



Universidade Federal de Brasília - UnB

Instituto Central de Ciências - IH

Departamento de Serviço Social - SER

Trabalho de Conclusão de Curso - TCC

**O NOVO MODELO DE AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA E DO GRAU DE
INCAPACIDADE PARA FINS DA CONCESSÃO DO BPC E SUAS IMPLICAÇÕES
AO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL.**

Emilly Cristina Trindade Guimarães

Brasília, DF, Julho de 2011.

Emilly Cristina Trindade Guimarães

**O NOVO MODELO DE AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA E DO GRAU DE
INCAPACIDADE PARA FINS DA CONCESSÃO DO BPC E SUAS IMPLICAÇÕES
AO PROJETO ÉTICO-POLÍTICO DO SERVIÇO SOCIAL.**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Departamento de Serviço Social da
Universidade de Brasília, como requisito
parcial para a obtenção do título de Bacharel
em Serviço Social.

Orientadora: Profª. Drª. Angela Vieira Neves.

Brasília, DF, Julho de 2011.

Lista de Quadros

Quadro 1: Linha do tempo: da LBA ao SUAS.....	25
Quadro 2: Cronologia do Serviço Social na Previdência.....	32
Quadro 3: Antigo Modelo de Avaliação Médica - AVALIEMOS.....	46
Quadro 4: Incapacidade para a vida independente evolução conceitual - legislação, atos normativos e ações judiciais.....	47
Quadro 5: Reivindicações da Sociedade Civil Referentes ao BPC.....	50
Quadro 6: Opinião sobre a participação do Assistente Social no novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para acesso ao BPC.....	59
Quadro 7: Assuntos abordados pelos avaliadores do BPC segundo os requerentes do BPC entrevistados.....	62
Quadro 8: Demandas da sociedade civil sobre mudanças no critério da renda per capita para acesso ao BPC.....	67

Lista de Gráficos

Gráfico 1: Evolução quantitativa do Benefício da Prestação continuada ao idoso e a pessoa com deficiência nos anos de 1996 a 2007.....	53
Gráfico 2: Quantidade de Requerimentos B87 de Janeiro a Outubro de 2010.....	58
Gráfico 3: Quantidade de Avaliações Sociais realizadas de Janeiro a Outubro de 2010.....	65

Lista de Tabelas

Tabela 1: Total de benefícios por situação, segundo os períodos em análise.....54

Tabela 2: Total de benefícios concedidos, segundo os períodos em análise.....54

Lista de Siglas

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CNTSS	Confederação Nacional de Serviço Social
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado de Assistência Social
DAS	Direção e Assessoramento Superior
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
NOB/SUAS	Norma Operacional Básica do SUAS
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
SR	Superintendências Regionais do INSS
SUAS	Sistema Único de Assistência Social

Ao meu filho Eduardo, por fazer tudo valer a pena. Você é sem dúvida, a maior de todas as minhas vitórias.

AGRADECIMENTOS

A Deus por estar sempre presente na minha vida e nas minhas conquistas e por ter me dado forças para alcançar mais esta vitória, a Ele a minha eterna gratidão. Porque dEle, por Ele e para Ele são todas as coisas.

Aos meus pais Manoel Pantoja e Sueli, por sempre terem acreditado na minha capacidade e por todo amor e dedicação que sempre tiveram comigo. Vocês ajudaram a construir em mim o que nenhuma faculdade é capaz de construir, o caráter. Tenho orgulho de ter pais tão dedicados à família, que nunca mediram esforços para proporcionar o bem-estar de seus filhos. Vocês são meus melhores amigos e meus maiores exemplos de vida. Obrigado por estarem presentes na minha vida mesmo estando separados por tantos quilômetros de distância.

Ao meu esposo Helder, meu amado, que representa meu porto seguro, meu companheiro de todos os momentos e meu maior incentivador. Obrigada por me apoiar nos momentos em que precisei de ajuda e por saber compreender minhas ausências. Sem você tudo seria mais difícil, espero poder recompensá-lo a altura.

Às minhas irmãs Emanuelly e Sâmila que mesmo estando longe estiveram presentes através de telefonemas, e-mails e orações, sempre torcendo pelo meu sucesso.

Aos meus amigos e professores da Universidade Federal do Amazonas, onde cursei parte do curso de Serviço Social, vocês foram muito importantes para minha formação acadêmica e até hoje lembro com carinho e saudades desta época.

À minha professora e orientadora deste trabalho, Angela Vieira Neves, pelo desprendimento ao escolher me dar apoio, mesmo sabendo das minhas dificuldades enquanto estudante, mãe e trabalhadora e pelos ensinamentos e dedicação dispensados na orientação dessa monografia. Às professoras Camila Potyara e Marlene de Jesus, por aceitarem participar da Banca Examinadora deste TCC, a opinião de vocês vale muito pra mim.

E a todos os professores do Departamento de Serviço Social da Unb, visto que cada um através de seus ensinamentos, contribuiu para a conclusão deste trabalho e para a minha formação profissional.

Gostaria de agradecer à Diretoria de Saúde do Trabalhador do INSS e à Gerência Executiva do INSS no Distrito Federal, representado pela pessoa da Sra. Ildine Dias Macedo, por permitir a realização da pesquisa no interior da Instituição, e de maneira especial a todas as pessoas que participaram da pesquisa de campo através das entrevistas. Às assistentes sociais do INSS que foram super receptivas e prestativas, a participação de vocês foi essencial para o sucesso deste estudo. Aos usuários requerentes do BPC, que mesmo com suas limitações como pessoas com deficiência fizeram questão de cooperar, acreditando na seriedade da pesquisa. Aos médicos peritos do INSS, que em meio a uma perícia e outra puderam encontrar um tempo para responder às minhas indagações. Ao gestor do BPC entrevistado, que mesmo sendo uma pessoa com a agenda repleta de compromissos, sempre se mostrou um profissional gentil e atencioso, mesmo quando repetidas vezes eu o alugava com e-mails e telefonemas querendo informações sobre o BPC. A contribuição de todos vocês foi essencial para a realização deste estudo.

Não posso esquecer-me de agradecer a Assistente Social Ethel Proença Braga, responsável técnica do Serviço Social da Gerencia Executiva do INSS no Distrito Federal, que me forneceu todos os contatos dos assistentes sociais e médicos que eu poderia abordar para a realização da pesquisa de campo e por estar sempre à disposição para o que eu precisasse. E eu precisei mesmo, muitas vezes. Obrigada!

Muito obrigada nunca será suficiente para demonstrar a grandeza do que recebi de todos vocês. Peço a Deus que recompense a cada um de maneira especial.

RESUMO

Este Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) teve como objetivo analisar como foi o processo de construção e implantação do Novo Modelo de Avaliação da Deficiência e do Grau de Incapacidade para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social para a pessoa com deficiência, instituído pelo Decreto 6214/2007, no interior da sociedade civil, analisando o que isso significou no âmbito da gestão das políticas sociais, e o que representou para o Serviço Social no INSS, como este processo poderá refletir no fortalecimento do Projeto Ético-Político do assistente social na Previdência Social. As questões a que se tenta responder neste estudo são as seguintes: a inclusão desse instrumento de avaliação social amplia ou restringe os direitos dos usuários? Ou ainda, a participação do assistente social neste processo reflete o fortalecimento do projeto ético-político do Serviço Social? Este estudo foi realizado no primeiro semestre de 2011, e contou com a participação voluntária de oito participantes entre beneficiários do BPC, gestores que elaboraram este novo modelo, além de assistentes sociais e médicos peritos do INSS que trabalham na operacionalização do benefício desde o início da sua implantação, em junho de 2009. Foram examinados os períodos de tempo dos anos de 2007, quando foi publicado o Decreto nº 6214, de 26 de setembro de 2007, que instituiu o novo modelo de avaliação social da deficiência e do grau da incapacidade para a concessão do BPC, até a data atual, apresentando as seguintes etapas metodológicas: 1) revisão de literatura sobre o BPC e o Novo Modelo de Avaliação da Deficiência e do Grau de Incapacidade; 2) realização das entrevistas e transcrição das mesmas; 3) análise qualitativa dos dados coletados. Os resultados da pesquisa confirmam a hipótese inicial de que a implantação do novo modelo de avaliação social da deficiência reflete o fortalecimento do projeto ético-político do Serviço Social na Previdência Social e amplia o direito dos usuários ao Benefício da Prestação Continuada. Além disso, verificou-se que a sociedade civil, por meio da participação nos espaços democráticos de participação popular, protagonizou através de seus órgãos representativos, a luta pela mudança na forma de avaliar a incapacidade para a vida independente e para o trabalho para acesso ao BPC às pessoas com deficiência, conquistando um novo instrumento de avaliação da deficiência, composto por avaliação médica e social, baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

Palavras-chave: Avaliação Social, BPC, Projeto Ético-Político, INSS.

SUMÁRIO

Introdução 13

Metodologia..... 15

CAPITULO I - CULTURA POLÍTICA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

1.1 Cultura Política e Assistência Social no Brasil.....17

1.2 Marcos legais da política de Assistência Social no Brasil.....22

1.3.Projetos em Disputa: A Política de Assistência em tempos de Neoliberalismo.....27

CAPITULO II – TRAJETÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL NA PREVIDENCIA SOCIAL

2.1 Serviço Social na Previdência Social: Breve histórico.....32

2.2. A construção do Projeto Ético-Político do Serviço Social no INSS.....36

2.3. Os rebatimentos da reforma do estado para o serviço social na previdência nos anos 1990:
lutas e conquistas.....41

CAPITULO III – O BPC E A AVALIAÇÃO SOCIAL

3.1 O Benefício de Prestação Continuada: O Antigo Modelo de Avaliação da
Deficiência.....45

3.2 As Reivindicações da Sociedade Civil: A Busca por um Novo Modelo de Avaliação da
Deficiência.....49

3.3 A Construção do Novo Modelo de Avaliação da Deficiência e do Grau de Incapacidade
para a Vida Independente e para o Trabalho Baseado na CIF.....52

3.4 A questão do Novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para
concessão do BPC: Ampliação do acesso ao benefício e garantia de direitos?53

3.5 A participação dos Assistentes Sociais no Processo de Avaliação da Deficiência e do Grau de Incapacidade para Concessão do BPC: A Criação de Novas Demandas e Fortalecimento do Projeto Ético-Político.....	57
3.6 Entre a focalização e o Direito Conquistado: Limites e Desafios do BPC.....	66
Considerações Finais.....	70
Referências Bibliográficas.....	73
Anexos.....	78

INTRODUÇÃO

O presente Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) intitula-se “O Novo Modelo de Avaliação da Deficiência e do grau de incapacidade para acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) e suas implicações ao Projeto Ético-Político do Serviço Social na Previdência”. Apresenta-se como objeto desse estudo a inclusão da avaliação social realizada por assistente social no Novo Modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para acesso ao BPC à pessoa com deficiência e suas implicações ao projeto Ético-Político do Serviço Social. Ressalta-se como objetivo principal desse trabalho, o de analisar como foi o processo de construção e implantação deste novo modelo de avaliação da deficiência do grau de incapacidade dentro da sociedade civil e para o Serviço Social no interior da Instituição, e como isso poderá refletir no Projeto ético político deste profissional.

O interesse pelo objeto surgiu a partir da publicação do Decreto 6214/2007 que estabeleceu que a avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para o acesso ao benefício, seria composta de avaliação social e médica, e a partir do início da sua implantação em 2009. E também por ser servidora pública em exercício no INSS (Instituto Nacional do Seguro Social) no atendimento especializado de análise e concessão de benefícios previdenciários e assistenciais, e diariamente ter contato com os requerentes do BPC (Benefício de Prestação Continuada) e com os servidores envolvidos no processo de concessão deste benefício.

Notou-se que, com a inclusão da avaliação social realizada pelo assistente social, todo o processo de concessão estava sendo transformado, e isso podia ser registrado no comportamento dos usuários, dos servidores e também do número de requerimentos e concessões do BPC à pessoa com deficiência. Diante disso, chegaram-se as seguintes indagações: a inclusão desse instrumento de avaliação social amplia ou restringe os direitos dos usuários? Ou ainda, a participação do assistente social neste processo reflete o fortalecimento do projeto ético-político do Serviço Social? Estas foram as perguntas que nortearam a presente pesquisa.

Justifica-se o interesse desse estudo pela sua relevância, pois o tema da pesquisa ainda foi pouco debatido no cenário acadêmico por se tratar de uma temática com bibliografia escassa. Através desta pesquisa pretende-se fazer uma discussão entre o projeto ético-político do Serviço Social e a ação profissional através de um novo instrumento construído em resposta às demandas de setores da sociedade, permitindo construir um debate sobre a

importância da participação da sociedade civil nas decisões sobre as políticas públicas. E também será de significativa contribuição para analisar como se estrutura a prática do Assistente Social dentro de uma Instituição pública como o INSS e como é prestado o atendimento ao público junto aos usuários deste serviço.

Parte-se da hipótese de que a implantação do novo modelo de avaliação social da deficiência reflete o fortalecimento do projeto ético-político do Serviço Social na Previdência Social e amplia o direito dos usuários ao Benefício da Prestação Continuada.

Instituído pela Constituição Federal de 1988 (art.203, V) e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), nº 8742, de 07 de dezembro de 1993 o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social (BPC), é um benefício não vitalício, intransferível, que se destina aos idosos (a partir de 65 anos) e às pessoas com deficiência, consideradas incapacitadas para a vida independente e para o trabalho, cuja renda familiar per capita seja inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, que vem sendo implementado desde 1996. Até 1998 para fins do BPC era considerado idoso qualquer pessoa a partir de 70 anos de idade.

Por cerca de 10 anos, o BPC foi a única provisão que materializou o direito à assistência social, como política de seguridade social não contributiva, presente em todo o território nacional.

A Avaliação social é realizada pelo assistente social, e é um instrumento técnico-operativo que possibilita ao profissional realizar um estudo e emitir a sua opinião sobre o grau de dificuldade do usuário referente aos fatores ambientais, sociais e individuais, levando em consideração a limitação do desempenho de atividades e a restrição da participação social, que podem levar ao reconhecimento ou não do direito ao benefício.

METODOLOGIA

Como procedimento metodológico escolheu-se a pesquisa do tipo qualitativa, onde foram realizadas análises bibliográficas, análise de documentos oficiais, atas de reuniões, análise de dados secundários e legislações aplicadas ao tema da pesquisa, além da análise dos dados coletados através de alguns instrumentos como: entrevistas e questionários (CRESWELL, 2007). A pesquisa tomou o cuidado de garantir o anonimato dos sujeitos, bem como do local onde a mesma foi realizada, para evitar estereótipos ou estigmas, preservando as identidades dos participantes. Os instrumentos de coleta de dados escolhidos foram o questionário semi-estruturado com perguntas abertas e fechadas e o roteiro de entrevistas semi-estruturado, composto de questões abertas, abordando aspectos referentes ao tema da pesquisa. As entrevistas obedeceram a critérios qualitativos na escolha dos sujeitos a participarem dela.

Foram escolhidos a contribuírem com a pesquisa, os sujeitos representativos, com os seguintes critérios de seleção: assistentes sociais (3) e médicos peritos (2) que participam atualmente da operacionalização do BPC, gestores (1) que elaboraram e implantaram o novo instrumento de avaliação do benefício, e 02 beneficiários/requerentes do BPC, assim distribuídos: 01 que teve o benefício concedido e 01 que teve o benefício indeferido após a implantação do novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade do BPC. A aplicação dos questionários e das entrevistas foi realizada mediante a prévia assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido individual que visou cientificar ao participante sobre os objetivos da pesquisa, a sua participação voluntária e os benefícios e riscos da mesma. Foram examinados os períodos de tempo dos anos de 2007, quando foi publicado o Decreto nº 6214, de 26 de setembro de 2007, que instituiu o novo modelo de avaliação social da deficiência e do grau da incapacidade para a concessão do BPC, até a data atual.

As dificuldades e limites desta pesquisa dizem respeito a alguns fatores como: a bibliografia escassa sobre o tema, tanto sobre o Serviço Social na Previdência nos últimos cinco anos, como sobre o novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para acesso ao BPC, que por ser de recente implantação, existe pouquíssima produção teórica a respeito. Outro entrave para a realização da pesquisa foi devido à burocracia institucional para autorizar a realização da pesquisa no INSS, o que acabou gerando um atraso ao cronograma da pesquisa e a realização do que estava previsto. A dificuldade de acesso às

pessoas a serem entrevistadas também foi um problema e um limitador para a pesquisa. Houve dificuldade de acesso aos gestores e aos usuários, e isso inviabilizou a realização da proposta inicial da pesquisa. A proposta era de entrevistar três gestores, mas só foi possível entrevistar um, devido à dificuldade para encontrá-los e a pouca disponibilidade dos mesmos para realização das entrevistas, por conta de outros compromissos. Também estava previsto entrevistar dois usuários requerentes do BPC que não passaram por avaliação social, ou seja, que tiveram benefícios concedidos e indeferidos antes da implantação do novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Isso permitiria realizar uma comparação entre os usuários requerentes do BPC antes e depois do novo modelo de avaliação instituído pelo Decreto nº 6214/2007. Não foi possível realizar estas entrevistas devido à dificuldade de acessar dados como telefone e endereço de requerentes que tiveram benefícios concedidos e indeferidos no início de 2009, e os que foram contatados não aceitaram participar da pesquisa alegando motivos pessoais, o que acabou sendo um limitador para os resultados da pesquisa.

Este trabalho é composto por três capítulos, seguido pelas considerações finais. No primeiro capítulo, faremos uma análise sobre a relação entre cultura política e assistência social no Brasil e suas implicações na construção do atual sistema de proteção social. Já, no segundo capítulo, faremos um breve resgate histórico sobre a inserção do Serviço Social na Previdência Social, suas conquistas e desafios, passando pela construção do projeto ético-político da categoria dentro da Instituição e a luta dos profissionais para manter e consolidar esse projeto profissional frente aos ataques neoliberais dos anos 1990.

Após esse resgate, priorizo, no terceiro capítulo, o debate sobre a construção e implantação do Novo Modelo de Avaliação da Deficiência e do Grau de Incapacidade baseado no Código Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para acesso ao Benefício da Prestação Continuada (BPC). Trataremos também da inserção do Assistente Social neste processo de avaliação da deficiência, fazendo uma reflexão sobre o que isso representou para o Serviço Social dentro do INSS em termos profissionais e ético-políticos. Apontando os resultados da pesquisa e as principais questões levantadas nas entrevistas com os assistentes sociais, médicos, gestores e usuários beneficiários do BPC, e fazendo uma análise crítica das mesmas.

CAPITULO 1

CULTURA POLÍTICA E ASSISTÊNCIA SOCIAL

1.1. Cultura Política e Assistência Social no Brasil.

Esse capítulo tem como objetivo analisar a relação entre cultura política e assistência social no Brasil e suas implicações na construção do atual sistema de proteção social. Para tanto buscaremos mostrar, num primeiro momento, como a execução de uma política social durante muitos anos, baseada na cultura do favor e do clientelismo, podem dificultar a construção de uma cultura política do direito na atualidade. Num segundo momento, analisaremos os marcos legais da política de assistência social no Brasil, discutindo os avanços, retrocessos e principais desafios à sua implantação e efetivação. E por último trataremos sobre o desafio de implantar a Política de Assistência Social recém-promulgada na Constituição de 1988, em um contexto histórico de neoliberalismo no Brasil, e sobre como se configura a relação de disputa entre esses dois projetos societários, onde um busca ampliar os direitos sociais e o outro busca restringir os direitos e os gastos sociais.

A Assistência Social é uma das áreas que compõem a Seguridade Social, que é um sistema de proteção social integrado, composto por mais duas outras áreas: a saúde e a previdência. Sendo que a previdência é de caráter contributivo, a saúde de caráter universal e a assistência será prestada a todo cidadão que dela necessitar, independente de contribuição prévia. O acesso a esses direitos sociais faz parte do exercício da cidadania e é um dever do Estado.

Aldaíza Sposati (2007) define assistência social como “política de garantia de direitos de prevenção e proteção social através de serviços, benefícios, programas, projetos, monitoramento e trabalhos sociais” (p.449). Entretanto, no interior da sociedade há uma grande confusão na definição do que é assistência social, se é prática assistencialista ou política pública garantida pela Constituição Federal. Segundo Sposati (2007), isso se configura a partir da cultura política brasileira que enxerga a assistência social como “ajuda aos mais pobres” ou, como bem coloca a autora, ajuda aos “pobres envergonhados”. Essa parcela da população não é reconhecida como cidadã, ao contrário, é vitimizada e privada de seus direitos, visto que o Estado negligencia o seu papel de provedor da proteção social, que

não deve ser “nem compensatória, nem residual, nem caritativa, nem assistencialista, mas sim política pública de direitos” (p.447).

Em busca de desconstruir essa ideologia sobre as políticas sociais, PEREIRA (1996), ao analisar a política de assistência social, esclarece que a mesma:

(...) resulta de resistências estruturais ao modo de produção capitalista, as quais problematizam por dentro a compulsão deste modo de produção para a desigualdade e injustiça. Consequentemente, nada mais natural que ela assegure a condição de direito de cidadania e componente da seguridade social (p.39).

Ou seja, uma política pública deve ser analisada sempre levando em consideração seu caráter contraditório, vendo a política sempre pela perspectiva dos direitos.

Portanto, apesar desses direitos que compõem a seguridade social estarem normatizados e garantidos na Carta Magna do Brasil, o exercício desses direitos está condicionado a processos sociais, que segundo Fernandes (2000) “não estão subordinados a estatutos legais, mas às relações de forças entre as classes” (p. 43).

Nesse sentido, Mota (2000) afirma que a seguridade social brasileira está longe de formar um amplo e articulado mecanismo de proteção. Pelo contrário, com os avanços da privatização e da mercantilização das políticas de saúde e previdência, restringindo o acesso da população a essas políticas, a assistência social vem se ampliando e servindo como instrumento de legitimação da burguesia brasileira, que vem fazendo uso desses mecanismos de expansão de medidas relacionadas à proteção social desde a era Vargas, e que se potencializou na década de 1990, onde a privatização e a assistencialização da proteção social eram as tendências para o futuro da seguridade social e que vem se concretizando progressivamente.

No Brasil, o sistema de proteção social foi por muito tempo vinculado exclusivamente ao trabalho, onde os poucos cidadãos que tinham direito a usufruir dos direitos sociais eram os trabalhadores formalmente inseridos no mercado de trabalho. Wanderley Guilherme dos Santos (1987) define esta relação como “cidadania regulada”, descrevendo-a como:

(...) o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional (...) definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas em lei.” (p.

68).

Portanto, as pessoas que estavam excluídas do processo formal de trabalho eram consideradas “pré-cidadãos”, mesmo que possuíssem uma ocupação regular, já que para ser reconhecido pelo Estado como cidadão sujeito de direitos na década de 1930 a 1964, era preciso possuir carteira de trabalho, ter a profissão regulamentada em lei e ser filiado a sindicato público. Entre os “pré-cidadãos” distinguiam-se duas categorias que estavam em constante crescimento: a dos marginalizados e a do mercado informal de trabalho, onde estavam inseridos os desempregados, os subempregados e os diversos tipos de ocupações não regulamentadas.

O pensamento liberal não reconhece a proteção social como um direito desatrelado do direito ao trabalho, por isso qualquer tipo de assistência aos indivíduos “excluídos”¹ do mercado, é ideologicamente visto como amparo, favor, filantropia, etc. (MESTRINER, 2005, p. 287).

A proteção social dos anos 1930 a 1964 concentrou-se basicamente na regulamentação das relações entre capital e trabalho através de um Estado autoritário que buscava legitimar-se por meio de medidas regulatórias e assistencialistas. O que aponta para formação de “um sistema de proteção social de tipo conservador ou meritocrático-particularista, com fortes marcas corporativas e clientelistas na consagração de privilégios e na concessão de benefícios” (COUTO, 2008, p.96).

Estas características mostravam o perfil destas políticas, que apresentavam um caráter centralizador, autoritário e com traços paternalistas, traços estes que colocaram a aprovação da legislação trabalhista, uma conquista dos trabalhadores, como concessão e benesse do Estado à massa de trabalhadores.

Já o período de 1964 a 1985, no que diz respeito aos direitos civis, políticos e sociais, caracteriza-se pela aniquilação dos dois primeiros e pela restrição das ações do governo na

¹ A exclusão social é um conceito muito abrangente que incorpora aspectos culturais, comportamentais e discriminatórios. Além do mais, no que diz respeito à exclusão ao mercado de trabalho, é um fenômeno inerente ao modo de produção capitalista, que é estruturalmente excludente. Portanto sempre haverá exclusão social enquanto se mantiverem os modos de produção capitalistas. Faz-se necessário que se exclua para que se fixem as bases do processo de acumulação do capital, isso faz gerar a impossibilidade do emprego para todos, de acesso a bens e serviços sociais entre outros, para manutenção do “equilíbrio do mercado”. Portanto, em uma sociedade capitalista, não se pode falar em exclusão quando se refere à participação da população no mercado de trabalho, visto que mesmo os trabalhadores desempregados contribuem de algum modo para a manutenção do sistema capitalista, estando assim, de certa maneira incluídos e integrados no processo de produção da riqueza.

área social, cuja proteção social era baseada no mérito, cercando qualquer participação popular, e cuja finalidade era tão somente a sustentação política do regime autoritário.

Isso serviu de solo fértil para a organização de movimentos sociais no final da década de 1980 para participarem da discussão da pré-constituinte, que mais tarde daria origem a Constituição Brasileira de 1988, conhecida como a “Constituição Cidadã”.

A construção e consolidação de uma política social situa-se no processo histórico, político e social de uma determinada sociedade. A formação política, econômica e social do Brasil está pautada no patrimonialismo, na indistinção entre o público e o privado desde a época da colonização. Neves (2008) analisa o pensamento conservador brasileiro, com base em estudo das produções teóricas de autores clássicos do pensamento social brasileiro, tanto na perspectiva conservadora quanto crítica, buscando identificar qual a influência desse pensamento conservador na formação da cultura política do país e na relação entre o público e o privado na sociedade brasileira. Partindo desta análise verifica-se que ainda hoje, a indistinção entre o público e o privado pela nossa sociedade, impede a construção de uma nova cultura política no Brasil, voltada para a afirmação de direitos sociais. Neste sentido constatamos que:

Há, portanto, uma penetração do pensamento conservador na realidade, ao se reproduzir velhas práticas e tendências culturais tidas como superadas no marco da transição democrática e do regime democrático. A política clientelista se expande ainda no Estado e não consegue superar a relação pessoal e patrimonial entre o que se define entre interesse privado e interesse público.” (NEVES, 2008, pag. 95)

Neves (2008b), ao analisar a cultura política² da sociedade brasileira, afirma que prevalece no Brasil uma cultura política híbrida, coexistindo diversas culturas políticas entre conservadoras e democráticas.

Se cultura política é “o reflexo de um processo de construção permanente” que influencia a construção de valores nos atores sociais, podemos dizer que no Brasil existem várias culturas políticas, entre elas a autora Heloisa Maria José de Oliveira (2003) destaca três: a democrática, a tecnocrática e a clientelista para analisar as suas influências na política de assistência social no Brasil.

Na cultura política democrática, a assistência é pensada conforme os preceitos da Constituição Federal, como política pública aos cidadãos que dela necessitarem, sem

² Para cultura política, podemos usar a definição de Almond, que diz que a mesma é vista a partir dos anos 1990 “como o conjunto de orientações subjetivas de determinada população”.

contrapartidas financeiras, tendo o Estado como provedor dos mínimos sociais indispensáveis ao exercício da cidadania.

Na perspectiva da cultura tecnocrática, teremos uma política de assistência sob a ótica compensatória, emergencialista e limitada por uma visão liberal de ajuda aos miseráveis em parceria do Estado com o terceiro setor.

Por fim, a cultura clientelista, que é a que mais fragiliza a idéia do direito e enraíza o entendimento da assistência como uma dádiva e favor concedido aos pobres e miseráveis. “A esses predestinados cabe o apoio moral da sociedade que, imbuída do desejo de socorrê-los da miséria e da pobreza, termina confirmando a sua submissão e dependência a uma lógica perversa e legitimadora das desigualdades” (OLIVEIRA, 2003 p. 119).

O que conseguimos observar é que na realidade estas diversas culturas políticas convivem entrelaçadamente no interior da sociedade brasileira, ao mesmo tempo em que se contrapõem entre si. Cada qual assume uma função na manutenção do poder hegemônico, tanto para a manutenção deste poder no âmbito político, quanto para a amenização dos conflitos sociais inerentes à questão social.

Nos anos 80 houve um avanço na legislação ao se tentar romper com o antigo modelo de assistência social no Brasil com a elaboração da Constituição Federal, colocando a assistência social como política pública na garantia de direitos sociais de forma universal. Entretanto, esse avanço não foi suficiente para eliminar os traços conservadores, que continuaram presentes no modo de executar a política de assistência social no Brasil.

Neste sentido, vemos que o Estado sempre buscou atuar sobre a contradição entre capital e trabalho de maneira paliativa, por meio da “assistência” e da filantropia, através de práticas educativas e de ajustamento. Uma maneira manter a ordem e de amenizar os conflitos e tensões sociais, impedindo o protagonismo dos sujeitos. (MESTRINER, 2005, p. 290)

A inserção da assistência no rol dos direitos sociais não conseguiu romper com esta cultura política clientelista e patrimonialista enraizada na sociedade detentora do poder hegemônico no país. A assistência social vem enfrentando vários percalços pelo uso da mesma com fins clientelistas e politiqueiros, onde se usam as políticas sociais públicas para obterem vantagens pessoais sobre a população mais vulnerável.

Não é incomum nos depararmos com ações assistencialistas de instituições privadas ou religiosas que se autodenominam de instituições de “assistência social”, quando na verdade são filantrópicas e de caridade. Isso dificulta ainda mais a concepção da política de

assistência social como um direito e não como um favor, pois é hegemônica na cultura política brasileira, a compreensão de ajuda aos mais necessitados como um dever moral de toda a sociedade.

O Estado também contribui para difusão deste equivocado conceito de assistência social quando vincula o termo a ações de cunho emergencial, voltadas apenas ao atendimento das carências mais extremas das populações em pobreza absoluta sem, no entanto, garantir o acesso desta população às políticas de segurança social, onde por conta disso, muitos desempregados e idosos sem possibilidade de acesso a previdência social, e os demais “excluídos” do mercado de trabalho, recorrem a programas de transferência de renda e de assistência social, que ocupam uma parcela cada vez maior no orçamento público (MOTA, 2009, p. 135-144).

Portanto, temos que considerar a cultura política do clientelismo e do favor ainda não foi totalmente desconstruída no Brasil e continua a influenciar a execução das Políticas Sociais e especialmente da Assistência Social em nossa sociedade, permanecendo ainda práticas assistencialistas e clientelistas nas políticas de enfrentamento da pobreza. Isso revela a imensa distância que ainda existe entre a assistência social e seu reconhecimento pela sociedade como política pública garantidora de direitos sociais, sendo um grande desafio a construção de uma cultura do direito que supere a concepção da política social como benesse do Estado aos pobres e necessitados.

1.2 Marcos legais da Política de Assistência Social no Brasil

Como vimos no item anterior, por muito tempo a assistência social não foi tratada como política pública no Brasil, pelo contrário, sua execução era marcada por uma cultura política clientelista, numa perspectiva de dádiva ou benesse concedida ao cidadão pelo Estado, sem distinção entre o público e o privado pelos agentes políticos.

A Legião Brasileira de Assistência- LBA³ foi uma das primeiras instituições responsáveis pela assistência social brasileira, criada para dar apoio às famílias dos militares combatentes da segunda guerra mundial. Foi fundada por iniciativa das senhoras da elite da sociedade

³ A esse respeito ver a dissertação de Mestrado intitulada “Do discurso à prática um estudo sobre a representação das assistentes sociais da LBA”. NEVES, Ângela Vieira .PUC Rio,1994.

onde o objetivo era “prover as necessidades das famílias cujos chefes hajam sido mobilizados, e, ainda prestar decidido concurso ao governo em tudo que se relaciona ao esforço de guerra” (IAMAMOTO, 2007, p.250). Desta maneira a assistência social era vista pelo viés do dever moral da sociedade, reforçando a idéia do não direito. Mais tarde a LBA torna-se uma fundação e seus serviços são ampliados para aqueles que não possuíam nenhum tipo de proteção social vinculada ao trabalho formal, passando a atender a essas famílias em situações emergenciais e a gerir e executar a política nacional de assistência.

Entretanto, para promover a assistência social tal como a mesma estava prevista na Carta Magna, era necessário que ela fosse regulamentada por lei específica, porém esta trajetória não foi nada fácil. Para elaborar e aprovar a Lei Orgânica da Assistência Social foram necessários cinco anos após a promulgação da Constituição Federal. Apenas em 1993 foi aprovada a LOAS, que regulamentou os artigos 203 e 204 da CF, criando critérios para o recebimento do Benefício da Prestação Continuada por idosos e deficientes, que não possuam meios de manter seu próprio sustento ou tê-lo mantido por sua família, estabelecendo corte de renda de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo para acesso ao benefício em questão. Neste sentido, constata-se que a implementação da LOAS “(...) revelou uma acentuada tendência a focalização, seletividade e fragmentação, comprometendo o princípio de universalidade, continuidade e sistematicidade das ações” (MOTA, 2009, p. 186).

Muitos foram os desafios e tensões enfrentados para a implantação da LOAS, que culminaram em inúmeras alterações que deformaram em muitos aspectos a proposta original da referida lei. O maior desafio foi o momento histórico econômico adverso à ampliação e consolidação de direitos sociais. A economia brasileira nos anos 90 passava por vários ajustes e planos econômicos de forte influência da ideologia neoliberal. Além desses impasses, não podemos esquecer a criação do Programa Comunidade Solidária no governo FHC e o Programa Fome Zero no governo Lula, que eram programas de governo que concorriam paralelamente com os benefícios e direitos garantidos na Constituição e na LOAS tanto no público-alvo quanto na alocação de verbas para a sua execução, fato este que só veio atrapalhar a afirmação da assistência social como política pública, já que estes programas governamentais eram tidos como prioridade total nos referidos governos em detrimento das políticas públicas de assistência. Segundo Mestriner (2005) isso revela a “tendência de legitimar “novas” formas privadas de provisão de atenções sociais, por meio de “velhas” formas de solidariedade familiar, comunitária e benficiante, que não alterem os mecanismos de dualização social e os processos que lhe são subjacentes” (p.27-28).

Mesmo com os inúmeros percalços que a Lei Orgânica da Assistência Social vem enfrentando desde a sua aprovação em 1993 e conturbada implantação em 1995, não se pode deixar de registrar que a mesma constitui-se num avanço, pois possui em seu teor diversas inovações e mudanças importantes, como o fortalecimento do direito, universalização, papel central do Estado, participação, controle e monitoramento da política de assistência social pela população, além disso, a mesma vem servindo de base para a construção de um novo modelo de assistência social no Brasil.

Outro marco da política de assistência social no Brasil foi a aprovação em 2004 da Política Nacional de Assistência Social e a construção e implantação do Sistema Único de Assistência Social. O SUAS materializa o conteúdo da LOAS, cujo modelo de gestão é descentralizado e participativo, regulando e organizando as ações sócio assistenciais, levando em consideração as diferenças regionais.

Uma das possibilidades do SUAS é a “(...) superação da ideologia da caridade e do primeiro-damismo através da criação de parâmetros técnicos e da profissionalização da execução da Assistência Social.” (MOTA e SITCOVSKY, 2009, p. 191).

Com o SUAS os parâmetros contidos na LOAS são preservados, contudo o SUAS irá enfatizar a centralidade da família nas ações sócio assistenciais em que a LOAS mostrava-se mais genérica.

Além disso, aponta a definição de território como lócus da descentralização, estabelecendo novas bases de pactuação entre sociedade civil e Estado, mecanismos de financiamento, controle social e participação popular.

Também apresenta sistemas de informação, avaliação e monitoramento inovadores e uma nova conceituação de vigilância social, proteção social e defesa social e institucional.

No quadro, abaixo destaca-se através de uma linha do tempo os principais

acontecimentos que marcaram a Política de Assistencial Social no Brasil:

Quadro 01

Linha do tempo: Da LBA ao SUAS	
1937	A assistência social como campo de ação governamental registra no Brasil duas ações inaugurais: a criação do Conselho Nacional de Serviço Social (CNSS); e, na década de 40, a criação da Fundação Legião Brasileira de Assistência em 1942 (LBA).
1974	É criado o Ministério da Previdência e Assistência Social, baseado na centralidade e exclusiva ação federal.
1988	Promulgada a Constituição que reconhece a assistência social como dever de Estado no campo da seguridade social e não mais política isolada e complementar à Previdência Social. Cria-se o Ministério do Bem Estar Social que, na contramão da Carta Magna, fortalece o modelo simbolizado pela LBA (centralizador, sem alterar o modelo já existente).
1990	Primeira redação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) é vetada no Congresso Nacional.
1993	Amplo debate e negociações de movimento nacional envolvendo gestores municipais, estaduais, organizações não governamentais, técnicos e pesquisadores com o Governo Federal e representantes no Congresso favorecem a aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Inicia-se o processo de construção da gestão pública e participativa da assistência social, através de conselhos deliberativos e paritários nas esferas federal, estadual e municipal.
1997	Editada a Norma Operacional Básica (NOB) que conceitua o sistema descentralizado e participativo, amplia o âmbito de competência dos governos federal, municipais e estaduais e institui a exigência de Conselho, Fundo e Plano Municipal de Assistência Social para o município receber recursos federais.
1998	Nova edição da NOB diferencia serviços, programas e projetos; amplia as atribuições dos Conselhos de Assistência Social; e cria os espaços de negociação e pactuação – Comissões Intergestoras Bipartites e Tripartite, que reúnem representações municipais,

estaduais e federais de assistência social. É aprovada a primeira Política Nacional de Assistência Social.

2003

É criado, no governo do Presidente Lula, o Ministério da Assistência Social. Em dezembro de 2003 é realizada a IV Conferência Nacional de Assistência Social. A principal deliberação do evento foi a instalação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) para o Brasil. Foi precedido de intenso debate nacional para avaliação dos 10 anos de regulamentação da assistência social no país. É criado, no governo do Presidente Lula, o Ministério da Assistência Social. Em dezembro de 2003 é realizada a IV Conferência Nacional de Assistência Social. A principal deliberação do evento foi a instalação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) para o Brasil. Foi precedido de intenso debate nacional para avaliação dos 10 anos de regulamentação da assistência social no país.

2004

É criado o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), sob o comando de Patrus Ananias, acelerou e fortaleceu o processo de regulamentação da LOAS com a construção do SUAS. Iniciou com a suspensão da exigência da Certidão Negativa de Débitos, que impedia o MDS de repassar cerca de R\$ 25 milhões por mês para os municípios. Em outubro, após ampla mobilização nacional, editou nova Política Nacional de Assistência Social que define o novo modelo de gestão para a nova política de segurança social.

2005

Realização da V Conferência Nacional de Assistência Social, tendo como tema “SUAS- PLANO 10: Estratégias e Metas para a Implementação da Política Nacional de Assistência Social”. O MDS dá a largada para a instituição da Norma Operacional Básica do SUAS (NOB/SUAS), em evento que reuniu 1.200 gestores e trabalhadores sociais em Curitiba (PR). O texto foi debatido em seminários municipais e estaduais e sua versão final foi aprovada no dia 14 de julho em reunião do CNAS. Publicação, em 15/07/2005, da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS). A NOB regulamenta a PNAS 2004. Desenvolvimento da Rede SUAS, Sistema Nacional de Informação do SUAS.

2006

Em dezembro de 2006 é aprovada a Norma Operacional de Recursos Humanos do SUAS pelo Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS), com o objetivo de regular a gestão do trabalho no âmbito do SUAS.

Fonte: MDS, 2007 b.

O SUAS pretende desconstruir a idéia de assistência social como ação governamental emergencial aos mais pobres, que foi por muito tempo baseada no assistencialismo, para construir um modelo de proteção de proteção social amplo, dividido em níveis de proteção e de complexidade, unificado, descentralizado e participativo. Sabe-se que a assistência social tem lutado para se afirmar como política pública de segurança social no Brasil e que por causa das características históricas de sua construção e implantação no país, não tem sido fácil

esta trajetória, existem ainda grandes limites para sua efetivação. Entretanto, é importante que a sociedade não desista de lutar pela ampliação das políticas sociais de caráter não contributivo e pelas demais políticas públicas que garantam o acesso ao trabalho, tão imprescindível na sociedade capitalista.

1.3 Projetos em Disputa: A Política de Assistência em tempos de Neoliberalismo.

Com a elaboração da nova Constituição Brasileira de 1988, o sistema de proteção social recebeu importantes avanços. O artigo 194 da mesma inscreve que “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinados a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”. Neste artigo e em todo o capítulo intitulado “Da Ordem Social” a seguridade social é compreendida como um conjunto integrado de ações, um dever do Estado e direito de todo cidadão, caracterizando-se como uma “proteção universal, democrática, distributiva e não-estigmatizadora” (VIANNA, 2008, p. 174).

No entanto, a realidade mostra que a Seguridade Social inscrita na Constituição Federal de 1988, apesar de sinalizar a ampliação e integração da proteção social e dos direitos sociais, caracterizou-se como um sistema que trata as três áreas da seguridade social de modo heterogêneo, desarticulado e em desacordo com os objetivos constitucionais da seguridade social elencados no artigo 194, parágrafo único, como: universalidade da cobertura e do atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais, seletividade e distributividade na prestação dos benefícios e serviços, irreduzibilidade do valor dos benefícios, equidade na forma de participação no custeio, diversidade da base de financiamento e caráter democrático e descentralizado da administração.

Vianna (2008) analisa a produção de três mitos relativos à Seguridade Social, plantados pela retórica neoliberal, que serviram de ferramentas para um silencioso desmonte da proteção social brasileira. São eles: o mito tecnicista, onde a seguridade social:

(...) é capturada por uma abordagem que enfatiza relações numéricas, simulações, variáveis organizacionais, etc. Termos como eficiência, custo, capitalização substituem, no vocabulário dos especialistas, noções menos quantificáveis que antes se associavam estreitamente à proteção: integração social, solidariedade e bem-estar. (VIANNA, 2008, p.176)

Por meio deste modo tecnicista ocorre a despolitização da Seguridade Social, reduzindo-a a uma forma essencialmente burocrática, afastado de mecanismos democráticos. Subordinando assim o caráter político da seguridade social ao caráter técnico e financeiro. Isso significa, no caso brasileiro, tratar isoladamente cada uma das políticas de seguridade social de acordo com suas especificidades técnicas. O que significou, no Brasil, na redução da seguridade social à previdência.

O segundo mito, o naturalista, naturaliza os processos sociais em curso na economia como: a globalização dos mercados, o processo de reestruturação das atividades produtivas, a desnacionalização do capital, etc., ou seja: “(...) trata-se de atribuir a seguridade a condição de doente terminal, cujo ciclo de vida estaria se encerrando, talvez mais breve que o esperado (...), em função de inevitáveis transformações econômicas” (VIANNA, 2008, p.182).

Segundo a autora, o processo de crise da Seguridade Social se dá por razões endógenas e principalmente por razões exógenas, mas isso não reflete qualquer tendência generalizada ou natural à crise da seguridade social entre os países, e ressalta ainda o caráter político da mesma, que irá se sujeitar a intencionalidade dos sujeitos.

O terceiro mito é o maniqueísta, que estabelece uma relação de antagonismo entre os sistemas públicos e privados de previdência que revelam uma dicotomia entre os regimes de repartição versus o de capitalização. Para compreendermos estes termos técnicos melhor a autora explica que:

(...) repartição consiste num método de financiamento da previdência cujo princípio básico é o de que as contribuições realizadas durante um dado período servem para pagar os benefícios daqueles que devem recebê-los neste mesmo período. Capitalização é um método de financiamento fundado na acumulação de reservas para o pagamento futuro de benefícios; embora possa ter caráter coletivo, na maioria das vezes opera através de contas individuais (VIANNA, 2008, p. 186).

Vianna (2008) esclarece que neste mito maniqueísta, o objetivo é atribuir vantagens a um e desvantagens ao outro, no caso em questão, a supremacia do modo de capitalização em detrimento do modo de repartição.

Por fim, a autora avalia que, no governo Fernando Henrique Cardoso, a seguridade restringiu-se à Previdência. Realizou-se o desmonte subjetivo e objetivo da seguridade social: subjetivo pois girou apenas em torno da reforma da previdência, e objetivo, pois sedimentou-se a fórmula da vinculação de receitas específicas e separadas para a assistência, saúde e

previdência. O governo fez uso da construção de três armas poderosas, os três mitos acima citados, que ajudaram a construir uma imagem catastrófica da previdência, com respaldo na visão naturalista de que a previdência está com os dias contados e da opção maniqueísta pela previdência privada, obedecendo as “recomendações” neoliberais ditadas aos países latino-americanos, pelos organismos internacionais, em consonância com os princípios do Consenso de Washington⁴.

Para Vianna, o governo Fernando Henrique Cardoso “matou vários coelhos de uma vez” sendo o maior deles a concepção universalista, democrática, distributiva e não estigmatizadora, inscrita na Constituição de 1988, concretizando um “silencioso desmonte” da Seguridade Social, através da construção de mitos, e da despolitização, realizada através do tratamento desigual entre as políticas de Assistência, Previdência e Saúde (Vianna, 2008).

Outra autora que analisa as tendências da Seguridade Social é Mota (2000). Ela afirma que,

(...) a trajetória política do grande capital no Brasil, nos anos 80 e 90, aponta para a tentativa da construção da sua hegemonia, tendo como instrumento básico a formação de uma cultura marcada pela necessidade de desqualificação das demandas dos trabalhadores, enquanto exigências de classe. O principal instrumento desse processo é a tentativa de obtenção do consentimento das classes trabalhadoras em torno da idéia de que a crise econômica afeta toda a sociedade e que por isso, necessita da colaboração de todos (p.163)

Neste sentido, seria necessário um esforço de todos para a superação da crise, o que levaria a um consenso dos trabalhadores em participarem ativamente no processo de reestruturação produtiva, implicando na concordância dos mesmos pela redução de gastos sociais e supressão de direitos trabalhistas e sociais historicamente conquistados por pensarem

⁴ A expressão Consenso de Washington, chamada também de neoliberalismo, nasceu em 1989, criada pelo economista inglês John Williamson, ex-funcionário do Banco Mundial e do Fundo Monetário Internacional (FMI). Numa conferência do Institute for International Economics (IIE), em Washington, Williamson listou políticas que o governo dos Estados Unidos preconizava para a crise econômica dos países da América Latina entre elas: Disciplina fiscal, através da qual o Estado deve limitar seus gastos à arrecadação, eliminando o déficit público; Focalização dos gastos públicos em educação, saúde e infra-estrutura; Reforma tributária que amplie a base sobre a qual incide a carga tributária, com maior peso nos impostos indiretos e menor progressividade nos impostos diretos; Liberalização financeira, com o fim de restrições que impeçam instituições financeiras internacionais de atuar em igualdade com as nacionais e o afastamento do Estado do setor; Taxa de câmbio competitiva; Liberalização do comércio exterior, com redução de alíquotas de importação e estímulos à exportação, visando a impulsivar a globalização da economia; Eliminação de restrições ao capital externo, permitindo investimento direto estrangeiro; Privatização, com a venda de empresas estatais; Desregulação, com redução da legislação de controle do processo econômico e das relações trabalhistas; Propriedade intelectual. Por decisão do Congresso norte-americano, as medidas do Consenso de Washington foram adotadas como imposições na negociação das dívidas externas dos países latino-americanos. Acabaram se tornando o modelo do FMI e do Banco Mundial para todo o planeta.

ser a melhor alternativa. No caso da seguridade social brasileira, com base neste pensamento argumenta-se que é necessário mudar o sistema de seguridade vigente para adequá-lo às reformas macroeconômicas.

Para Mota (2000), a concepção de cidadania e seguridade foi reduzida aos conceitos de “cidadão-fabril”, “cidadão-consumidor” e “cidadão-pobre”. O primeiro diz respeito ao trabalhador de empresas que oferece aos seus empregados bens e serviços sociais. O segundo comprará bens e serviços sociais como saúde, previdência e assistência social no mercado. Já o terceiro é aquele trabalhador que, por ser pobre e não poder pagar pelos serviços sociais, acabará sendo um beneficiário da política de Assistência Social.

Após analisar as características gerais da seguridade social na década de 1990, pode-se afirmar que a compreensão de Seguridade Social tal como a mesma foi promulgada na Constituição Federal de 1988, que considerava um conjunto de ações integradas que levaria a efetivação dos direitos em geral, foi rigorosamente atacada e desconstruída durante os governos Collor e Fernando Henrique Cardoso, com forte avanço e consolidação do projeto neoliberal.

Mota (2009) irá indicar a maneira como a política de assistência social está sendo tratada no Brasil nas últimas três décadas. Para ela, a Política de assistência social tem se destacado pela centralidade que ela vem ocupando dentro da seguridade brasileira, pois a mesma tem sido considerada como solução para combater a pobreza e a desigualdade social no país. Isso se dá principalmente pela impossibilidade do governo em garantir o direito ao trabalho por razões inerentes ao sistema capitalista, ampliando assim a área de abrangência da política de assistência social, que não vem sendo mais tratada como uma das políticas de seguridade social, mas como “a política” de seguridade social do país.

Outra tendência da política de assistência social no Brasil nas últimas décadas é a da “parceria” entre o Estado e a sociedade civil, em que o Estado transfere parte da responsabilidade sobre a operacionalização da assistência social para o terceiro setor, como associações comunitárias, ONG’s, entidades filantrópicas e etc., que atuam fundamentadas sobre os argumentos da ausência histórica do Estado em algumas áreas e sobre a ampliação da participação democrática da sociedade nas políticas públicas. Para Sitcovisk (2009) essa nova relação entre Estado e sociedade civil trata-se de uma “tentativa de passivização dos subalternos”, que contribui para a formação de consensos dentro da sociedade e para a manutenção da hegemonia burguesa. Sendo fundamentada pelos lemas liberais de

liberdade/igualdade/fraternidade.

liberdade do mercado, longe das amarras do Estado Interventor, devendo este intervir somente no socorro ao capital- especialmente ao capital financeiro. **Igualdade** de oportunidades, meramente formal, pois todos são iguais perante a lei, para que desta forma possam, por meio do mercado, atender suas necessidades. E a **fraternidade** entre todos, contemporaneamente disseminada através da cultura de solidariedade, na qual todos se ajudam, diluindo assim, o antagonismos entre as classes” (SITCOVISK, p. 176).

Neste sentido, Montaño (2002) esclarece que no Estado neoliberal existe uma tríplice modalidade de resposta à questão social: uma estatal, através da precarização das políticas públicas, que devem ser focalizadas e descentralizadas, voltadas as populações mais necessitadas. Uma filantrópica, através das iniciativas do terceiro setor, para atender às populações “excluídas” ou “parcialmente integradas”, que não podem buscar serviços no mercado e nem são atendidas pelas políticas assistenciais. O autor irá usar o termo re-filantropização, referindo-se ao termo usado freqüentemente por Yazbek, para explicitar a retomada desta categoria nos anos 1990. E por último, a mercantil onde os serviços sociais serão re-mercantilizados. Ou seja, os serviços sociais são transformados em mercadoria disponível aos consumidores.

Desta forma, verificamos que o neoliberalismo tem mostrado uma estratégia bastante eficiente, tanto na desregulamentação dos direitos sociais quanto na justificação e aceitação dos seus atos pela sociedade, transformando a sociedade civil, de reguladora das ações do Estado para “parceira” do Estado na execução das políticas, o que levará a um menor enfrentamento do projeto neoliberal.

CAPITULO 2

TRAJETÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL NA PREVIDENCIA SOCIAL

2.1 Serviço Social na Previdência: Breve histórico.

Neste capítulo registra-se um breve resgate histórico sobre a inserção do Serviço Social na Previdência Social, suas conquistas e desafios, passando pela construção do projeto ético-político da categoria dentro da Instituição e a luta dos profissionais para manter e consolidar esse projeto profissional frente aos ataques neoliberais dos anos 1990.

Abaixo apresenta-se um quadro esquemático que relaciona cronologicamente a inserção do Serviço Social na Previdência ao longo da História recente do Brasil, partindo da década de 1940.

Quadro 02

Cronologia do Serviço Social na Previdência

1942 – primeira experiência oficial de implantação do serviço social: seção de estudos e assistência social no IAPC.
1944 – Instituição do serviço Social na previdência pública – portaria n 25 do CNT – conselho nacional do trabalho.
1944 - Autorização para implantação de Serviço Social nos IAPs e CAPs – Portaria n. 52 do CNT – Conselho Nacional do Trabalho.
1945 – Organização de cursos intensivos de Serviço Social para os funcionários dos IAPs e CAPs – Portaria do DNPS/MT.
1948 – Adoção do Serviço Social nas instituições de previdência: assistência complementar – Ofício Circular n. 250/DNPS.
1948 – Oficialização do Serviço Social no IAPC em São Paulo.
1950 – Seções ou turmas de Serviço Social nas delegacias Regionais dos IAP – Institutos de Aposentadorias e Pensões
1960 – Definição da assistência complementar – Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS.
1965 – Concepção do Serviço Social como assistência complementar.

1972 – Plano Básico de Ação do Serviço Social – Resolução INPS n. 401.4

1976 – assistência complementar por meio do Serviço Social – Art. 71 da Consolidação das Leis da Previdência Social –CLPS

1978 - Plano Básico de Ação do Serviço Social – Resolução INPS n. 064.2

1991 – Competência do Serviço Social: esclarecimento quanto aos direitos sociais e meio de exercê-los; ações intra e extra-institucionais – Art. 88 da lei 8213 de 24/07/91.

1994 – Matriz teórico-metodológica do Serviço Social na Previdência Social.

Fonte: SILVA, 2008, pg.20-21

O Serviço Social na Previdência Social foi criado para humanizar as relações entre sujeito e instituição visando resultados através da busca pelo ajustamento social realizado através de ações do assistente social na família, no trabalho, na comunidade.

Para Iamamoto e Carvalho (2007), a primeira experiência do serviço social na estrutura burocrática do seguro social se deu a partir da Administração da Seção de Estudos e Assistência Social criada em 1942 e institucionalizada através da Portaria nº25 de 1943, do Conselho Nacional do Trabalho, cuja atividade principal era a realização de uma ampla pesquisa sobre o “meio e modo de vida” dos segurados.

As conclusões dessa pesquisa permitiram ao núcleo pioneiro de assistentes sociais de São Paulo, sistematizar uma série de contribuições que os métodos e técnicas poderiam trazer como apporte ao seguro social, tais como: a fundamentação do seguro na consciência popular para que pudesse cumprir sua função de “integração” social, a “reconciliação” entre os Institutos e a massa segurada, a ampliação do raio de ação da Previdência, vinculada ao serviço social, para atingir de forma mais ampla a consciência e a reprodução material da força de trabalho.

O serviço social foi instituído oficialmente no sistema previdenciário em 06/04/1944, por meio da Portaria nº 25 do Conselho Nacional do Trabalho, e concebido como uma “assistência complementar”, dedicada a solução dos relevantes problemas de “desajustamentos sociais” dos indivíduos (SILVA, 2008).

Eram funções e programas do Serviço Social à época (IAMAMOTO e CARVALHO, 2007):

1. Trato diário com o público através do plantão e das técnicas de entrevista: triagem, informações e reclamações: a) orientação e execução de atos necessários para que o beneficiário receba os benefícios devidos; b) casos que fogem a rotina ou não foram previstos pelo regulamento (casos que demandam maior estudo); c) encaminhamentos para que o associado tenha alguma satisfação quando seus problemas estejam fora do alcance do seguro.
2. Reeducação sistematizada, educação social: a) esclarecimentos quanto a direitos e deveres em relação ao seguro; b) orientação econômica e orçamento doméstico; c) orientação profissional, reintegração ou continuação na produção; d) readaptação dos trabalhadores enfermos e acidentados; e) orientação e conforto moral nos casos de morte ou invalidez; f) adaptação aos imóveis e vida comunitária; g) profilaxia e higiene; h) orientação e apoio moral, evitar acomodações; i) terapia ocupacional.
3. Seleção econômico-social: a) para obtenção de benefícios pagos (imóveis, etc.); b) para distribuição de auxílios.
4. Distribuição de auxílios: a) fornecimento de medicamentos gratuitos; b) compra de aparelhos ortopédicos ou instrumentos de trabalho; c) auxílios destinados a manutenção quando atrasam os benefícios; d) auxílios diversos em dinheiro para regularização da situação civil, para realização de tratamentos.
5. Casos de desviança, fiscalização ou conflito: a) recusa ou abandono do tratamento médico; b) atraso ou recusa no pagamento de prestações (imóveis); c) problemas de “má vontade” ou exploração da instituição; d) contornar inconformismos.

Desta maneira, pode-se afirmar que o Serviço Social na Previdência era “Complementar, supletivo, individualizante, humanizante, educativo, tendo como objeto o ajustamento social. Eis a fórmula que condensa o Serviço Social Previdenciário, a sua emergência no Âmbito dos IAP (Instituto de Aposentadoria e Pensões.) Fórmula que perdurou por mais ou menos 30 anos” (SILVA, 2008, p. 22).

Segundo Coelho (2006), em sua análise sobre a inserção político-institucional do Serviço Social na Previdência afirma, embasada na Matriz Teórico-Metodológica do Serviço Social na Previdência e outros documentos, que no período de 1960 a 2003, o Serviço Social passou por cinco momentos distintos.

O primeiro momento foi compreendido entre 1960 a 1966, marcado pela vigência da Lei Orgânica da Previdência Social – LOPS, onde o Serviço Social foi regulamentado dentro da Instituição através da Resolução nº 1081 de 26/01/1965, do Conselho Diretor do Departamento Nacional de Previdência Social, apesar de ter sido criado em 06/04/1944. Essa resolução definiu o Serviço Social como uma *assistência complementar* que iria atuar no setor de benefícios, perícia médica, assistência médica, financeira e pessoal. Nesse sentido, o Serviço Social caminhava sob a perspectiva teórica funcionalista, trabalhando em torno da prevenção e tratamento dos *desajustamentos* dos beneficiários, visando um melhor relacionamento entre a clientela e a Previdência Social.

No segundo momento com a criação do INPS (1966-1977), o Serviço Social passou por uma fase de ampliação de suas demandas e atribuições com uma unificação dos diferentes programas sociais dos IAP's. Sua prática expandiu-se com a realização de palestras e seminários, a clientela passou a ser de segurados, beneficiários, dependentes, empresas e associações de classe e sua atuação se dava nas esferas do planejamento, administração, execução e supervisão.

O terceiro momento se deu no período de vigência do SINPAS (1977-1990), onde o Serviço Social passou por várias mudanças. Com a extinção dos Centros Sociais, suas atividades foram descentralizadas, o que ocasionou uma perda de espaço ou de atuação, entretanto também passaram a atuar em outros órgãos da Previdência, o que garantiu uma maior capilaridade na atuação do Serviço Social. Nesse período também sofreu ameaça de exclusão da Previdência para atuar na Assistência (LBA) na área de recreação de idosos e excepcionais, o que acarretou uma mobilização nacional da categoria pela permanência do Serviço Social na Política Previdenciária. Nesse período houve a elaboração do segundo Plano de Ação do Serviço Social baseado no modelo psicossocial e respaldado na perspectiva funcionalista, e que não demonstrou grandes avanços na linha de ação dos assistentes sociais.

O quarto momento foi marcado pela criação do INSS e na promulgação da Lei 8213/91(1990-1998), e aponta novas competência do Serviço Social no campo do esclarecimento do direitos sociais, meios de exercê-los e no estabelecimento conjunto com beneficiários quanto a solução de problemas, tanto na sua relação com a instituição, quanto na dinâmica da sociedade. Nesse sentido, o Serviço Social buscou atuar sob uma nova perspectiva, diferente daquela antiga visão, que buscava ajustar o beneficiário ao sistema.

Com o avanço teórico-metodológico das décadas de 1960, 1970 e 1980, foi elaborada e

institucionalizada em 1994 a Matriz Teórico-Metodológica do Serviço Social na Previdência, baseada no Código de Ética profissional, na Lei 8662/93, que regulamenta a profissão, e na Lei 8231/91, revelando-se um grande avanço para a prática de Serviço Social na Previdência.⁵

Quanto ao quinto momento, está compreendido entre os anos de 1998 a 2003, em plena vigência da ótica neoliberal, onde se registram vários ataques ao Serviço Social na Previdência Social, que vão desde a ameaça de extinção em 1998, através da Medida Provisória nº 1729 de 03/12/1998 a demais ações que tinham como objetivo desestruturar a prática do Serviço Social na Previdência Social.⁶

Portanto, essas mais de seis décadas de exercício profissional do assistente social na Previdência revelam muito mais além de uma simples trajetória da profissão no âmbito da instituição, mostra as mudanças no sistema de proteção social brasileiro, mostra também os tensionamentos e as dificuldades na construção dos espaços sócio-ocupacionais enfrentados pela categoria. Remete-se a uma dimensão mais ampla, social, política e cultural, não só na defesa dos espaços sócio-ocupacionais, mas nos faz refletir sobre os dilemas e tensões postos ao projeto ético-político profissional frente a essa realidade social e profissional. (NEVES, SILVA, 2008.).

2.2. A Construção Do Projeto Ético-Político Do Serviço Social No INSS.

A construção do Projeto Ético-Político Profissional do Serviço Social no Brasil surgiu nas décadas de 1970 e 1980 e contou com um elemento essencial à sua viabilização: a recusa e a crítica ao conservadorismo profissional, e foi impulsionado pelo processo de derrota da ditadura em curso, proporcionando as condições políticas favoráveis à ruptura com o tradicionalismo profissional (NETTO, 1999). Além da condição política, outros elementos foram construindo, a partir de então, o projeto ético-político do Serviço Social tal como o conhecemos hoje. De acordo com José Paulo Netto, foi de extrema importância a produção de conhecimentos e acumulação teórica iniciada naquela época, assim como o redimensionamento do ensino através da reforma curricular de 1982, visando a construção de

⁵ Trataremos mais detalhadamente sobre esses avanços no item 2.2 deste capítulo.

⁶ Sobre as investidas neoliberais contra o Serviço Social na Previdência nos anos 90 ver o item 2.3 do presente capítulo.

um novo perfil profissional, e também a restruturação democrática e a conquista de direitos cínicos e sociais.

Braz (2005) conceitua o Projeto Ético-Político como:

(...) uma projeção coletiva que envolve sujeitos individuais e coletivos em torno de uma valorização ética que está vinculada a determinados projetos societários presentes na sociedade e que se relacionam com os diversos projetos coletivos (profissionais ou não) em disputa na mesma sociedade (p. 1-2).

Segundo Montaño (2006) existem pelo menos três projetos societários em curso na sociedade: o projeto neoliberal, o projeto reformista e o projeto revolucionário. O primeiro refere-se ao desenvolvimento do capital monetário e financeiro, que em momentos de crise busca desmontar os direitos trabalhistas, políticos e sociais, além de acentuar a exploração dos trabalhadores. O segundo defende, conjuntamente, a expansão do capitalismo com certo grau de desenvolvimento dos direitos civis, políticos e sociais. Em contrapartida, o terceiro projeto, o revolucionário, busca a substituição da ordem capitalista e defende uma sociedade sem exploração, sem classes, regido pela emancipação do trabalho.

Segundo uma linha de pensamento similar, José Paulo Netto (1999) comenta que projetos societários são projetos coletivos, de características macroscópicas, que em nossa sociedade são necessariamente projetos de classe. Para o autor, numa sociedade regida pela lógica do capital, os projetos societários das classes proprietárias e politicamente dominantes, sempre se sobrepõem aos projetos societários das classes subalternas.

O atual projeto societário neoliberal tem um caráter conservador de acordo com Iamamoto (1999), que naturaliza a ordem capitalista e as desigualdades, colocando-os como um destino inevitável dentro da sociedade, culminando no desmonte de direitos historicamente conquistados pelos trabalhadores. Tudo isso conduz ao cenário contemporâneo de desregulamentação das políticas públicas e dos direitos sociais, que incentivam a solidariedade e o voluntarismo, visando desresponsabilizar o estado de suas obrigações.

O Projeto ético-político do Serviço Social é também um processo que está em constante construção. No que diz respeito ao exercício profissional regulado nos princípios e diretrizes deste projeto profissional, cabe lembrar que para Guerra (2007) é esse tipo de atuação profissional que diferencia o trabalho do assistente social das práticas de leigos, pois

“(...) não se reduz a atividades burocrático administrativas, já que o projeto lhe permite ter clareza de sua intencionalidade” (p. 20). Neste sentido, Braz (2005) alega que a materialidade do projeto ético político se dará a partir da prática cotidiana, legitimada e operacionalizada através de três dimensões: uma dimensão da produção de conhecimentos no interior do Serviço Social, uma dimensão político-organizativa da categoria e uma dimensão jurídico-política da profissão (p. 05).

No que diz respeito a construção deste Projeto Ético-Político do Serviço Social no INSS, o documento Matriz Teórico-Metodológica do Serviço Social na Previdência (1994) representou um marco na história da profissão nesta Instituição, pois reestrutura o fazer profissional, rompendo com antigas práticas e constituindo um novo paradigma para o Serviço Social, que era o de demonstrar uma opção fundamentada pelos princípios democráticos e da busca pelo resgate da cidadania e do direito.

Esse documento é fruto de uma ampla discussão nacional que envolveu as entidades representativas da profissão, que após quinze anos de um exercício profissional embasado em um modelo funcionalista, apresentado pelo Plano de Ação de 1978, estavam repensando e refletindo sobre os alicerces da sua prática.

O debate e suas polarizações levaram o Serviço Social do INSS a posicionar-se na perspectiva da afirmação e defesa dos direitos sociais como constitutivos da cidadania dos trabalhadores. Nesse sentido, os profissionais assumiram a defesa de um modelo de Previdência que reafirme seu caráter público, de real universalidade, descentralizado, democrático, redistributivo, que garanta a manutenção digna do trabalhador e de sua família sob o controle dos usuários (YAZBEK, 2008, p. 117).

Iamamoto, (2009) em análise sobre os rumos ético-políticos do Serviço Social na contemporaneidade, indica que na década de 1980, o Serviço Social esteve mais voltado para o Estado e menos para a sociedade, mais para as políticas sociais e menos para os sujeitos com quem trabalha. Essa hipótese foi sustentada pela autora devido ao pouco desenvolvimento de pesquisas e produções teóricas que estudassem a vida dos indivíduos sociais, sua cultura, e as condições sociais dos mesmos, realizados pelo Serviço Social da época.

Afirma ainda que “apreender a questão social é também apreender como os sujeitos a vivenciam”. Ou seja, ao se trabalhar com esses sujeitos sociais é essencial conhecer a sua forma de vida, para compreendê-la, para poder compreender também a sua forma de luta, sua organização, suas aspirações e formas de resistência a ordem social vigente. Essa é uma forma

do profissional aproximar-se ideologicamente dos sujeitos com quem trabalha e de seus interesses como coletividade, evitando assim ser considerado com um “estranho” para aqueles.

O desafio maior indicado por Iamamoto (2009) é a materialidade dos princípios éticos elencados pelo Código de Ética profissional no cotidiano do trabalho do assistente social, impedindo o uso apenas abstrato desses princípios, descolando-os do processo social em curso.

Portanto, colocar os direitos sociais como foco do trabalho profissional é defendidos tanto em sua normatividade legal, quanto traduzi-los praticamente, viabilizando a sua efetivação social (IAMAMOTO, 2009. p. 78).

Isso exige uma postura crítica do profissional que, além disso, deve ser também um profissional informado, culto e competente, que busca romper tanto com o teoricismo estéril quanto com o pragmatismo do fazer por fazer e com o imediatismo. Para a autora esta posição crítica do assistente social exige várias formas de competência: uma competência crítica, uma competência teórica e fidelidade ao movimento da realidade, uma competência técnica e ético-política.

Nesse sentido, se manifesta um novo posicionamento dos assistentes sociais do INSS, diante do contexto histórico e político resultante da revisão constitucional, em que as políticas sociais estavam em debate e reestruturação, onde através de uma nova Matriz Teórico-Metodológica, ocorre a construção de um exercício profissional que contribua com a efetivação de direitos (YAZBEK, 2008).

A aproximação pelo Serviço Social do marxismo como referência analítica vai dar, a partir dos anos 1980 e 1990 uma nova direção ao pensamento e ação do Serviço Social no Brasil. A produção de conhecimento teórico vai basear-se nesta tradição marxista, que gerará uma bibliografia própria ao Serviço Social, orientando a formação de assistentes sociais, cursos de pós-graduação, mestrado e doutorado.

Esse movimento que buscava romper com o conservadorismo chegou aos assistentes sociais da Previdência, que agora têm novas competências definidas pelo artigo 88 da Lei 8213 de 24/07/91, que atribui ao Serviço Social a função de esclarecer aos beneficiários seus direitos sociais e estabelecer junto a eles os processos de resolução de problemas que surgem da relação com a Previdência no âmbito institucional e na dinâmica da sociedade.

Alem disso outros fatores contribuíram para a construção do Projeto Ético-Político do

Serviço Social no INSS, são eles:

- A lei de regulamentação da Profissão nº 8662 de 07/06/93, que dispõe sobre o exercício profissional, suas competências, suas atribuições privativas, sobre os fóruns que objetivam disciplinar e defender o exercício da profissão: O Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Serviço Social, que acompanham e fiscalizam o exercício profissional.
- O Código de Ética aprovado em 13 de março de 1993 pela Resolução nº 273/93 que define os princípios éticos fundamentais da profissão de assistente social, que apresenta os direitos, deveres e impedimentos ético-legais do trabalho do profissional.
- As Diretrizes Curriculares de 1996, impulsionadas pela ABESS, que afirmaram um projeto de formação profissional comprometida com os valores e princípios de um novo projeto ético-político da profissão.

Os assistentes sociais do INSS, começaram, então, a se apoiar em um novo paradigma (YAZBEK, 2008) teórico-metodológico, o dialético, direcionando sua prática para a implementação de ações que fortalecem o coletivo através de “instrumentos e técnicas vinculados a uma concepção teórica que lhes dá direção, intencionalidade (contrários a neutralidade), constituindo-se como fundamentais à viabilização das estratégias propostas” (BRASIL, 1994, p. 25).

Portanto, podemos verificar que esta reanálise e reestruturação da prática do Serviço Social implicaram na busca pela ultrapassagem do fatalismo e do messianismo⁷ na análise da prática profissional do assistente social no INSS (IAMAMOTO, 2008.). Isso aconteceu devido a busca por uma análise crítico dialética de sua prática profissional e do movimento da sociedade capitalista em sua historicidade.

Portanto, é explícito que a busca do Serviço Social de um redimensionamento da profissão representou uma busca de superar o modelo funcionalista e conservador da prática profissional, impulsionado por um referencial crítico dialético. Os assistentes sociais da Previdência repensaram seu fazer profissional no interior da instituição e redefiniram seu exercício profissional, posicionando-se em defesa dos direitos sociais, de acordo com o projeto hegemônico da profissão.

⁷ IAMAMOTO (2008), define fatalismo como uma “visão perversa” da profissão, inspiradas em análises que naturalizam a vida social, onde a ordem do capital é tida como natural e perene, e onde o Serviço Social estaria atrelado as malhas de um poder monolítico e que nada mais lhe restaria fazer frente a esta realidade. Do outro lado, o Messianismo Utópico privilegia as intenções e propósitos do sujeito profissional individual que não dá conta de desvendar o movimento da sociedade e da profissão . Traduz-se numa visão “heróica” e ingênuas das possibilidades revolucionárias da prática profissional, partindo de uma visão mágica de transformação social.

Enquanto o Serviço Social reafirma-se como profissão e consolida seu projeto ético-político, teórico-metodológico e técnico-operativo dentro da Previdência Social, a mesma Instituição sofre a opressão da ofensiva neoconservadora, que revela a hegemonia de outro projeto, o neoliberal, que subordina a seguridade social às exigências do FMI e Banco Mundial, desconfigurando seu caráter público e redistributivo. (YAZBEK, 2008, p. 135).

É evidente que o projeto profissional do Serviço Social e o projeto neoliberal são essencialmente de interesses antagônicos, cabendo ao Serviço Social resistir às reformas conservadoras e continuar afirmando e defendendo os direitos de cidadania dos usuários.

2.3. Os Rebatimentos Da Reforma Do Estado Para O Serviço Social Na Previdência Nos Anos 90: Lutas E Conquistas.

Defender e consolidar um projeto ético-político profissional que pregue uma proteção social ampla, pública e universal em tempos de Estado Mínimo representa lutar contra a ideologia neoliberal de focalização e de desmonte do sistema de proteção social público.

A consolidação do projeto ético-político profissional que vem sendo construído requer remar na contracorrente, andar no contravento, alinhando forças que impulsionem mudanças na rota dos ventos e das marés na vida em sociedade (IAMAMOTO, 2009, pg. 141).

Para compreender melhor sobre os avanços e retrocessos do Serviço Social na Previdência, é necessário remeter-se às mudanças estruturais da sociedade capitalista, que teve inicio nos anos 1970 e intensificou-se nos Brasil nos anos 1990, com o neoliberalismo, “tendo como instância de mediação as conclusões do Consenso de Washington (1989), cujas recomendações foram obedecidas nos Governos de Fernando Collor e aprofundadas no Governo de Fernando Henrique Cardoso” (CARTAXO e CABRAL, 2008, p.157).

Paradoxalmente, o projeto ético-político do Serviço Social que também estava sendo consolidado nesta década de 1990, irá sofrer um forte embate com a implantação do projeto neoliberal.

Os valores e princípios radicalmente humanos que iluminaram as trilhas percorridas pelos assistentes sociais nas ultimas década, sofrem um forte embate com a idolatria da moeda, do fetiche do mercado e do consumo, o individualismo possessivo, a

lógica contábil e financeira que impõe e sobrepõe às necessidades e direitos humanos e sociais.. Entretanto a mistificação das idéias não impede a produção e reprodução crescente das desigualdades de todas as cores e naipes decorrentes dos processos concentracionistas de renda, terra, poder, ciência e cultura. Desigualdades sentidas e vividas por indivíduos sociais que se revoltam, resistem e lutam para construir outros horizontes para a vida da sociedade, na contracorrente do poder, integrando-se às forças renovadoras da vida, e portanto, da história. (IAMAMOTO, 2009 p. 140-141)

A luta do Serviço Social do INSS neste período foi a de resistir à tentativa de extinção do mesmo dentro da instituição e lutar para preservar o projeto profissional instituído pela Matriz Teórico-Metodológica do Serviço Social na Previdência, que estava sofrendo tentativas de ser desconstruída através das Reformas Administrativas do Estado⁸ e Reforma da Previdência⁹. Para Cartaxo e Cabral, este período foi marcado pela inversão dos princípios da seguridade social, estipulado pela Constituição de 1988, onde se caracteriza a primazia do econômico sobre o social, da focalização sobre a universalização, da privatização e mercantilização sobre a estatização dos direitos sociais. Segundo elas, a reforma da Previdência atingiu as dimensões teórico-metodológicas, técnico-operacionais e também a condição do assistente social como trabalhador dentro da Previdência.

Sobre a condição do assistente social como trabalhador assalariado, Iamamoto (2008) irá indicar que existe uma tensão entre o projeto profissional e a condição de trabalhador assalariado em tempo de capital fetiche, visto que o projeto- profissional afirma o assistente social como um ser social dotado de liberdade e teleologia, que realiza projetos e busca implementá-los na vida social. Enquanto na condição de trabalhador assalariado, suas ações estão submetidas ao poder dos empregadores e são determinadas por condições externas, condições tais que são forjados a subordinarem-se. O que incide na recorrente reclamação de um distanciamento entre teoria e prática. (IAMAMOTO, 2008).

É nesse contexto que se situa o processo entendido como de desconstrução do Serviço Social na Previdência, que tem seus primórdios na Medida Provisória nº 1729, de 02/12/1998, que em seu teor, no artigo 22, alínea b, inciso III do art 18 da Lei 8213/1991, extinguia o Serviço Social da Previdência, como uma das prestações do serviço Previdenciário, extinguindo também o artigo 88 da referida Lei, onde eram definidas as competências do Serviço Social¹⁰.

⁸ Realizada pela Emenda Constitucional nº 19/1998

⁹ Para aprofundamento do assunto sobre a Reforma da Previdência consultar o artigo de Ana Elisabete Mota intitulado “Crônica de uma morte anunciada: a reforma da previdência social brasileira nos anos 1990 e 2000. In: BRAGA, CABRAL (Org.) O Serviço Social na Previdência: trajetória, projetos profissionais e saberes, 2008)

¹⁰ 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

Graças a um amplo movimento da sociedade civil de usuários da Previdência e Organização dos trabalhadores, entre eles: Sindicato dos Trabalhadores da Saúde e Previdência Social de São Paulo – SINPREV-SP, a Confederação Nacional da Seguridade Social – CNTSS, Central Única dos Trabalhadores – CUT, e pela Divisão de Serviço Social no INSS e pelo Conselho Federal de Serviço Social. (CARTAXO e CABRAL, 2008), esse movimento ganhou força e visibilidade e acabou resultando na aprovação de uma Emenda Supressiva que possibilitou a permanência do Serviço Social na Lei.

Entretanto houve um esvaziamento do exercício profissional, e teve alterações na sua competência pelo Decreto nº 3048, de 06/05/1999, que em seu artigo 161¹¹, que sustenta a destituição da profissão da condição de “uma das prestações de serviço previdenciário” para confirmá-la como uma atividade auxiliar dentro da Previdência Social. Isso trouxe implicações teórico-metodológicas e administrativas, acabando por suprimir as Diretrizes da nova Matriz Teórico-Metodológica do Serviço Social no INSS (1994). No âmbito administrativo, o Serviço Social foi excluído do organograma do INSS, excluindo também seus cargos de chefia DAS no nível da Direção Nacional.

Mais uma vez, a categoria se mobilizou e se organizou, impetrando Ação Civil Pública, que mais tarde foi julgada improcedente. Mesmo assim a Instituição retomou, através da Portaria MPAS nº 2721/02, as competências e atribuições privativas do cargo de assistente social no INSS e retomou a lotação dos mesmos no quadro de pessoal do INSS.

Também é importante citar outros ataques ao Serviço Social na Previdência nos últimos anos, tais como: a exclusão do Parecer Social, realizado por assistente social, pelo Decreto 3668/2000. O Parecer servia para comprovar a dependência econômica e convivência conjugal para acesso a benefícios, nos casos onde não exista prova material. Outro foi a suspensão da verba do recurso material, destinada aos usuários que necessitem dela para despesas de transporte, documentação, casos de emergência de risco social.

com a Previdência Social, tanto no âmbito interno da instituição como na dinâmica da sociedade. § 1º Será dada prioridade aos segurados em benefício por incapacidade temporária e atenção especial aos aposentados e pensionistas. § 2º Para assegurar o efetivo atendimento dos usuários serão utilizadas intervenção técnica, assistência de natureza jurídica, ajuda material, recursos sociais, intercâmbio com empresas e pesquisa social, inclusive mediante celebração de convênios, acordos ou contratos. § 3º O Serviço Social terá como diretriz a participação do beneficiário na implementação e no fortalecimento da política previdenciária, em articulação com as associações e entidades de classe. § 4º O Serviço Social, considerando a universalização da Previdência Social, prestará assessoramento técnico aos Estados e Municípios na elaboração e implantação de suas propostas de trabalho.

¹¹ Art. 161. O serviço social constitui atividade auxiliar do seguro social e visa prestar ao beneficiário orientação e apoio no que concerne à solução dos problemas pessoais e familiares e à melhoria da sua inter-relação com a previdência social, para a solução de questões referentes a benefícios, bem como, quando necessário, à obtenção de outros recursos sociais da comunidade.

Cartaxo e Cabral revelam que em 2003 houve uma esperança de que haveria uma reversão nas políticas neoliberais com a vitória eleitoral do candidato a presidente Luiz Inácio Lula da Silva, fato este que não se confirmou. Desde então o Serviço Social no INSS vem se reestruturando, resgatando seu acúmulo teórico mais recente, voltando a ser incluído na estrutura regimental do INSS, conforme o artigo 13, alínea b, do Decreto nº 5870 de 08 de agosto de 2006.

Como fruto desta reorganização do Serviço social na Previdência, foi realizada uma reunião técnica em 2003 em São Paulo para retomar as diretrizes da matriz teórico metodológico do serviço social na Previdência. Os assistentes sociais também reivindicaram melhores condições de trabalho, realização de concurso público e a inclusão de Avaliação Social, realizada exclusivamente por assistente social, como parte integrante na avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para a vida independente e para o trabalho dos requerentes do Benefício da Prestação Continuada¹². O processo de luta não terminou, pelo contrário, muitos são os desafios enfrentados pelos assistentes sociais no interior da Instituição¹³, e para superá-los é necessário “persistência e contínua reflexão crítica” (CARTAXO e CABRAL, 2008, p. 168).

¹² Todas estas reivindicações foram formalmente elencadas através do Documento Exposição de Motivos nº 12, elaborado pelo Grupo de Trabalho Interministerial, instituído pela Portaria Ministerial (MDS/MPS) nº 01 em 01/06/2005 para este fim.

¹³ Atualmente os assistentes sociais do INSS lutam para efetivar um direito a jornada de trabalho semanal de 30 horas, sem redução salarial. Direito este que foi conquistado através da Lei nº 12.317, de 26 de agosto de 2010 que altera o artigo 5º da Lei de Regulamentação Profissional (Lei 8662/1993), e que até o momento não foi reconhecido pela Instituição devido a interpretação desfavorável da Lei pelo Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão. As 30 horas semanais não é tida como um direito e sim como uma “opção”. O profissional deverá “optar” pelas 30 horas com redução proporcional do seu salário.

CAPITULO 3

O BPC E A AVALIAÇÃO SOCIAL

3.1 O Benefício de Prestação Continuada: O Antigo Modelo de Avaliação da Deficiência.

O Benefício da Prestação Continuada (BPC) é um benefício de caráter pessoal, intransferível e não vitalício, que consiste em uma transferência de renda no valor de um salário mínimo ao idoso com 65 anos e a pessoa com deficiência que for considerada incapaz para o trabalho e para a vida independente. O idoso e a pessoa com deficiência devem comprovar não possuírem meios de prover sua própria manutenção ou tê-la provida pela sua família, devendo ter renda per capita inferior a 1/4 um salário mínimo. Este benefício integra a proteção social básica do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) e faz parte da Política Nacional de Assistência Social (PNAS).

Neste capítulo será abordado sobre a construção e implantação do Novo Modelo de Avaliação da Deficiência e do Grau de Incapacidade para o trabalho e para a vida independente da pessoa com deficiência baseado no Código Internacional de Funcionalidades (CIF) para acesso ao Benefício da Prestação Continuada (BPC). Será tratado também da inserção do Assistente Social neste processo de avaliação da deficiência, fazendo uma reflexão sobre o que isso representou para o Serviço Social dentro do INSS em termos profissionais e ético-políticos. Para tanto, foram realizadas entrevistas e aplicados questionários que abordam estas questões entre assistentes sociais e médicos peritos do INSS, usuários requerentes do BPC e gestores da política. Foram analisados também dados estatísticos, publicações do CFESS, notas técnicas, legislações, atas das reuniões do GTI, deliberações das conferências de assistência, ações civis públicas, enfim, grande parte da literatura concernente ao tema da pesquisa. Os dados obtidos através desses instrumentos serão trabalhados no decorrer desta análise e irão revelar as expectativas e a realidade empírica da implantação deste novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para acesso ao BPC sob as diferentes visões: a de quem recebe, a de quem executa a política e a de quem gerencia a mesma.

No entanto, para avançar nesta análise, é necessário primeiramente conhecer os motivos que levaram à construção de um novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade e como era realizada esta avaliação antes do Decreto 6214/2007, que instituiu este novo modelo.

A legislação em vigor antes do Decreto 6214/2007 era o Decreto 1744/1995, que veio regulamentar o Benefício da Prestação Continuada previsto na Constituição Federal de 1988, e define a pessoa com deficiência como ‘ aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho em razões de anomalias ou lesões irreversíveis, de natureza hereditária, congênita ou adquirida, que impeçam o desenvolvimento das atividades da vida diária e do trabalho’. Esta definição restringiu muito o conceito de deficiência que está inscrito na LOAS, que avalia a deficiência como ‘incapacidade para a vida independente e para o trabalho’. O Decreto 1744/1995 interpreta a incapacidade para a vida independente como sinônimo do não desempenho das atividades da vida diária (BRASIL, MDS, 2007).

O INSS chegou a elaborar um instrumento para melhor avaliar a deficiência, buscando estabelecer parâmetros mais uniformes na análise médico-pericial. Este instrumento foi denominado AVALIEMOS, que era um acróstico que avaliava vários critérios relacionados a vida independente e ao trabalho, pontuando cada item de acordo com as alterações apresentadas pelo requerente e que no somatório final deveria dar uma pontuação acima de 17 pontos para que o benefício fosse concedido. Contudo, este instrumento não era de aplicação obrigatória pelos médicos peritos do INSS, o que resultava num critério subjetivo de avaliação da deficiência. Abaixo vemos o instrumento Acróstico AVALIEMOS:

Quadro 03

ANTIGO MODELO DE AVALIAÇÃO MÉDICA - AVALIEMOS

A	Aptidão para o Trabalho	Sim Não	0 6
V	Visão, Audição e Palavra	Sem alterações Com alterações	0 3
A	Atividades da Vida Diária	Sem alterações Com alterações	0 2 2 2
L	Locomoção	Marcha livre e normal Utilização de ótese Utilização de prótese de membro inferior Utilização definitiva de cadeira de rodas Sem nenhuma possibilidade de locomoção	0 2 3 4 6

I	InSTRUÇÃO	Com escolaridade Sem escolaridade	0 3
E	Excretores	Normais Sem controle esfincteriano	0 3
M	Manutenção (permanente de cuidados médicos, de enfermagem ou terceiros)	Não necessita Necessita	0 3
O	Oligofrenia e Deficiência Mental	Leve Moderada Grave (profunda)	1 4 6
S	Síndrome e Quadros Psiquiátricos	Leve (inicial) Moderada Grave (definitiva)	1 4 6
Interpretação			
Não há incapacidade apreciável Há incapacidade moderada Há incapacidade severa Há incapacidade extrema (profunda)		Até 09 pontos de 10 a 16 pontos de 17 a 23 pontos acima de 23 pontos	

Fonte: MDS, 2007.

Técnicos do MDS (2007) ao estudarem este antigo modelo de avaliação da deficiência para acesso ao BPC vão considerá-lo como reducionista quando define incapacidade para a vida independente como a impossibilidade de desenvolver as atividades da vida diária, sem levar em consideração todo um contexto social em que a pessoa com deficiência está inserida.

No que tange a operacionalização do benefício pelo INSS, o MDS constatou que este conceito de incapacidade para vida independente foi reduzido a uma interpretação médica que o considera como a impossibilidade de desempenhar as atividades relacionadas ao autocuidado como comer, vestir-se, fazer a higiene pessoal, enfim, o mínimo necessário para garantir a sobrevivência. A seguir encontra-se um quadro com a evolução conceitual de Incapacidade para a vida independente a partir da promulgação da LOAS:

Quadro 4

INCAPACIDADE PARA A VIDA INDEPENDENTE EVOLUÇÃO CONCEITUAL (LEGISLAÇÃO, ATOS NORMATIVOS E AÇÕES JUDICIAIS)
Lei 8.742, de 07.12.93 – Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS
O parágrafo 2º do Art. 20 da LOAS define pessoa portadora de deficiência para efeito da concessão do Benefício de Prestação Continuada como sendo "... aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho". Em nenhum outro artigo a lei faz referência ou define o que vem a ser incapacidade para a vida independente.

Decreto 1.330, de 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.

O art.1º, parágrafo único, alínea b deste decreto repete a definição de **pessoa portadora de deficiência** constante da Lei 8.742/93 “...aquela incapacitada para a **vida independente** e para o trabalho”. Em nenhum outro artigo o decreto faz referência ou define o que vem a ser incapacidade para a vida independente.

Decreto 1.744, de 08.12.1995 – Regulamenta o BPC devido à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, de que trata a Lei 8.742/93. Revoga o Decreto 1.330/94..

O art. 2º, inciso II deste decreto amplia a definição de **pessoa portadora de deficiência** constante da Lei 8.742/93 “...aquela incapacitada para a **vida independente** e para o trabalho em razão de anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditária, congênitas ou adquiridas, que impeçam o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho”. Também o art. 6º, inciso I do decreto trata da comprovação pelo beneficiário de que “....é portador de deficiência que o incapacite para a **vida independente** e para o trabalho”. Em nenhum outro artigo o decreto faz referência ou define o que vem a ser incapacidade para vida independente.

Decreto 3.298, de 20.12.1999 – Dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência. (Regulamentou a Lei 7.853/89 e revogou o Decreto 914/93).

O artigo 18 do referido decreto trata da concessão de órteses, próteses, bolsas coletoras e materiais auxiliares para a assistência integral à saúde e reabilitação da pessoa com deficiência. Nele, afirma que “.....tais equipamentos complementam o atendimento, **aumentando as possibilidades de independência** e inclusão da pessoa portadora de deficiência”. Esta é a referência mais próxima à vida independente, não havendo no decreto qualquer outra menção ou definição do termo.

Recomendação do Ministério Público Federal nº 30, de 25.09.2001

Determina que “....o INSS não proceda à análise da **incapacidade para a vida independente e para o trabalho em menores de 16 anos**, já que esta é **presumida** em razão da tenra idade, bastando apenas que verifique se a deficiência se encaixa nas definições já existentes”. Posteriormente, tal entendimento passou a constar expressamente do Decreto 6.214/07, que regulamenta o BPC. Neste sentido, idade inferior a 16 anos é uma das condições definidoras de incapacidade para a vida independente.

OI INSS/DIRBEN nº 61, de 16.01.2002, alterada pela OI INSS/DIRBEN nº 64, de 12.03.2002 – Define os procedimentos a serem adotados pela linha de Benefícios no reconhecimento do direito ao benefício assistencial às crianças e aos adolescentes, bem como àqueles abrigados em instituições públicas e privadas, portadores de deficiência incapacitante para vida independente de que trata a LOAS.

Reproduzem o mesmo entendimento da Recomendação anterior, ao determinar que: “...Na avaliação médico-pericial do **menor de dezesseis anos de idade**, cuja família não possui meios de prover a sua manutenção, deverá apenas ser verificada se a deficiência encaixa-se nas definições já existentes, tendo em vista que a **incapacidade para a vida independente e para o trabalho**, em face a tenra idade, é **presumida**, conforme recomenda o Ministério Público Federal.”

OI 81 INSS/DIRBEN, de 15.01.2003

Define **pessoa portadora de deficiência** como sendo: “aquela incapacitada para a **vida independente** e para o trabalho, em razão de anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditária, congênita ou adquirida”.

Este conceito reproduz o previsto na Lei 8.742/93, com as restrições estabelecidas pelo Decreto 1.744/95 que, na época ainda vigia. Em seu anexo I, item 4 (da identificação e comprovação das condições) e subitem 4.3.3, define que: “Em se tratando de **menor de dezesseis anos de idade**, cuja família não possui meios de prover a sua manutenção, de acordo com a Recomendação do Ministério Público Federal, ao ser avaliado pelo médico perito, deverá apenas ser verificado se a deficiência se encaixa nas definições já existentes, tendo em vista que a **incapacidade para a vida independente e para o trabalho**, em face da tenra idade, é **presumida**”. Não há na Orientação Interna menção a quaisquer outros critérios que definam incapacidade para a vida independente.

Ação Civil Pública nº 2007.30.00.204-0/Acre, de 11.04.2004

A ACP do Acre traz, como fundamentação para as determinações ao INSS, os entendimentos de vários tribunais sobre a matéria.

Decreto 6.214, de 26.09.2007 – Regulamenta o BPC para a pessoa com deficiência e para o idoso, revogando o Decreto 1.744/95) (com posteriores alterações efetuadas pelo Decreto 6.564 de 12.09.08)

No artigo 4º, inciso II, define **pessoa com deficiência** como “aquele cuja deficiência a incapacita para a **vida independente** e para o trabalho;” O decreto não define vida independente, porém define **incapacidade** 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". No mesmo artigo, o § 2º afirma que, ..."Para fins de reconhecimento do direito ao Benefício de Prestação Continuada de crianças e adolescentes **menores de dezesseis** anos de idade, deve ser avaliada a existência da deficiência e o 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".

OI 188 INSS/DIRBEN, de 1º.04.2008 - Manual de Procedimentos de Benefícios – MPB – Reconhecimento Inicial de Direitos - Parte XI - Pecúlio e Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social-BPC/LOAS.

O artigo 52, inciso II determina que: "... para fins de comprovação da deficiência e **caracterização da incapacidade para vida independente**, deve-se também considerar a **incapacidade econômica do requerente de prover a sua própria manutenção e de sua família**, não adotando a avaliação da incapacidade para praticar atos da vida diária, por si só, como critério determinante, conforme estabelecido no art. 203, inciso V, da CF/88 e no art. 20, inciso II, da Lei nº 8.742/1993, observada a liminar proferida nos autos da Ação Civil Pública nº 2007.30.00.000204-0/AC". O § 1º do mesmo artigo determina que: "Na avaliação da deficiência e do grau de incapacidade do menor de dezesseis anos de idade, deve ser avaliada a existência da deficiência e o seu impacto na limitação do desempenho de atividade e restrição da participação social, compatível com a idade, sendo dispensável proceder a avaliação da incapacidade para o trabalho, conforme § 2º do Art. 4º do Decreto nº 6.214/2007".

ENUNCIADO nº 30 DA ADVOCACIA GERAL DA UNIÃO, de 10.06.2008.

A incapacidade para prover a própria subsistência por meio do trabalho é suficiente para a caracterização da incapacidade para a vida independente, conforme estabelecido no art. 203, V, da Constituição Federal, e art. 20, II, da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993). Como se refere especificamente ao trabalho, tal súmula diz respeito aos indivíduos com 16 anos ou mais.

Decreto Legislativo 186, de 09.07.2008 – Aprova a Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência e de seu protocolo facultativo, assinados em Nova Iorque em 30.03.2007.

O Artigo 19 da referida Convenção trata especificamente do tema "**Vida independente e inclusão na comunidade**", estabelecendo que: "Os Estados Partes desta Convenção reconhecem o igual direito de todas as pessoas com deficiência de viver na comunidade, com a mesma **liberdade de escolha** que as demais pessoas, e tomarão medidas efetivas e apropriadas para facilitar às pessoas com deficiência o pleno gozo desse direito e sua plena **inclusão e participação na comunidade**, inclusive assegurando que: a) As pessoas com deficiência possam **escolher seu local de residência e onde e com quem morar**, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, e que não sejam obrigadas a viver em determinado tipo de moradia; b) As pessoas com deficiência tenham **acesso a uma variedade de serviços de apoio** em domicílio ou em instituições residenciais ou a outros serviços comunitários de apoio, inclusive os serviços de atendentes pessoais que forem necessários como apoio para que as pessoas com deficiência vivam e sejam incluídas na comunidade e para evitar que fiquem isoladas ou segregadas da comunidade; c) Os **serviços e instalações da comunidade** para a população em geral estejam **disponíveis às pessoas com deficiência**, em igualdade de oportunidades, e atendam às suas necessidades".

Fonte: INSS, 2009 (com adaptações).

3.2. As Reivindicações da Sociedade Civil: A Busca por um Novo Modelo de Avaliação da Deficiência.

Partindo desse entendimento, de não concordar e não considerar justos os critérios de elegibilidade usados pelo INSS para avaliar a deficiência e reconhecer quem realmente terá direito ao benefício, a sociedade civil, organizada através dos Conselhos de Direitos da Pessoa com Deficiência, Conselhos de Direitos da Assistência Social, através das Conferências, dos Fóruns, das Ações Civis Públicas e demais ações judiciais isoladas, começaram a contestar esse modelo de avaliação da pessoa com deficiência, exigindo que diversos pontos

relacionados ao BPC fossem revistos e demandando a construção de um novo modelo de avaliação da deficiência, onde a pessoa com deficiência pudesse ser submetida a uma avaliação social, realizada por assistente social designado para este fim.

O quadro a seguir mostra as principais ações da sociedade civil referentes às reivindicações sobre o BPC nos anos que antecederam ao estabelecimento do novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade, instituído pelo Decreto 6214/2007.

Quadro 05

REIVINDICAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL REFERENTES AO BPC.

ANO	ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL	DELIBERAÇÕES E EXIGÊNCIAS
2003	Conselhos de Direito da Assistência Social – Conferências	<p>Deliberações: Alterar os critérios para concessão e revisão do Benefício de Prestação Continuada- BPC nos seguintes aspectos:</p> <p>a) estabelecimento de renda per capita de $\frac{1}{2}$ salário mínimo para o acesso; b) no cálculo da renda mensal per capita desconsiderar o valor do benefício já concedido, como renda, de forma a possibilitar o direito a mais de um beneficiário na mesma família; c) que seja regulamentada a inclusão do parecer técnico do assistente social, respeitando os dispositivos da Lei nº 7.853/89, regulamentada pelo Decreto nº 3.298/99; d) estabelecer uma equipe técnica multiprofissional composta de médicos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais, para a elaboração do parecer técnico visando a concessão e revisão do BPC, garantindo a capacitação profissional da equipe; e) ampliar a cobertura das pessoas com deficiência e incluir patologias incapacitantes com avaliação médica e social; f) criar mecanismos que possibilitem a suspensão temporária do BPC quando do ingresso no mercado formal de trabalho pelo beneficiário reativando-o a partir da data de demissão; g) rever conceito de incapacidade para vida independente ou para o trabalho; h) adequar o conceito de família ao código civil em vigor¹⁴; i) reduzir a idade de 67 para 65, em conformidade com os dispositivos do Estatuto do Idoso com redução gradativa até 60 anos no ano de 2008 buscando coerência com a Lei nº 8842/94, que institui a Política Nacional do Idoso.</p>
2005	Conselhos de Direito da Assistência Social – Conferências	<p>Meta 18: Rever as regulamentações do BPC - Benefício de Prestação Continuada quanto a: alteração dos critérios para concessão do BPC e inserção de pessoas com doenças crônico-degenerativas; redução da idade mínima de 65 para 60 anos; alteração do critério de renda per capita familiar de $\frac{1}{4}$ para $\frac{1}{2}$ salário mínimo a curto prazo e de 1 salário mínimo a longo prazo, e ainda garantir acesso ao BPC para cônjuge, companheiro ou companheira idosa que receba benefício da seguridade social (aposentadoria por contribuição) de até 2 salários mínimos e que se constitui na única renda familiar; não computar o valor do BPC no cálculo da renda per capita familiar para efeitos de concessão do benefício a outro membro da família; inclusão do beneficiário do BPC na rede socioassistencial; implantação de plano de inserção e acompanhamento dos beneficiários do BPC; descentralização dos procedimentos para acesso ao BPC; sistematização de dados do BPC no Município; criação de setor específico de gestão do BPC nos municípios; revisão do BPC com equipe própria e acesso on line; <i>inserção de profissional de serviço social na equipe de avaliação</i></p>

¹⁴ Para o Direito, com base no Código Civil de 2002 e na Constituição Federal de 1988, família consiste na organização social formada a partir de laços sanguíneos, jurídicos ou afetivos. Já Para efeitos da análise do direito ao BPC/LOAS, considera-se família: o conjunto de pessoas que vivam sob o mesmo teto, assim entendido: o cônjuge, o companheiro(a), os pais, os filhos, inclusive o enteado e o menor tutelado, e irmãos não-emancipados de qualquer condição, menores de 21 anos ou inválidos;

		<i>para concessão do BPC; divulgação do BPC; criar mecanismos para fiscalização da concessão e manutenção do BPC.</i>
2006	Conselhos de Direito da Pessoa com Deficiência – Conferências	Deliberações: Assegurar a aprovação imediata de projeto de lei que garanta que a pessoa com deficiência que recebe qualquer benefício da Previdência e da Assistência Social e que tenha que se afastar temporariamente do mercado de trabalho volte a ser beneficiária a qualquer tempo; Rever a legislação com objetivo de que o BPC seja permanente para a pessoa com deficiência mental severa e para a pessoa com deficiência múltipla; Reformular a LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social), visando considerar baixa renda o <i>per capita</i> de um salário mínimo. Moção nº 17: Garantir que os beneficiários do Benefício de Prestação Continuada que assumirem qualquer trabalho remunerado possam retornar ao benefício, após a rescisão do respectivo contrato. E que as atividades de habilitação e reabilitação de que trata o Decreto nº 3.298/99, Seção IV, artigos 34 a 45, não constituam motivos para a cessação ou suspensão do benefício.
2007	Ministério Público – Ação Civil Pública nº 2007.30.00.000.204-0 de 11/04/2007	Determina que o réu INSS se abstenha de exigir para a concessão do Benefício da Prestação Continuada que a pessoa com deficiência seja incapaz para a vida diária.

Fonte: Elaboração própria, através de dados das atas e anais das Conferências e decisões judiciais.

Observou-se que a construção do novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para a concessão do BPC não foi uma iniciativa autônoma do Estado, mas sim uma resposta às demandas e reivindicações da sociedade civil. Isso demonstra um avanço no que diz respeito à gestão democrática e participação da sociedade na gestão das políticas públicas por meio dos Conselhos de Direitos, Conferências, Fóruns e demais espaços democráticos de participação popular, e ressalta a importância desses espaços para a consolidação e ampliação de direitos. Para Neves (2008) este processo de participação popular nas tomadas de decisões sobre as políticas públicas é de suma importância nesses tempos em que o neoliberalismo busca despolitizar esse tipo de participação coletiva, pois “apresenta a possibilidade de fortalecer mecanismos deliberativos de partilhamento das decisões, reforçando a cultura participativa na busca da inclusão social e da democratização do Estado com a ampliação da participação popular nas decisões públicas” (p.21)

O Estado não só reconheceu a inadequação e ineficiência do antigo modelo, como instituiu Grupo de Trabalho Interministerial por meio da Portaria nº 001, de 15 de junho de 2005, composto por técnicos do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e Ministério da Previdência Social (MPS) para o desenvolvimento de estudos sobre a Classificação de Deficiências e Avaliação de incapacidades, com vistas a propor novos parâmetros e instrumentos de avaliação das pessoas com deficiência para acesso ao BPC.

3.3 A construção do Novo Modelo de Avaliação da Deficiência e do Grau de Incapacidade para a Vida Independente e para o Trabalho Baseado na CIF.

Através da constituição do Grupo de Trabalho Interministerial por meio da Portaria nº 001, de 15 de junho de 2005, o GTI iniciou os estudos sobre a legislação do BPC e sua operacionalização pela pericia médica do INSS, a fim de elaborar um novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade das pessoas com deficiência para acesso ao BPC, que atendesse às reivindicações da sociedade civil, conforme já foi comentado neste capítulo. Para isso foram aplicadas diversas estratégias de trabalho pelo GTI, onde foram dedicadas muitas horas de trabalho conjunto, realizados diversos encontros entre os membros do GTI. Nesses encontros ocorreu um aprofundamento dos estudos e discussões sobre o tema, abrangendo estudos nacionais e internacionais.

Os membros do GTI tiveram a oportunidade de participar de cursos, tiveram contato com especialistas envolvidos com o tema em estudo também em âmbito nacional e internacional. Foram analisados os procedimentos de vários países como a Bolívia, Colômbia, Cuba, Equador, Espanha e Europa. Foram mantidos contatos com órgãos públicos de direito das Pessoas com Deficiência entre outros órgãos representativos da sociedade civil (MDS, 2007). O resultado do trabalho deste GTI deu origem ao Decreto 6214/2007 que instituiu um novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade das pessoas com deficiência para acesso ao BPC.

O Decreto 6214/2007 estabelece que a avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para o acesso ao benefício, será composta de avaliação social e médica. A Avaliação social é realizada pelo assistente social, e é um instrumento técnico-operativo que possibilita ao profissional realizar um estudo e emitir a sua opinião sobre o grau de dificuldade do usuário referente aos fatores ambientais, sociais e individuais, que podem levar ao reconhecimento ou não do direito ao benefício.

Para a implantação efetiva do Novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade foi necessária a realização de um concurso público para contratação de assistentes sociais para realizarem este trabalho dentro da Previdência Social, que é quem operacionaliza o Benefício da Prestação Continuada, já que o quadro de assistentes sociais do INSS na época estava desfalcado devido ao fato do órgão não realizar concurso para a área a mais de vinte anos. O concurso foi autorizado pelo Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão no ano de 2008, abrindo 900 vagas para Analista do Seguro Social com formação em Serviço Social, as provas foram aplicadas em 2009, e os novos assistentes sociais começaram

a ser empossados e a entrar em exercício em junho de 2009, que foi quando efetivamente o novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade começou a ser operacionalizado no INSS.

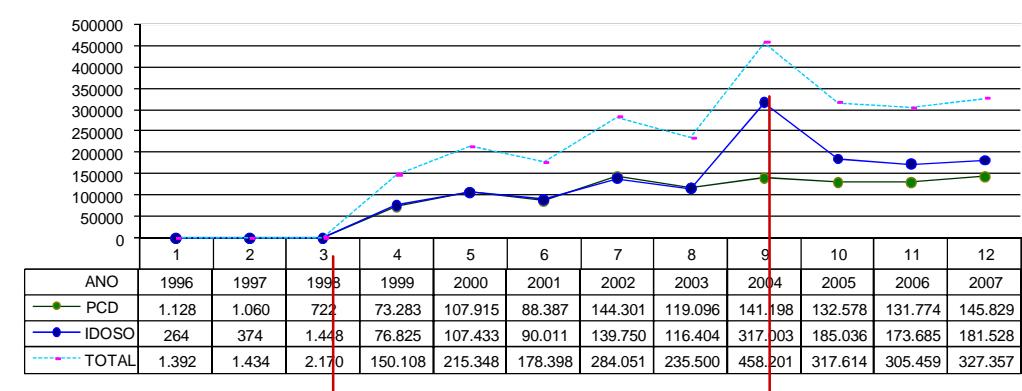
3.4 A questão do Novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para concessão do BPC: Ampliação do acesso ao benefício e garantia de direitos?

Com base nos dados colhidos através de entrevistas, dados estatísticos e demais documentos analisados, e mesmo através de observações feitas *in loco*, chegou-se a alguns resultados que irão confirmar a hipótese inicial da pesquisa.

A implantação do Novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para acesso ao BPC trouxe muitos avanços em relação ao modelo anterior eminentemente médico, um desses avanços que puderam ser constatados na pesquisa foi a ampliação do acesso ao benefício a partir da inclusão da avaliação social realizada por assistente social, onde se passou a levar em consideração os aspectos sociais, ambientais, de atividade e participação do requerente e as barreiras e facilitadores neste processo.

No gráfico abaixo pode-se visualizar a evolução quantitativa do Benefício da Prestação continuada ao idoso e a pessoa com deficiência nos anos de 1996 a 2007. Constatase que com a evolução da legislação que beneficiou principalmente aos requerentes do BPC idosos, o volume de concessões de benefícios a esta população aumentou, enquanto as concessões do BPC às pessoas com deficiência permaneceram praticamente estáveis.

Gráfico 1
Crescimento do Quantitativo de Benefícios BPC Concedidos a Pessoa c/ deficiência e Idoso - 1996 a 2007



Entra em vigor em 1º de janeiro de 1998 a Lei nº 9.720/1997 que reduz de 70 para 67 a idade mínima para concessão do BPC

Entra em vigor em 1º de janeiro de 2004 o estatuto do Idoso que reduziu de 67 para 65 a idade mínima para concessão do BPC e excluiu do cálculo da renda o BPC já concedido a outro idoso da mesma família.

Fonte: MDS, 2008.

Tabela 1
Total de benefícios por situação, segundo os períodos em análise.

Benefícios	Total de benefícios por período de análise		% de crescimento
	Set/2008 a mai/2009	Set/2009 a mai/2010	
Requeridos	337.206	369.315	9,52%
Despachados	391.039	397.128	1,56%
Concedidos	137.067	173.394	26,50%
Indeferidos	253.972	223.734	-11,91%

Fonte: MDS, 2010.

Na tabela 01 constam os dados de um estudo realizado recentemente pelo MDS para avaliar o comportamento do BPC após a implantação do Novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade da pessoa com deficiência, comparando dados de períodos anteriores e posteriores a implantação do novo modelo de avaliação. Puderam então constatar um crescimento nos requerimentos do benefício de 9,52% e também aumentos significativos na concessão, de 26,5% e um decréscimo nos indeferimentos de 11,91%.

Tabela 2
Total de benefícios concedidos, segundo os períodos em análise.

Benefícios	Total de benefícios por período de análise		% de crescimento
	Jun/2009 a mai/2010	Jun/2010 a Mai/2011	
Concedidos	192.327	195.970	1,89%

Fonte: elaboração própria através de dados dos boletins estatísticos do INSS.

Na Tabela 2, observa-se uma continuidade no crescimento das concessões do BPC, que no período de junho de 2010 a maio de 2011 constatou um crescimento de 1,89% nas concessões do BPC à pessoa com deficiência em relação ao constatado no período de junho de 2009 a maio de 2010. Pode-se dizer que trata-se de um crescimento tímido em relação ao crescimento das concessões verificados no primeiro ano de implantação do novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para acesso ao BPC, no entanto não houve decréscimo nas concessões, o que significa que o acesso ao BPC continua em ampliação.

Segundo os gestores do BPC, um sistema que irá gerar indicadores estatísticos mais precisos sobre o novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade está em fase de implantação, mas avanços quantitativos já podem ser constatados.

O que temos (...) são os quantitativos de concessões a partir do novo modelo implantado, em 1º de junho de 2009. E em relação as concessões antes desta data já percebemos uma maior cobertura com os índices de concessões subindo entre 8% a 10%.

informante 08. Entrevista com gestor do BPC, participante do GTI em maio de 2011

Certamente que o fato de este novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade da pessoa com deficiência estar baseado na Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF)¹⁵ foi fator primordial para a ampliação do acesso ao benefício pela pessoa com deficiência. As entrevistas mostram que todos os assistentes sociais afirmaram ser muito importante levar em consideração os aspectos sociais além dos aspectos clínicos do requerente do benefício, conforme pode ser visto pelas respostas dadas:

A importância se deve ao fato de que devemos ampliar o conceito de deficiência. Afinal, a incapacidade para o trabalho (...) é determinada por uma gama de fatores que não são apenas de ordem fisiológica.

Informante 03. Entrevista concedida por assistente social do INSS em maio de 2011

(...) esses aspectos são muito importantes para a formação psicossocial, emocional, e podem piorar a situação de saúde e de deficiência. Este conceito, a CIF, mostra o homem na sua funcionalidade, em todos os aspectos. Nós trabalhamos com as barreiras, temos que trabalhar com as barreiras sócio-afetivas, individuais, financeiras e outras que impedem as pessoas de terem uma qualidade de vida digna.
Informante 02. Entrevista concedida por assistente social do INSS em maio de 2011

Logo, pode ser constatado que em consequência deste novo instrumento de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade, houve uma diminuição na subjetividade nos critérios usados para a concessão do BPC, visto que o instrumento é bastante objetivo e consegue englobar várias dimensões da saúde do requerente, tanto em seus aspectos físicos e clínicos como no aspecto social, pois padroniza os critérios de avaliação, que antes era decidido hegemonicamente pelo médico perito em sua avaliação.

Nesse sentido a avaliação social feita pelo assistente social veio romper com esta

¹⁵ “A Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF) permite descrever situações relacionadas com a funcionalidade do ser humano e as suas restrições e serve como enquadramento para organizar esta informação. Ela estrutura a informação de maneira útil, integrada e facilmente acessível. (...) A CIF tem duas partes, cada uma com dois componentes: Parte 1. Funcionalidade e Incapacidade: (a) Funções do Corpo e Estruturas do Corpo; (b) Atividades e Participação. Parte 2. Fatores Contextuais: (c) Fatores Ambientais; (d) Fatores Pessoais” (OMS, 2004).

hegemonia médica, pois agora a avaliação social tem o mesmo peso da avaliação médica e o poder de decisão sobre a concessão do benefício agora é partilhada entre esses dois profissionais. Nas entrevistas realizadas constatou-se que para os médicos a participação do assistente social é importante, entretanto, eles afirmam que a parte médica deste novo instrumento de avaliação tira a autonomia do médico de avaliar a deficiência, visto que na opinião dos mesmos este instrumento ficou mais objetivo do que seria necessário ou eficiente.

(...) diminuiu a autonomia do médico para avaliar o paciente, diminuiu muito, acho que é o que mais mudou. É que as vezes a pessoa tem direito e agente não consegue... Agente gostaria, as vezes... principalmente criança, né...você na hora de avaliar, as vezes é uma neoplasia e assim, pergunta se a marcha tá boa, tá tudo ótimo, e as vezes você vê que a pessoa precisa, você não consegue. Isso acontece comigo e com todo mundo, todo mundo reclama. Tá mais injusto(...). Você fica, as vezes preso, e as vezes uma pessoa que tem pouca coisa, você coloca um numero dois ou um numero três pra um item só, que é um único item que não incapacitaria para o trabalho, e ele concede. Nós não estamos muito felizes, não.

Informante 04, entrevista com médico perito do INSS em maio de 2011.

Tirou um pouco da autonomia médica na hora de decidir, o outro tinha um local pra você dizer se se enquadrava ou não, esse novo modelo você simplesmente pontua. (...) No modelo antigo, muitas vezes agente podia conceder mesmo que algum dos aspectos da deficiência fosse considerado leve, não influenciava tanto na análise do todo, agora não é mais assim.

Informante 05, entrevista com médico perito do INSS em maio de 2011.

Por isso, concordam que a avaliação ficou mais objetiva, mas não têm certeza se na parte médica o novo modelo contribui para a ampliação do direito, para eles a avaliação social tem um peso maior na ampliação do direito da pessoa com deficiência. Os assistentes sociais afirmam que sua participação através da avaliação social contribui para a ampliação do acesso ao benefício, garantindo e ampliando direitos aos usuários, visto que a avaliação social influencia no resultado final, pode nortear a avaliação médica e em alguns casos pode ser decisiva para a concessão do benefício.

Pois bem, já constatou-se um fato: a introdução do novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade da pessoa com deficiência amplia o acesso das pessoas com deficiência ao direito constitucional de garantia de um salário mínimo. Mas o que isso significa na análise de um contexto mais geral?

Fazendo uma análise dialética da realidade, podemos afirmar que este resultado

significa uma maior responsabilização do Estado na garantia dos mínimos sociais, significa uma maior proteção social, com maior alcance e cobertura social, uma melhor qualidade de vida dessa parcela da sociedade.

Significa que o Poder Público está reconhecendo e levando em consideração as expressões da questão social¹⁶ na análise das políticas públicas e na concessão de direitos sociais. Isso é um grande avanço no caminho em busca da universalização da política de assistência social, ampliando a cobertura e o atendimento às necessidades básicas do cidadão, principalmente a da população mais vulnerável, de baixos rendimentos como é o caso dos beneficiários do BPC.

3.5 A participação dos Assistentes Sociais no Processo de Avaliação da Deficiência e do Grau de Incapacidade para Concessão do BPC: A Criação de Novas Demandas e Fortalecimento do Projeto Ético-Político.

Cada vez mais o assistente social vem conquistando novos espaços sócio-ocupacionais principalmente dentro das Instituições Públicas e também na esfera privada. Isso se dá devido ao aumento da demanda da população por políticas sociais, seja devido à ampliação dos direitos socialmente conquistados, seja por causa do aumento da pauperização dos trabalhadores causado pelo avanço do projeto neoliberal, que flexibiliza as relações de trabalho, restringe direitos e contribui para o aumento da informalidade do setor produtivo.

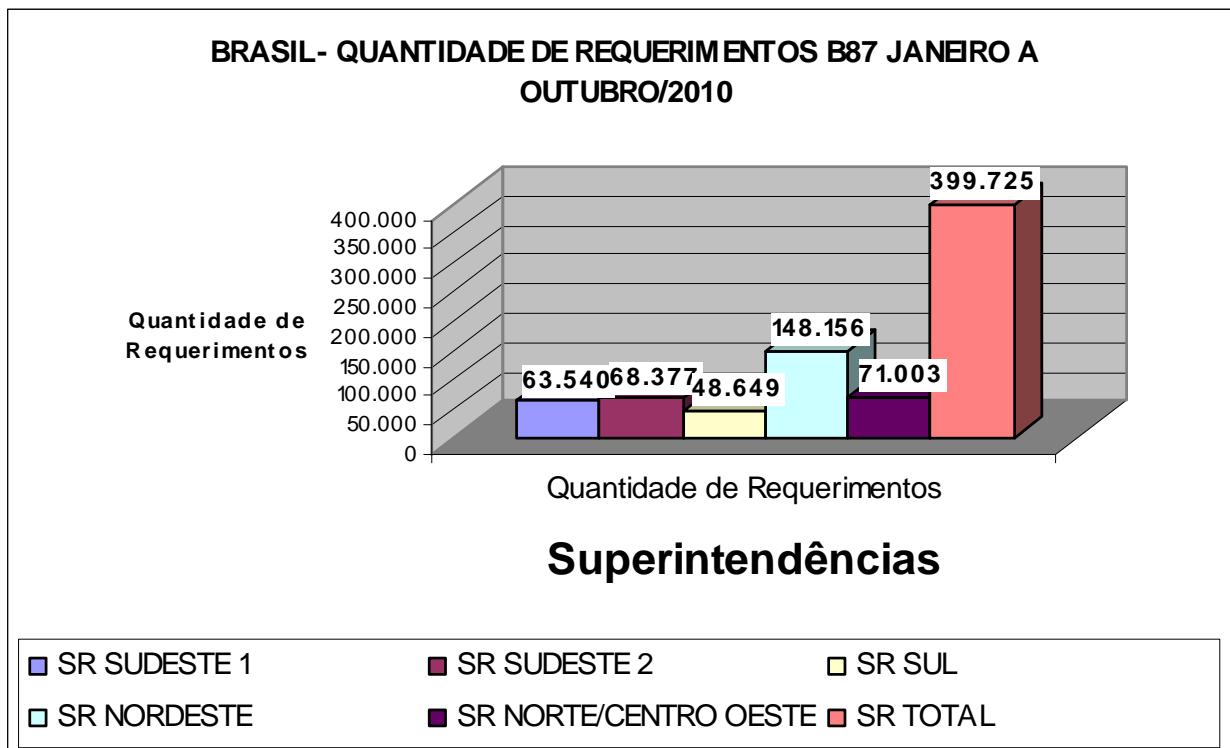
Na prática, isso significa uma grande parcela da população de jovens e idosos sem nenhum tipo de proteção social. Sem acesso a direitos trabalhistas ou cobertura previdenciária muitos deles acabam recorrendo à assistência social como forma de garantir a sua sobrevivência e de sua família.

No caso do Benefício da Prestação Continuada à pessoa com deficiência, os fatores acima citados certamente influenciam no aumento do número de requerimentos desse benefício assistencial.

¹⁶ Utiliza-se aqui o termo Questão Social defendido pela autora Marilda V. Iamamoto (2009), onde a mesma conceitua Questão Social como: “o conjunto das expressões das desigualdades da sociedade capitalista madura, que tem uma raiz comum: a produção social é cada vez mais coletiva, o trabalho torna-se mais amplamente social, enquanto a apropriação de seus frutos mantém-se privada, monopolizada por uma parte da sociedade” (p.26)

O gráfico a seguir mostra a evolução da quantidade de requerimentos do Benefício de Prestação Continuada realizados pelas pessoas com deficiência no período de janeiro e outubro de 2010 por regiões do país.

Gráfico 02



Fonte: SUIBE. Divisão de Acompanhamento e Controle dos Benefícios por Incapacidade. DIRSAT. Relatório extraído em 17/11/10.

Para o Serviço Social do INSS, que antes chegou até a correr o risco de ser extinto da instituição, e teve a atividade de seus profissionais bastante reduzida, com a implantação do novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para acesso ao BPC, conseguiu estabelecer uma nova demanda de trabalho para os assistentes sociais do INSS através da avaliação social, que é de competência exclusiva do assistente social. Essa nova demanda só fortalece e consolida o Serviço social no INSS ao reconhecer como importante e essencial o trabalho do assistente social neste processo.

Abaixo se observa um quadro resumo das opiniões colhidas nas entrevistas com assistentes sociais e médicos do INSS, usuários e gestores sobre a participação do assistente social no processo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para acesso ao BPC:

Quadro 06

OPINIÃO SOBRE A PARTICIPAÇÃO DO ASSISTENTE SOCIAL NO NOVO MODELO DE AVALIAÇÃO DA DEFICIENCIA E DO GRAU DE INCAPACIDADE PARA ACESSO AO BPC.	
ENTREVISTADOS	RESPOSTAS
Assistentes Sociais	<ul style="list-style-type: none"> • Introduz neste modelo uma nova dimensão de análise que leva em consideração as expressões da questão social; • Favorece a análise médico pericial através do relatório sobre a história social do requerente; • Permitiu uma maior discussão sobre o benefício dentro da instituição. • Possibilitou o reconhecimento e fortalecimento profissional e ético-político do assistente social dentro da instituição;
Médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Considera importante por se tratar de um benefício assistencial.
Gestores	<ul style="list-style-type: none"> • A avaliação ficou mais completa no que diz respeito à análise do contexto social. • Rompeu paradigmas. • Consegue mensurar o grau de vulnerabilidade social do usuário do BPC; • Sai da subjetividade para trabalhar cientificamente com as barreiras e facilitadores no ambiente em que o requerente do BPC está exposto.
Usuários	<ul style="list-style-type: none"> • Possibilitou conhecer melhor toda a realidade social em que está inserido; • Permitiu o esclarecimento de suas dúvidas e orientou sobre os direitos da pessoa com deficiência para além do benefício requerido.

Fonte: elaboração própria através de dados da pesquisa de campo.

Nas respostas dos assistentes sociais, quatro pontos principais foram levantados conforme disposto no quadro acima. O primeiro diz respeito à introdução de uma nova dimensão de análise da política, que leva em consideração as expressões da questão social.

(...) As expressões da questão social têm sido consideradas no processo avaliativo dando um caráter novo ao conceito de deficiência, que se aproxima ao conceito social de deficiência. Com a avaliação social, a interpretação da incapacidade é vista não apenas do ponto de vista das limitações físicas, mas também das barreiras sociais (...) que direta ou indiretamente prejudicarão a inserção no mercado de trabalho (escolaridade, idade, vivência de discriminação, etc).

Informante 03, entrevista com assistente social do INSS em maio de 2011.

Como bem colocado na resposta acima transcrita, a partir do novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade, passam a serem avaliadas além das limitações físicas, as barreiras sociais que impedem ou dificultam a pessoa com deficiência a

ter uma vida independente e de estar inserida no mercado de trabalho.

A dificuldade de acesso a políticas públicas como educação, saúde, habitação, trabalho, transporte, etc., por si só já constitui uma grande barreira na concorrência por “igualdade de oportunidades” mesmo para quem não possui qualquer tipo de deficiência, quanto mais para as pessoas com deficiência. Para elas, estas barreiras são um agravante ainda maior, visto que estão cada vez mais distantes dessa suposta “igualdade de oportunidades” para inserção no disputado mercado de trabalho.

Levar em consideração estes aspectos é reconhecer que a situação dessas pessoas com deficiência é também fruto da contradição entre capital e trabalho, visto que estes indivíduos, por sua condição de deficiente, não conseguem inserção no mercado de trabalho e vivem numa situação de pauperismo absoluto. Muitas dessas pessoas possuem deficiência considerada leve, e não conseguem ter acesso ao BPC para garantirem o mínimo de consumo e acabam aumentando ainda mais o contingente de pessoas que compõem o exército industrial de reserva.

Outros dois pontos foram levantados pelos assistentes sociais: um deles refere-se à inclusão da avaliação social como instrumento que favorece a análise médico pericial através do relatório sobre a história social do requerente.

(...) a avaliação social não é apenas parte de um resultado que se une à perícia médica. A idéia é que o próprio conteúdo da avaliação social norteie o olhar do médico.

Informante 03, entrevista com assistente social do INSS em maio de 2011.

O que se espera é que haja uma integração entre a equipe de avaliadores, e não que simplesmente cada um faça a sua parte, mas que o médico reconheça o trabalho do assistente social e dê a importância devida ao histórico social da pessoa com deficiência como um aspecto que influencia no agravamento da situação de deficiência e do grau de incapacidade do sujeito.

Os dados da pesquisa não conseguiram mensurar exatamente se os médicos peritos levam ou não em consideração o relatório social elaborado pelo assistente social ou em que grau este relatório pode influenciar a avaliação médica. Pelos relatos dos usuários requerentes do BPC em nenhum momento os médicos peritos citaram algum aspecto da avaliação social ou fizeram qualquer pergunta sobre o contexto social dos mesmos.

Ele só perguntou mesmo se a minha cegueira era total ou parcial, aí eu falei que era total, ele falou que tinha que tá tudo isso no laudo médico, tinha que ser um laudo completo e que só com aquilo alí..., isso não adiantava que não ia passar. Aí só pegou as coisas, os negócios, os laudos, e falou que eu tava liberado. Mas também nem sequer levantou da cadeira pra me ajudar, nem nada. (...) não quis nem saber como eu tinha chegado, por onde eu tinha passado, se eu passei por assistente social ou não, não falou nada.

Informante 06 – teve o benefício indeferido.

Só perguntou da deficiência mesmo, e perguntou também se eu trabalhava, só isso...
informante 07 – teve o benefício concedido.

Os médicos peritos por sua vez não conseguem mensurar em que grau a avaliação social pode influenciar na avaliação médica por considerarem que o instrumento de avaliação médica não permite ao médico ter liberdade para julgar todos os aspectos referentes à deficiência por ser objetivo, porém bastante fechado.

Pesquisador: Na parte da assistente social, vocês conseguem visualizar apenas o histórico social ou a avaliação dela completa? Informante: é mais o histórico social né, pra gente ver a limitação, ajuda agente a entender o contexto da pessoa, mas na nossa parte mesmo agente tem perguntas muito objetivas pra poder influenciar muito a parte social, não tem como agente mudar aquilo que é objetivo, então por isso que limita um pouco, por que pode estar escrito lá a pessoa mais desamparada possível, mas agente tem respostas muito objetivas para dar né? (...) é o que eu falei, que ficou tão objetivo que atrapalha, entendeu, atrapalha muitas vezes.

Informante 04, entrevista com médico perito do INSS em maio de 2011.

Pode-se observar pelos depoimentos acima que ainda falta uma interação maior entre a equipe de avaliadores e verificou-se também o surgimento de uma demanda médica por uma revisão do atual modelo de avaliação médica do BPC que permita aos peritos ter maior liberdade para avaliar a deficiência.

Abaixo se resume em um quadro, os assuntos que assistentes sociais e médicos peritos abordaram junto aos requerentes do BPC entrevistados, os dados revelam que a avaliação social aborda um leque muito maior de aspectos da vida do requerente que a avaliação médica. Por isso, salienta-se a importância dos médicos peritos levarem em consideração a avaliação social, pois abrange aspectos não alcançados pela avaliação médica.

Quadro 07

ASSUNTOS ABORDADOS PELOS AVALIADORES DO BPC SEGUNDO OS REQUERENTES DO BPC ENTREVISTADOS			
ASSISTENTES SOCIAIS	SIM/NÃO	MÉDICOS PERITOS	SIM/NÃO
Dados pessoais	SIM	Dados pessoais	SIM
Condições financeiras	SIM	Condições financeiras	NÃO
Condições de moradia e acessibilidade	SIM	Condições de moradia e acessibilidade	NÃO
Relações sociais e afetivas	SIM	Relações sociais e afetivas	NÃO
Lazer	SIM	Lazer	NÃO
Comunicação	SIM	Comunicação	NÃO
Condições de saúde, medicamentos	SIM	Condições de saúde, medicamentos	SIM
Atividades cotidianas	SIM	Atividades cotidianas	SIM
Outros:	SIM	Outros:	NÃO

Fonte: elaboração própria com dados da pesquisa de campo.

Dos requerentes do BPC entrevistados, um teve o benefício concedido e o outro teve o benefício indeferido por ter sido considerado capaz para a vida independente e para o trabalho e por sua família ter sido considerada capaz de se manter. Ambos afirmaram ter sido extremamente importante terem sido avaliados por um assistente social, mesmo o requerente que teve o benefício indeferido, como a seguir revela em trecho de sua entrevista:

Sim, muito importante. É ... porque ela é assistente social né?! Ela viu toda a minha realidade, ela não só viu como me orientou em tudo né? Nos meus direitos, mostrou que era um direito meu aquilo né, então, acho que tudo isso é importante... a comunicação do assistente social, mostrar os direitos e mostrar que agente pode correr atrás, fez toda uma orientação. Acho que é um avanço né, na nossa luta contra a desigualdade social.

informante 06

Já o usuário entrevistado que teve o benefício concedido, não é o titular do benefício, é a mãe e representante legal do titular, que tem aproximadamente um ano e meio. Esta revelou que a avaliação social ajudou a conhecer não só a condição social do seu filho deficiente, mas também a sua própria condição social enquanto mãe de uma criança deficiente.

(...) acho que foi muito importante pois deu pra entender melhor a nossa condição, tanto da condição de deficiência do meu filho, quanto da minha condição enquanto mãe, que não posso trabalhar por causa da deficiência dele, que é totalmente

dependente de mim... ele usa sonda sabe, ele ainda não anda, faz tratamento no hospital SARA, minha vida é totalmente em função dele, sabe...

informante 07, mãe do beneficiário do BPC.

O ponto seguinte revela que a implantação do novo modelo de avaliação, composto por avaliação social e médica, permitiu que houvesse uma maior discussão sobre o benefício dentro da instituição, através de reuniões técnicas do Serviço Social e capacitações de servidores, o que ajudou a diminuir o estigma desse benefício dentro da Previdência Social por não ser um benefício contributivo.

O quarto ponto levantado nas entrevistas diz respeito, segundo os entrevistados, a maior conquista da inclusão do assistente social neste processo. Para os mesmos esta inclusão possibilitou o reconhecimento e fortalecimento profissional e ético-político dos assistentes sociais no âmbito da instituição.

(...) Sabemos que nosso projeto ético-político profissional tem um compromisso de transformação da realidade societária. Considero que a avaliação social também tem esse compromisso. A avaliação social constitui um instrumento que por si só já traz um conjunto de informações sobre o requerente. Se analisarmos os qualificadores das avaliações sociais realizadas diariamente, chegaremos a um total de informações sobre o público-alvo do BPC, que são muito importantes para a avaliação das políticas sociais no país. (...) Além disso, posso dizer que a avaliação social contribui para o fortalecimento do projeto ético-político do Serviço Social porque dá visibilidade à categoria em âmbito nacional, bem como fortalece, de modo especial, o Serviço Social na Previdência.

Informante 03, entrevista com assistente social do INSS em maio de 2011.

Contribui bastante, com um maior comprometimento com o usuário, fortalecimento da categoria, coloca em prática a defesa dos direitos humanos, da cidadania, da luta pela ampliação dos direitos sociais, das políticas não contributivas, da assistência, etc, etc. Informa o segurado dos seus direitos, orienta para além do benefício.

Informante 02 entrevista com assistente social do INSS em maio de 2011.

Este fortalecimento profissional e ético-político pode ser visto nas respostas dos entrevistados, que demonstraram conhecer o projeto ético-político profissional do Serviço Social e o mais importante, demonstraram estar comprometidos com ele na sua prática profissional.

A inserção do assistente social na concessão do BPC através da avaliação social permitiu ao profissional uma maior aproximação com os usuários sujeitos de direitos, e uma

reflexão crítica sobre o seu papel profissional e ético-político diante deste público. Com a avaliação social, a reflexão e a prática puderam ser avaliadas conjuntamente, visto que por meio da avaliação social foi possível ampliar direitos, como já foi demonstrado pelos dados coletados na pesquisa.

A transformação da realidade, o comprometimento com o usuário, a defesa dos direitos humanos, a luta pela ampliação de direitos, são itens citados nas respostas dos entrevistados ao se referirem a sua participação na concessão do BPC através da avaliação social e sobre o fortalecimento ético-político profissional dentro da instituição. Alguns desses itens chegam a abranger uma dimensão muito maior que a meramente Institucional, mas podemos classificá-los como possibilidades da avaliação social vislumbrados pelos profissionais.

Através da trajetória de lutas do Serviço Social no INSS constata-se que estes profissionais sempre foram comprometidos com o projeto ético-político profissional em todas as suas dimensões. Entretanto, a inclusão do assistente social no processo de concessão do BPC trouxe a categoria algumas possibilidades institucionais de transformação da realidade. Em tempos de restrição de direitos a avaliação social conseguiu se consolidar como um instrumento institucional que amplia direitos e fortalece o projeto ético-político.

O que o assistente social está realizando com a avaliação social nada mais é que a efetivação, na prática cotidiana, dos direitos que foram conquistados pela luta e organização da sociedade civil. Portanto o mérito da ampliação de direitos não é apenas da avaliação social que o assistente social realiza, mas da sociedade civil que se mobilizou e conquistou o direito à avaliação social. É esta ampliação de direitos que os assistentes sociais comprometidos com o projeto profissional buscam efetivar. E conforme estes direitos vão se ampliando, contribuem para a construção de novas formas de sociabilidade, que visem à emancipação humana. Segundo Iamamoto (2009),

A medida que os direitos se realizam, alteram o modo como as relações sociais se estruturam, contribuindo na criação de novas formas de sociabilidade, em que o outro passa a ser reconhecido como sujeito de valores, de interesses, de demandas legítimas, passíveis de serem negociadas e acordadas (p. 78).

O processo de renovação do Serviço Social na Previdência, proporcionado pela contratação de 898 novos assistentes sociais no ano de 2009 para atenderem a demanda do BPC, também contribuiu para o fortalecimento profissional e ético-político da categoria no

INSS. Em consequência, essas contratações trouxeram ao corpo de assistentes sociais do INSS, profissionais atualizados teórica e criticamente, muitos deles recém saídos da academia. Aumentaram também o número de capacitações, proporcionando aos novos e antigos servidores, atualização profissional.

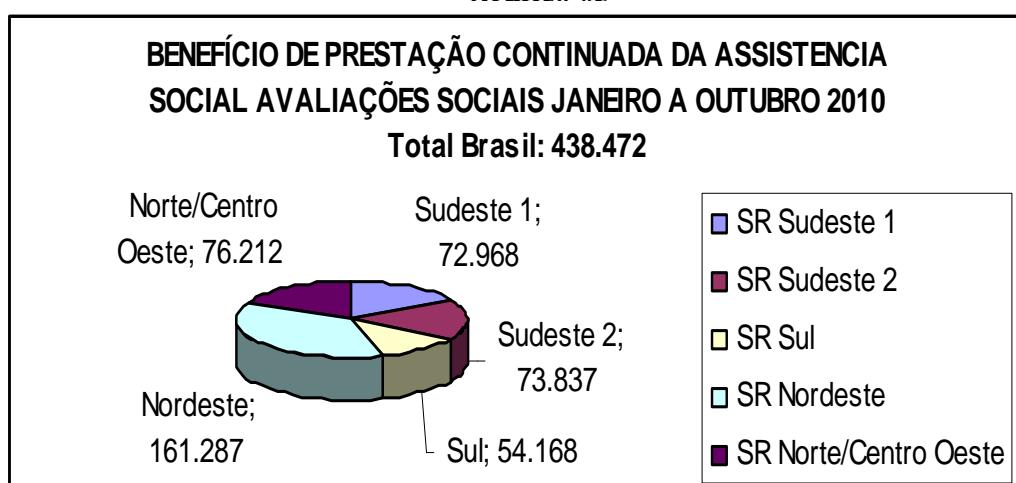
A junção da experiência de servidores mais antigos com uma bagagem teórico-crítica dos profissionais recém contratados foi muito exitosa para o Serviço Social do INSS, pois gerou uma maior qualidade nos serviços prestados a população.

Esse fortalecimento profissional se deu não só pelo número de assistentes sociais no INSS, mas pela relevância social do trabalho que executam junto aos usuários dentro e fora da instituição. Os assistentes sociais sentiram-se valorizados, pois seu trabalho ficou em evidencia com a sua participação na concessão do BPC através da avaliação social.

O novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para acesso ao BPC também trouxe modernização ao Serviço Social da Previdência através da implantação de um sistema informatizado de avaliação, que possibilita a construção de um banco de dados informatizado sobre os beneficiários do BPC. Isso não quer dizer que haja condições ideais de trabalho, existem sim dificuldades, sempre existiram. Mas em meio às dificuldades, avanços estão sendo alcançados pelo embate social e político a favor dos interesses da coletividade.

O gráfico seguinte mostra alguns dados cedidos pela Diretoria de Saúde do Trabalhador do INSS sobre a quantidade de avaliações sociais que os assistentes sociais do INSS realizaram no período de janeiro a outubro de 2010 por regiões do país.

Gráfico 03



Fonte: SUIBE. Divisão de Acompanhamento e Controle dos Benefícios por Incapacidade. DIRSAT. Relatório extraído em 17/11/10.

Portanto, os profissionais do serviço social comprometidos com o projeto ético-político da categoria precisam estar continuamente em busca de capacitação e atualização profissional a fim de poderem contribuir para a ampliação de uma cultura política do direito, afirmando e defendendo os direitos de cidadania e a democracia participativa, mesmo num cenário de regressão de direitos, onde se busca despolitizar as ações dos sujeitos sociais.

3.6 Entre a focalização e o Direito Conquistado: Limites e Desafios do BPC.

A luta da sociedade civil para ampliar os direitos da pessoa com deficiência através de mudanças nos critérios de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para acesso ao BPC gerou resultados positivos, conseguindo quebrar paradigmas, fazendo com que o Estado reavaliasse as regulamentações do BPC e apresentasse a sociedade um novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade, que fosse composto por avaliação médica e social. Entretanto essa conquista de direitos esbarra em um limite: a renda per capta do grupo familiar da pessoa com deficiência deve ser inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo vigente.

Mesmo que a avaliação social constate uma condição social grave, com grandes barreiras e alto grau de vulnerabilidade social, e mesmo que a perícia médica avalie a deficiência e a classifique como grave e considere a pessoa com deficiência como incapaz para a vida independente e para o trabalho, a concessão do benefício fica submetida ao critério da renda familiar per capta.

Muitos aspectos referentes ao BPC mudaram, mas o critério da renda familiar per capta inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo permaneceu inalterado. Para os assistentes sociais entrevistados este é o grande limitador e focalizador do direito da pessoa com deficiência ao BPC atualmente.

O que focaliza o benefício é o corte de renda de $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. A renda é a maior barreira.

Informante 02, entrevista com assistente social do INSS em maio de 2011.

Acho necessário aprimorá-lo nos itens relacionados a avaliação social e médica e no item renda per capta, que é um grande limitador para o acesso ao benefício.
Informante 01, entrevista com assistente social do INSS em maio de 2011.

A renda per capita é o grande focalizador do benefício. É uma grande barreira à avaliação médica e à avaliação social, e também uma barreira ao direito, pois mesmo que a pessoa com deficiência seja considerada incapaz para a vida independente e para o trabalho, se ela não se enquadrar no critério da renda per capita, ela perde o direito a receber o BPC.

No entanto a sociedade civil não está passiva a esta realidade. A reivindicação pelo aumento do limite de renda per capita familiar para concessão do benefício é uma luta antiga, muito mais difícil de vencer, pois se trata de alterar a lei, mas não é impossível.

Prova disso é que os idosos beneficiários do BPC já obtiveram uma vitória contra a renda per capita garantida com a entrada em vigor do Estatuto do Idoso, Lei 10.741 de 1º de outubro de 2003, que em seu artigo 34, Parágrafo Único, estabeleceu que a renda familiar proveniente do recebimento de benefício já concedido a um idoso do mesmo grupo familiar não será contabilizado para o cálculo da renda per capita familiar de outro idoso para concessão de benefício da mesma espécie. Várias outras ações judiciais isoladas e algumas ações civis públicas, contestam alguns aspectos da lei referentes a renda per capita familiar, e estão tendo seus pleitos reconhecidos e deferidos via judicial.

No quadro a seguir estão listados algumas das ações da sociedade civil referentes a reivindicações sobre mudanças no critério da renda per capita e outros assuntos referentes ao BPC.

Quadro 08

DEMANDAS DA SOCIEDADE CIVIL SOBRE MUDANÇAS NO CRITÉRIO DA RENDA PER CAPTA PARA ACESSO AO BPC

<p>117 Projetos de Lei em Tramitação no Congresso sugerem alteração no desenho do BPC</p>	45 referem-se ao aumento da renda <i>per capita</i> para fins de acesso ao BPC;
10 Ações Civis Públicas	12 propõem a extensão do BPC a pessoas com doenças crônicas e/ou mentais; Os demais referem-se a extensão do BPC a cuidadores, a instituição de um abono natalino, o não cômputo do BPC no cálculo da renda de outra pessoa com deficiência na mesma família, alteração na idade limite, relação com o trabalho, dentre
	Ação Civil Pública em Campo Grande-MS, Cachoeira do Sul-RS, Lajeado-RS, Estado do MS, Santa Maria-RS, Santiago-RS, Santo Ângelo-RS, São Paulo, Erichim-RS, Acre; Os questionamentos sugerem a exclusão de qualquer benefício assistencial ou previdenciário no valor de 1 SM concedido a idosos e PCD, a isonomia entre idosos e PCD no não cômputo da renda do BPC e a noção de incapacidade.

Fonte: MDS, 2008.

Na Ação Civil Pública nº 2005.71.00045257-0/RS, por exemplo, ficou determinado, de acordo com a decisão judicial proferida, ao INSS que não considere, durante os requerimentos de benefícios assistenciais, formulados por idosos ou deficientes para aferição da renda *per capita* a que se refere o art. 20 da Lei 8.742/93, qualquer benefício assistencial percebido por familiar idoso ou deficiente, ou ainda qualquer benefício previdenciário de valor igual a um salário mínimo recebido por familiar idoso ou deficiente.

A decisão proferida pela Ação Civil Pública produz efeitos a partir de 16/12/2010 e abrange apenas os municípios do Rio Grande do Sul, sendo eles: Alvorada, Arambaré, Arroio do Sal, Arroio dos Ratos, Balneário Pinhal, Barão do Triunfo, Barra do Ribeiro, Brochier do Marata, Butiá Cachoeirinha, Capão da Canoa, Capela de Santana, Capivari do Sul, Caraá, Cerro Grande do Sul, Charqueadas, Cidreira, Dom Pedro de Alcântara, Eldorado do Sul, Fazenda Vilanova, General Câmara, Glorinha, Gravataí, Guaíba, Imbé, Itati, Mampituba, Maquine, Marata, Mariana Pimentel, Minas do Leão, Montenegro, Morrinhos do Sul, Mostardas, Osório, Palmares do Sul, Pareci Novo, Paverama, Porto Alegre, Santo Antônio da Patrulha, São Jerônimo, Sentinela do Sul, Sertão Santana, Tabaí, Tapes, Taquari, Tavares, Terra de Areia, Torres, Tramandaí, Três Cachoeiras, Três Forquilhas, Triunfo, Viamão e Xangrilá. Os requerentes dos benefícios assistenciais que residem nas cidades relacionadas que tiveram os requerimentos do BPC indeferidos a partir de 16.12.2010 deverão ter seus benefícios revistos em consonância com a decisão judicial.

Esse debate também já vem perpassando as Conferências dos Direitos da Pessoa com Deficiência, que pleiteiam obter os mesmos direitos que os idosos alcançaram o com Estatuto do Idoso referente à renda *per capita*, para isso estão elaborando um Estatuto da Pessoa com Deficiência, que está em fase final de discussão.

Portanto, verifica-se claramente o protagonismo da sociedade civil em busca da ampliação de direitos referentes a mais este critério de focalização do público alvo do Beneficio de Prestação Continuada e que revelam entendimentos distintos da lei entre o Judiciário e o Executivo.

Conclui-se que a ampliação dos direitos sociais está associada a essa relação entre Estado e sociedade civil, onde o papel dos conselhos gestores é fundamental para o fortalecimento na esfera pública do interesse público. Isso mostra que a concepção de participação defendida pela Constituição de 1988 vem ganhando força no âmbito da

sociedade civil, conforme comenta Bravo (2009):

A concepção de participação defendida nos anos 1980, é a gestão nas políticas através do planejamento e fiscalização pela sociedade civil organizada. Ou seja, a interferência política das entidades da sociedade civil em órgãos, agências ou serviços do Estado responsáveis pela elaboração e gestão das políticas públicas na área social. Está relacionada à ampliação dos sujeitos sociais na democratização do Estado brasileiro, tendo no horizonte uma nova relação Estado-Sociedade com a ampliação dos canais de participação direta. (p.335-336)

Esta pesquisa mostra esses avanços ainda que fragmentados pelos segmentos, mas um caminho importante para a democratização do Estado e o enfrentamento ao Estado mínimo em tempos neoliberais de regressão de direitos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização da avaliação social representa um avanço no reconhecimento do direito da pessoa com deficiência ao Benefício de Prestação Continuada previsto na Constituição Federal de 1988. De acordo com o Decreto 6214/2007, a avaliação de deficiência e do grau de incapacidade será composta de avaliação médica e social.

Este novo modelo de avaliação constituiu-se como uma resposta às inúmeras reivindicações da sociedade civil, dirigidos a Previdência Social e ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS). Estas demandas da sociedade civil são resultantes principalmente da participação da população nos espaços públicos e democráticos de controle social e gestão das políticas públicas, como nas Conferências Nacionais de Assistência Social e da Pessoa com Deficiência, além das diversas ações judiciais.

Através desse novo modelo, a incapacidade e a deficiência passaram a ser entendidas em sua totalidade, considerando as diversas dimensões da saúde do requerente, incluindo a dimensão social. Nesse sentido, o novo modelo instituído pelo Decreto 6214/2007 supera o antigo modelo instituído pelo Decreto 1744/1995 que avaliava a deficiência sob uma perspectiva totalmente biomédica, onde a mesma era vista de uma maneira totalmente isolada e individual, apenas pelos seus aspectos físicos e clínicos.

Com o atual modelo de avaliação esta visão mudou, já que passou a se utilizar a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para compreender a incapacidade e a deficiência, que deve ser entendida como um fenômeno multidimensional que considera todo um contexto de saúde, com os facilitadores e as barreiras sociais, ambientais e de participação, que dificultam o desenvolvimento das capacidades individuais.

A construção do novo modelo de avaliação da deficiência para concessão do BPC foi resultado de um amplo debate e diversos estudos do órgão gestor do BPC, o MDS e o órgão operacionalizador do benefício, o INSS, que em parceria conseguiram construir e implantar um novo instrumento de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para acesso ao BPC através da Portaria Conjunta nº 01, de 29 de maio de 2009.

O novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para a concessão do BPC é um instrumento que está em fase de implementação, podendo ser considerado como um modelo em construção. As entrevistas com médicos e assistentes

sociais do INSS mostraram que ainda é necessário aprimorá-lo para adequá-lo a realidade dos usuários em alguns aspectos. Nesse sentido, o MDS em parceria com o INSS realizou estudo sobre a necessidade de revisar alguns aspectos do novo modelo de avaliação da deficiência, tanto na parte social quanto na parte médica que visem uma avaliação mais eficiente sobre o grau de incapacidade do requerente, mas também tomando cuidado de respeitar a autonomia técnica dos profissionais avaliadores, com o propósito de evitar análises e avaliações simplesmente tecnicistas.

Diante das demandas profissionais por ajustes no instrumento de avaliação do novo modelo, algumas delas relatadas nesse estudo, em 24 de maio de 2011, foi publicada a Portaria Conjunta nº 01 MDS/INSS que faz alterações nos instrumentos de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade da pessoa com deficiência para acesso ao BPC, que visa tornar mais justo e eficiente o instrumento de avaliação. Isso demonstra uma preocupação dos gestores da política com uma avaliação e revisão continuada das políticas sociais.

A implementação e gestão do BPC, nos primeiros anos de vigência, estiveram sob forte influência da Previdência Social, o que acabou provocando uma confusão na identificação do benefício pelos beneficiários, se este era um benefício previdenciário ou assistencial. Deste modo o BPC ficou desarticulado e desintegrado das demais ações da política de Assistência Social, sem visibilidade e sem uma gestão adequada.

Em 2005, com a organização do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, um novo modo de gestão da Política Nacional de Assistência Social foi definido, alcançando o BPC. É no SUAS que o BPC restaura a sua identidade como benefício da política de assistência social, destinado à proteção de idosos e pessoas com deficiência em situação de vulnerabilidade.

Assim, o BPC é uma das prestações do SUAS. Compete ao Ministério do Desenvolvimento Social (MDS), por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), a implementação, financiamento, coordenação geral, monitoramento e avaliação da prestação deste benefício, e ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), sua operacionalização.

O reconhecimento do BPC como direto de cidadania exige uma gestão eficiente e avaliação contínua da política dos órgãos e entidades envolvidos nos processos de concessão, gestão, monitoramento da política e acompanhamento dos beneficiários. É nessa direção que a NOB/SUAS 2005 apontou. (INSS, 2009)

Poucos são os estudos que tratam sobre o novo modelo de avaliação da deficiência e

do grau de incapacidade para acesso ao BPC na atualidade. Em nível de graduação Alan Teles da Silva realizou estudo sobre a temática onde questiona quais os desafios da avaliação social e chegou à conclusão de que houve ampliação no acesso ao BPC para pessoas com deficiência moderada com a inclusão da avaliação social e que os desafios da mesma estão relacionados a aspectos materiais, éticos e técnicos do exercício profissional, suas atribuições e competências e relacionados às dificuldades em alguns itens do instrumento de avaliação.

Esta pesquisa diferencia-se do autor acima citado, pois além de constatar uma ampliação do direito da pessoa com deficiência, salienta a importância da participação da sociedade civil nos espaços democráticos de participação popular, na conquista e ampliação dos direitos e na gestão das políticas sociais, que no caso do BPC, protagonizaram no conselho da pessoa com deficiência e nas conferências de Assistência Social entre outros, a luta pela mudança na forma de avaliar a incapacidade para a vida independente e para o trabalho das pessoas com deficiência, sendo a avaliação social a efetivação do direito conquistado pela sociedade civil no embate contra-hegemônico. Em relação à necessidade de mudanças no instrumento de avaliação social, por dificuldade de aplicação pelos assistentes sociais apontados por Teles, esta pesquisa indica que já existem estudos dos órgãos gestores que visam revisar o atual modelo, e que modificações já foram implantadas não apenas no instrumento de avaliação social como no instrumento de avaliação médico pericial.

A presente pesquisa também acrescenta perspectivas de outros profissionais e dos usuários sobre a avaliação social, além da percepção do assistente social. Mostra ainda que a inclusão do assistente social através da avaliação social fortaleceu o Projeto Ético-Político profissional no âmbito da Previdência Social, dando mais visibilidade ao assistente social, ampliando o espaço de atuação deste profissional no interior da instituição com a criação de uma nova demanda de trabalho exclusiva do Serviço Social na Previdência Social, criando possibilidades institucionais de transformação da realidade e fortalecendo as políticas de seguridade social e a concepção de proteção social não contributiva.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade Social: a armadilha dos conceitos.** Brasília: GESST-UnB, 2002. Disponível em www.unb.br/ih/dss/gesst/seguridade.pdf

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Artigos 193 a 195.

_____. Presidência da República. **Lei Orgânica da Seguridade Social, nº 8.212, de 24 de julho de 1991,** atualizada e publicada no DOU de 11 de abril de 1996.

_____. Presidência da República. **Lei Orgânica da Previdência Social, nº 8.213, de 24 de julho de 1991,** atualizada.

_____. Presidência da República, **Lei Orgânica da Assistência Social: lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993.**

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **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. 192 p. ISBN 978-85-60700-04-2.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome **SUAS - Sistema Único de Assistência Social.** Brasília, DF: MDS/SNAS, 2007.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Apresentação **em Audiência Pública - Extensão de Benefícios continuados para idosos e pessoas com deficiência em novembro de 2008.** Brasília, DF: MDS/SNAS, 2008.

_____. **Resolução nº 27, de 24 de fevereiro de 2005. Conselho Nacional de Assistência Social.** Dispõe sobre a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS).

_____. **Resolução nº 145, de 15 de outubro de 2004.** Conselho Nacional de Assistência Social. Dispõe sobre a Política Nacional de Assistência Social (PNAS). Diário Oficial da União 2004; 28 de outubro de 2004.

BRAVO, Maria Inez Souza. **O Trabalho do assistente social nas instâncias de controle democrático.** In: Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Brasília. Ed. CFESS/ABEPS, 2009.

BRAZ, M. Notas sobre o projeto ético-político do Serviço Social. In CRESS 7a. Região. Assistente social: ética e direitos. Rio de Janeiro: CRESS/7a. Região, 2005.

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

COELHO, Jocelina Alves de Souza. Serviço Social na Previdência: uma análise de sua inserção político-institucional na conjuntura brasileira no período de 1960-2003. Dissertação de mestrado em Serviço Social. Universidade Federal de Alagoas. Maceió, 2006.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível.** São Paulo: Cortez, 2006.

CRESWELL, John. **Revisão de Literatura.** In: Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2^a ed. Porto Alegre: Artmed. Bookman. 2007.

GUERRA, Yolanda. **Projeto profissional crítico: estratégia de enfrentamento das condições contemporâneas da prática profissional.** In: Serviço Social e Sociedade nº91, ano XXVII, editora cortes, 2007

IAMAMOTO, Marilda V. **O Serviço Social na Contemporaneidade: trabalho e formação profissional.** 3^a ed. São Paulo: Cortez, 2009.

_____. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social.** São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **Renovação e conservadorismo no Serviço Social: ensaios críticos.** São Paulo: Cortez, 2008.

_____. **As dimensões ético-políticas e teórico-metodológicas no Serviço Social contemporâneo.** In: *Revista Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional*, 2004. Disponível em: https://www.fnpes.org.br/pdf/servico_social_saude/texto2-2.pdf. Acesso 20/05/2011

IAMAMOTO, Marilda V. & CARVALHO, Raul. **Relações sociais e Serviço Social no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2007.

INSS. Matriz Teórico-Metodologica do Serviço Social na Previdência Social. Brasília, MPAS/INSS/Divisão de Serviço Social. INSS, 1994.

INSS. Material instrucional do Curso de Ambientação de Analistas do Seguro Social com Formação em Serviço Social. MPS/INSS/Divisão de Serviço Social. INSS, 2009.

MONTAÑO, C. Um projeto para o Serviço Social crítico. Rev. katálysis, Dez 2006, vol.9, no.2, p.141-157. ISSN 1414-4980.

_____ . O projeto neoliberal de resposta à. “questão social”. e a funcionalidade do “ terceiro setor”. Rev. Lutas Sociais, n.8, 2002 Disponível em: https://www.pucsp.br/neils/downloads/v8_carlos_montano.pdf. Acesso em:02/05/2011.

MOTA, A. E. Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da Previdência e da Assistência Social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo, Cortez, 2000.

_____ . A centralidade da assistência social na seguridade social brasileira nos anos 2000. In: MOTA, Ana (org). O mito da assistência social. 3^a ed. São Paulo: Cortez, 2009.

MOTA, Ana. MARANHÃO, Cesar. SITCOVSKY, Marcelo. As tendências da política de assistência social, o SUAS e a formação profissional. In: MOTA, Ana (org). O mito da assistência social. 3^a ed. São Paulo: Cortez, 2009.

NEVES, A. Vieira. O pensamento conservador na sociedade brasileira: ambigüidades entre o público e o privado. In: Serviço Social e Sociedade nº 93. São Paulo: Cortez, 2008

_____ . A. Vieira. Democracia Participativa e Cultura Política: um estudo sobre orçamento participativo. Rio de Janeiro. Gramma, 2008.

NEVES, M. E Rodrigues e SILVA, Maria de Jesus. Previdência Social: construção da praticado Serviço Social. In: Serviço Social na Previdência: trajetória, projetos profissionais e saberes. BRAGA, Léa e CABRAL, M. do Socorro Reis, (Org.). 3 ed. São Paulo. Cortez, 2008.

NETTO, José Paulo. A construção do projeto ético-político do Serviço Social. In: Revista Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional.

OLIVEIRA, Heloísa. **Cultura Política e Assistência Social: uma análise das orientações de gestores estaduais.** São Paulo: Cortez, 2003.

OMS. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** Trad. do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo, 2004.

PEREIRA, Potyara. **A assistência social na perspectiva dos direitos.** Brasília: Thesaurus, 1996. Capítulos 2 e 3, p. 33-58.

SANTOS, W. G. **Cidadania e Justiça: a política social na ordem brasileira.** 2 ed. Rio de Janeiro: Campus, 1987.

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

SILVA, Alan Teles da. **Os desafios da avaliação social para acesso ao BPC.** 2010. 103 f. Monografia (Bacharelado em Serviço Social)-Universidade de Brasília, Brasília, 2010

SPOSATI, Aldaíza **Assistência Social: De Ação Individual A Direito Social.** Revista Brasileira De Direito Constitucional – Rbdc N. 10 – Jul./Dez. 2007.

SITCOVSKY, Marcelo. **Particularidades da expansão da assistência social no Brasil.** In: MOTA, A. E. (Org.). *O mito da assistência social: ensaios sobre estado, política e sociedade.* 3. ed. São Paulo: Cortez, 2009. p. 147-179.

VIANNA, M. L. W. **O silencioso desmonte da Seguridade Social no Brasil.** In BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A P. (orgs.) *Política Social e Democracia.* São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2001.

YAZBECK, M. Carmelita. **Análise da Matriz Teórico- Metodológica do Serviço Social no INSS considerando a política previdenciária, suas determinações sócio-históricas e o projeto hegemônico do Serviço Social.** In: Serviço Social na Previdência: trajetória, projetos profissionais e saberes. BRAGA, Léa e CABRAL, M. do Socorro Reis, (Org.). 3 ed. São Paulo. Cortez, 2008.

ANEXO
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS
QUESTIONÁRIO - BENEFICIÁRIOS

1. Sexo M F

2. A quanto tempo recebe o Beneficio Assistencial ao Deficiente- BPC-LOAS?

3. Quando foi ao INSS requerer ao beneficio, quais os profissionais que lhe atenderam?

Atendente Administrativo Assistente Social Médico Perito
 Outros: Quais?_____

4. O assistente social que lhe atendeu abordou assuntos referentes à:

Dados pessoais
 Condições financeiras
 Condições de moradia e acessibilidade
 Relações sociais e afetivas
 Lazer
 Comunicação
 Condições de saúde e medicamentos
 Atividades cotidianas
 Outros: Quais?_____

5. O médico que lhe atendeu abordou assuntos referentes à:

Dados pessoais
 Condições financeiras
 Condições de moradia e acessibilidade
 Relações sociais e afetivas
 Lazer
 Comunicação
 Condições de saúde, medicamentos
 Atividades cotidianas
 Outros: Quais?_____

6. Você considera as perguntas que o assistente social e o médico perito lhe fizeram importantes para conhecer melhor as condições de vida e saúde que você tem?

7. Você acha que foi importante ser avaliada (o) por uma assistente social antes de passar pela pericia médica? Por quê?

Se você não passou pela avaliação de uma assistente social, responda a pergunta a seguir:

8. Como foi ser avaliado por um médico perito? Ele perguntou sobre as diversas áreas da vida ou apenas sobre sua deficiência?

ROTEIRO DE ENTREVISTA - GESTORES

- 1 O que levou o Estado, através do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome em parceria com o INSS a montar um GTI para elaborar e implantar um novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para fins de concessão do BPC, espécie 87?
- 2 Quais os objetivos que o GTI esperava alcançar ao elaborar o Novo Modelo de Avaliação da Deficiência para fins da concessão do BPC? O que mudou com esse novo instrumento?
- 3 Você acha que este instrumento tem alcançado os objetivos a que se propôs? Comente.
- 4 Existem estudos do ministério ou do INSS que acompanhem e avaliem os resultados da implantação desse instrumento? Como estão sendo planejadas essas ações?

ROTEIRO DE ENTREVISTA – ASSISTENTE SOCIAL

- 1- Nome:
- 2- Agencia que trabalha:
- 3- Tempo que trabalha na Instituição:
- 4- Ano de Formação:
- 5- Você realiza avaliações sociais para concessão do BPC de acordo com o Novo Modelo instituído pelo Decreto n° 6214/2007?
- 6- Você considera importante a participação o assistente social no processo de concessão do BPC? Por quê?
- 7- Atualmente, a quantidade de usuários que são atendidos diariamente pelo serviço social aumentou ou diminuiu em relação ao período anterior a sua participação no processo de concessão do BPC?
- 8- Em sua opinião, qual a importância de se levar em consideração os aspectos sociais, ambientais, físicos e de acessibilidade entre outros para a concessão do BPC ao deficiente?
- 9- Esse modelo de avaliação da incapacidade composto pela avaliação médica e social contribui ou não para diminuir a subjetividade nos critérios usados para a concessão do BPC? Por que?
- 10- Em sua opinião, a avaliação social é um instrumento que contribui para ampliação do acesso ao direito da pessoa com deficiência? Por quê?
- 11- Você considera este novo modelo de avaliação social como um critério a mais de focalização do público-alvo deste benefício?
- 12- Em sua opinião, a avaliação social é um instrumento que contribui para o fortalecimento do projeto ético político do serviço social? Justifique.
- 13- Em sua opinião, a implantação deste novo modelo de avaliação social fortalece a Política de Assistência Social? Contribui para uma maior universalização das políticas de assistência?
- 14- Você está satisfeita com o novo modelo da avaliação do deficiente ou acha necessário aprimorá-lo?

ROTEIRO- ENTREVISTA MÉDICO PERITO

1. Nome:
2. Agencia que trabalha:
3. Tempo que trabalha na Instituição:
4. Você realiza avaliações médicas-periciais de acordo com o novo modelo instituído pelo Decreto nº 6214/2007?
5. O que mudou em relação ao modelo anterior de avaliação da pessoa com deficiência?
6. Você considera importante a participação do assistente social no processo de concessão do BPC? Por quê?
7. Esse novo modelo de avaliação da incapacidade composto por avaliação médica e social, contribui ou não para diminuir a subjetividade nos critérios usados para a concessão do BPC? Por quê?
8. Em sua opinião, a avaliação social é um instrumento que contribui para a ampliação do direito da pessoa com deficiência ao benefício? Por quê?
9. Você considera este novo modelo de avaliação social como um critério a mais de focalização do público-alvo deste benefício?
10. Você está satisfeito com o novo modelo de avaliação da deficiência ou acha necessário aprimorá-lo? Comente.