ampliar o acesso a este benefício para além do que a LOAS determina.

No entanto, expõe a pesquisa, apesar do Poder Judiciário exercer um papel fundamental na efetivação de um direito constitucional, a não uniformidade de critérios entre o INSS e a instância judicial prejudicam a isonomia entre a população que pleiteia o benefício.

Tabela 4: Evolução de benefícios concedidos por decisão judicial sobre o total de concessões – 2004/2015

<b>Ano</b>	<b>Pessoa com Deficiência</b>	<b>Pessoa Idosa</b>	<b>Total</b>
<b>2004</b>	9.497	2.302	11.799
<b>2005</b>	16.069	4.122	20.191
<b>2006</b>	19.423	4.766	24.189
<b>2007</b>	25.321	5.342	30.663
<b>2008</b>	28.545	5.870	34.415
<b>2009</b>	31.340	6.650	37.990
<b>2010</b>	31.530	7.547	39.077
<b>2011</b>	33.088	8.548	41.636
<b>2012</b>	35.205	9.831	45.036
<b>2013</b>	41.060	12.382	53.442
<b>2014</b>	44.525	13.694	58.219
<b>2015</b>	40.498	11.552	52.050

Fonte: SUIBE/DATAPREV, janeiro de 2016. Subseção C, tabela 1.

A tabela acima demonstra a evolução dos benefícios concedidos por decisão judicial sobre o total de concessões, separado por pessoas com deficiência e pessoas idosas. Somando os benefícios concedidos judicialmente para pessoas com deficiência dos anos 2004 a 2015, totalizam 356.101 beneficiários. Totalizando a mesma série histórica para o conjunto dos beneficiários que tem direito ao BPC, totalizam 448.707 beneficiários que estão protegidos socialmente mediante requerimento judicial.

É perceptível a forte tendência de aumento da judicialização do BPC para a Pessoa com Deficiência. Sendo que no período de 12 anos (2004-2015) a concessão do BPC pela via judicial aumentou passando de 9.497, em 2004, para 40.498, em 2015.

Hoje há 17 Ações Civas Públicas vigentes no Brasil que tratam do BPC. A maioria delas (14 ACPs) determinam desconsiderar a renda de membro do grupo familiar receptor de BPC e de benefício previdenciário no valor de um salário mínimo no cálculo da renda familiar per capita.

Nessa perspectiva, pode-se compreender que o Executivo estaria falhando em não

garantir o acesso da população idosa e deficiente em situação de pobreza ao BPC, devido a prevalência dos critérios biomédicos na avaliação da pessoa com deficiência.



## 5 A PERSPECTIVA DOS ATORES ESTATAIS SOBRE A AVALIAÇÃO SOCIAL NO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

Os atores estatais serão analisados neste estudo a partir do referencial de Lipsky (2010). O referido autor denominou uma classe que compõe a estrutura burocrática dos governos como *Street-LevelBureaucracy* ou burocracia do nível de rua. Esta burocracia possui características específicas que a definem como um grupo analiticamente coeso para os estudos sobre práticas burocráticas, governança e políticas públicas.

Segundo Lipsky, existem três premissas que definem o trabalho dos burocratas. A primeira é que eles trabalham em suas rotinas interagindo constantemente com os usuários. A segunda premissa é de que, apesar de existir uma estrutura burocrática, esses profissionais detêm certa autonomia e poder para tomar decisões, o que o autor atribuiu como poder discricionário. E a terceira premissa é de que as decisões tomadas por esses funcionários interferem potencialmente na vida dos usuários (LIPSKY, 2010).

Desse modo, estes profissionais são uma espécie de representantes do Estado contemporâneo diante da sociedade e, por isso, são considerados cruciais para a compreensão da realidade das políticas públicas.

Segundo Araújo Filho (2014), a teoria do *Street-level Bureaucracy* traz como perspectiva central os dilemas individuais dos funcionários que trabalham diariamente com as políticas em seu nível operacional, pois lidam diretamente com o público dessas políticas e também com os conflitos decorrentes dessas interações.

Segundo o ponto de vista de Lipsky (2010), basicamente, a grande relevância do trabalho desses funcionários está na responsabilidade de transmitir os esforços de uma política de governo para os cidadãos. De certa forma, demonstram por meio de seu trabalho “do que se trata a política pública” em questão e, mais do que isso, forma “como estará atuando o governo” em determinada função pública. No entanto, segundo Lipsky (2010), um dos riscos é a arbitrariedade de certos burocratas quanto ao uso do poder, ou seja, da discricionariedade.

O poder discricionário advém da liberdade que possuem no momento da implantação das políticas, pois mesmo que dimensões políticas oficiais moldem normas legais e administrativas e alguns padrões de decisão, esses agentes ainda conseguem ter autonomia para decidir como aplicá-las. São eles que decodificam as normas para os usuários.

Neste estudo, o INSS é a organização que molda as ações dos profissionais. Além disso, existem as mediações dos valores profissionais no que tange a avaliação da pessoa com deficiência. No caso dos assistentes sociais, a definição da conduta profissional provém

também dos Conselhos Federais de Serviço Social – CFESS – e dos Conselhos Regionais de Serviço Social – CRESS.

As organizações e instituições exercem influência, na medida em que podem aumentar ou diminuir o exercício da discricionariedade, por meio do controle da atuação dos burocratas. As decisões tomadas e a discricionariedade que será exercida pelas burocracias têm como pano de fundo as condições específicas colocadas pelo contexto, as quais podem ampliar ou limitar o espaço para a discricionariedade.

Em relação à discricionariedade, os informantes chave destacaram que apesar da instituição de um instrumental único para a avaliação, “quando você pega o BPC para pessoa com deficiência, existe uma dimensão muito subjetiva na avaliação” (Entrevistado A, assistente social, 29.08.17). Essa dimensão objetiva é a discricionariedade, pois se refere a autonomia profissional para decodificar as normas.

Outro informante corroborou com a presença da subjetividade na avaliação e salientou a influencia do que Lipsky (2010) designa como interações internas e externas:

(...)Tem uma dimensão subjetiva e que tem a ver com as concepções teórico-metodológicas, com a história de vida do profissional, tudo isso influencia no processo de avaliação. Eu observei no meu estudo também que aqueles profissionais que de alguma forma eram engajados em movimentos, tinham maior aproximação com o debate de pessoas com deficiência, eles tinham uma visão diferenciada em relação à avaliação. Diferentemente, daqueles que nunca tiveram acesso, e nunca tiveram nenhuma aproximação com qualquer tipo de movimento. A gente observa essa diferença e que interfere diretamente no processo de avaliação. Ele é subjetivo. Ele é objetivo do ponto de vista que fornece uma direção, mas ele não é fechado. É aberto. O instrumental a priori é objetivo porque ele tem uns itens, os domínios e os qualificadores. Então, tem um direcionamento, mas a forma como eu quero qualificar vai depender das minhas concepções. Qual a minha concepção de cidadania? Qual a minha concepção de política pública? De trabalho? Existem alguns conceitos e definições que vão interferir, reverberar diretamente naquele processo de avaliação da pessoa com deficiência. As pessoas perguntam quais são as doenças que dá para acessar o benefício. Não tem como dizer quais são as doenças que consegue acessar o benefício porque não é a doença, é a pessoa. Eu tento pegar avaliar aquele agravo e levar a história social daquela pessoa (Entrevistado C, assistente social do INSS, 07.10.2017).

Um dos informantes chave destacou sua importância para a avaliação e a apresentou como um desafio dentro de uma instituição com histórico de protocolos rígidos e informatizados.

Aquilo que é relevante eu vou enfatizar conforme aquela história de vida. Então a gente tem que ter o desafio na avaliação de não achar que é meramente uma pontuação. Respeitar como única aquela história de vida daquela pessoa que eu atendo. É dele, não é de mais ninguém (Entrevistado C, assistente social do INSS, 07.10.2017)

Não é uniformidade é subjetividade de dizer que estou avaliando com meu olhar profissional(...). A subjetividade não está descartada, até porque eu sou responsável pela minha avaliação. Mas o que eu quero dizer é o seguinte, ele (o médico) tem elementos hoje para poder avaliar que, o que ele não tinha antes. Antes ele não tinha parâmetro para dizer vou conceder ou não vou conceder. Não existe neutralidade profissional nesse processo. Eu já vou partir dessa análise com o conceito de deficiência que tenho, com o conceito de saúde que tenho, com conceito de necessidades básicas que tenho. Então por mais que o instrumento fosse informatizado, o profissional possui essa relativa autonomia para poder definir por eixo(...)Porque acho que a gente teve essa preocupação de dizer o seguinte, olha, o desafio é fazer um instrumento informatizado, numa instituição que tem que usar esse instrumento no Brasil inteiro e ao mesmo tempo não tirar a responsabilidade do avaliador nesse processo, com todo o seu arcabouço ético, teórico, político, metodológico e foi nesse sentido que a gente trabalhou (Entrevistado C, assistente social do INSS, 07.10.2017)

Enquanto isso, outro informante chave, apesar de reconhecer a presença do “crivo” profissional na realização das avaliações, bem como da presença do instrumento, destacou sua dimensão objetiva.

A questão do objetivo ou subjetivo há discussões. Porque existem elementos na avaliação que são bastante objetivos. A pessoa dá conta de fazer isso ou não dá conta de fazer. Então, você está diante da pessoa e tem condições de observar e ter segurança daquilo que você está avaliando. Isso é bastante possível. Os relatos da própria pessoa e da pessoa que a acompanha. Então a gente reconstrói uma história onde existe elementos que são objetivos, possíveis de apreciar e em outras situações que realmente são mais subjetivas, mas há muito conteúdo que é objetivo e palpável. (Entrevistado A, assistente social, 29.08.2017).

Nas entrevistas, a dimensão subjetiva foi pontuada como um aspecto positivo que compõe a avaliação, ao mesmo tempo que um dos informantes chave enfatizou mais o caráter objetivo da avaliação. Desse modo, interessa-nos refletir e compreender como as ações são colocadas em prática e quais são os fatores que as influenciam na mudança de rumos e resultados, como é o caso de políticas públicas que dependem da atuação de burocratas para coordenarem a interação entre cidadãos e os aparatos de governo, como é o caso do BPC.

Outra perspectiva apresentada pelos informantes chave foi a realização de capacitações a partir da inserção do novo modelo e da entrada de novos profissionais para operacionalizar o modelo de avaliação. Os informantes chave, de modo geral, apontaram que as capacitações aconteceram, mas não como necessário.

Na previdência, falando especificamente da avaliação social, existem algumas especificidades e obviamente que a gente passa por um processo de formação na chegada (...) O problema é que a formação no INSS não é uma formação continuada. Você recebe uma única capacitação, como eu recebi em 2009. Há oito anos atrás e depois disso tiveram algumas alterações no instrumental. As alterações aparecem, mas não tivemos nenhuma formação, nenhum debate. Então o profissional precisa buscar isso. O indivíduo é responsável por uma ação mais

ampla, por uma ação que é institucional. Então, o problema que eu vejo hoje no INSS é essa ausência de acesso a uma formação continuada, a uma formação que deve ser permanente (...) considero que a formação deve ser continuada, por isso que os profissionais, na maioria das vezes vão buscar isso em outros espaços e a academia é um deles (Entrevistado A, assistente social do INSS, 29.09.2017).

“Receberam, mas não o suficiente, do meu ponto de vista. Mas receberam. Foi montado toda uma estrutura de capacitação. Houve uma preocupação que essa capacitação pudesse também trazer fundamentos para essa mudança. A capacitação teve que retroceder para trazer todo o fundamento, o porquê da avaliação. (...) o porquê desse novo olhar da própria política pública, do papel do benefício e da nova perspectiva de olhar a deficiência, então teve essa preocupação de situar um profissional dentro de um outro referencial. Para depois realmente entrar na avaliação propriamente dita. Agora, esse processo foi executado através de multiplicadores. Um grupo foi treinado para ser multiplicador, para poder ir nas regionais do país e treinar outros multiplicadores, que iriam replicar isso para os profissionais avaliadores. No entanto, faltou condições para que houvesse um acompanhamento mais sistemático e tivesse que garantir um cronograma mais apertado para esse processo. (Entrevistado B, assistente social do INSS, 30.09.2017).

Teve capacitação dos nossos profissionais. Foram capacitações que a gente criou primeiro os multiplicadores em âmbito nacional, uma quantidade menor, depois os multiplicadores foram para os estados, depois foram para a gerência, até chegar na ponta. Isso lá no primeiro momento. Depois foram entrando novos concursados, que nem todos passaram por todos os processos. Alguns fizeram mais a distância, alguns fizeram na própria gerência, mas foi feito (...) Não foi só uma capacitação, era uma luta, pois representava a entrada de um novo paradigma, um novo olhar. (Entrevistado C, assistente social do INSS, 07.10.2017).

Eu fiz a de ambientação logo quando eu entrei. A gente passa um mês sendo capacitado, ambientado. Ela é um módulo um pouco mais enxuto do que os profissionais que entraram 2009. Eles fizeram um módulo mais cuidadoso, mais demorado, a gente fez uma versão mais *express*. De qualquer modo foi importante, mas não ainda o suficiente (...)foi o suficiente para eu começar a trabalhar, mas não foi o suficiente para solucionar todas as dúvidas, inquietações que a gente tem ali, dado que é uma complexidade. Já se conhece o instrumento e é um instrumento gigantesco, são muitos itens a serem avaliados, as vezes a gente tem dúvidas mesmo (...). (Entrevistado D, assistente social do INSS, 27.10.2017).

A pesquisa de Macêdo e Oliveira (2015) aponta também para a tensão entre as categorias, devido a quebra de monopólio profissional. O artigo de Diniz, Squinca e Medeiros (2007) que trata sobre o conceito de deficiência, perícia médica e assistência social no Brasil, assinalou a partir da pesquisa realizada uma intensa controvérsia entre diferentes modelos de compreensão da deficiência, em especial o modelo social e o modelo médico.

Insta ressaltar que esse conflito normativo que defendemos ser um ponto crítico ainda presente na experiência brasileira, não se refere a uma crítica a uma categoria profissional. As contribuições do modelo médico são inegáveis para os avanços nas áreas de reabilitação profissional. O que defendemos nesta pesquisa é que a deficiência não deve ser compreendida como um problema individual, causado diretamente pela doença, trauma ou pelo seu estado de saúde, que se compreendida dessa forma, vai reclamar principalmente ações para atenção individual de assistência médica. Defende-se que a deficiência é criada socialmente.

Segundo Silva e Diniz (2012) há nuances, gravidades e sutilezas nas condições de saúde e doença, o que demonstra a insuficiência narrativa biomédica para classificar os corpos. Deficiência não é apenas um conceito médico ou a corporificação de uma classificação de disfuncionalidade: é principalmente a expressão de uma relação complexa entre corpo e sociedade, em que estigmas, opressão, exclusão e opressão imperam. Desse modo, compreende-se a importância dos recursos biomédicos para oferecer melhoria nos padrões de saúde das pessoas deficientes, mas tratar a deficiência como um tema na esfera da igualdade requer políticas em outras áreas, além de educação (no caso de crianças e adolescentes), mercado de trabalho e saúde (SILVA; DINIZ, 2012).

Em relação a não ampliação do acesso e o processo de judicialização a despeito da entrada da avaliação social, os informantes-chaves acreditam que:

(...) Existem muitas pessoas que requerem o benefício e que realmente elas requerem com uma saída, uma alternativa. São pessoas que estão sem renda ou que precisam complementar a renda e que perderam a qualidade de segurado, perderam a oportunidade de ter a cobertura previdenciária, ou então nunca tiveram e veem no BPC uma oportunidade de renda (...). É uma possibilidade de ter acesso a renda, e não, realmente tem um quadro de deficiência que poderia estar sendo coberto pelo BPC (...). Tem pessoas que elas apresentam um quadro de doença. E há uma enfermidade não propriamente um quadro que digamos assim, puristas iriam dizer que não deveriam enquadrar no BPC. E até enquadram. Porque isso leva a um grau de comprometimento da funcionalidade que a pessoa acaba enquadrando no BPC. Então o BPC já enfrentou muita crítica de dar acesso a doenças crônicas, mas com essa nova concepção da deficiência, até que ficou mais acomodado isso. O certo é que ele é demandado por pessoas que têm as vezes até incapacidade temporária são quadros que podem ser revertidos (...). Então assim, tanto pelo critério de renda quanto pelo critério da deficiência, as pessoas se apresentam não enquadrando no critério e o benefício é indeferido por conta disso. As vezes a gente atende pessoas aqui que não têm nada de queixa. Ele está buscando renda. Não tem deficiência, não tem enfermidade nada importante e está requerendo benefício. Mas o grande pico de judicialização, ocorreu agora. Nos últimos tempos. Foi com a decisão do STF de que o critério da renda per capita não é suficiente. E que aí o governo federal ele tinha que emitir um complemento da lei, uma nova lei, ou estabelecendo esses novos critérios. E o MDS trabalhou nisso. Mas não que isso não foi transformado em lei. Então o judiciário se sente mais a vontade de poder analisar o caso concreto e apesar da renda não enquadrar num  $\frac{1}{4}$  e de levar em conta outros elementos, não é? Então isso fez com que o número de judicializações aumentasse. A partir de 2013. Então em 2013, 14, 15 é um crescente (Entrevistado B, assistente social do INSS, 30.08.2017).

Segundo o informante-chave a crescente nos pedidos de judicialização se referem a questão da renda, mais do que à avaliação da deficiência e atribuiu que

atualmente essa discussão é menor, pois já foi muito maior antes desse modelo de avaliação. Então havia uma grande entrada de pessoas no benefício, porque o juiz determinava (...) porque essa discussão da deficiência, o juiz assumia outro entendimento e mandava pagar. Então esse modelo de avaliação ajudou a criar um certo entendimento com a justiça. Embora o juiz possa solicitar a avaliação de outro perito e o mesmo ter outro entendimento (Entrevistado A, assistente social do INSS, 29.08.2017).

Outro informante chave apontou que os processos de judicialização precisam ser

analisados bem mais profundamente. Porque o aumento de indeferimento pode englobar várias situações. Esse indeferimento foi em função da deficiência? Porque a gente não tem muito esses dados ainda (...) Então assim, não posso dizer se esse aumento de indeferimento é em função somente do deficiente. (Entrevistado D, assistente social do INSS, 27.10.2017).

A questão dos indeferimentos, o informante chave atribuiu “a falta de capacitação e a falta da visão de vários colegas. Temos avaliações no INSS que ficam no senso comum”. Outro fator apresentado foi a questão do saber médico ainda muito predominante na instituição.

Então tem situações que não é a nossa área, por isso que a gente não consegue influenciar na avaliação médica, porque se ele botar leve lá, não adianta botar grave. O serviço social orienta que o usuário pode recorrer (...). Eu já tive situações de criança por exemplo, com síndrome de Down, que o perito colocou leve na avaliação médica. E no entendimento dele aquela criança não tem uma deficiência. Mas nesse momento se ela não tem acesso a uma equipe multidisciplinar, é fundamental para ela, porque ela pode complicar o mínimo de qualidade de vida. Então o médico desconsiderou o que coloquei na parte social e qualificou como leve. Nesse caso, orientamos que a família recorresse e no recurso a criança ganhou porque o outro profissional entendeu minha visão. Então assim, depende muito também da visão do outro profissional. A subjetividade ela não está descartada, até porque eu sou responsável pela minha avaliação. Mas o que eu quero dizer é o seguinte, ele tem elementos hoje para poder avaliar que, o que ele não tinha antes (Entrevistado C, assistente social do INSS, 07.10.2017).

Um terceiro fator atribuído aos indeferimentos é a limitação do conceito de pessoa com deficiência,

ele exige impedimento por longo prazo e a lei, complicou ao instituir o prazo por dois anos. Tem situações de indeferimento também por conta disso, porque aí é só a perícia que decide e não conseguiu avançar, que é a perícia que define se é por dois anos ou não. E esse processo é muito contraditório. (Entrevistado C, assistente social do INSS, 07.10.2017).

Um outro informante chave atribuiu a crescente nas judicializações ao critério de renda estabelecido pelo legislativo, todavia não aceito pelo judiciário. “O critério de renda continua sendo objeto de judicialização, porque ele é um critério absolutamente injusto e agora, desde 2013, o próprio STF já reconheceu isso. Então de fato precisa ser alterado” (Entrevistado D, assistente social do INSS, 27.10.2017).

Quanto a deficiência, o informante chave acredita que

a questão do longo prazo ainda é muito judicializada. Esse critério tenho certeza que ele ainda é muito judicializado. Agora, o que tenho dúvida é sobre outras questões de deficiência, mas ainda possa haver mesmo algumas deficiências específicas, que ancoradas pela legislação, o INSS acaba indeferindo o benefício e aí a pessoa entra na justiça para poder requerer. E aí eu não estou falando de renda aqui, eu estou falando só de deficiência. Pode ser que tenha esses casos. (Entrevistado D, assistente social do INSS, 27.10.2017).

O informante chave defende que

o poder executivo implementa as políticas públicas, o legislativo elabora, altera e aperfeiçoa ou não as legislações. O executivo operacionaliza e a gente tem que ter o judiciário para poder fazer esse equilíbrio, por exemplo, quando o executivo descumpriu com os critérios, o judiciário atua exatamente fazendo o controle de constitucionalidade, sendo acompanhando e revisando do ponto de vista de justiça a implementação daqueles benefícios. A atuação do poder judiciário nos benefícios, não é exatamente algo maléfico. Faz parte do jogo democrático, o poder legislativo, executivo e judiciário funcionando, ou seja, a pessoa requerer um benefício lá no INSS, numa autarquia federal, o benefício foi indeferido e a pessoa considera que isso é injusto, ela recorre à justiça, para poder questionar essa decisão da administração pública. Então isso faz parte das regras democráticas das instituições funcionando (Entrevistado D, assistente social do INSS, 27.10.2017).

No entanto, argumenta que sob seu ponto de vista há um “excesso nesse processo e atribuiu a falha na execução da política pública pelo poder executivo” e afirma que

A judicialização não está acontecendo apenas como uma regra do ponto de vista da harmonia aí dos poderes. A justiça está fazendo, mas ela está fazendo demais o seu papel porque tem alguém que está fazendo de menos, que é o caso do INSS restringindo, colocando uma série de impedimentos, inventando e legislando, que é o que não acontece. A definição de caso longo prazo é um pouco disso

e afirma que

quando o INSS junto com o MDS decide que é o médico que vai pontuar apenas lá quem é a pessoa que tem a deficiência de longo prazo, o INSS está legislando. E o INSS não pode legislar. Ele só tem que cumprir a legislação. Então ele inventou uma nova regra que está prejudicando os usuários, por isso que está tendo a judicialização (Entrevistado D, assistente social do INSS, 27.10.2017).

Segundo o referido informante chave, “a atuação do poder judiciário no caso do BPC favoreceu o aperfeiçoamento da política (...) se não fosse o judiciário na atuação desse caso do BPC, a situação estaria pior ainda do que está”. Sob sua perspectiva, para alguns critérios, a judicialização cresceu, para outros ela diminuiu e para outros ela se mantém constante. No caso de pessoas com deficiência, passou a aumentar a judicialização, principalmente a partir de 2011, por causa do critério de longo prazo (Entrevistado D, assistente social do INSS, 27.10.2017).

No entanto, o informante chave defende que

a judicialização é crescente em todas as políticas públicas, independente de alterações de crise política, da crise orçamentária. Porque é um fenômeno crescente por uma série de fatores (...) o acesso maior a justiça, maior esclarecimento dos seus direitos, a ineficácia generalizada das políticas públicas e a precarização das políticas públicas são fatores que conduzem à judicialização.

Outro fator apresentado pelo entrevistado é o de que “independente do que o BPC fez ou vai fazer nos últimos anos, a judicialização seria um fenômeno crescente, porque as pessoas estão judicializando cada vez mais vários processos de vários acessos aos seus direitos como um todo” (Entrevistado D, assistente social do INSS, 27.10.2017)

Quanto à atribuição de mensurar a deficiência, um dos informantes chave acredita que

ela está muito perto de conseguir fazer isso, no sentido de que operacionalizar esse conceito não é algo simples, não é algo que as categorias profissionais foram preparadas. Não só a perícia médica, mesmo os Assistentes Sociais, não temos uma formação sobre isso (...). De modo geral temos uma formação específica (...). Para além disso, mesmo se tivesse capacitação e tudo mais, ainda assim seria um desafio dada a complexidade de um paradigma como esse. Nós estamos falando de um novo paradigma de compreensão da deficiência nos últimos quarenta anos, que é oposto à hegemonia de um conceito médico, que durou duzentos anos (...). Então não é algo automático que bastou mudar a concepção na academia, por exemplo, as mudanças jurídicas e isso vai ter mudanças automáticas em todas as práticas. Essas mudanças levam tempo. Então essa dificuldade faz parte do processo como um todo, por isso que afirmo que ela está muito próxima de conseguir fazer essa boa apreciação do que é a deficiência do modo como precisa nos termos da convenção da CIF, e isso é entrecortado por várias outras questões, seja institucionais ou de gestão. Por exemplo, uma mudança como essa exige capacitação dos profissionais e isso não ocorre como deveria (...). Apesar dos avanços, a avaliação tem que passar por um processo contínuo de acompanhamento e aperfeiçoamento (Entrevistado D, assistente social do INSS, 27.10.2017).

Desse modo, os informantes chave avaliam que o modelo social de avaliação da pessoa com deficiência é um avanço, apesar dos desafios institucionais, como por exemplo a ausência de permanentes capacitações, de espaço para debate e diálogo entre os profissionais que compõem a avaliação.

Quanto a judicialização as compreensões divergem, pois acredita-se que os benefícios são negados em virtude do usuário não se adequar ao perfil instituído legalmente, bem como devido aos critérios de renda familiar per capita. De modo geral, os informantes defendem que o conceito de deficiência não é o foco das judicializações, mas sim o critério de longo prazo. Todavia, não há informações e estudos consistentes que apontem quais são os critérios mais indeferidos na esfera administrativa e, conseqüentemente, deferidos na esfera judicial.



## 6 CONCLUSÃO

Pode-se concluir que o BPC é uma política social que situa o Brasil em um lugar significativo em relação aos demais países de renda média que implantaram programas de transferência de renda para grupos extremamente vulneráveis, principalmente na América Latina (DRAIBE; RIESCO, 2011). Trata-se de uma garantia de renda que materializa o princípio do direito à assistência social proposto pelo pacto social da década de 1980 (BRASIL, 2004; VAITSMAN; ANDRADE; FARIAS, 2009).

De acordo com Sposati (2011), receber e acessar um benefício social como um direito constitucional independente do vínculo de trabalho é, sem dúvida, um marco significativo na extensão do contrato social brasileiro, tendo em vista que a legislação do país sempre exigiu apresentação prévia da condição de trabalhador formal com carteira assinada para ter afiançado o acesso social.

A referida autora alerta que a sociedade brasileira veio introduzir um benefício não contributivo, a princípio de direção universal dos segmentos a que se destinam, no final do século XX, isto é, meio século após outras sociedades europeias, como a francesa (1940), a alemã (1960) e a belga (1970) (SPOSATI, 2011).

Ainda no que diz respeito à evolução histórica do BPC, recentemente foi aprovado o projeto de Lei n. 117 de 2011 pela Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa da Câmara de Deputados. O projeto tramita em caráter conclusivo e será analisado pelas comissões de Defesa dos Direitos das Pessoas com Deficiência, de Seguridade Social e Família, de Finanças e Tributação, e de Constituição e Justiça e de Cidadania. O projeto visa alterar três pontos importantes no que diz respeito à concessão do BPC.

A primeira proposta é o aumento para três quartos do salário mínimo da renda familiar per capita utilizada como parâmetro para concessão do BPC. De acordo com o parecer, passa a ser considerada incapaz de prover a manutenção do idoso ou da pessoa com deficiência a família cuja renda mensal per capita seja inferior a três quartos do salário mínimo.

Diversos trabalhos e artigos discutem o atual limite estabelecido, de um quarto, inclusive com ação do Supremo Tribunal Federal – STF declarando inconstitucionalidade em relação ao critério de limite atual. Atualmente, mesmo que a família ultrapasse o critério de renda, o serviço social apresenta um levantamento das despesas da família para sua manutenção, permitindo a concessão do benefício.

O texto também objetiva alterar o Estatuto do Idoso para reduzir a idade mínima para a elegibilidade ao BPC, de 65 anos para 60 anos, com vistas a equiparar a delimitação entre

as legislações de quem é o idoso.

A definição de família para concessão do BPC também foi alterada na proposta para abarcar todos os indivíduos que contribuam para o rendimento ou tenham suas despesas atendidas naquele grupo, uniformizando o conceito de família em vigor no CadÚnico para programas sociais do Governo Federal.

Tais proposições revelam que, apesar da persistência de inúmeros desafios para garantir a proteção social, o BPC pode ser considerado como uma segurança de renda para famílias vulneráveis. Historicamente, os idosos e pessoas com deficiência configuram-se como segmentos excluídos, seja pela incapacidade, seja por que a sociedade não se adequa às suas necessidades.

De modo geral, idosos e pessoas com deficiência encontram-se excluídos do mercado de trabalho, principalmente aqueles que compõe famílias pobres, como é com o BPC. Famílias pobres, a fim de manter a sobrevivência, envolvem grande parte dos seus componentes para adquirir renda, estando eles limitados e muitas vezes demandando cuidados frequentes e gastos.

O número de beneficiários e as pesquisas que avaliam o impacto desse benefício na vida dos usuários manifestam sua relevância, sobretudo por ser o BPC integrante de uma política pública que compõe um sistema de proteção social. Esse sistema é constituído com base em reivindicações e mobilizações da sociedade requerendo do Estado um espaço privilegiado de prestação e garantia de direitos com fins positivos.

O modelo social é outra manifestação de um movimento técnico-político que iniciou na Inglaterra e se expandiu pelo mundo ao longo dos anos, produzindo debates e transformando a compreensão do fenômeno da deficiência.

A deficiência deixou de ser compreendida como uma tragédia individual para ser alvo de intervenções médicas. O modelo biomédico de explicação da deficiência passou a defender que a deficiência deveria ser compreendida como consequência natural do corpo com lesão, sendo a incapacidade física o que levaria às desvantagens.

No entanto, na contramão dessas explicações, os pensadores do modelo social interessados em desnaturalizar esta concepção de deficiência contrapuseram os princípios e lançaram as bases para a construção de um novo paradigma.

O modelo social se tornou um instrumento político de compreensão da deficiência, com finalidade de levar às agendas políticas o debate em torno da deficiência e, sobretudo, produzir transformação social.

No Brasil, o modelo social se refletiu na avaliação da pessoa com deficiência

requerente ao BPC, principalmente a partir da instituição do novo modelo de avaliação com a inserção de novos assistentes sociais à estrutura do INSS e a adaptação do instrumental nos moldes da CIF.

Apesar dos reconhecidos avanços, constatou-se que nesse processo coexistem avanços e desafios, como é o caso do conflito entre paradigmas normativos no processo avaliativo.

Um desses desafios foi produzido pela LOAS, a partir da delimitação temporal da deficiência, que produziu uma ambiguidade no processo. Segundo Silva e Diniz (2012), o rito pericial de avaliação dos corpos preencheu esse espaço ambíguo, tendo em vista que são os peritos médicos do INSS que estabelecem quais impedimentos são de longo prazo e quais são estados de necessidade para a proteção social.

A definição de um corpo com impedimentos, como o de uma pessoa com deficiência, não é um exercício neutro de classificação dos corpos, mas um julgamento moral que combina ideias de normalidade e produtividade.

Desse modo, acredita-se que a avaliação ainda necessita avançar no sentido de contemplar ambas as visões profissionais, pois apesar do serviço social estar participando do processo de avaliação, a palavra final é do médico. Ambos os profissionais devem verificar a condição de deficiente e os impedimentos restritivos que reduzem a posição de igualdade social do indivíduo, indispensáveis ao requerimento de concessão do BPC.

É necessário avaliar a restrição de participação do corpo com impedimentos na vida social, por isso a urgência da avaliação social realizada por assistentes sociais ter o mesmo espaço de legitimidade que a perícia médica.

Os autores Macêdo e Oliveira(2015) questionam até que ponto o paradigma biomédico, centrado no indivíduo, foi superado nas práticas avaliativas dos profissionais envolvidos, quais as repercussões dessas concepções e práticas no reconhecimento e na materialização do acesso, da garantia e da ampliação desse importante direito social a pessoas com deficiência.

Desse modo, pode-se inferir que, se o instrumento e/ou a decisão política devolve a palavra final à categoria de médicos, é possível que o acesso ao direito social fique comprometido, pois não se trata de uma avaliação amplamente biopsicossocial.

A pesquisa do MDS (2011) apontou que para os pesquisados, médicos e assistentes sociais do INSS, que as gerências deveriam se organizar de forma que fosse possível fazer uma separação do trabalho previdenciário da avaliação do BPC. Essa mistura, na opinião de ambas as categorias, não é razoável porque as fundamentações ideológicas de sustentação de cada um são diversas e uma influência na outra, comprometendo os resultados.

Outro importante apontamento desta pesquisa é que os pesquisados identificaram uma série de doenças que, associadas ao contexto social, mereceriam o deferimento da concessão. Todavia, não acontece a concessão em função dos resultados leve ou moderado em atividades e participação. Os profissionais asseguram que o instrumento não é capaz de captar, neste campo do formulário, a influência de certas deficiências declaradas na interação do indivíduo com o ambiente e a sociedade, no processo de aprendizagem, no desempenho de tarefas, na comunicação, na mobilidade e no cuidado pessoal.

São enquadradas como deficiências moderadas sobretudo as doenças crônicas e os transtornos mentais (Entrevistado C, assistente social do INSS, 07.10.2017). De acordo com Wendell(1996), existe a necessidade de se avançar no conceito de deficiência, a fim de incorporar ao debate as experiências de doenças crônicas que geram impedimentos que, na interação com as diversas barreiras, obstruem a plena e igualitária participação das pessoas com deficiência. A autora pontua que em países desenvolvidos as doenças crônicas se manifestam mais acentuadamente na população idosa.

Costa (2017) com base nos dados oficiais publicados pelo MDS (2015), examina o escopo do repertório de diagnósticos da perícia médica do INSS no âmbito do BPC e o define como paradoxal, propondo o seguinte questionamento: no que este restrito repertório se diferencia da percepção de senso comum sobre a pessoa com deficiência?

Desse modo, Costa (2017) observa que o resultado do processo avaliativo favorece os requerentes em condição de extrema vulnerabilidade biomédica e corrobora que a elegibilidade ao BPC permanece, apesar da inserção do modelo social, subordinada ao diagnóstico médico, resultando na severidade do processo avaliativo.

Outro apontamento que corrobora esta reflexão foi publicado também por Costa (2017), ao demonstrar a evolução desigual no quantitativo da burocracia de governo nas últimas duas décadas. O autor evidencia que, a despeito do governo brasileiro ter adotado uma concepção ampliada do conceito de deficiência na avaliação dos requerentes ao BPC, a diminuição no quantitativo de peritos médicos foi residual, concluindo-se, diante desta evidência, que a tese de descolamento do papel decisório do campo biomédico na avaliação do requerente ao BPC no âmbito do INSS dificilmente pode ser sustentada.

Em relação a este fenômeno, as autoras (SILVA; DINIZ, 2012) defendem que esta descrição da deficiência em termos trágicos tem uma clara razão: a redução do impacto orçamentário do BPC pela imposição do mínimo social. No entanto, o BPC como direito social devido a idosos e pessoas com deficiência destina-se à proteção e à redução da desigualdade, pois compreender a deficiência implica verdadeiramente reconhecer que as

necessidades individuais são diferentes e que a determinação dos mínimos não deve ser resultado de um cálculo orçamentário, mas da proteção das necessidades individuais.

A proteção social reclama distribuições e reconhecimentos que sejam justos. As pessoas com deficiência mostram que a diversidade humana e a diversidade de necessidades são nossa condição de existência compartilhada e que mínimos são insuficientes para proteger necessidades (SILVA; DINIZ, 2012).

No artigo de Duarte et, al. (2017), dois aspectos da avaliação da deficiência para acesso ao BPC são destacados. O primeiro é que apenas os requerentes com alterações corporais, limitações e restrições de longo prazo moderadas ou severas são considerados elegíveis. O segundo aspecto é que, a despeito da entrada da avaliação social no modelo, o resultado da avaliação médico pericial tem maior peso no resultado final.

Duarte (2017) concluiu, após análise do modelo biopsicossocial e da tendência de concessão de benefícios entre os anos de 1998 a 2014, que o ritmo de concessão de benefícios não se elevou com a incorporação de critérios sociais e de elegibilidade. Ao contrário, a implantação do novo modelo foi acompanhada pela estabilização e pelo leve declínio do coeficiente de beneficiários (Duarte et al, 2017). Finalmente, a partir dessas reflexões, pode-se concluir que, apesar da presença do modelo social e dos avanços instituídos na avaliação da deficiência para pessoas com deficiência requerentes ao BPC no INSS, ainda se estabelece um conflito normativo entre os modelos biomédico e social, onde são os peritos médicos que decidem quais as demandas podem ser avaliadas como adequadas.

Segundo Silva e Diniz(2012), a perícia médica interpõe-se como critério de garantia para um direito social previsto na Constituição Federal, inserindo os profissionais como peritos julgadores, a fim de proteger necessidades, determinando quais impedimentos se caracterizam como necessidades. Portanto, é a perícia que determina quais impedimentos são de longo prazo.

Diniz e Santos(2009) defendem que o laudo do corpo deficiente elegível ao BPC não é um ato descritivo e objetivo sobre lesões, mas um discurso moral sobre quais expectativas sociais não são passíveis de serem atendidas por determinados corpos.

Em resumo, conclui-se que apesar do modelo social ter ganhado espaço na leitura e na compreensão do fenômeno da deficiência, persiste um conflito normativo entre os modelos médico e social. Isso não é atribuído ao conflito face-a-face entre profissionais que trabalham na agência operacionalizando e avaliando este direito, mas sim às definições políticas, a forma como a burocracia age por meio do poder discricionário e à forma como incidem as interferências externas e internas sobre a política.

Os Entrevistados e literatura concordam que o modelo biopsicossocial proposto na avaliação da pessoa com deficiência a partir da adoção da CIF e da Convenção dos Direitos das Pessoas com Deficiência, não é hegemônico no país. Com a mudança proposta pela legislação para limitar a temporalidade da deficiência e em virtude do fato do INSS atribuir exclusividade à perícia médica, retornou-se ao velho regime pericial. É necessário, ainda assim, destacar os avanços implícitos na adesão normativa ao conceito ampliado da deficiência, pelo Brasil, por força das diretrizes internacionais. Não resta dúvida que essa adesão tem contribuído para o reconhecimento da a pessoa com deficiência como um sujeito da política de proteção social.

Outro avanço que esta dissertação analisa é o fortalecimento da categoria do Serviço Social no INSS, sobretudo como integrante da avaliação da pessoa com deficiência, não se restringindo à avaliação do critério de renda, mas também da deficiência, avaliando as restrições de participação e as barreiras ambientais. São inegáveis os avanços nesse processo. Considera-se, entretanto, que a avaliação social pode ser mais valorizada, em virtude de seu caráter fundamental no reconhecimento do direito. Apesar dos avanços, esta dissertação revela que a profissão ainda sofre ameaças quanto a sua permanência e atuação na estrutura burocrática do governo central.

Quanto à questão da judicialização do BPC, não foram identificados muitos estudos que avaliem o desenvolvimento da inserção da avaliação social vis-à-vis o crescimento nos processos de revisão judicial (COSTA et al, 2016). Este é um campo muito relevante para o desenvolvimento de novas investigações sobre o BPC e a política social brasileira, para a qual pretendo contribuir no futuro próximo.

## REFERÊNCIAS

ABBERLEY, Paul. **The significance of work for the citizenship of disabled people**. Dublin, University College Dublin, 1999. (Comunicação oral). Disponível em: <<https://disability-studies.leeds.ac.uk/wp-content/uploads/sites/40/library/Abberley-sigofwork.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. The concept of oppression and the development of social theory of disability. **Disability, Handicap & Society**, Londres, v. 2, n.1, 1987. p. 5-19.

ABERBACH, Joel; ROCKMAN, Bert. Conducting and Coding Elite Interviews. **PS: Political Science and Politics**, Washington, v. 35, n. 4, p. 673-676, 2002. Disponível em: <<http://observatory-elites.org/wp-content/uploads/2012/06/Conducting-and-Coding-Elite-Interviews.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2018.

ARAÚJO FILHO, Tarcísio Perdigão. Burocratas do Nível de Rua: uma análise interacionista sobre a atuação dos burocratas na linha de frente do Estado. **Áskesis**, São Carlos, v. 3, n. 1, p. 45-57, 2014.

ARANTES, Rogério Bastos. Direito e política: o Ministério Público e a defesa dos direitos coletivos. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 14, n. 39, 1999. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69091999000100005&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-69091999000100005&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em 13 jun. 2018.

ARRETCHE, Marta Teresa da Silva. **Democracia, federalismo e centralização no Brasil**. Rio de Janeiro: FGV/Fiocruz, 2012.

BAMPI, Luciana Neves da Silva; GUILHEM, Dirce; ALVES, Elíoenai Dornelles. Modelo social: uma nova abordagem para o tema deficiência. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 4, p. 816-823, 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt\\_22.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_22.pdf)>. Acesso em 09 jun. 2018.

BARROSO, Luís Roberto. Judicialização, ativismo judicial e legitimidade democrática. **Anuario Iberoamericano de Justicia Constitucional**, Madrid, n. 13, p. 17-32, 2009.

BEHRING, Elaine Rossetti; BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: Fundamentos e história**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2009. (Bibliografia Básica de Serviço Social; v. 2).

BICCA, Patricia Moares; COSTA, José Ricardo Caetano. Os direitos sociais assistenciais e a dignidade da pessoa humana. **JURIS – Revista da Faculdade de Direito**, Rio Grande do Sul, v. 23, p. 141-181, 2015. Disponível em: <<https://periodicos.furg.br/juris/article/view/6328/4038>>. Acesso em: 09 jun. 2018.

BIM, Miriam Cláudia Spada; CARVALHO, Manoela de; MUROFUSE, Neide Tiemi. Análise dos modelos de avaliação de requerentes ao benefício de prestação continuada: 2006 a 2012. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 22-31, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v18n1/1414-4980-rk-18-01-00022.pdf>>. Acesso em 09 jun. 2018.

BIM, Miriam Cláudia Spada; MUROFUSE, Neide Tiemi. Benefício de Prestação Continuada e perícia médica previdenciária: limitações do processo. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 118, p. 339-365, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n118/a07n118.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2018.

BOSCHETTI, Ivanete. A política da seguridade social no Brasil. In: CONSELHO Federal de Serviço Social – CFESS; ASSOCIAÇÃO Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS (Org.). **Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF: Ed. UnB, 2009.p. 323-340.

\_\_\_\_\_. **Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil**. Brasília: Letras Livres/UnB, 2006.

\_\_\_\_\_. Seguridade social no Brasil: conquistas e limites à sua efetivação. In: CONSELHO Federal de Serviço Social – CFESS; ASSOCIAÇÃO Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS (Org.). **Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF: Ed. UnB, 2009.

\_\_\_\_\_. A seguridade social na América Latina. In: \_\_\_\_\_ et al. (Org.). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas**. São Paulo: Cortez, 2009.

BRAGA, Léa; CABRAL, Maria do Socorro Reis (Org.). **Serviço Social na Previdência: trajetória, projetos profissionais e saberes**. São Paulo: Cortez, 2007.

BRASIL. **Ação Civil Pública n. 2007.30.00.000204.-0, de 11 de abril de 2007**. Proposta pelo Ministério Público Federal e Defensoria Pública Federal contra o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), que trata dos critérios de elegibilidade do Benefício de Prestação Continuada. Brasil, 2007.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília,



DF: Senado Federal, Centro Gráfico, 1988. Disponível em:  
<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm) >. Acesso em: 21 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o benefício de prestação continuada de assistência social. **Portal da Legislação**, Brasília, DF, 2007. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6214.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6214.htm)>. Acesso em: 21 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009. Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo. **Portal da Legislação**, Brasília, DF, 2009. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/decreto/d6949.htm)>. Acesso em: 21 jan. 2017.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 7.617, de 17 de novembro de 2011. Altera o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto no 6.214, de 26 de setembro de 2007, e dá outras providências. **Portal da Legislação**, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/d7617.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/d7617.htm)>. Acesso em: 10 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Decreto n. 1.744, de 8 de dezembro de 1995. Regulamenta o benefício de prestação continuada devido à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Atos do Poder Legislativo, Brasília, DF, 11 dez. 1995. Seção 1, p. 20309. Disponível em: <<http://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1995/decreto-1744-8-dezembro-1995-431802-norma-pe.html> >. Acesso em: 10 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica do Serviço Social – LOAS). Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Atos do Poder Legislativo, Brasília, DF, 8 dez. 1993. Seção 1, p. 1-4. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/18742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/18742.htm) >. Acesso em: 10 jun. 2017.

\_\_\_\_\_. Lei n. 12.435, de 6 de julho de 2011. Altera a Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Atos do Poder Legislativo, Brasília, DF, 7 jul. 2011. Seção 1, p. 1. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/112435.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112435.htm) >. Acesso em: 10 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei n.12.470, de 31 de agosto de 2011. Altera os arts. 21 e 24 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre o Plano de Custeio da Previdência Social. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Atos do Poder Legislativo, Brasília, DF, 1 set. 2011. Seção 1, p. 1. Brasília, DF, 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/lei/112470.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112470.htm)>. Acesso em: 10 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Lei n. 8.112, de 11 de dezembro de 1990. Dispõe sobre o regime jurídico dos servidores públicos civis da união, das autarquias e das fundações públicas federais. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Atos do Poder Legislativo, Brasília, DF, 18 mar. 1998 (Republicação atualizada). Seção 1, p. 1.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Ministério da Previdência Social. **Avaliação de pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social: um novo instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Brasília, DF: MDS; MPS, 2007. Disponível em: <[http://www.mpggo.mp.br/portalweb/hp/41/docs/avaliacao\\_das\\_pessoas\\_com\\_deficiencia\\_-\\_bpc.pdf](http://www.mpggo.mp.br/portalweb/hp/41/docs/avaliacao_das_pessoas_com_deficiencia_-_bpc.pdf)>. 11 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **BPC 2015: Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social: Boletim**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/assistencia\\_social/boletim\\_BPC\\_2015.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/assistencia_social/boletim_BPC_2015.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Departamento de Benefícios Assistenciais. **Nota Técnica n.º 03/2016/DBA/SNAS/MDS**. Brasília, DF, 2016. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/NotaTecnica\\_n03\\_Judicializacao\\_BPC.PDF](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/NotaTecnica_n03_Judicializacao_BPC.PDF)>. Acesso em: 11 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Instituto Nacional do Seguro Social. Portaria Conjunta MDS/INSS n.º 1 de 29 de maio de 2009. Institui instrumentos para avaliação da deficiência e do grau de incapacidade de pessoas com deficiência requerentes ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2 jun. 2009. Seção 1, p. 50-59. Disponível em: <<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=212717>>. Acesso em 11 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Instituto Nacional do Seguro Social. Portaria Conjunta MDS/INSS n.º 1, de 24 de maio de 2011. Estabelece os critérios, procedimentos e instrumentos para a avaliação social e médico-pericial da deficiência e do grau de incapacidade das pessoas com deficiência requerentes do Benefício de Prestação Continuada. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 maio 2011. Seção 1, p. 88-101. Disponível em:

<<https://www.legisweb.com.br/legislacao/?id=229219>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde (MS). Portaria n° 1813, de 11 de novembro de 2015. Declara Emergência em Saúde Pública de Importância Nacional (ESPIN) por alteração no padrão de ocorrência de microcefalias no Brasil. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 12 nov. 2015. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1813\\_11\\_11\\_2015.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2015/prt1813_11_11_2015.html)>. Acesso em: 11 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome; Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS/2004**: Norma Operacional Básica NOB/SUAS. Brasília, DF: MDS, 2004. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Normativas/PNAS2004.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Normativas/PNAS2004.pdf)>. Acesso em 11 jun. 2018.

BRAVO, Maria Inês Souza; PEREIRA, Potyara A.P. **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2002.

BUCHALLA, Cassia Maria. A Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde. **Acta Fisiátrica**, São Paulo, v. 10, n. 1. p. 29-31. 2003. Disponível: <[http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe\\_artigo.asp?id=298#](http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=298#)>. Acesso em: 10 jun. 2018.

CARTAXO, Ana Maria Baima; CABRAL, Maria do Socorro Reis. O processo de desconstrução e reconstrução do projeto profissional do Serviço Social na Previdência – um registro de resistência e luta dos assistentes sociais. In: BRAGA, Léa; CABRAL, Maria do Socorro Reis. **O Serviço Social na Previdência: trajetória, projetos profissionais e saberes**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. 5. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. Tradução de Iraci D. Poleti.

CASTEL, Robert. **Les métamorphoses de la question sociale**: une chronique du salariat. Paris: Fayard, 1995.

CHAVES, Mariane Miguel; SECRETARIA de Avaliação e Gestão da Informação; MINISTÉRIO do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Avaliação da nova modalidade de concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) à pessoa com deficiência com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Brasília: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2011.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistentes**

**sociais na Política de Assistência Social.** Brasília, DF: CFESS, 2011. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha\\_CFESS\\_Final\\_Grafica.pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/Cartilha_CFESS_Final_Grafica.pdf)>. Acesso em 13 jun. 2018.

COSTA, Nilson do Rosário. Burocracia pública e política social no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3505-3514, 2017. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232017021103505&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232017021103505&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 16 mar. 2018.

COSTA, Nilson do Rosário et al. Proteção social e pessoa com deficiência no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.21, n.10, p.3037-3047,2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n10/1413-8123-csc-21-10-3037.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

COSTA, Teresa Cristina Moura; FERREIRA. Os Sistemas de Proteção Social e Suas influências na configuração da Seguridade Social e da Assistência Social no Brasil. **Revista FSA**, Teresina, v. 10, n. 3, p. 228-253, 2013. Disponível em: <<http://www4.fsnet.com.br/revista/index.php/fsa/article/view/190/116>>. Acesso em: 10. jun. 2018.

COUTINHO, Carlos Nelson. Cidadania e Modernidade. **Perspectivas: Revista de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 22, p.41-59, 1997. Disponível em: <<https://periodicos.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/2087/1709>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

DATAMÉTRICA – Consultoria, Pesquisa e Telemarketing Ltda; SECRETARIA de Avaliação e Gestão da Informação; MINISTÉRIO do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Pesquisa de avaliação de impacto do Benefício de Prestação Continuada – Linha de base.** Brasília: Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2010.

DI GIOVANNI, Gera. Sistema de proteção social: uma introdução conceitual. In: OLIVEIRA, Marco Antônio de (Org.). **Reforma do Estado e política de emprego no Brasil.** Campinas: IE/UNICAMP, p.9-29,1998.

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** [online], v. 11, n. 2, p. 324-335, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v11n2/14.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

DINIZ, Debora. Deficiência e políticas sociais– entrevista com Colin Barnes. **Revista SER Social**, Brasília, v. 15, n. 32, p. 237-251, 2013. Disponível em: <[http://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/9514/7088](http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/9514/7088)>. Acesso em: 10 jun.

2018.

DINIZ, Debora. **O que é deficiência**. São Paulo: Brasiliense, 2008.

DINIZ, Debora; PEREIRA, Livia Barbosa; SANTOS, Wederson Rufino dos. Deficiência, direitos humanos e justiça. **SUR, Revista Internacional de Direitos Humanos**, São Paulo, v. 6, n. 11, p. 64-77, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/sur/v6n11/es\\_04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/sur/v6n11/es_04.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2018.

DINIZ, Debora; SQUINCA, Flávia; MEDEIROS, Marcelo. Qual deficiência? Perícia médica e assistência social no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 11, p. 2589-2596, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n11/05.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

DRAIBE, Sônia M; RIESCO, Manuel. Estados de bem-estar social e estratégias de desenvolvimento na América Latina: um novo desenvolvimentismo em gestação? **Sociologias**, Porto Alegre, v.13, n.27, p.220-254, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/soc/v13n27/a09v13n27.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais et al. Proteção social e política pública para populações vulneráveis: uma avaliação do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 3515-3526, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v22n11/1413-8123-csc-22-11-3515.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

ENTREVISTADO A. **ENTREVISTADO A**: depoimento [agosto, 2017]. Entrevistador: Natalia Meritello da Luz Silva. Rio de Janeiro, 2018. 1 arquivo. M4A (cinquenta e nove minutos).

ENTREVISTADO B. **ENTREVISTADO B**: depoimento [agosto, 2017]. Entrevistador: Natalia Meritello da Luz Silva. Rio de Janeiro, 2018. 1 arquivo. M4A (Duas horas seis minutos e vinte e um segundos).

ENTREVISTADO C. **ENTREVISTADO C**: depoimento [outubro, 2017]. Entrevistador: Natalia Meritello da Luz Silva. Rio de Janeiro, 2018. 1 arquivo. M4A (Uma hora quarenta minutos e nove segundos).

ENTREVISTADO D. **ENTREVISTADO D**: depoimento [outubro, 2017]. Entrevistador: Natalia Meritello da Luz Silva. Rio de Janeiro, 2018. 1 arquivo. M4A (uma hora dez minutos e trinta e cinco segundo).

ESPING-ANDERSEN, Gosta. As três economias políticas do welfarestate. **Lua Nova**, São Paulo, n. 24, p. 85-116, 1991. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-64451991000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451991000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 jun. 2018.

FALEIROS, Vicente de Paula. **Estratégias em Serviço Social**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

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**[online], v. 8, n. 2, p. 187-193, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

FONTENELE, I. C. (2007). **O controle da pobreza na ordem do capital: A centralidade da assistência social no Brasil do ajuste neoliberal**. Tese de Doutorado em Políticas Públicas. Universidade Federal de São Luís, Maranhão

FONSECA, Tatiana Maria Araújo da. A deficiência no interior da política de assistência social: um balanço sócio-histórico. **O social em questão**, Rio de Janeiro, ano 17, n. 30, p. 327-352, 2013. Disponível em: <[http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_30\\_Fonseca\\_16.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_30_Fonseca_16.pdf)>. Acesso em: 10 jun. 2018.

\_\_\_\_\_. **O Processo de revisão do Benefício de Prestação Continuada e a Política de Assistência Social**: um estudo sobre o benefício concedido às pessoas com deficiência no município do Rio de Janeiro. 2007. 134 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Escola de Serviço Social, Universidade Federal Fluminense, Rio de Janeiro, 2007.

FRANÇA, Tiago Henrique. Modelo Social da Deficiência: uma ferramenta sociológica para a emancipação social. **Lutas Sociais**, São Paulo, v. 17, n. 31, p. 59-73, dez. 2013. Disponível em: <<https://revistas.pucsp.br/index.php/ls/article/view/25723>>. Acesso em: 23 mar. 2018.

GARAPON, Antoine; HENRIQUES, Pedro Filipe. **Bem julgar**: ensaio sobre o ritual judiciário. Lisboa: Instituto Piaget, 1999.

IAMAMOTO, Marilda Villela; CARVALHO, Raul de. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil**: esboço de uma interpretação histórico-metodológica. 17. Ed. São Paulo: Cortez, 2005.

INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA SOCIAL. **Matriz teórica e metodológica do Serviço Social na Previdência**. Brasília: MPAS, 1994. Disponível em: <<http://cresspr.org.br/wp-content/uploads/arquivos/matrizteoricometodologicassprevsociall.pdf>>. Acesso em 10 jun. 2018.

IVO, Anete Brito Leal; SILVA, Alessandra Buarque de A. O hiato do direito dentro do direito: os excluídos do BPC. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 32-40, jun. 2011. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/S1414-49802011000100005/17710>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

JESUS, Júlio César Lopes de; LOPES; Flávia Augusta Santos de Melo. Avaliação social da pessoa com deficiência: novas demandas e requisições para os assistentes sociais do INSS. In: Jornada Internacional de Políticas Públicas, 7., 2015, São Luiz do Maranhão, **Anais...** São Luís do Maranhão: UFMA, 2015. Disponível em: <<http://www.joinpp.ufma.br/jornadas/joinpp2015/pdfs/eixo14/avaliacao-social-da-pessoa-com-deficiencia.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

KEISER, Lael R. Understanding Street-Level Bureaucrats' Decision Making: Determining Eligibility in the Social Security Disability Program. **PAR – Public Administration Review**, Washinton, DC, n. 70, 2010. p. 247–257.

LEGIÃO BRASILEIRA DE ASSISTÊNCIA – LBA. **História**. Disponível em: <<http://fonte.ufsm.br/index.php/legiao-brasileira-de-assistencia-lba>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

LIMA, Luciana Leite; D'ASCENZI, Luciano. O papel da burocracia de nível de rua na implementação e (re)formulação da Política Nacional de Humanização dos serviços de saúde de Porto Alegre (RS). **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v.51, n. 1, p. 46-63, 2017. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v51n1/0034-7612-rap-51-01-00046.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

LIPSKY, Michael. **Street-level bureaucracy: dilemmas of the individual in public service**. New York: Russell Sage Foundation, 2010.

LOBATO, Lenaura Vasconcelos; GOIS, João Bosco Hora; SENNA, Mônica; REIS, Miriam. **Pesquisa de Avaliação do Benefício de Prestação Continuada**. Relatório de pesquisa, Escola de Serviço Social, Programa de Estudos Pós-graduados em Política Social, Núcleo de Avaliação de Políticas, Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2005.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos. Seguridade Social, saúde e equidade no Brasil: elementos para reatualizar o debate. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro. v.38, n. 6, p.1023-1039, nov/dez. 2004. Disponível em: <<http://bibliotecadigital.fgv.br/ojs/index.php/rap/article/view/6769/5351>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

LOTTA, Gabriela S. O papel das burocracias do nível da rua na implementação de políticas públicas: entre o controle e a discricionariedade. In: FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. (Org.) **Implementação de Políticas Públicas: Teoria e prática**. Belo Horizonte: PUC Minas, 2012.

MACEDO, Alano Carmo; MOREIRA, Joana Idayanne Silveira. Serviço Social na previdência social: gênese, desenvolvimento e perspectivas contemporâneas. **SER Social**, Brasília, v. 19, n. 40, p. 31-48, 2017. Disponível em: <[http://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/21787/19130](http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/21787/19130)>. Acesso em: 11 jun. 2018.

MACEDO, Alano do Carmo; OLIVEIRA, Lucia Conde de. Benefício de prestação continuada: perspectivas na avaliação médico-social. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 18, n. 1, p. 32-40, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v18n1/1414-4980-rk-18-01-00032.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

MACEDO, Alano do Carmo. **Benefício de Prestação Continuada: Perspectivas na avaliação médico-social**. 2013. 146 f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Centro de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2013.

MOREIRA, Marinete Cordeiro. **O Serviço Social do Instituto Nacional de Seguro Social – INSS a partir da década de 90: uma análise da implantação da matriz teórico-metodológica**. 2005. 174f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

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

MELLO, Anahi Guedes de. Deficiência, incapacidade e vulnerabilidade: do capacitismo ou a preeminência capacitista e biomédica do Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 10, p. 3265-3276, 2016. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v21n10/1413-8123-csc-21-10-3265.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

MIOTO, Regina Célia. Estudos socioeconômicos. In: CONSELHO Federal de Serviço Social – CFESS; ASSOCIAÇÃO Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social – ABEPSS (Org.). **Serviço Social: Direitos sociais e competências profissionais**. Brasília, DF: Ed. UnB, 2009. p. 481-496

MOREIRA, Marinete Cordeiro. **O Serviço Social do Instituto Nacional de Seguro Social – INSS a partir da década de 90: uma análise da implantação da matriz teórico-metodológica**. 2005. 174f. Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Faculdade de Serviço Social,



Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

MOREIRA, Marinete Cordeiro. O Serviço Social do INSS a partir da década de 1990: análise da implantação da Matriz Teórico-Metodológica. In: BEHRING, E; ALMEIDA, M. H. T. **Trabalho e Seguridade Social: percursos e dilemas**. 2. ed. São Paulo: Cortez, p. 235-252, 2010.

MOTA, Ana Elizabete. A centralidade da assistência social na Seguridade Social brasileira nos anos 2000. In: MOTA, Ana Elizabete (Org.). **O Mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, Políticas e Sociedade**. São Paulo: Cortez, 2010.

MOTA, Ana Elizabete. **Cultura da crise e seguridade social: um estudo sobre as tendências da previdência e assistência social brasileira nos anos 80 e 90**. São Paulo: Cortez, 2000.

MUTUALISMO (movimento). **Wikipedia** [online]. Disponível em:

<[https://pt.wikipedia.org/wiki/Mutualismo\\_\(movimento\)](https://pt.wikipedia.org/wiki/Mutualismo_(movimento))>. Acesso em 11 jun. 2018.

NETTO, José Paulo. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 2001.

\_\_\_\_\_. **Ditadura e Serviço Social**. São Paulo: Cortez, 1998.

OLIVEIRA, Antonio. Burocratas da linha de frente: executores e fazedores das políticas públicas. **Revista de Administração Pública**, Rio de Janeiro, v. 46, n. 6, p. 1551-1573, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rap/v46n6/a07v46n6.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

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

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, aprovada pela Assembléia Geral da ONU em dezembro de 2006**. Disponível em: <<http://www.bengalalegal.com/onu.php>>. Acesso em: 13 jun. 2018.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: Edusp, 2003.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE – OMS. **Relatório Mundial de Saúde 2008: Cuidados de saúde primários – agora mais que nunca**. Portugal: Alto Comissariado da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://www.who.int/whr/2008/whr08\\_pr.pdf](http://www.who.int/whr/2008/whr08_pr.pdf)>. Acesso em: 11 jun. 2018.

PENALVA Janaína; Diniz Débora; Medeiros Marcelo. O Benefício de Prestação Continuada no Supremo Tribunal Federal. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 25, n. 1. p.53-70, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v25n1/04.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

PEREIRA Luciano Manegueti. Análise crítica do Benefício de Prestação Continuada e a sua efetivação pelo Judiciário. **Revista CEJ**, Brasília, DF, v. 16, n. 56, p. 15-27, 2012. Disponível em: <<http://www.jf.jus.br/ojs2/index.php/revcej/article/viewArticle/1521>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

PEREIRA. Luís Carlos Bresser. Gestão do Setor Público: estratégia e estrutura para um novo Estado. In: \_\_\_\_\_; SPINK, Peter (Org.). **Reforma do Estado e Administração Pública Gerencial**. Rio de Janeiro: FGV, 1998.

ROCHA, Cármen Lúcia Antunes. **Princípios constitucionais da administração pública**. Belo Horizonte: Del Rey, 1994.

SABARIEGO, Carla. Aprimoramento da política pública com foco na funcionalidade: avaliações e reflexões sobre o Benefício de Prestação Continuada (BPC) no Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, 2017.

SANTOS, Marisa Ferreira dos; LENZA, Pedro (Coord.). **Direito Previdenciário esquematizado**. 2. ed. rev. atual. São Paulo: Saraiva, 2012.

SANTOS, Wanderley Guilherme. **Cidadania e Justiça: A política social na ordem brasileira**. Rio de Janeiro: Ed. Campus, 1979.

SANTOS, Wanderley Guilherme. Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas? **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, p. 787-796, 2011. Suplemento 1. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700009)>. Acesso em: 11 jun. 2018.

SANTOS, Wederson Rufino dos. Assistência social e deficiência no Brasil: o reflexo do debate internacional dos direitos das pessoas com deficiência. **Serviço Social em Revista**, Londrina, v. 13, n. 1, p. 80-101, 2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10440/9106>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

SANTOS, Wederson Rufino dos. Deficiência e democracia: a interpretação do Poder Judiciário sobre o Benefício de Prestação Continuada. 2009. 107 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2009. Disponível em:

<<http://repositorio.unb.br/handle/10482/4733>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

SANTOS, Wederson Rufino; DINIZ, Debora; PEREIRA, Natália. Deficiência e perícia médica: os contornos do corpo. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 2, 2009. Disponível em: <<https://www.reciis.iciet.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/801>>. Acesso em: 16 mar. 2018.

SILVA, Alan Teles da. **Os desafios da avaliação social para acesso ao BPC**. 2010. 103 f. Trabalho de Conclusão de Curso – Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2010. Disponível em: <[http://bdm.unb.br/bitstream/10483/1283/1/2010\\_AlanTelesSilva.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/1283/1/2010_AlanTelesSilva.pdf)>. Acesso em: 11 jun. 2018.

SILVA, Ademir A. da. O Serviço Social na Previdência Social: entre a necessidade social e o benefício. In: BRAGA, Léa; CABRAL, Maria do Socorro Reis (Org.). **O Serviço Social na Previdência: trajetória, projetos profissionais e saberes**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SILVA, Janaína Lima Penalva da; DINIZ, Debora. Mínimo social e igualdade: deficiência, perícia e benefício assistencial na LOAS. **Revista Katálysis**, Florianópolis, v.15, n.2, p. 262-269, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rk/v15n2/11.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

SILVA, José Afonso da. **Comentário contextual à Constituição**, 5. ed. São Paulo: Malheiros, 2006.

SILVA, José Afonso da. **O constitucionalismo brasileiro (evolução institucional)**. São Paulo: Malheiros Editores, 2011.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Previdência Social um direito conquistado: resgate histórico, quadro atual e propostas de mudanças**. Maranhão: Sindicato dos Trabalhadores em Saúde e Previdência, 1995.

SILVA, Naiane Louback da. A judicialização do benefício de prestação continuada da assistência social. **Serviço Social e Sociedade**, São Paulo, n. 111, p. 555-575, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ssoc/n111/a09.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

SPOSATI, Aldaíza. Assistência Social em Debate: Direito ou Assistencialização. In: O TRABALHO DO/A ASSISTENTE SOCIAL NO SUAS. 2009, Rio de Janeiro. **Seminário nacional**. Brasília: CFESS, 2011. p. 32-51. Disponível em: <[http://www.cfess.org.br/arquivos/SEMINARIO\\_SS\\_no\\_SUAS\(2009\).pdf](http://www.cfess.org.br/arquivos/SEMINARIO_SS_no_SUAS(2009).pdf)>. Acesso em 09

jun. 2018.

\_\_\_\_ (Org.). **Proteção social de Cidadania:** inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal. São Paulo: Cortez, 2011.

UPIAS – THE UNION OF THE PHYSICALLY IMPAIRED AGAINST SEGREGATION; THE DISABILITY ALLIANCE. **Fundamental principles of disability.** London: [S. n.], 1976. Disponível em:

<<http://www.disability.co.uk/sites/default/files/resources/fundamental%20principles.pdf>>.

Acesso em: 11 jun. 2018.

VAITSMAN, Jeni; ANDRADE, Gabriela Rieveres Borges de; FARIAS, Luis Otávio. Proteção social no Brasil: o que mudou na assistência social após a Constituição de 1988. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.731-741, 2009. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14n3/09.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2018.

VASCONCELOS, Ana Maria. Serviço Social e prática reflexiva. **Em Pauta, Teoria Social e Realidade Contemporânea**. n. 10, 1997.

VIANNA, Luiz Werneck. **A judicialização da política e das relações sociais no Brasil.** Rio de Janeiro: Editora Revan, 1999.

YAZBEK, Camelita. Análise da matriz teórico-metodológico do Serviço Social no INSS (1995), considerando a política previdenciária, suas determinações sócio-históricas e o projeto hegemônico do Serviço Social. In: BRAGA, Léa; CABRAL, Maria do Socorro Reis (Org.). **O Serviço Social na Previdência:** trajetória, projetos profissionais e saberes. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.