



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO SOCIOECONÔMICO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL**

RENILDE FANTIN GEBLER

**BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA:
OS PEDIDOS REFUTADOS E SUAS CONTRADIÇÕES**

Florianópolis
2014

RENILDE FANTIN GEBLER

**BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA:
OS PEDIDOS REFUTADOS E SUAS CONTRADIÇÕES**

Dissertação submetida como requisito parcial à obtenção de grau de Mestre em Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Mestrado, Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof. Dra. Helenara
Silveira Fagundes

Área de concentração:
Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social

Linha de Pesquisa:
Direitos, Sociedade Civil, Políticas Sociais na América Latina.

Florianópolis,
2014

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Gebler, Renilde Fantin

Benefício de prestação continuada : Os pedidos refutados e suas contradições / Renilde Fantin Gebler ; orientadora, Helenara Silveira Fagundes - Florianópolis, SC, 2014.
111 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina, Centro Sócio-Econômico. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social.

Inclui referências

1. Serviço Social. 2. benefício de prestação continuada. 3. pessoa com deficiência. 4. avaliação social e médica. I. Fagundes, Helenara Silveira . II. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social. III. Título.

RENILDE FANTIN GEBLER

**BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA:
OS PEDIDOS REFUTADOS E SUAS CONTRADIÇÕES**

Esta dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre em Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Centro Socioeconômico da Universidade Federal de Santa Catarina.

Florianópolis, 28 de Fevereiro de 2014.

Prof.^a Dr.^a Vania Maria Manfroi
Coordenadora do Curso PPGSS/UFSC

Banca Examinadora:

Prof.^a Dr.^a Helenara Silveira Fagundes
Orientadora – PPGSS/UFSC

Prof.^a Dr.^a Beatriz Augusto de Paiva
Examinadora - UFSC

Prof. Dr. Helder Boska de Moraes Sarmento
Examinador – UFSC

Prof.^a Dr.^a Mara de Oliveira
Examinadora – Universidade de Caxias do Sul

AGRADECIMENTOS

Agradeço à minha orientadora, professora doutora Helenara Silveira Fagundes, principalmente pela paciência que teve comigo, por sua compreensão e disponibilidade.

Aos professores doutores Beatriz Augusto de Paiva, Helder Boska de Moraes Sarmiento e Mara de Oliveira pela disponibilidade em participar desse momento e pelas inúmeras contribuições.

Aos meus amores Luciano e Helena por fazerem parte da minha história.

A minha amiga Cinthia, um agradecimento especial, sem você não teria sido possível.

A Tarciane, Janaína, Camila, Fabian e Leon, vocês foram elementos importantíssimos dessa construção.

A Cristina, Larissa, Quelen e Andréa pelos livros emprestados.

A Elisabete, pelo apoio, pela cama, pelos cafés da manhã e pelas caronas.

Aos tios Neusa e Odair, por todos os momentos compartilhados durante esse período.

A todas as pessoas que compartilharam comigo sua história de vida durante as avaliações sociais.

Carolina Maria nasceu no meio da sujeira e dos urubus.

Cresceu, sofreu, trabalhou duro; amou homens, teve filhos. Num livrinho, anotava com letra ruim suas tarefas e seus dias.

*Um jornalista leu esses livros por acaso e Carolina Maria de Jesus converteu-se numa escritora famosa. Seu livro *Quarto de Despejo*, diário de cinco anos de vida num sórdido subúrbio da cidade de São Paulo, foi lido em quarenta países e traduzido para treze idiomas.*

Cinderela do Brasil, produto do consumo mundial, Carolina Maria de Jesus saiu da favela, correu o mundo, foi entrevistada e fotografada, premiada pelos críticos, agasalhada pelos cavalheiros e recebida por presidentes.

Passaram-se os anos. No início de 1977, numa madrugada de domingo, Carolina Maria de Jesus morreu em meio ao lixo e as urubus. Ninguém lembrava da mulher que escrevera: “A fome é a dinamite do corpo humano”.

Ela, que havia vivido de restos, pôde ser, fugazmente, uma eleita. Foi permitido a ela sentar-se à mesa. Depois da sobremesa, rompeu-se o encanto. Enquanto seu sonho transcorria, o Brasil continuava sendo um país onde a cada dia, 100 trabalhadores ficam lesados por acidentes de trabalho e onde quatro de cada dez crianças que nascem, são obrigadas a converterem-se em mendigos, ladrões ou mágicos.

Ainda que as estatísticas sorriam, as pessoas estão arruinadas. Em sistemas organizados ao contrário, quando a economia cresce, cresce com ela a injustiça social. No período de maior êxito do “milagre” brasileiro, aumentou a taxa de mortalidade infantil nos subúrbios da cidade mais rica do país. A súbita prosperidade do petróleo no Equador trouxe televisão a cores em vez de escolas e hospitais.

As cidades vão inchando até explodirem. Em 1950, a América Latina tinha seis cidades com mais de um milhão de habitantes. Em 1980, terá vinte e cinco. As vastas legiões de trabalhadores que o campo expulsa, compartilham, nas margens dos grandes centros urbanos, a mesma sorte que o

sistema reserva aos jovens cidadãos que “sobram”. Aperfeiçoar-se – velhacaria latino-americana – as formas de sobrevivência dos caça-vidas. “O sistema produtivo vem mostrando uma visível insuficiência para gerar emprego produtivo que absorva a crescente força de trabalho da região, especialmente os grandes contingentes de mão-de-obra urbana...”.

Um estudo da organização Mundial do Trabalho assinalava, faz pouco tempo, que na América Latina existem mais de 110 milhões de pessoas em condições de “grave pobreza”. Delas, setenta milhões podem ser consideradas “indigentes”. Qual é a porcentagem da população que come menos do necessário? Na linguagem dos técnicos, aqueles que têm “orçamento inferior ao custo da alimentação mínima equilibrada”, são 43% dos colombianos, 42% da população brasileira, 49% da de Honduras, 31% dos mexicanos, 45% dos peruanos, 29% dos chilenos, 35% dos equatorianos.

Como afogar explosões de rebelião das grandes maiorias condenadas? Como prevenir essas possíveis explosões? Como evitar que essas maiorias sejam cada vez mais amplas se o sistema não funciona para elas? Excluindo-se a caridade, sobra a polícia.

Eduardo Galeano

RESUMO

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) trata da garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria subsistência, ou de tê-la provida por sua família. Previsto na Constituição Federal de 1988, foi regulamentado após cinco anos, através da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, sendo operacionalizado somente a partir de 1996. Por um lado, foi considerado um marco da política de assistência social por romper com a precariedade e ausência de regras claras, tão comuns desta, além de se constituir num benefício social independente do vínculo de trabalho; porém, de outro lado, trata-se de uma política focalizada somente naquelas pessoas em situação de pobreza extrema.

O objetivo do trabalho é a análise dos requerimentos de BPC que foram indeferidos na Agência da Previdência Social de Vacaria – RS, no período do agosto de 2009 até dezembro de 2012, buscando fazer um perfil dos requerentes e identificar as causas do indeferimento. As questões que permeiam essa análise tratam de identificar as possibilidades da avaliação social no acesso ao BPC, bem como, traduzir os limites do modelo biomédico e ainda, discutir o critério de renda per capita como mecanismo de exclusão do acesso ao benefício de prestação continuada. Dos 246 benefícios indeferidos nesse período: 6,4% foram indeferidos exclusivamente pela perícia médica, ao indicar que a doença ou deficiência não cumpre o requisito de longo prazo, qual seja, prazo inferior a dois anos; 18,6%, apesar da renda per capita inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, não se enquadraram como beneficiários pela avaliação social e médica; 16% não acessaram o benefício apenas pelo critério da renda, embora tenham sido considerados elegíveis do ponto de vista da perícia (avaliação social e médica) e 8% foram indeferidos tanto pela renda quanto pela perícia. Se analisarmos os dados do indeferimento, por mais de uma razão, pode-se aferir, que 133 benefícios requeridos tiveram a perícia (avaliação social e médica) como um dos motivos do indeferimento e 121 tiveram a renda per capita como um dos motivos de não acesso.

Após a análise dos requerimentos indeferidos, é possível tecer algumas considerações: primeiramente, a renda média apresentada pelos requerentes que tiveram seus benefícios indeferidos mostra que, se fossem considerados para o BPC os mesmos critérios de renda do Bolsa Família, muitos teriam sido contemplados, visto que a maioria tem

renda familiar até ½ salário mínimo, o que ainda configura situação de pobreza embora não mais de indigência.

Quanto aos benefícios indeferidos por perícia (avaliação social e médica), foi possível observar que, embora a concessão do BPC não dependa de vínculos de trabalho prévios, a análise da incapacidade para o trabalho, requisito para a concessão do auxílio doença previdenciário, ainda aparece de forma significativa nas avaliações, o que demonstra a necessidade de capacitar os profissionais que fazem as avaliações sobre o conceito de deficiência e também sobre a política de assistência social, que difere da legislação previdenciária. Ainda sobre os indeferimentos por perícia, muitos pedidos foram negados por não cumprir requisito de longo prazo, critério esse de uso exclusivamente médico, que muitas vezes parece ter sido usado de forma negligente. O monitoramento e avaliação desses benefícios é um importante elemento para futuras alterações nessa política.

Finalmente, é possível dizer que a proteção social universal, direito do cidadão e dever do Estado, está muito distante da realidade desses sujeitos estudados, os quais, em sua maioria, vivem em moradias precárias, excluídos da escola, sem oportunidade de lazer, sem convivência comunitária. O acesso a melhores condições de vida para essas pessoas depende da articulação das diversas políticas públicas.

Palavras-chave: benefício de prestação continuada; pessoa com deficiência; avaliação social e médica.

ABSTRACT

The Continuous Cash Benefit (BPC) is the guarantee of a minimum monthly wage to the disabled and the elderly who prove to have means to fend for themselves, or have it provided by his family. Provided for in the 1988 Federal Constitution, was regulated after five years through the Organic Law of Social Assistance - LOAS, being operated only from 1996. First, it was considered a landmark of social welfare policy, to break with the precarious and lack of clear rules, so common that, in addition to being an independent social benefit of the labor contract, but on the other hand, it is a policy targeting only those living in extreme poverty.

This study aims is to analyze of GCP requirements that were rejected in the Agency of Social Security Vacaria - RS, in the period August 2009 to December 2012, seeking to make a profile of applicants and identify the causes of rejection. The issues that permeate this analysis try to identify the possibilities of social assessment in access to BPC, as well as translate the limits of the biomedical model and also discuss the criterion of per capita income as an exclusion mechanism of access to the benefit of continued provision. Of the 246 benefits rejected during this period: 6.4% were rejected solely by medical expertise, to indicate that the illness or disability does not meet the long-term requirement, that is, within less than two years; 18.6% despite the per capita income of less than $\frac{1}{4}$ of the minimum wage, not classified as beneficiaries for social and medical evaluation; 16% have not accessed the benefit only the criterion of income, although they were considered eligible by the experts perspective (social and medical evaluation) and 8% were rejected by both the income and the expertise, Looking at the rejection of data for more than a reason, we might infer that 133 had the expertise required benefits (social and medical evaluation) as one of the reasons for the refusal and 121 had the per capita income as a non-access reasons.

After having examined the rejected applications, it is possible to make a few observations: first, the average income presented by applicants who have had their benefits rejected shows that, if they were considered for the BPC the same income criteria of Bolsa Família, many would have been considered, as that most have family income up to $\frac{1}{2}$ minimum wage, which still sets poverty but not more than poverty.

As for the benefits rejected by expert (social and medical evaluation),

we observed that although the BPC does not depend on previous work contracts, analysis of incapacity for work, condition for the granting of aid pension disease, still appears significantly in the ratings., which demonstrates the need to train professionals who do the reviews of the concept of disability and also on social welfare policy, which differs from social security legislation. Still on the rejection by expert, many applications were denied for not meeting long-term requirement, this criterion exclusively medical use, which often seems to have been used negligently. The monitoring and evaluation of these benefits is an important element for future changes in this policy.

Finally, one can say that the universal social protection, citizen's right and duty of the state, is far from the reality of these study subjects, who mostly live in substandard housing, excluded from school without leisure opportunities without community life. Access to improved living conditions for these people depends on the articulation of various public policies.

Keywords: Continuous Cash Benefit; person with disability; social and medical evaluation.

SIGLAS

ADEVIVA – Associação dos Deficientes Visuais de Vacaria

APAE – Associação dos Pais e Amigos dos Excepcionais

APS – Agência da Previdência Social Agência

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CIF – Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

CTPS – Carteira de Trabalho e Previdência Social - Econômicos

DIEESE – Departamento Intersindical de Estatística e Estudos – Socioeconômicos

DST/Aids – Doenças Sexualmente Transmissíveis e Aids Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

FNAS – Fundo Nacional de Assistência Social

IPEA – Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada

INSS – Instituto Nacional da Seguridade Social

GTI – Grupo de Trabalho Interministerial

LOAS – Lei Orgânica da Assistência Social

MDS – Ministério do Desenvolvimento Social

PcD – Pessoa com deficiência

PIM – Primeira infância melhor

SABI – Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade

SIAVBPC – Sistema de avaliação da pessoa com deficiência do Benefício de Prestação Continuada

SIBE – sistema Integrado de Benefícios

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

LISTA DE TABELAS

Tabela 1.	Domínios avaliados para o BPC	49
Tabela 2.	Dados estatísticos dos municípios da jurisdição da APS Vacaria	60
Tabela 3.	Benefícios indeferidos por município	61
Tabela 4.	Sexo dos requerentes	62
Tabela 5.	Idade dos requerentes	62
Tabela 6.	Estado Civil dos requerentes	63
Tabela 7.	Estado Civil X Sexo	64
Tabela 8.	Escolaridade dos requerentes	66
Tabela 9.	Condições habitacionais dos requerentes	69
Tabela 10.	Cobertura Previdenciária	72
Tabela 11.	Motivos de Indeferimento	75
Tabela 12.	Combinação dos Benefícios Indeferidos por Perícia	76
Tabela 13.	Indeferidos Perícia X Tipo Deficiência	78
Tabela 14.	Tipo de Deficiência	83
Tabela 15.	Resultado das avaliações social e médica	83
Tabela 16.	Indeferidos por não cumprimento do requisito de longo prazo por diagnóstico	84
Tabela 17.	Renda Familiar Per Capita	86

Tabela 18. Responsável pela Renda 87

Tabela 19. Formas de Tratamento 95

LISTA DE QUADROS

Quadro 1.	Parâmetros de avaliação de pessoa com deficiência requerente do BPC, a partir do formulário AVALIEMOS	41
Quadro 2.	Principais alterações na legislação quanto aos critérios que influenciam no acesso ao BPC para PcD	53

SUMÁRIO

1. Introdução	23
2. Assistência social: direito do cidadão, dever do estado.....	27
2.1. Assistência Social como Direito.....	27
2.2. O Benefício de Prestação Continuada: Avanços e Retrocessos na Legislação	37
3. As limitações para o acesso ao bpc: uma análise necessária.....	58
3.1. O perfil dos requerentes que tiveram seu pedido indeferido	59
3.2. A perversa lógica da política contributiva.....	72
3.3. Os Motivos de Indeferimento.....	75
3.3.1. Indeferidos por não Cumprir Requisito de Longo Prazo.....	81
3.4. Considerações sobre Renda Per Capita e Grupo Familiar.....	85
3.5. Sociabilidade	93
3.6. Proteção Social.....	94
4. Considerações finais.....	99
5. Referências.....	105
6. Apêndices.....	111
6.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Instituição.....	111

1. INTRODUÇÃO

Fruto de longos períodos de discussão sobre a forma como era feita a avaliação da pessoa com deficiência para acesso ao benefício de prestação continuada (BPC) – benefício de um salário mínimo mensal devido à pessoa com deficiência ou pessoa idosa sem condições de prover a própria subsistência ou de tê-la provida por sua família, finalmente, em 2009, iniciou-se um novo modelo de avaliação, no qual o sujeito requerente do benefício passará por uma avaliação social e uma médica, que juntas estabelecerão se a pessoa é elegível ou não ao benefício.

É nesse contexto que, junto com outras quase 1.000 assistentes sociais, inicio minha trajetória profissional no Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), na Agência da Previdência Social (APS) de Vacaria RS.

A APS em questão é responsável pelo atendimento a oito municípios: Vacaria, São José dos Ausentes, Bom Jesus, Monte Alegre dos Campos, Campestre da Serra, Muitos Capões, Esmeralda e Pinhal da Serra. Juntos, somam uma população em torno de 100 mil habitantes.

Trata-se de uma região predominantemente agrícola, com sua principal fonte econômica baseada na fruticultura, especialmente na produção de maçãs e pequenas frutas, o que implica, por um lado, elevado número de trabalhadores sazonais nos períodos de safra e grande número de trabalhadores desempregados nos períodos de entressafra.

Ainda na capacitação (exclusivamente para os Assistentes Sociais) nos deparamos com possíveis mudanças trazidas pela avaliação social no lugar onde antes só o parecer médico era definitivo: ao discutirmos uma determinada situação, com a finalidade de compor uma avaliação, aquilo que na visão do assistente social era uma barreira grave ou completa, na visão do médico perito era uma barreira moderada, ou até mesmo leve.

Barbosa, Diniz e Santos (2010) mostram um exemplo dos limites do modelo biomédico ao relatarem o caso de uma mulher com diagnóstico de HIV, que trabalhava como doceira em uma cidade no interior de Santa Catarina e não era contribuinte da previdência social. Após o diagnóstico, ela ficou desempregada, pois havia a crença de que o vírus poderia ser transmitido através do trabalho manual. Desempregada, a mulher recorreu ao BPC, no entanto, foi considerada

inelegível, pois se considerou que o vírus assintomático não se caracteriza como deficiência. A requerente recorreu ao judiciário e o benefício foi-lhe concedido, pois houve o entendimento que a discriminação sofrida após o diagnóstico era resultante das barreiras sociais.

Aos poucos, foi-se esclarecendo que o novo modelo de avaliação para concessão do BPC para pessoa com deficiência ampliou o acesso ao benefício, especialmente nos casos em que a combinação entre fatores ambientais, atividades, participação e funções do corpo for grave, moderada e leve respectivamente.

Porém, muitos ainda não conseguem acessar o direito, seja pelo restritivo critério de renda per capita no limite da indigência, seja pelo resultado da avaliação social e médico-pericial ou, em alguns casos, por ambas.

A proposta dessa dissertação é analisar os requerimentos de BPC que foram indeferidos na Agência da Previdência Social de Vacaria – RS, no período do agosto de 2009 até dezembro de 2012, buscando fazer um perfil dos requerentes e identificar as causas do indeferimento.

As questões que permeiam essa análise tratam de identificar as possibilidades da avaliação social no acesso ao BPC, bem como, traduzir os limites do modelo biomédico e, ainda, discutir o critério de renda per capita como mecanismo de exclusão do acesso ao benefício de prestação continuada.

A pesquisa é relevante, pois, conforme dito por Góis et al. (2008, p. 66) “estudos avaliativos sobre tais programas permitem que sejam captados os seus pontos de estrangulamento, seus impactos e suas limitações. Permitem, igualmente, o conhecimento da população atendida e os erros e os acertos na focalização e elegibilidade, entre outros elementos”. Além disso, na análise de Medeiros, Diniz e Squinca (2006), a administração do programa seria beneficiada por estudos das características dos solicitantes recusados, pois sem essa informação torna-se mais difícil realizar estudos que permitam analisar dificuldades no sistema de focalização da política.

Como requisito parcial do mestrado em Serviço Social, essa pesquisa também é relevante por identificar necessidades não garantidas, caminhos que ainda precisam ser percorridos pelas políticas públicas para indicar lutas que necessitamos encampar.

Desde 2009, quando iniciou o novo modelo de avaliação para concessão do BPC para pessoa com deficiência, até dezembro de 2012, na APS de Vacaria, foram protocolados 500 requerimentos de BPC para

pessoa com deficiência. Destes, 240 foram deferidos; 14 não foram concluídos por desistência do requerente em alguma das etapas do processo e 246 foram indeferidos: 81 foram deferidos pela perícia e indeferidos pela renda; 93 foram indeferidos pela perícia e deferidos pela renda; 40 indeferidos por perícia e renda e 32 foram indeferidos por não cumprir requisitos de longo prazo. Visto de outra forma, pode-se dizer que 6,4% foram indeferidos exclusivamente pela perícia médica, ao indicar que a doença ou deficiência não cumpre o requisito de longo prazo, qual seja, prazo inferior a dois anos; 18,6%, apesar da renda per capita inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, não se enquadraram como beneficiários pela avaliação social e médica; 16% não acessaram o benefício apenas pelo critério da renda, embora tenham sido considerados elegíveis do ponto de vista da perícia (avaliação social e médica) e 8% foram indeferidos tanto pela renda quanto pela perícia. Se analisarmos os dados do indeferimento por mais de um motivo, pode-se aferir, que 133 benefícios requeridos tiveram a perícia (avaliação social e médica) como um dos motivos do indeferimento e 121 tiveram a renda per capita como um dos motivos de não acesso.

É importante registrar que a partir do novo modelo de avaliação para concessão do BPC para pessoa com deficiência, o resultado da perícia contempla avaliação social e médica conjuntamente, exceto no caso do indeferimento por não cumprir requisito de longo prazo, cuja decisão é exclusiva do médico perito. Esse requisito, introduzido pelo parágrafo 3º, Artigo 4º, do Decreto 7.617 diz que o impedimento de longo prazo é aquele que produza efeitos pelo período mínimo de dois anos. Sendo assim, mesmo que a avaliação médica e social tenha resultado em barreira grave, caso o médico perito considere que não há impedimento de longo prazo, a avaliação anterior será desconsiderada e o benefício será negado.

A partir de análise documental, foram coletadas informações de todo o universo de benefícios indeferidos, buscando identificar e analisar o perfil dos usuários e os motivos de indeferimento, também foram examinados decretos, leis e instruções normativas que tratam da temática do BPC, além disso, foi realizada pesquisa bibliográfica em artigos sobre o tema a fim de subsidiar a análise dos achados da pesquisa documental.

Trata-se de uma pesquisa de abordagem mista, pois foram utilizados dados quantitativos como base de apoio. A compreensão e a interpretação das informações coletadas priorizaram a análise qualitativa, que, segundo Minayo (2006, p. 57), “é o que se aplica ao

estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produtos das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam”.

O estudo compreende dois momentos: o primeiro busca introduzir a política de assistência social como direito e contextualiza o BPC dentro dessa política, resgatando avanços e retrocessos legislativos, e o segundo apresenta os resultados da pesquisa documental.

2. ASSISTÊNCIA SOCIAL: DIREITO DO CIDADÃO, DEVER DO ESTADO

2.1. Assistência Social como Direito

Na análise de Couto, Yasbek e Raichelis (2011), historicamente no Brasil, as políticas sociais se caracterizaram por sua pouca efetividade social e pela subordinação aos interesses econômicos dominantes, sendo ineficiente para interferir na desigualdade e na pobreza tão características de nossa realidade.

No caso da assistência social, o quadro é ainda mais grave. Apoiada por décadas na matriz do favor, do clientelismo, do apadrinhamento e do mando, que configurou um padrão arcaico de relações, enraizado na cultura política brasileira, esta área de intervenção do Estado caracterizou-se historicamente como não política, renegada como secundária e marginal no conjunto das políticas públicas. (COUTO, YASBEK; RAICHELIS, 2011, p. 33).

De acordo com Couto (2010, p. 141), “a década de 1980 inaugurou um novo patamar na relação Estado e sociedade”. São marcas desse período, conforme a autora, a transição dos governos militares à constituição da democracia, sendo que, em 1985, ocorreu a primeira eleição para Presidente da República pós-governos militares. Partidos políticos, organizações não governamentais, sindicatos e outros movimentos promoveram acentuada movimentação na sociedade, que, por fim, pressionou os militares a procederem ao processo de transição.

Esse período de reorganização política, “orientado sob a égide da democracia”, também ampliou sua herança de desigualdade social, potencializada pelos governos militares e suas orientações de desenvolvimento, que produziram um país com “péssima distribuição de renda e aumentaram a parcela da população demandatária das políticas sociais”, ou seja, “a desigualdade persiste na história brasileira, tanto que a exclusão pode ser considerada uma característica constitutiva do Estado brasileiro desde seu tempo de colônia” (COUTO, 2010, p.142).

Segundo Sposati (2009), a Constituição Federal de 1988 inaugurou mudanças fundamentais para a sociedade brasileira ao introduzir a seguridade como um guarda-chuva que abriga as três

políticas de proteção social: saúde, previdência e assistência social. De acordo com a autora, a inclusão da assistência social na seguridade social, foi uma decisão plenamente inovadora, primeiro, a assistência social passou a ter status de política pública, de responsabilidade estatal e não mais de atendimentos eventuais; segundo, por desnaturalizar o do Estado e terceiro, por introduzir um novo campo em que se efetivam os direitos sociais, até então mediado pelo pacto Estado-Igreja, contudo, o que os constituintes aprovaram, foi mais um vir a ser, visto que a assistência social, assim como toda política social, “é um campo de forças entre concepções, interesses, perspectivas, tradições. Seu processo de efetivação como política de direitos não escapa do movimento histórico entre as relações de forças sociais”. (SPOSATI, 2009, p. 15).

A assistência social se insere no texto constitucional, em seus artigos 203 e 204, da seguinte forma:

Artigo 203 – A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

I) a proteção á família, à maternidade, à infância, à adolescência e a velhice;

II) o ampara às crianças e adolescentes carentes;

III) a promoção da integração ao mercado de trabalho;

IV) a habilitação e a reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

V) a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família, conforme dispuser a lei.

Artigo 204 – As ações governamentais na área da assistência social serão realizadas com recursos do orçamento da seguridade social, previstos no artigo 195, além de outras fontes, e organizadas de acordo com as seguintes diretrizes:

I) Descentralização político-administrativa, cabendo a coordenação e a execução dos respectivos programas às esferas estadual e municipal, bem como a entidades beneficentes e de assistência social;

II) Participação da população, por meio de organizações representativas, na formulação das políticas e no controle das ações em todos os níveis.” (BRASIL, 1998).

Somente após cinco anos à constituição, a assistência social foi regulamentada como política social, através da LOAS:

Artigo 1º - A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é política de seguridade social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento das necessidades básicas.

Artigo 2º- A assistência tem por objetivos:

a. A proteção à família, à maternidade, à infância, à adolescência e à velhice;

b. Amparo às crianças e adolescentes carentes;

c. A promoção da integração ao mercado de trabalho;

d. A habilitação e reabilitação das pessoas portadoras de deficiência e a promoção de sua integração à vida comunitária;

e. A garantia de 1 (um) salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou tê-la provida por sua família.

Parágrafo único – a assistência social realiza-se de forma integrada às demais políticas setoriais, visando ao enfrentamento da pobreza, a garantia dos mínimos sociais, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais. (BRASIL, 1993).

Couto, Yasbek e Raichelis (2011) identificam na Constituição Federal (1998) e na promulgação da LOAS (BRASIL, 1993) várias inovações em relação ao assistencialismo clientelista anterior:

[...] inovou ao apresentar novo desenho institucional para a assistência social, ao afirmar seu caráter de direito não contributivo, (portanto não vinculado a qualquer tipo de contribuição prévia), ao apontar a necessária integração entre o

econômico e o social, a centralidade do Estado na universalização e garantia dos direitos e de acessos a serviços sociais e com a participação da população. Inovou também ao propor o controle da sociedade na formulação, gestão e execução das políticas assistenciais e indicar caminhos alternativos para a instituição de novos parâmetros de negociação de interesses e direitos de seus usuários. Parâmetros que trazem a marca do debate ampliado e da deliberação pública, ou seja, da cidadania e da democracia. (COUTO, YASBEK; RAICHELIS, 2011, p. 34).

Embora o texto constitucional aponte para o reconhecimento dos direitos, inserindo a assistência social como política pública de direito do cidadão e dever do Estado, por outro lado, “a inserção do Estado brasileiro na contraditória dinâmica e impacto das políticas econômicas neoliberais coloca em andamento processos desarticuladores, de desmontagem e retração de direitos e investimentos no campo social.” (COUTO; YASBEK; RAICHELIS, 2011, p. 34). De acordo com as orientações do Consenso de Washington, o Brasil tornou-se parte de acordos com organismos internacionais, tais como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional, cujas orientações inspiradas pelo receituário neoliberal, propunham a realização de reformas estruturais para a estabilização da economia, tais como as privatizações, a desregulamentação dos mercados, a descentralização e a retomada do desenvolvimento. Como parte dessas reformas, propunha-se a desestruturação dos sistemas de proteção social vinculados às estruturas estatais e que essas passassem a ser responsabilidade da iniciativa privada.

Torna-se claro, na análise de Sposati (2009), o embate entre duas concepções distintas de assistência social: de um lado, é concebida como política e dever do Estado, portanto, direito da população. Outra análise interpreta a assistência social pelo princípio da subsidiariedade, ou seja, o Estado deve ser o último, e não o primeiro a agir. “Nesse sentido, opera a assistência social sob o princípio da solidariedade como ação de entidades sociais subvencionadas pelo Estado.” (SPOSATI, 2009, p.16). Para Couto, Yasbek e Raichelis (2011), é nesse contexto que devemos situar o início do difícil processo de construção da seguridade social brasileira, na contramão das transformações requeridas pela ordem econômica internacional.

A implantação nessa conjuntura adversa, imersa no ideário neoliberal, explica a lentidão na regulamentação da política de assistência social: da Constituição até a aprovação da LOAS foram cinco anos; para iniciar o pagamento do benefício assistencial para pessoas idosas e pessoas com deficiência (objeto desse estudo), outros dois anos.

De acordo com Couto, Yasbek e Raichelis (2011), a partir de 1993, com a aprovação da LOAS, são estabelecidos novos parâmetros a serem instituídos no seguridade social. Na contramão do solo histórico assistencial brasileiro, são construídas as diretrizes da primazia do Estado na condução da política, a pactuação entre os entes federados e a necessidade de controle social. Sendo assim, já estavam estabelecidos os princípios para estabelecimento do SUAS.

As Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais, realizadas na vigência da LOAS, já indicavam a necessidade de um sistema único. Na IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em Brasília, em dezembro de 2003, a principal deliberação foi a construção e implementação do SUAS.

Conforme Couto (2009), a partir das deliberações de várias conferências e, após árduo trabalho de pactuação entre os entes federados, os conselhos e trabalhadores da área, em 2005, foram aprovadas a PNAS, 2004, e a NOB/ SUAS, 2005, que indicam a constituição do SUAS. De acordo com o CNAS:

As normativas que mais impactaram nos rumos da Política de Assistência Social consistem na edição da PNAS/2004 e na publicação da NOB SUAS/2005, aprovadas respectivamente pelas Resoluções CNAS nº 145 de 15 de outubro de 2004 e nº 130, de 15 de julho de 2005, que criou o SUAS e o operacionalizou, inaugurando no país um novo modelo de organização da gestão e oferta de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais (BRASIL, 2005, p. 13).

A PNAS 2004, em consonância com a LOAS, estabelece como princípios democráticos:

I – Supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica;

- II – Universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação assistencial alcançável pelas demais políticas públicas;
- III – Respeito à dignidade do cidadão, à sua autonomia e ao seu direito a benefícios e serviços de qualidade, bem como à convivência familiar e comunitária, vedando-se qualquer comprovação vexatória de necessidade;
- IV – Igualdade de direitos no acesso ao atendimento, sem discriminação de qualquer natureza, garantindo-se equivalência às populações urbanas e rurais;
- V – Divulgação ampla dos benefícios, serviços, programas e projetos assistenciais, bem como dos recursos oferecidos pelo Poder Público e dos critérios para sua concessão. (BRASIL, 2005, p.32).

A NOB/SUAS, 2005, por sua vez, disciplina a gestão pública da Política de Assistência Social no território brasileiro. Seu conteúdo estabelece: o caráter do SUAS; as funções da política pública de Assistência Social para extensão da proteção social brasileira; os níveis de gestão do SUAS; as instâncias de articulação, pactuação e deliberação que compõem o processo democrático de gestão do SUAS; o financiamento e as regras de transição.

Define ainda que a Assistência Social é política pública de direção universal e direito de cidadania, capaz de alargar a agenda dos direitos sociais a serem assegurados a todos os brasileiros, de acordo com suas necessidades e independentemente de sua renda. É direito do cidadão, independe de sua contribuição prévia e deve ser provida pela contribuição de toda a sociedade. É dever da Assistência Social, proteger a vida, reduzir danos, monitorar populações em risco e prevenir a incidência de agravos à vida em face das situações de vulnerabilidade. A proteção social de Assistência Social se ocupa das vitimizações, fragilidades, contingências, vulnerabilidades e riscos que o cidadão, a cidadã e suas famílias enfrentam na trajetória de seu ciclo de vida, por decorrência de imposições sociais, econômicas, políticas e de ofensas à dignidade humana. (BRASIL, 2005, p. 89).

O CNAS, na introdução da NOB/SUAS 2012 afirma que:

A NOB-SUAS/2005 representou um marco fundamental na estruturação da Política Pública de

Assistência Social, imprimindo um grande salto quantitativo na implantação de serviços socioassistenciais em todo o território nacional, tendo como base critérios de partilha transparentes e objetivos, adequados à distribuição territorial das populações vulneráveis, com a alocação equitativa do ofinanciamento federal e a possibilidade de superação das distorções regionais históricas. (BRASIL, 2012, p. 13).

Em 2011, a Lei 12.435, em seu Artigo 6º, regulamenta o SUAS: a gestão das ações na área de assistência social fica organizada sob a forma de sistema descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Segundo Paiva (2006), o SUAS tem como tarefa central romper com esse legado de precarização e focalização dos serviços, que caracteriza a assistência social como ação meramente adjutória, “como forma compensatória e parcial de alívio da pobreza”. (PAIVA, 2006, p.7).

No entendimento do CNAS, vários indicadores apontaram a necessidade de aprimoramento da NOB SUAS 2005, a fim de instituir “novas práticas, mecanismos e instrumentos que favoreçam o aperfeiçoamento do sistema, instituindo uma cultura de planejamento no cotidiano da assistência social, de acompanhamento e cooperação dos entes federativos” (BRASIL, 2012, p. 15).

De acordo com o Artigo 1º da NOB/SUAS, 2012:

A política de assistência social, que tem por funções a proteção social, a vigilância socioassistencial e a defesa de direitos, organiza-se sob a forma de sistema público não contributivo, descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social - SUAS.

Parágrafo único. A assistência social ocupa-se de prover proteção à vida, reduzir danos, prevenir a incidência de riscos sociais, independente de contribuição prévia, e deve ser financiada com recursos previstos no orçamento da Seguridade Social. (BRASIL, 2012, p. 16).

A NOB/SUAS,2012, apresenta como princípios organizativos do SUAS:

I - universalidade: todos têm direito à proteção socioassistencial, prestada a quem dela necessitar, com respeito à dignidade e à autonomia do cidadão, sem discriminação de qualquer espécie ou comprovação vexatória da sua condição;

II - gratuidade: a assistência social deve ser prestada sem exigência de contribuição ou contrapartida, observado o que dispõe o art. 35, da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso;

III - integralidade da proteção social: oferta das provisões em sua completude, por meio de conjunto articulado de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais;

IV - intersetorialidade: integração e articulação da rede socioassistencial com as demais políticas e órgãos setoriais;

V - equidade: respeito às diversidades regionais, culturais, socioeconômicas, políticas e territoriais, priorizando aqueles que estiverem em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social. (BRASIL, 2012, p. 16).

Os princípios éticos para a oferta da proteção socioassistencial no SUAS, por sua vez, estão dispostos no Artigo 6º da NOB/SUAS, 2012:

I - defesa incondicional da liberdade, da dignidade da pessoa humana, da privacidade, da cidadania, da integridade física, moral e psicológica e dos direitos socioassistenciais;

II - defesa do protagonismo e da autonomia dos usuários e a recusa de práticas de caráter clientelista, vexatório ou com intuito de benesse ou ajuda;

III - oferta de serviços, programas, projetos e benefícios públicos gratuitos com qualidade e continuidade, que garantam a oportunidade de convívio para o fortalecimento de laços familiares e sociais;

IV - garantia da laicidade na relação entre o cidadão e o Estado na prestação e divulgação das ações do SUAS;

V - respeito à pluralidade e diversidade cultural, socioeconômica, política e religiosa;

VI - combate às discriminações etárias, étnicas, de classe social, de gênero, por orientação sexual ou por deficiência, dentre outras;

VII - garantia do direito a receber dos órgãos públicos e prestadores de serviços o acesso às informações e documentos da assistência social, de interesse particular, ou coletivo, ou geral - que serão prestadas dentro do prazo da Lei nº 12.527, de 18 de novembro de 2011 - Lei de Acesso à Informação - LAI, e a identificação daqueles que o atender;

VIII - proteção à privacidade dos usuários, observando o sigilo profissional, preservando sua intimidade e opção e resgatando sua história de vida;

IX - garantia de atenção profissional direcionada para a construção de projetos pessoais e sociais para autonomia e sustentabilidade do usuário;

X - reconhecimento do direito dos usuários de ter acesso a benefícios e à renda;

XI - garantia incondicional do exercício do direito à participação democrática dos usuários, com incentivo e apoio à organização de fóruns, conselhos, movimentos sociais e cooperativas populares, potencializando práticas participativas;

XII - acesso à assistência social a quem dela necessitar, sem discriminação social de qualquer natureza, resguardando os critérios de elegibilidade dos diferentes benefícios e as especificidades dos serviços, programas e projetos;

XIII - garantia aos profissionais das condições necessárias para a oferta de serviços em local adequado e acessível aos usuários, com a preservação do sigilo sobre as informações prestadas no atendimento socioassistencial, de forma a assegurar o compromisso ético e profissional estabelecidos na Norma Operacional Básica de Recurso Humanos do SUAS - NOB-RH/SUAS;

XIV - disseminação do conhecimento produzido no âmbito do SUAS, por meio da publicização e divulgação das informações colhidas nos estudos e pesquisas aos usuários e trabalhadores, no sentido de que estes possam usá-las na defesa da assistência social, de seus direitos e na melhoria da qualidade dos serviços, programas, projetos e benefícios;

XV - simplificação dos processos e procedimentos na relação com os usuários no acesso aos serviços, programas, projetos e benefícios, agilizando e melhorando sua oferta;

XVI - garantia de acolhida digna, atenciosa, equitativa, com qualidade, agilidade e continuidade;

XVII - prevalência, no âmbito do SUAS, de ações articuladas e integradas, para garantir a integralidade da proteção socioassistencial aos usuários dos serviços, programas, projetos e benefícios;

XVIII - garantia aos usuários do direito às informações do respectivo histórico de atendimentos, devidamente registrados nos prontuários do SUAS. (BRASIL, 2012, p. 17-18).

De acordo com Oliveira, Carraro e Anunciação (2013), os princípios fundam a doutrina geral. Como parte dos elementos intencionais para efetivação do SUAS, juntamente com as diretrizes e os objetivos, são inseparáveis do fazer cotidiano, não são pano de fundo, mas sim, transversais, conformam o exercício político-profissional dos diferentes trabalhadores e gestores da assistência social

As autoras apontam a necessidade de maiores sistematizações sobre a universalidade da política de assistência social, já que, no atual sistema de seguridade social brasileiro, são conjugados direitos derivados do trabalho formal (previdenciários), direitos de caráter universal (saúde) e direitos seletivos (assistência social).

A respeito disso, Paiva (2006) afirma que o princípio da Seguridade Social que rege as políticas sociais no Brasil, parece cheio de sentido para recompor a lógica da solidariedade de classe. “Nele está afirmada a conjugação de esforços entre três políticas sociais distintas – saúde, assistência e previdência social – no sentido de promover a universalização da cidadania” (PAIVA, 2006, p. 15).

Os elementos contidos no aparato legal indicam caminhos, servem como alicerces para a composição da rede socioassistencial, entretanto, a afirmação do Sistema Único de Assistência Social ultrapassa as questões previstas nos instrumentos legais que o formalizam, conforme dito por Couto (2009, p. 208): (...) é necessário mais do que isso, é preciso recolocar o debate sobre o espaço da política no campo do acesso ao excedente do capital como forma de garantir vida digna a todos os cidadãos.

As mesmas autoras alertam que a materialização da política de Assistência Social na vida da população, que nela tem o direito de ver atendidas suas demandas, compõe um grande desafio.

Nesse sentido, o BPC insere-se na Política de Assistência Social como um programa de transferência de renda e, portanto, “importante mecanismo de combate à pobreza”. (LAVINAS, 2006, p. 1). De acordo com essa autora, as distintas modalidades de transferência de renda ocupam lugar de destaque nos sistemas de proteção social ao longo do século XX. Esse diferencial de garantia de renda não deve ser menosprezado, pois trata-se de um divisor de águas em matéria de política social, com grande repercussão no acesso a melhores condições de vida, bem-estar e cidadania.

2.2 O Benefício de Prestação Continuada: Avanços e Retrocessos na Legislação

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) trata da garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria subsistência, ou de tê-la provida por sua família. Previsto na Constituição Federal de 1988, foi regulamentado após cinco anos, através da Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, que definiu na época os seguintes critérios de acesso ao benefício:

1º Para os efeitos do no caput, entende-se família como o conjunto de pessoas elencadas no artigo 16 da Lei 8.213, de 24 de junho de 1991, desde que vivam sob o mesmo teto.

2º para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho.

3º Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa à família cuja renda mensal per capita seja inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo.

4º O benefício de que trata esse artigo não pode ser acumulado pelo beneficiário da seguridade social ou de outro regime, salvo o da assistência médica.

5º A situação de internado não prejudica o direito do idoso ou ao portador de deficiência ao benefício.

6º A concessão do benefício ficará sujeita a exame médico pericial e laudo realizados pelos serviços de perícia médica do Instituto Nacional de Seguro Social – INSS.

7º Na hipótese de não existirem serviços no município de residência do beneficiário, fica assegurado, na forma prevista em regulamento, o seu encaminhamento ao município mais próximo que contar com tal estrutura.

8º A renda familiar mensal a que se refere o parágrafo 3º deverá ser declarada pelo requerente ou seu representante legal, sujeitando-se aos demais procedimentos previstos no regulamento para o deferimento do pedido. (BRASIL, 1993, Art.20).

De acordo com Gomes (1999), o BPC é a provisão que constitui transferência direta de renda, independente de contribuição, aproximando concretamente a assistência social de um padrão básico de atendimento de necessidades, de um direito incondicional.

Tal característica, de certeza e regularidade, portanto garantia e direito, rompe com o tradicional campo de ações da assistência social onde sempre predominou a incerteza, a descontinuidade, a precariedade e a ausência de regras claras e definidas para acesso, dependendo da disponibilidade financeira. (GOMES, 1999, p. 94).

Para Sposati (2004), o diferencial do BPC é do benefício social como direito constitucional independente do vínculo de trabalho, o que

o torna, sem dúvida, um marco significativo na extensão do contrato social brasileiro.

A legislação social brasileira sempre exigiu a apresentação prévia da condição de trabalhador formal, com carteira assinada para ter afiançado o acesso social. A distribuição não-redistributiva perversamente própria do modelo concentrador de renda adotado no Brasil sempre exigiu que o suor do rosto, provocado pelo esforço pessoal do trabalho, e formalmente atestado por outro, e não só pelo cidadão demandatário, chegasse antes de qualquer acesso a um benefício. (SPOSATI, 2004, p. 129).

Embora seja considerado um marco na política de assistência social, o BPC é operacionalizado pelo INSS, o que para muitos é motivo de crítica. De acordo com Sposati (2004), foi por incapacidade de gestão da assistência social que o BPC foi mantido sob a gestão securitária. “O processo de gestão submete, assim, o acesso de um direito de cidadania a uma burocracia treinada para funcionar sob a lógica do direito trabalhista. Isso facilita que seja considerado como não-direito, e sim, a concessão de um amparo de ajuda”. (SPOSATI, 2004, p. 133).

Já para Silva e Ivo (2010), a operacionalização do BPC ficou a cargo do INSS, pois essa autarquia reúne melhores condições técnicas e operacionais, uma vez que tem maior capilaridade no território nacional, além de profissionais tecnicamente preparados para o reconhecimento do direito. “Os seus sistemas informatizados permitem oferecer atendimento planejado e seletivo ao cidadão, de forma eletrônica, via canais remotos de atendimento e presencial e, ainda, realizar, de forma segura, o pagamento em dia aos seus beneficiários, a partir de convênios com a rede bancária”. (SILVA; IVO, 2010, p. 9). Santos (2010, p. 177) também considera que “a escolha de que as concessões do BPC ocorram nas agências do INSS é, principalmente, devido à estrutura e abrangência das agências em todo o país”.

Pesquisa coordenada por Lobato (2007) mostra que a operacionalização do BPC pelo INSS pode causar mal-estar entre seus operacionalizadores, pois, quando indagados sobre a relação do BPC com a estrutura previdenciária, 41,7% dos responsáveis pelas APS, 29,8% dos servidores administrativos e 23,5% dos médicos peritos consideram que o BPC não contribui para a previdência e não deveria ser atendido pelo INSS.

Apesar da criação com a CF de 1988 e a regulamentação através da LOAS em 1993, é somente em 1996, que se inicia a concessão do BPC. De acordo com Gomes (2004), o assunto foi objeto de duas ações judiciais, entre elas, uma ação direta de inconstitucionalidade movida pelo Ministério Público. Essas ações trataram do atraso na concessão e, além disso, questionaram a regulamentação do benefício por demais restritivo e excludente em relação ao texto constitucional. (BRASIL, 1993).

Gomes (2004) aponta também que uma incursão na trajetória do BPC é capaz de mostrar a perversa lógica que orienta sua materialização, especialmente as alterações nos requisitos para o acesso. Assinala três momentos mais significativos desse processo: 1) o Decreto nº 1.744/95, quando se inicia a concessão e, logo depois, são criadas exigências administrativas, através de resoluções e ordens de serviço do INSS, que vão além daquelas já previstas pela LOAS. Destaca-se aqui a Resolução do INSS nº 435, a partir da qual os laudos e pareceres emitidos pelas demais instituições ficam submetidos à avaliação da perícia do INSS, sem a presença do requerente. 2) A publicação da Medida Provisória 1.473, que estabelece novo conceito de família e, além disso, determina que a emissão de laudos e pareceres cabe somente à perícia do INSS e delega ao próprio requerente responsabilidade pela declaração da renda. (BRASIL, 1993).

O primeiro conceito de família, foi definido pela LOAS (BRASIL, 1993) como a unidade mononuclear vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição dos seus integrantes. A partir do decreto 1.744 de 95, o conceito de família passa a ser o conjunto de pessoas que vivem sob o mesmo teto, assim entendido: o cônjuge, o companheiro (a), os pais, os filhos (as), irmãos (ãs), e os equiparados a essa condição, não emancipados, menores de 21 anos ou inválidos. Esse conceito de família é o mesmo utilizado na política previdenciária, a fim de estabelecer quem são os dependentes do segurado, porém, é bastante distinto daquele utilizado por outros programas sociais, a exemplo do Bolsa Família.

De acordo com Medeiros, Barros e Sawaia Neto (2010, p. 127), o cálculo da renda per capita depende do que se entende por família, dessa forma, o fato de não contabilizar como membros da família os irmãos e filhos maiores de 21 anos, sogros, avós, netos e outros parentes dos beneficiários, “pode levar a distorções como a exclusão de pobres e a inclusão de ricos que não estão em conformidade com os objetivos do benefício”.

Quanto à emissão de laudos e pareceres, até então, todas as pessoas com deficiência inscritas para o benefício eram avaliadas por equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde – SUS.

No início da concessão, o enquadramento da pessoa com deficiência era feito através de um instrumental próprio, denominado “acróstico avaliemos”. Esse instrumento, através de indicadores dispostos em forma de acróstico, chegava a uma pontuação, destinada a avaliar a deficiência a partir de critérios médicos e físicos. Surgiu como um quadro subsídio, depois, foi instituído como instrumento auxiliar, com a observação de que não deveria substituir o laudo de avaliação. (GOMES, 2004)

O AVALIEMOS, conforme podemos observar no quadro 1, foi uma tentativa de estabelecer parâmetros de análise. A ausência ou presença de alterações, em diferentes graus, conferiria pontos e o somatório obtido definiria se o benefício seria concedido. “Foi um instrumento indicado no processo de avaliação da perícia médica e sua utilização não se deu de maneira uniforme, ficando a critério do médico perito”. (BRASIL, 2007, p. 30).

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 (higiene, alimentação e vestuário)	0 2 2 2
L	Locomoção	Marcha livre e normal Utilização de órtese 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	Excretorios	Normais Sem controle esfinteriano	0 3
M	Manutenção (permanente de cuidados médicos, de enfermagem ou de terceiros)	Não necessita Necessita	0 3

O	Oligofrenia e deficiência mental	Leve	1
		Moderada	4
		Grave (profunda)	6
S	Síndrome e quadros psiquiátricos	Leve (inicial)	1
		Moderada	4
		Grave (definitiva)	6
Interpretação			
Não há incapacidade apreciável – até 09 pontos			
Há incapacidade moderada – de 10 a 16 pontos			
Há incapacidade severa – de 17 a 23 pontos			
Há incapacidade extrema (profunda) – acima de 23 pontos			

Quadro 1 – Parâmetros de avaliação de pessoa com deficiência requerente do BPC, a partir do formulário AVALIEMOS.

Fonte: BRASIL, 2007.

Gomes (2004) denuncia que, na prática, o acróstico foi utilizado como instrumental de enquadramento. Informa ainda que, a partir da revisão prevista na LOAS e retomada em 2000, surgiu outro acróstico denominado “Social” – tabela de dados para avaliação da condição social da pessoa portadora de deficiência e da pessoa idosa, cuja finalidade era impedir que a revisão fosse baseada somente na avaliação médica, já que o acesso foi através de avaliação multidisciplinar.

O terceiro momento significativo apontado por Gomes (2004) é a implantação, a partir de 1998, da sistemática de revisão e avaliação dos benefícios para fins de manutenção ou cancelamento. Na opinião da autora, os atos administrativos que deveriam viabilizar a garantia do benefício, assumem o papel de restringir o acesso.

Em 2005, com o advento do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, diante do contexto da nova Política Nacional de Assistência Social – PNAS, foi definido um novo modelo de gestão para o BPC. De acordo com a PNAS, o benefício integra o conjunto de ações do SUAS, constituindo-se em transferência de renda da proteção social básica (BRASIL, 2007).

A gestão do BPC é de competência do MDS, por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social, que deve acompanhar os beneficiários no âmbito do Sistema Único de Assistência Social – SUAS, em articulação com os entes federativos, visando inseri-los nos programas e serviços da assistência social e demais políticas, bem como

destinar e descentralizar recursos do orçamento do Fundo Nacional de Assistência Social – FNAS para o pagamento, operacionalização, gestão, informatização, pesquisa, monitoramento e avaliação do BPC, além de fornecer subsídios para a formação de profissionais envolvidos nos processos de concessão, manutenção e revisão dos benefícios e no acompanhamento dos seus beneficiários, visando facilitar o acesso e o bem-estar do usuário destes serviços. (SILVA; IVO, 2010, p. 15).

Na análise de Silva (2010), o resultado dos debates em torno dos requisitos de acesso ao BPC culminou na edição de dois novos decretos que trouxeram importantes avanços. O primeiro deles, o Decreto nº 6.214/2007 trouxe as seguintes alterações:

- 1) Estabeleceu-se que o desenvolvimento das capacidades cognitivas, motoras ou educacionais, a realização de atividades não remuneradas de habilitação e reabilitação dentre outras, não constituem motivo de suspensão ou cessação do benefício e possibilita novo acesso do benefício à pessoa com deficiência que teve o BPC cessado para assumir trabalho não remunerado;
- 2) Instituição do novo modelo para avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para fins de acesso ao BPC, composta por uma avaliação médica e outra social, que obedecerá aos critérios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF, o que permitiu analisar não apenas as limitações na estrutura e funções do corpo, mas também o impacto de fatores ambientais e sociais na limitação do desempenho de atividades e na restrição de participação social;
- 3) Instituição do Sistema Nacional de Monitoramento e Avaliação do BPC que permitirá o registro do acompanhamento dos beneficiários e suas respectivas famílias no âmbito do SUAS e do seu acesso a outras políticas e abarcará a revisão periódica de que trata a LOAS;
- 4) Mudança da concepção de família para o cálculo da renda per capita: conjunto de pessoas que vivem sob o mesmo teto, assim entendido o

requerente, o cônjuge, a companheira, o companheiro, o filho não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido, os pais, e o irmão não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido; 5) Quando o requerente for pessoa em situação de rua, deve ser adotado como referência o endereço do serviço da rede socioassistencial pelo qual esteja sendo acompanhado, ou, na falta deste, de pessoas com as quais mantém relações de proximidade; 6) [...] O BPC será devido a mais de um membro da mesma família enquanto atendidos os requisitos de elegibilidade, no entanto o BPC concedido a idoso não será computado no cálculo da renda mensal bruta familiar. (SILVA, 2010, p. 51).

O Decreto nº 6.564, de setembro de 2008, alterou novamente o regulamento do BPC, inserindo as seguintes alterações:

- O BPC poderá ser acumulado apenas com dois outros benefícios no âmbito da seguridade social: a assistência médica e a pensão especial de natureza indenizatória;
- (...);
- Para fins de reconhecimento do direito ao BPC às crianças e adolescentes menores de 16 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;
- Também é beneficiário do BPC o brasileiro naturalizado, domiciliado no Brasil, idoso ou com deficiência, observados os critérios estabelecidos, que não perceba qualquer outro benefício no âmbito da seguridade social ou de outro regime, nacional ou estrangeiro, salvo o da assistência médica e no caso de recebimento de pensão especial de natureza indenizatória. (SILVA, 2010, p. 52).

O mesmo decreto estabeleceu prazo até maio de 2009 para que o Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e o INSS implementassem o novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade.

Finalmente, como resultado do trabalho realizado pelo Grupo de Trabalho Interministerial (GTI), optou-se pela integração dos modelos médico e social, em contraponto ao modelo médico até então vigente para a concessão do benefício.

A narrativa biomédica consistiu na primeira guinada para a garantia dos direitos para a pessoa com deficiência, pois os impedimentos físicos, sensoriais ou cognitivos, que até então eram considerados expressões do azar ou do pecado, passaram a ser explicados através da embriologia e da genética, e surgiram soluções nos campos da cirurgia e da reabilitação (BARBOSA apud SILVA, 2010).

Segundo Silva (2010), o modelo biomédico da deficiência é um conjunto de ideias expostas pelos profissionais da saúde, especialmente da área médica, de acordo com as quais os indivíduos que experimentavam a deficiência eram considerados anormais e necessitavam exclusivamente de cuidados médicos para correção de suas lesões. O objetivo do poder biomédico era normalizar o corpo com impedimentos.

No modelo médico, a deficiência é um problema da pessoa, consequência de qualquer problema de saúde que necessita de cuidados. Os cuidados por sua vez, visam à cura, à adaptação do indivíduo ou à alteração do seu comportamento. Nesse contexto, apenas o fator biológico é considerado em detrimento dos outros tantos que caracterizam o mundo da pessoa com deficiência, a experiência da deficiência é considerada como tragédia pessoal.

Sem desconsiderar a importância que os avanços biomédicos imprimiram um movimento de pessoas com deficiência, inicia em 1970, no Reino Unido, a discussão do modelo social da deficiência. De acordo com esse modelo, a deficiência deveria ser compreendida como consequência das estruturas sociais pouco sensíveis às diferenças corporais e não como resultado de suas lesões (DINIZ apud SILVA, 2010).

O objetivo do modelo social é o reconhecimento da deficiência como uma das manifestações da questão social, e não um problema natural ou individual. Dessa forma, a deficiência deixa de ser um problema trágico de ocorrência isolada de alguns indivíduos para ser

abordada como uma situação de discriminação coletiva e de opressão social para a qual a única resposta apropriada é a ação política. (OLIVER; BARNES, 1998 apud SILVA, 2010).

Aliando o modelo médico e o modelo social, de acordo com o MDS/MPS no novo modelo de avaliação da deficiência para concessão do BPC, a incapacidade é vista como consequência de um conjunto complexo de situações de natureza biológica, individual, econômica e social, e não mais como atributo da pessoa.

O novo modelo de avaliação da pessoa com deficiência para acesso ao BPC baseia-se na CIF. Conforme dados do MDS/MPS (2007), a CIF, aprovada pela Organização Mundial de Saúde, permite classificar em nível mundial, a saúde e a deficiência do ser humano, estabelecendo alguns parâmetros diferentes daqueles usados tradicionalmente, levando em consideração a forma como as pessoas vivem, seus problemas e possíveis alternativas de melhorar suas condições de vida com vista a uma existência produtiva e enriquecedora.

Para a CIF, deficiência é uma perda ou anormalidade de uma estrutura do corpo ou função psicológica (incluindo funções mentais). O termo incapacidade é utilizado para denotar um fenômeno multidimensional que resulta da interação entre pessoas e seu ambiente físico e mental.

O novo instrumental proposto pelo grupo de trabalho tem a apresentação de um formulário. Denominado como “Avaliação Social e Médicopericial da Deficiência e do Grau de Incapacidade para a Vida Independente e Para o Trabalho”.

A aplicação do instrumento, após protocolo do requerimento do benefício, será realizada, primeiro pelo assistente social e, depois, pelo médico perito.

O instrumento é composto de três partes: o componente fatores ambientais é avaliado exclusivamente pelo assistente social, o componente funções do corpo é avaliado pelo médico perito e, por fim, ambos avaliarão o componente atividades e participação.

A primeira parte do formulário é a folha de rosto, que contém informações básicas sobre a Agência da Previdência Social onde o benefício está sendo requerido, número do requerimento e número do benefício. Além disso, contém informações pessoais sobre o requerente: nome, representante legal, apelido, data de nascimento, idade, sexo, documentos pessoais, escolaridade, estado civil e endereço. Na folha de rosto são solicitadas informações sobre o tipo de cobertura previdenciária e a deficiência informada.

A segunda parte do formulário é onde serão feitas a avaliação social e a avaliação médico-pericial. (médico-pericial)

A avaliação social compreende a história social e avaliação dos domínios fatores ambientais e atividades e participação.

Na parte dos fatores ambientais, são avaliados cinco domínios:

- Produtos e tecnologias: refere-se a qualquer produto, instrumento, equipamento ou tecnologia, inclusive os adaptados ou especialmente projetados para melhorar a funcionalidade de uma pessoa incapacitada;
- Condições de moradia e mudanças ambientais: refere-se ao ambiente natural ou físico;
- Apoio e relacionamentos: refere-se às pessoas que fornecem proteção, apoio físico ou emocional e, ainda, aos relacionamentos com outras pessoas, na casa, na comunidade, na escola, ou ao apoio em outros aspectos das suas atividades diárias;
- Atitudes: refere-se às atitudes que são as consequências observáveis dos costumes, práticas, ideologias, valores e normas. Essas atitudes influenciam o comportamento individual e a vida social em todos os níveis, dos relacionamentos interpessoais e sociais às estruturas políticas, econômicas e legais;
- Serviços, sistemas e políticas: refere-se à rede de serviços, sistemas e políticas garantidoras de proteção social, tais como saúde, assistência social, Ministério Público e Judiciário, bem como serviços básicos: água, luz, saneamento.

A parte da avaliação social que avalia atividades e participação é composta de quatro domínios:

- Vida doméstica: refere-se à realização de ações e tarefas domésticas do dia a dia, como, por exemplo, limpeza e reparos domésticos, cuidado com objetos pessoais, com a casa e ajuda aos outros.
- Relações e interações interpessoais: refere-se à realização de ações e condutas necessárias para estabelecer interações pessoais, de maneira contextual e socialmente estabelecidas com outras pessoas (estranhos ou conhecidos).

- Áreas principais da vida: refere-se à realização das tarefas e ações necessárias para participar das atividades de educação e transações econômicas.
- Vida comunitária, social e cívica: refere-se às ações e tarefas necessárias para participar da vida social organizada fora do ambiente familiar, em áreas da vida comunitária, social e cívica.

A avaliação médica, por sua vez, inicialmente descreve a história clínica, especifica os achados no exame físico, define o diagnóstico conforme CID 10. Depois, realiza a avaliação dos domínios Atividades e Participação e Funções do Corpo, atribuindo-lhes o qualificador correspondente.

Na avaliação médico-pericial - Funções do Corpo, são avaliadas: funções mentais; funções sensoriais da visão; funções sensoriais da audição; funções da voz e da fala; funções do sistema cardiovascular; funções do sistema hematológico; funções do sistema imunológico; funções do sistema respiratório; funções do sistema digestivo; funções do sistema metabólico e endócrino; funções geniturinárias; funções neuromuscoesqueléticas e relacionadas ao movimento.

Já na parte da avaliação médica, que trata das atividades e participação, serão avaliados cinco outros domínios, a saber:

- Aprendizagem e aplicação do conhecimento: refere-se ao desempenho em aprender, aplicar o conhecimento aprendido, pensar, resolver problemas e tomar decisões.
- Tarefas e demandas gerais: refere-se aos aspectos gerais da execução de uma única tarefa ou de várias tarefas, organização de rotinas e superação do estresse.
- Comunicação: refere-se às características gerais e específicas da comunicação, por meio da linguagem, sinais e símbolos, incluindo a recepção e produção de mensagens, manutenção de conversação e utilização de dispositivos e técnicas de comunicação.
- Mobilidade: refere-se ao movimento de mudar o corpo de posição ou de lugar, carregar, mover ou manipular objetos, ao andar ou deslocar-se.
- Cuidado pessoal: refere-se ao cuidado pessoal, como lavar-se e secar-se, cuidar do próprio corpo e de parte do corpo, vestir-se, comer, beber e cuidar da própria saúde.

Cada um dos domínios avaliados pelo Assistente Social e pelo Médico Perito é representado quantitativamente, de acordo com um percentual de comprometimento, conforme tabela 1:

Tabela 1 – Domínios avaliados para o BPC

%	Funções do Corpo	Atividades e Participação	Fatores Contextuais
0 a 4	Nenhuma deficiência (0)	Nenhuma dificuldade (0)	Nenhuma barreira (0)
5 a 24	Deficiência leve (1)	Dificuldade leve (1)	Barreira leve (1)
25 a 49	Deficiência moderada (2)	Dificuldade moderada (2)	Barreira moderada (2)
50 a 95	Deficiência grave (3)	Dificuldade grave (3)	Barreira grave (3)
96 a 100	Deficiência completa (4)	Dificuldade completa (4)	Barreira completa (4)

Fonte: Brasil, 2007.

Sendo assim, o Assistente Social avaliará os componentes ambientais, o médico perito avaliará as funções do corpo, e ambos avaliarão atividades e participação. Para cada componente será atribuído um qualificador final (conforme tabela) e, por meio de uma tabela de combinação dos qualificadores, ficará definido se o requerente preenche os requisitos para acesso ao BPC.

Em julho de 2011, a LOAS passa por novas alterações através da Lei 12.435, em relação ao BPC, são alterados novamente o conceito de grupo familiar e de pessoa com deficiência, que passam a ser os seguintes:

1º (...) a família é composta pelo requerente, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto. (BRASIL, 2011a).

E ainda:

- I – pessoa com deficiência: aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas;
- II – Impedimentos de longo prazo: aqueles que incapacitam a pessoa com deficiência para a vida independente e para o trabalho pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos. (BRASIL, 2011a).

Logo a seguir, em agosto de 2011, a Lei 12.470 traz novos elementos ao debate, sendo o principal: “A contratação de pessoa com deficiência como aprendiz não acarretará a suspensão do benefício de prestação continuada, limitado a 2 (dois) anos o recebimento concomitante da remuneração e do benefício.” (BRASIL, 2011b).

O memorando circular conjunto nº 26, DIRBEN/ DIRAT/INSS, datado de 06 de setembro de 2011, esclarece sobre essa questão: a remuneração da pessoa com deficiência na condição de aprendiz, seja do titular ou do membro do grupo familiar, não será considerada para fins do cálculo da renda per capita (...); e fica extinta a relação trabalhista ou a atividade empreendedora exercida e, quando for o caso, encerrado o prazo de pagamento do seguro-desemprego e não tendo o beneficiário adquirido direito a qualquer benefício previdenciário, poderá ser requerida a continuidade do benefício suspenso, sem necessidade de realização de perícia médica ou reavaliação da deficiência e do grau de incapacidade para esse fim, respeitando o período de revisão de dois anos.

Em novembro de 2011, o Decreto 7.617 altera novamente o regulamento do BPC, informando que não serão computados como renda mensal bruta familiar:

- I – Benefícios e auxílios assistenciais de natureza eventual e temporária;
- II- Valores oriundos de programas sociais de transferência de renda;
- III- Bolsas de estágio curricular;
- IV – pensão especial de natureza indenizatória e benefícios de assistência médica (...);
- V- rendas de natureza eventual ou sazonal, a serem regulamentadas em ato conjunto do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e do INSS; e
- VI – remuneração da pessoa com deficiência na condição de aprendiz. (BRASIL, 2011d).

A regulamentação é um dos aspectos, dentre outros, que nos permite avaliar as possibilidades de realização da transição da assistência social para o campo do direito, seus passos e contrapassos, numa dinâmica complexa. (GOMES, 1999, p. 94). No caso do BPC, a lógica dominante é a redução do direito e restrição do acesso. De acordo com a autora supracitada, o BPC foi criado como provisão que constitui transferência direta de renda mínima, independente de contribuição, aproximando concretamente a assistência social de um direito incondicional, embora restrito à pessoa idosa e à pessoa com deficiência, entretanto, ao ser regulamentado, o benefício teve seu alcance reduzido, tornou-se bastante seletivo e focalizado.

Ivo e Silva (2011) afirmam que a evolução dos dispositivos legais no BPC tem sido marcada por debates e controvérsias, que refletem alterações substanciais. “Duas definições têm alterado a focalização do BPC: a definição de incapacidade e a noção de família para efeito do cálculo, noções que, operacionalmente, impactam objetivamente sobre a atribuição do direito”. (IVO; SILVA, 2011, p. 6). Embora possamos identificar avanços nessa trajetória, especialmente quanto à caracterização da deficiência e sua avaliação, não é possível afirmar o mesmo em relação à composição da renda familiar. “A partir da LOAS, BPC e renda per capita passam a ser elementos indissociáveis”. (FLORES, 2010, p. 44).

É comum, entre os diferentes autores, o entendimento de que o critério de renda per capita de até um quarto do salário mínimo para acesso ao BPC é excludente e inadequado:

De acordo com a linha de renda para o recebimento do BPC, no patamar da extrema pobreza, ou seja, numa renda média familiar per capita de até um quarto do salário mínimo, observa-se que a aplicação desse critério restringe, substancialmente, a abrangência do direito, embora se reconheça, no plano operacional, uma evolução de tendência mais inclusiva da legislação [...]. Tal fato exclui do benefício idosos e pessoas com deficiência em que, mesmo considerados em situação de pobreza e experimentando diversas situações de vulnerabilidade- como as derivadas do grau de deficiência, dependência e demanda de cuidados-, a família ultrapassa a linha de renda de acesso estabelecida. (IVO; SILVA, 2011, p. 4)

A focalização na extrema pobreza é considerada um estigma:

O benefício tornou-se bastante seletivo e focalizado naqueles absolutamente incapazes de prover sua subsistência, os quais estão em situação de vulnerabilidade social praticamente irreversível, considerando inclusive a renda per capita exigida de um quarto de salário mínimo. Desse ponto de vista, o BPC se separa de uma política pública de viabilizadora de direitos universais. Dado o seu grau de seletividade, torna-se, pois, um direito arbitrário, restrito, dependente especialmente de verificação de cumprimento dos critérios para acesso, de um atestado de necessidade, o que marca os beneficiários pelo estigma de necessitado. (GOMES, 1999, p. 94).

Medeiros, Diniz e Squinca (2006) analisam que critérios focados exclusivamente na renda não levam em conta a disponibilidade de serviços públicos, que são tão determinantes dos níveis de bem-estar quanto à renda familiar. “Além disso, o envelhecimento e a deficiência impõem vários custos adicionais às famílias, e esses custos variam de pessoa para pessoa, mas o método atual de definição do patamar mínimo de renda de elegibilidade simplesmente ignora este fato”. (MEDEIROS; DINIZ; SQUINCA, 2006, p. 11).

Esses mesmos autores indicaram, na época, uma tendência política de aumento no valor do patamar mínimo de renda para acesso ao benefício, baseados no fato de existirem pelo menos quinze projetos de lei em tramitação no Congresso Nacional propondo patamares mínimos de renda mais altos para o BPC, variando de meio até dois salários mínimos. Contudo, essa tendência não se concretizou.

No quadro 2, a síntese das principais alterações legais referentes aos critérios de renda, composição do grupo familiar e conceito de incapacidade para concessão do BPC para pessoa com deficiência confirmam que os benefícios focalizados são afetados constantemente pelos critérios de contingenciamento financeiro ou pelas demandas políticas, conforme nos alerta Ivo (2004).

Legislação	Definição de incapacidade e composição do grupo e renda familiar
Lei 8.742/1993	<p>Pessoa com deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho.</p> <p>Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo.</p>
Decreto 1.744 /1995	<p>Família: a unidade mononuclear, vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes;</p> <p>Família incapacitada de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa: aquela cuja renda mensal de seus integrantes, dividida pelo número destes, seja inferior ao valor previsto no § 3º do art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.</p> <p>O benefício de prestação continuada será devido a mais de um membro da mesma família, enquanto for atendido o disposto no inciso III do art. 2º deste Regulamento, passando o valor do benefício a compor a renda familiar, para a concessão de um segundo benefício.</p> <p>Pessoa com deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho em razão de anomalias ou lesões irreversíveis, de natureza hereditária, congênita ou adquirida que impeçam o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho.</p>
Resolução INSS nº 435/1997	<p>A deficiência será comprovada por intermédio da apresentação de Laudo de Avaliação expedido pelo serviço que conte com equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde - SUS ou dos Centros e Núcleos de Reabilitação Profissional do INSS ou de entidades ou organizações de reconhecida competência técnica.</p> <p>Na inexistência de equipe multiprofissional no município, o requerente poderá apresentar, no mínimo, dois laudos técnicos, sendo um emitido por profissional da área médica e outro por profissional das áreas terapêutica ou educacional ou ainda por entidade de reconhecida competência técnica.</p> <p>O Laudo de Avaliação emitido pelos profissionais elencados nos subitens 5.1.2.1 e 5.1.2.2, exceto os emitidos por técnicos do INSS, deverá, no processo de habilitação ao benefício, ser</p>

	<p>apreciado pela Perícia Médica do INSS, para enquadramento da deficiência, conforme previsto na Lei nº 8.742/93, artigo 20, § 2º e no Decreto nº 1.744/95, artigo. 2º, inciso II.</p> <p>O Laudo de Avaliação emitido por técnicos da Reabilitação Profissional deve ser acompanhado pelo Formulário de Enquadramento da Deficiência.</p> <p>O AVALIEMOS (acróstico), incluído no verso do Laudo de Avaliação Para Pessoa Portadora de Deficiência, constitui instrumento de orientação aos profissionais que se incumbirem do preenchimento do documento acima, sendo que fará jus ao benefício aquele que obtiver somatório igual ou superior a 17 (dezesete) pontos.</p> <p>Para comprovação da inexistência de atividade remunerada e de composição do grupo e renda familiar do idoso e da composição do grupo e renda familiar do portador de deficiência, admitir-se-á como prova declaração dos Conselhos de Assistência Social dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios</p> <p>Nas localidades onde não existir Conselho de Assistência Social, admitir-se-á prova mediante declaração de profissionais assistentes sociais em situação regular junto aos Conselhos Regionais de Serviço Social e de autoridades locais, tais como: Juiz, Juiz de Paz, Promotor de Justiça, Comandante Militar do Exército, da Marinha, da Aeronáutica e das Forças Auxiliares e Delegado de Polícia, além de outras autoridades declaradas em ato do Ministro de Estado da Previdência e Assistência Social. Aqui também se inclui membro das Forças Auxiliares que estiver investido da autoridade de comandante local, independente de patente.</p>
Lei 9.729 de 1998	<p>Para os efeitos do disposto no caput, entende-se como família o conjunto de pessoas elencadas no art. 16 da Lei no 8.213, de 24 de julho de 1991, desde que vivam sob o mesmo teto.</p> <p>A concessão do benefício ficará sujeita a exame médico pericial e laudo realizados pelos serviços de perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS.</p> <p>A renda familiar mensal a que se refere o § 3º deverá ser declarada pelo requerente ou seu representante legal, sujeitando-se aos demais procedimentos previstos no</p>

	<p>regulamento para o deferimento do pedido.</p>
Decreto 6.214 de 2007	<p>Família para cálculo da renda per capita, conforme disposto no § 1º do art. 20 da Lei nº 8.742, de 1993: conjunto de pessoas que vivem sob o mesmo teto, assim entendido, o requerente, o cônjuge, a companheira, o companheiro, o filho não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido, os pais, e o irmão não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido; e</p> <p>Renda mensal bruta familiar: a soma dos rendimentos brutos auferidos mensalmente pelos membros da família composta por salários, proventos, pensões, pensões alimentícias, benefícios de previdência pública ou privada, comissões, pró-labore, outros rendimentos do trabalho não assalariado, rendimentos do mercado informal ou autônomo, rendimentos auferidos do patrimônio, Renda Mensal Vitalícia e Benefício de Prestação Continuada, ressalvado o disposto no parágrafo único do art. 19</p> <p>§ 1º Para fins do disposto no inciso V, o enteado e o menor tutelado equiparam-se a filho mediante comprovação de dependência econômica e desde que não possuam bens suficientes para o próprio sustento e educação.</p> <p>A concessão do benefício à pessoa com deficiência ficará sujeita à avaliação da deficiência e do grau de incapacidade, com base nos princípios da Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde - CIF, estabelecida pela Resolução da Organização Mundial da Saúde, aprovada pela 54ª Assembléia Mundial da Saúde, em 22 de maio de 2001.</p> <p>A avaliação da deficiência e do grau de incapacidade será composta de avaliação médica e social.</p> <p>A avaliação médica da deficiência e do grau de incapacidade considerará as deficiências nas funções e nas estruturas do corpo, e a avaliação social considerará os fatores ambientais, sociais e pessoais, e ambas considerarão a limitação do desempenho de atividades e a restrição da participação social, segundo suas especificidades.</p> <p>As avaliações de que trata o § 1º serão realizadas, respectivamente, pela perícia médica e pelo serviço social do INSS.</p>
Lei 12.435	<p>Para os efeitos do disposto no caput, a família é composta pelo requerente, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os</p>

	<p>filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto.</p> <p>Para efeito de concessão deste benefício, considera-se:</p> <p>I - pessoa com deficiência: aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas;</p> <p>II - impedimentos de longo prazo: aqueles que incapacitam a pessoa com deficiência para a vida independente e para o trabalho pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos.</p> <p>A cessação do benefício de prestação continuada concedido à pessoa com deficiência, inclusive em razão do seu ingresso no mercado de trabalho, não impede nova concessão do benefício, desde que atendidos os requisitos definidos em regulamento.</p>
Decreto 7.617 de 2011	<p>Para fins do disposto no inciso VI do caput, não serão computados como renda mensal bruta familiar:</p> <p>I - benefícios e auxílios assistenciais de natureza eventual e temporária;</p> <p>II - valores oriundos de programas sociais de transferência de renda;</p> <p>III - bolsas de estágio curricular;</p> <p>IV - pensão especial de natureza indenizatória e benefícios de assistência médica, conforme disposto no art. 5º;</p> <p>V - rendas de natureza eventual ou sazonal, a serem regulamentadas em ato conjunto do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e do INSS; e</p> <p>VI - remuneração da pessoa com deficiência na condição de aprendiz.</p> <p>Parágrafo único. “A acumulação do benefício com a remuneração advinda do contrato de aprendizagem pela pessoa com deficiência está limitada ao prazo máximo de dois anos.” (NR)</p> <p>“<u>Art. 47-A.</u> O Benefício de Prestação Continuada será suspenso em caráter especial quando a pessoa com deficiência exercer atividade remunerada, inclusive na condição de microempreendedor individual, mediante comprovação da relação trabalhista ou da atividade empreendedora.</p> <p>§ 1º O pagamento do benefício suspenso na forma do caput será restabelecido mediante requerimento do interessado que comprove a extinção da relação trabalhista ou da atividade empreendedora, e, quando for o caso, o encerramento do prazo</p>

	<p>de pagamento do seguro-desemprego, sem que tenha o beneficiário adquirido direito a qualquer benefício no âmbito da Previdência Social.</p> <p>§ 5º A pessoa com deficiência contratada na condição de aprendiz terá seu benefício suspenso somente após o período de dois anos de recebimento concomitante da remuneração e do benefício, nos termos do § 2º do art. 21-A da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.” (NR)</p>
--	--

Quadro 2 – Principais alterações na legislação quanto aos critérios que influenciam no acesso ao BPC para Pessoa com Deficiência.

Fonte: Elaborado pela autora.

Analisando o quadro 2, é possível destacar alguns dos avanços e dos retrocessos já citados por outros autores em relação à renda per capita e à avaliação da incapacidade, que são os dois requisitos indissociáveis na concessão do BPC para pessoa com deficiência.

Embora tenha havido algumas alterações na composição da renda: no caso da pessoa idosa, o BPC concedido a um idoso não será considerado como renda para concessão do BPC a outro idoso no mesmo grupo familiar (o mesmo critério não se aplica para a pessoa com deficiência).

No caso da pessoa com deficiência, a mudança mais substancial trata-se daquela que permite o acúmulo do BPC com a renda do trabalho como aprendiz, pelo período de dois anos. Igualmente, o conceito de família utilizado para composição do grupo familiar tornou-se extremamente restritivo, principalmente após alteração de julho de 2011, que considera como grupo familiar os filhos e irmãos solteiros de qualquer idade, e não mais aqueles de até 21 anos, independentemente de a renda desses sujeitos ser ou não compartilhada com o grupo familiar. Sendo assim, conforme analisado por Sposati (2004, p. 127), “foram sobrepostas restrições, como a condição de não ser sustentado por outrem. Para ser incluído, o requerente precisa mostrar a miserabilidade da família, além de sua miserabilidade”.

Considerar a renda per capita familiar para a concessão do BPC mostra claramente a sobrevalorização do papel da família em detrimento do papel do Estado no trato das questões da pessoa idosa e da pessoa com deficiência. Conforme dito por Sposati (2004, p. 129), “sua regulação o faz transitar pendularmente do direito individual para o princípio da subsidiariedade, onde o estado tem responsabilidade secundária à família (...)”, diferente daquilo que preceitua a Constituição

Federal de que a assistência social é direito do cidadão e dever do Estado.

Esse critério da renda familiar para a concessão e manutenção do BPC fragiliza ainda mais essas famílias já marginalizadas, muitas vezes, os membros do grupo familiar acabam trabalhando na informalidade para garantir a continuidade do recebimento, sem considerar as possíveis consequências futuras, como a falta de tempo de contribuição para a aposentadoria, por exemplo.

Cabe também assinalar, neste contexto, a incapacidade do salário mínimo brasileiro de prover as necessidades de uma família, de modo especial, conforme analisa Gomes (2004), quando se lida com destinatários em particular situação de vulnerabilidade, seja pela contingência da idade seja por uma deficiência.

3. AS LIMITAÇÕES PARA O ACESSO AO BPC: UMA ANÁLISE NECESSÁRIA

Conforme Góis et al. (2008, p. 66), estudos avaliativos sobre os programas que compõem o campo das políticas públicas, “permitem que sejam captados seus pontos de estrangulamento, seus impactos e suas limitações. Permitem ainda, igualmente, o conhecimento da população atendida e os erros e acertos na focalização e elegibilidade, entre outros elementos”.

Nessa direção, a pesquisa que ora se apresenta tem por objetivo analisar os requerimentos de BPC indeferidos na APS de Vacaria- RS, buscando caracterizar os sujeitos e identificar os motivos de indeferimento.

Foi utilizada abordagem mista – qualitativa e quantitativa. Na análise de Sampieri, Collado e Lucio (2006), os dois enfoques, quando utilizados juntos, enriquecem a pesquisa. O enfoque quantitativo, por confiar na medição numérica, na contagem e frequentemente no uso da estatística para estabelecer os padrões de comportamento de uma população. O enfoque qualitativo, por sua vez, tem como propósito reconstruir a realidade tal como é observada pelos atores de um sistema social predefinido.

A pesquisa consistiu na coleta de dados de todo o universo de requerimentos de BPC para PcD indeferidos na APS de Vacaria, no período de agosto de 2009 até dezembro de 2012, no total, 246. A escolha desse espaço temporal justifica-se porque foi a partir de agosto de 2009 que a avaliação social passou a fazer parte da avaliação da PcD

para fins de concessão do BPC e, em janeiro de 2013, o sistema SABI até então utilizado para protocolo dos requerimentos e realização das avaliações, foi substituído por um novo sistema chamado SIBE. No período, foram protocolados na APS, 500 requerimentos de BPC para PcD, dos quais, 240 foram concedidos, 14 não foram concluídos por desistência do solicitante e 246 foram indeferidos. A opção pela análise do BPC para PcD deu-se pela participação do assistente social na avaliação, o que não ocorre no caso do BPC para pessoa idosa.

A análise dos dados foi realizada a partir da discussão que os temas e os dados suscitam, levando em consideração as referências bibliográficas e os referencias teóricos, os resultados vão ser apresentados e, concomitantemente, vão ser discutidos e interpretados.

A pesquisa foi autorizada pelo INSS, através de termo de consentimento livre e esclarecido, assinado pelo gerente executivo.

3.1. O perfil dos requerentes que tiveram seu pedido indeferido

A APS onde foi realizada a pesquisa localiza-se no município de Vacaria - RS. Pertencem à jurisdição da agência, outros sete municípios da microrregião, que são: São José dos Ausentes, Bom Jesus, Monte Alegre dos Campos, Campestre da Serra, Muitos Capões, Esmeralda e Pinhal da Serra. O município de Vacaria é o único entre eles considerado de médio porte, tendo inclusive outros, considerados de porte micro. Além da agência da previdência social, Vacaria também é referência para esses municípios para serviços de saúde e outros.

Na tabela 2, apresentamos alguns dados sobre os municípios que posteriormente serão utilizados nas categorias de análise, aqui, servem como uma primeira ilustração da realidade da região.

Tabela 2 – Dados estatísticos dos municípios da jurisdição da APS Vacaria

IDH	Renda per capita	Rural	Urbana	Mulheres	Homens	Porte	Município
0,72	317,77	4.008	57.337	31.256	30.089	médio	Vacaria
0,78	243,10	2.015	1.232	1.573	1.674	pequeno	Campestre da Serra
0,70	124,89	2.453	645	1.441	1.657	pequeno	Monte Alegre dos Campos
0,74	188,73	2.013	964	1.443	1.534	micro	Muitos Capões
0,77	186,63	1.041	2.128	1.596	1.573	pequeno	Esmeralda
N.I*	N.I*	1.653	478	1.021	1.109	micro	Pinhal da Serra
0,73	188,46	1.228	2.062	1.597	1.693	pequeno	São José dos Ausentes
0,75	209,43	2.961	8.595	5.836	5.720	Médio/ pequeno	Bom Jesus

* N.I não informado. Fonte: FAMURS (2011)

Conforme o Brasil (2005), a dinâmica populacional é um importante indicador para a política de assistência social, pois ela está intimamente relacionada com o processo econômico estrutural de valorização do solo em todo território nacional, nos municípios de médio porte destacam-se os índices de urbanização. Os pequenos municípios expressam uma característica dispersiva no território nacional e ainda com boa parte de sua população vivendo em áreas rurais (45% da população).

Todos os municípios da jurisdição da APS Vacaria têm benefícios indeferidos no período estudado. Na tabela 3, aparece o número de benefícios indeferidos por município de residência do requerente. Vacaria é o município com o maior número de requerimentos, um dos motivos para isso é o fato de ser o único município de médio porte, que, sozinho, tem população maior que todos os outros municípios juntos. Além disso, a agência do INSS localiza-se em Vacaria, o que torna mais fácil o acesso aos moradores locais. Algumas vezes, por causa das distâncias geográficas, os municípios mais distantes acabam optando por encaminhar sua solicitação em outras agências da previdência social.

Tabela 3 – Benefícios indeferidos por município

Município	BPC indeferidos	%
Vacaria	163	66,26
São Jose dos Ausentes	14	5,69
Bom Jesus	31	12,60
Monte Alegre dos Campos	8	3,25
Campestre da Serra	5	2,03
Muitos Capões	6	2,44
Esmeralda	5	2,03
Pinhal da Serra	7	2,85
Outros	7	2,85

Fonte: elaborado pela autora.

Em relação ao sexo, (tabela 4), houve predominância de mulheres nos requerentes do benefício, embora com pequena variação.

Tabela 4 – Sexo dos requerentes

Sexo	n	%
Feminino	127	51,63
Masculino	119	48,37

Fonte: elaborado pela autora.

A ocorrência está de acordo com a distribuição populacional por sexo da região em questão, onde se repete o indicador. Considerando todos os municípios, há predominância das mulheres em relação aos homens, numa proporção de 39.927 para 39.329 respectivamente.

Se considerarmos os municípios isoladamente, apenas Vacaria, Bom Jesus e Muitos Capões têm população predominantemente feminina, nos demais, os homens estão em número maior.

Em relação à idade, como se pode observar na tabela 5, predominam os requerentes adultos.

Tabela 5 – Idade dos requerentes

Faixa Etária	n	%
0-6	28	11,38
7-15	55	22,36
16-39	85	34,55
40-59	68	27,64
>60	10	4,07

Fonte: elaborado pela autora.

O número de requerimentos de pessoas com idade entre 16 e 59 anos, 62,19%, é um forte indicador de uma nova população demandante da assistência social, de acordo com Couto (2010):

São aqueles que, pelo desemprego ou emprego precário e/ou em virtude da crise estrutural gestada pela reestruturação produtiva, não encontram mais espaço nas políticas trabalhistas e veem com fundamental a busca de atendimento no campo da assistência social. Esse adensamento muitas vezes é feito por uma população que se

reconhece como portadora de direitos, o que é inovador no tradicional campo da benesse e do favor, características até há pouco tempo únicas na definição do campo da assistência social. (COUTO, 2010, p. 169).

Góis et al (2008), numa avaliação dos beneficiários do BPC, analisam o estado civil como outro elemento a compor o seu quadro de desproteção, tendo como pressuposto que a conjugalidade pode ser um fator positivo na vida de populações pobres e ricas. Na pesquisa realizada por eles, foi verificada predominância de solteiros, seguida por viúvos, casados, e por fim separados.

Na análise dos requerimentos indeferidos na APS de Vacaria (Tabela 6), também predominam os requerentes solteiros, porém, seguidos daqueles que vivem em união estável, depois, separados de fato ou de direito, casados e apenas um viúvo.

Cabe ressaltar que estes números compreendem a totalidade de requerimentos indeferidos, inclusive de crianças e adolescentes.

Tabela 6 – Estado Civil dos requerentes

Estado civil	n	%
Solteiro	179	72,76
União Estável	30	12,20
Casado	13	5,28
Separado	7	2,85
Separado de Fato	14	5,69
Viúvo	1	0,41
Não Informado	2	0,81

Fonte: elaborado pela autora.

Sob outro ponto de vista, se analisarmos o estado civil em relação ao sexo (na tabela 7 foram retirados os requerentes com menos de 16 anos, já que todos são solteiros), podemos fazer outras considerações.

Tabela 7 – Estado Civil X Sexo

Estado civil/sexo	n
Solteiro – masculino	40
Solteiro – feminino	56
União estável – masculino	7
União estável – feminino	23
Casado – masculino	2
Casado – feminino	11
Separado – masculino	4
Separado – feminino	3
Separado de fato – masculino	1
Separado de fato – feminino	13
Viúvo masculino	1
Não informado masculino	1
Não informado feminino	1

Fonte: elaborado pela autora.

As mulheres predominam em todas as situações testadas, de modo, porém, menos relevante na situação solteira. No estudo de Góis et al. (2008), o fato de não ter companheiro é considerado mais desfavorável.

Essa questão pode ser analisada sob outros pontos de vista. Tomando por base pesquisa realizada por Brasil (2010), foi constatado que quase metade dos beneficiários do BPC possui alguém que se responsabilize por seus cuidados, enquanto 21%, apesar de necessitarem de cuidados, não possuem. Além disso, comparativamente, pessoas com deficiência informaram necessitar de cuidado de terceiros em proporção maior do que os idosos. E ainda, para os que possuem um cuidador, em 50% dos casos, esse papel é assumido pela mãe.

Poderíamos deduzir que é mais comum que os homens fiquem solteiros, “protegidos” por suas famílias e pelos cuidados, enquanto as mulheres, mesmo precisando de cuidados, acabam se tornando cuidadoras. As mulheres assumem com mais frequência relações maritais, o que não significa obrigatoriamente que sejam relações baseadas em vontade consentida do sujeito. O relato de uma avaliação

social serve para ilustrar que o estado civil nem sempre representa a vontade do sujeito e, poder-se-ia dizer também condição mais favorável.

Foi criada por uma tia materna. Vítima de abuso enquanto estava sob responsabilidade da tia (...). Foi abrigada (...). Conforme relato do padrasto, no leito de morte a companheira (mãe da requerente) solicitou que o mesmo cuidasse de sua filha, dessa forma, após a morte da companheira, solicitou a guarda e interdição da requerente. Após atingir a maioridade foi morar com o padrasto. Padrasto é curador (...). Durante análise do processo de guarda, foi verificado que a requerente mantinha com o padrasto uma relação marital. (A214)

A escolaridade dos requerentes que tiveram seus pedidos indeferidos se assemelha muito aos estudos de quem recebe o benefício assistencial. Na avaliação feita por Góis et al. (2008), constatou-se que a maioria não tem sequer um ano de estudo. Conforme esses autores, dados recentes mostram que a média de anos de estudo dos brasileiros é de aproximadamente seis, sendo esse valor variável quando se inserem as variáveis de raça, gênero, local de moradia, etc. (GÓIS et al, 2008, p. 74). A fala de uma das requerentes é esclarecedora quanto a essas outras variáveis, que tornam sua situação ainda mais grave:

Nunca estudou, foi criada no sítio, não era costume menina estudar. (A247)

Os dados sobre a escolaridade dos requerentes que tiveram seus pedidos recusados estão dispostos na tabela 8:

Tabela 8 – Escolaridade dos requerentes

Escolaridade	n	%
Analfabeto – Nunca Frequentou	36	14,63
Analfabeto – Frequentou Escola	31	12,60
Educação Infantil	4	1,63
Até 4ª Série Incompleta	72	29,27
4ª Série Completa	27	10,98
Até 8ª Série Incompleta	35	14,23
8ª Série Completa	14	5,69
Ensino Médio Incompleto	8	3,25
Ensino Medio Completo	2	0,81
Exclusivamente Apae	11	4,47
Não Informado	6	2,44

Fonte: elaborado pela autora.

Vários indicadores sinalizam a gravidade da situação educacional das PcD, entre eles, podemos destacar que 14,63% nunca frequentaram a escola; 12,60 % embora tenham frequentado escola são analfabetos e 4,47% frequentam ou frequentaram exclusivamente APAE. Cabe destacar que temos 28 requerentes de até 6 anos, cuja frequência escolar não é obrigatória, desses, apenas 4 frequentam a educação infantil.

O estudo de Góis et al. (2008) mostra, ainda, que pessoas com deficiência física estão em melhor situação que pessoas com deficiência mental, o que pode ser explicado em parte pelas limitações cognitivas e intelectuais desses últimos, porém, ambos têm menos tempo de escolaridade do que a população em geral, o que tem sido considerado pelos estudiosos como consequência das diferentes formas de discriminação a que estão submetidos desde a infância (MACIEL, 2000 apud GÓIS et al, 2008).

Também se repete, no estudo sobre os beneficiários e aqueles que não tiveram acesso ao BPC, a tendência de a pessoa com deficiência interromper o processo educacional, conforme relatos nas avaliações sociais:

Por causa da doença e tratamento, deixou de frequentar a escola. (A45).

Fez uma tentativa de ir à escola, não conseguiu permanecer. Não consegue ficar muito tempo na mesma posição. (A160)

Como se não bastassem as barreiras causadas pela doença e/ou deficiência, é comum a existência de preconceito na comunidade escolar:

Mãe diz que é maltratado pelos colegas da escola. (A164)

Frequentou creche durante um período, porém, após epidemia da gripe A, escola pediu para deixá-la apenas um período, justificando medo que a mesma adoecesse. (A18)

De acordo com o Brasil (2005, p. 16),

[...] uma variável considerada importante e que influenciaria a defasagem escolar seria o rendimento familiar per capita. Entre a população com 25 anos ou mais, a média de anos de estudo dos mais pobres era, em 2002, de 3,4 anos e, entre os mais ricos, de 10,3 anos de estudo. Por outro lado, tomando o tamanho dos municípios, a defasagem escolar também varia segundo o mesmo indicador, sendo maior nos municípios pequenos, onde a média de anos de estudos fica em 4 anos, e nos de grande porte ou metrópoles essa média sobe para 6 a quase 8 anos de estudos. Ou seja, além da renda, o tamanho dos municípios também pode interferir no indicador de defasagem escolar.

As limitações enfrentadas pela doença ou deficiência, aliadas às barreiras sociais, constituem sérios obstáculos à permanência e à ascensão da pessoa com deficiência no sistema educacional.

Quanto ao local de moradia, apenas 10,56% dos requerimentos indeferidos foram identificados como moradores de áreas rurais.

O mesmo dado apareceu no estudo de Góis et al. (2008), o que para ele é consistente com os dados populacionais daquela região também o é no caso desta pesquisa, já que a população residente em área rural, nos municípios estudados, corresponde a 23.65% do total. Os

autores identificam como possíveis problemas a difusão do BPC e a fragilidade da presença institucional do INSS no meio rural.

Quanto a esses problemas elencados, o Serviço Social da APS estudada realiza um trabalho de socialização das informações previdenciárias e do BPC, através de capacitação de agentes multiplicadores em todos os municípios da jurisdição. Desde 2009, quando o Serviço Social foi implantado na APS, pelo menos uma vez, todos os municípios foram visitados e capacitados para identificar e encaminhar possíveis beneficiários.

A dificuldade de acesso talvez seja uma hipótese mais provável para o número reduzido de requerimentos de moradores da zona rural. Uns poucos requerentes possuem veículo próprio, a maioria desloca-se de ônibus ou de carona. Essa dificuldade aparece na fala dos sujeitos, durante a avaliação social:

Residem em zona rural, em pomar, distante 18 km da sede do município. Para pegar ônibus, caminham aproximadamente 5 km. (A21)

Área rural, distante em torno de 27 km da sede do município. Não tem comércio próximo. Rota de ônibus a 10 km da residência, às vezes conseguem carona com transporte escolar. (A147).

Essa dificuldade de acesso denuncia a omissão da Política de Assistência Social nos municípios, pois é comum que os requerentes ao BPC compareçam ao INSS utilizando recursos próprios, muitas vezes emprestados por familiares ou conhecidos.

Tanto na área urbana, quanto na rural, a maioria das pessoas mora em domicílios, sendo residual o número de requerentes que moram em instituições (apenas 4).

Como se pode observar (Tabela 9), as residências são próprias em sua maioria, mas também é significativo o quantitativo de requerentes que residem em moradias cedidas e alugadas.

Tabela 9 – condições habitacionais dos requerentes

Onde vive	n	%
Casa Própria	116	47,15
Casa Cedida	78	31,71
Casa Alugada	22	8,94
Casa De Espólio	6	2,44
Casa Financiada	5	2,03
Instituição	4	1,63
Não Informado	15	6,10

Fonte: elaborado pela autora.

No estudo de Gois et al. (2008), a maioria dos beneficiários também vive em casa própria, o que é avaliado pelos autores como um indicador de que, apesar da situação de pobreza, os beneficiários ou os que cuidam deles possuem um patrimônio importante para evitar um nível de vulnerabilidade ainda maior do que aquele em que se encontram. Alertam, contudo, que se deve ser cuidadoso com esses números, pois os relatos falam de muitas casas, mesmo as de alvenaria, em péssimo estado de conservação e habitabilidade.

A exemplo do estudo feito por Yasbek (1999), muitos têm em comum a moradia em abrigos precários, alguns ainda inacabados, sem condições de habitabilidade, inadequados para ocupação residencial, expressando soluções extremas.

Essas situações podem ser exemplificadas pelo relato dos sujeitos em relação às condições de moradia:

Casa própria, construída em terreno de programa habitacional, casa construída aos poucos, um pouco material novo, um pouco material reutilizado. Casa de 3 peças, cozinha e dois quartos. Não tem forro, uma mão de tinta por dentro. Banheiro com vaso sanitário, não tem chuveiro. Água encanada até a entrada da casa, para utilização na cozinha, carrega com baldes (...). Quando a mãe morreu, irmã levou a maioria dos utensílios domésticos. Ficou com duas panelas, alguns pratos, mesa, duas cadeiras e balcão. Dorme num colchão (de esponja)

diretamente no chão. Tem um rádio de pilha (não funciona muito bem). (A1)

Residem em casa própria, de alvenaria, construída em terreno da prefeitura, partes de piso, sem forro, 2 quartos, cozinha e banheiro. Mora com a companheira, 3 netos e 1 bisneto (...). Para dormir, requerente e a companheira dormem com uma das netas na cama de casal, outro neto dorme numa cama de solteiro no mesmo quarto. A neta maior e a bisneta dormem no outro quarto. (A15)

Mora com pai, mãe e 5 irmãos, em casa própria, construída em terreno cedido pela avó paterna. Casa de madeira reaproveitada, 3 quartos e cozinha, banheiro externo, construído com sacos de colher batata. Para o banho, construíram um espaço com plástico que ganharam de um vizinho, banho com mangueira. Casa sem forro, requerente dorme com o pai e a mãe, em cama de casal, irmãs dividem um quarto, uma em cama de solteiro, duas em cama de casal, os 2 irmãos usam o outro quarto, dormem em sofás. (A28)

A situação torna-se ainda mais grave para aqueles que nem sequer tem banheiro, o que foi verificado em 13 dos requerimentos indeferidos.

Mora com mãe, pai e irmão de 8 anos, em casa própria, de madeira, sem pintura, sem forro, sem portas internas, 3 quartos e cozinha. Não tem banheiro (...). Utilizam chuveiro de campanha num galpão para higiene. Tem apenas uma cama na casa, requerente e o irmão dormem em colchão no chão. Não tem água encanada (A87).

Mora com pai, mãe e irmã, em casa própria, construída em terreno da prefeitura. Casa de madeira, 2 quartos e cozinha, não tem banheiro. Banheiro é no brejo (SIC). (A144)

A moradia precária é uma das expressões observáveis da exclusão social. A dominação

econômica e política realiza-se em múltiplas esferas do cotidiano e nesse sentido a forma de morar não é algo que se possa compreender fora dessa trama. (YASBEK, 1999, p. 120).

Góis et al. (2008) analisam que o fato de morar em residências cedidas sugere que as suas condições de vida estão, em alguma medida, associadas à capacidade de mobilização dos recursos das redes sociais nas quais estão inseridos.

Contudo, não há como deixar de observar que muitas vezes a cedência mascara uma relação de exploração de trabalho, como, por exemplo, numa situação (A4) em que a família mora numa casa cedida, no terreno de uma serraria, em troca, fazem o papel de cuidadores da propriedade.

Na questão da moradia, verifica-se também a precariedade dos programas habitacionais voltados para essa população. Muitos referem-se a casas próprias construídas em terrenos cedidos pelas municipalidades, entretanto, são espaços sem a mínima infraestrutura, como se apenas o terreno fosse suficiente para resolver as questões habitacionais. No relato abaixo, a casa de programa habitacional reflete o descompasso da política habitacional com as necessidades da população:

Mora com pai, mãe e 4 irmãos. Moram em casa de programa habitacional (...) casa de alvenaria, 2 quartos, cozinha e banheiro. Requerente dorme com os pais. Irmãos dividem o outro quarto. (A78)

Embora sejam seis os moradores da casa, o comum nos programas habitacionais são projetos iguais, que desconsideram suas necessidades singulares, então, são feitas residências iguais para todos, independente do número de pessoas que habitarão aquele local. Pais e filhos dividem o mesmo quarto, às vezes, as mesmas camas, sem o mínimo direito à privacidade.

Na legislação, a pessoa com deficiência deve ser atendida prioritariamente pelos programas habitacionais, porém, o que se observa, na realidade crua, é que a moradia, que deveria constituir-se no abrigo contra as intempéries é mais um fator de exclusão.

3.2 A perversa lógica da política contributiva

Estudo de Lobato (2007, p. 328) confirma que “parece haver entre os agentes previdenciários uma tendência predominante (embora não exclusiva) a criticar a existência de benefícios assistenciais e não contributivos como o BPC, assim como sua operacionalização pelo INSS, estrutura vinculada à noção de seguro social”.

Uma pesquisa realizada por Góis et al. (2008, p. 76) indagou a respeito da relação do BPC com a estrutura previdenciária. “Entre os respondentes que acham que o benefício do BPC não contribui para a previdência e não deveria ser atendido pelo INSS, os responsáveis pelas APS são os que mais acalentam essa percepção (41,7%), seguidos dos servidores administrativos (29,8%) e médicos peritos (23,5%).

A análise da cobertura previdenciária dos requerentes que tiveram seus pedidos recusados mostra que, ao contrário do que se pensa, muitos deles foram vinculados ao regime geral de previdência social em algum período de suas histórias laborativas, conforme demonstrado na tabela 10:

Tabela 10 – Cobertura Previdenciária

Cobertura	n	%
Nunca Foi Segurado	80	32,52
Perdeu Qualidade de Segurado	69	28,05
Menor de 16 Anos	83	33,74
Tem Qualidade de Segurado	3	1,22
Outros	11	4,47

Fonte: elaborado pela autora.

Além daqueles que perderam a qualidade de segurados, devemos considerar que boa parte daqueles que nunca foram segurados, vivenciaram experiências de trabalho informal e, portanto, não reconhecidas pela previdência social.

Trabalhava como ajudante de pedreiro, em torno de 8 anos, sem vínculo em carteira de trabalho. (A70).

Antes de adoecer, fazia faxina e cuidava de crianças, sem vínculo em CTPS. (A95)

Góis et al. (2008), em seu estudo a respeito dos beneficiários do BPC, chegam à conclusão similar e, na análise dos mesmos, os dados disponíveis reforçam a percepção de que a sua inserção no mercado de trabalho foi predominantemente precária do ponto de vista tanto das condições de exercício laborativo quanto das relações trabalhistas.

Yasbek (1998, p. 52), afirma que

[...] as transformações trazidas pela reestruturação da ordem econômica mundial para o mundo do trabalho, são radicais e perversas, visto que o desemprego e a precarização das relações de trabalho se tornam estruturais (...) aumenta o trabalho temporário e subcontratado. Recria-se o trabalho em domicílio, sem contratos ou garantias. O desemprego torna-se um fantasma, com a destruição de milhares de postos de trabalho (...). Nesse novo contexto (...) a questão social se expressa na insegurança do trabalho assalariado e na penalização dos trabalhadores.

Muito diferente do mito de que nunca foram trabalhadores, os sujeitos da pesquisa, pelo contrário, foram trabalhadores que experimentaram as mais perversas e radicais transformações da reestruturação do mundo do trabalho, conforme se apreende nos relatos dos mesmos:

Trabalhava fazendo taipas, trabalho informal, sem contribuição previdenciária. Sofreu acidente de trabalho seguido de septicemia. (A81)

Experiência laborativa anterior como trabalhador rural e 6 anos como técnico de iluminação com um grupo de música tradicionalista. (A91)

Antes do acidente, teve diversos contratos de trabalho, como balconista, frentista e atendente de lanchonete. Atualmente, não consegue trabalho. (A99)

Na época do acidente, trabalhava de forma autônoma como mecânico, recentemente desvinculado de prefeitura (...) onde exercia cargo de confiança. Sofreu acidente, consertando carro, estourou peça, bateu na cabeça, ocasionando traumatismo craniano (...) tentou retomar atividade após o acidente (...) desistiu totalmente, pois não consegue mais exercer atividade. (A112).

Desde a cirurgia, faz uso de bolsa de colostomia (...). Tentou trabalhar após a colocação da bolsa, porém, tem experiência apenas em atividades com exigência de esforço físico, e não consegue, pois a bolsa descola durante a atividade. Faz às vezes casereação (sic) – cuida de casas de terceiros quando viajam, consegue uma renda de aproximadamente R\$ 100,00 por mês. (A175)

De acordo com Paiva (2006, p. 14)

[...] o desemprego exponencial (...) fez com que milhões de trabalhadores perdessem a possibilidade de vínculo com a Seguridade Social pelo eixo das políticas contributivas, no caso a Previdência Social (...). As pressões sobre os serviços sociais aumentaram sobre a política não contributiva, ou seja, a assistência social.

Não se pode deixar de mencionar também que muitas pessoas com deficiência nunca tiveram oportunidades no mercado de trabalho. Góis et al. (2008) destacam dois fatores limitantes à inserção da PcD no mercado de trabalho:

[...] o primeiro refere-se às restrições/incapacidades derivadas das doenças com as quais convivem. O segundo refere-se à forte presença da discriminação negativa nos processos de contratação que faz com que mesmo as PcDs capacitadas ao exercício de diversas atividades sejam previamente excluídas (GÓIS et al., 2008, p.76).

3.3. Os Motivos de Indeferimento

Novamente aparecem congruências entre essa pesquisa e o estudo de Góis et al. (2008), visto que os autores afirmam que “os problemas mais graves referem-se à perícia médica e seus indeferimentos”. O mesmo é aferido também por Ivo e Silva (2011), “prevaleceu, como principal motivo para os indeferimentos, a avaliação da perícia médica do INSS (40,93%), resultante da não caracterização de existência de incapacidade do requerente para a vida independente e o trabalho”.

Na tabela 11, verifica-se a proporção de indeferimentos por motivo, na APS de Vacaria:

Tabela 11- Motivos de Indeferimento

Motivo	n	%
Perícia	93	37,80
Renda	81	32,93
Perícia E Renda	40	16,26
Não Atende Requisito De Longo Prazo	32	13,01

Fonte: elaborado pela autora.

É mister esclarecer que, no período analisado, “perícia” significa o resultado da combinação entre a avaliação social e a perícia médica, entretanto, no SABI, o resultado aparece apenas como perícia.

Para lembrar, o resultado do novo modelo de avaliação da pessoa com deficiência para concessão do BPC alude a uma média aritmética entre três qualificadores: fatores ambientais (avaliado apenas pelo assistente social), atividades e participação (combinação entre a avaliação do assistente social e do médico perito) e funções do corpo (avaliado apenas pelo médico perito). Conforme o grau de dificuldade, as avaliações resultarão em dificuldade: completa (C), grave (G), moderada (M), leve (L) ou nenhuma (N), e dessa combinação sairá o resultado que dará ou não direito ao benefício.

Na tabela 12, abaixo, verificam-se os grupos de combinação dos benefícios indeferidos exclusivamente por perícia (avaliação social e médica).

Tabela 12 – Combinação dos Benefícios Indeferidos por Perícia

Qualificadores	n
GML	31
GLN	07
GMN	17
MLL	03
GLL	11
MLN	12
MMM	5
GLM	7
GLG	3
MML	2
GGL	3
Não Informado	2

Fonte: elaborado pela autora.

Nota-se pela combinação entre fatores ambientais, atividades e participação e funções do corpo que há grande discrepância entre elas. Já existem estudos mostrando que a avaliação social impacta de forma relevante quando o resultado da avaliação é GMM, ou seja, se atividades e participação e funções do corpo forem consideradas no mínimo barreiras moderadas, a avaliação dos fatores ambientais determina a concessão do benefício; porém, se a avaliação das funções do corpo for considerada uma barreira leve ou nenhuma barreira, os fatores ambientais, por mais graves que sejam, não alteram esse resultado. Pode-se concluir, então, que as funções corporais, ou seja, a análise biológica, continua sendo preponderante no acesso ou não ao BPC.

Conforme dito anteriormente, por Barbosa, Diniz e Santos (2010), a emergência da narrativa biomédica foi a primeira guinada para a garantia dos direitos para as pessoas com deficiência no século XIX, porém, no modelo biomédico, os impedimentos corporais eram considerados como desvios da natureza, expressos na restrição de sentidos, capacidades ou habilidades e, como tal, deveriam ser controlados.

No modelo médico, a incapacidade é entendida como um problema da pessoa, consequência direta de uma doença, de um traumatismo ou de

outro problema de saúde, que necessita de cuidados médicos fornecidos sob a forma de tratamento individual por profissionais. Os cuidados em relação à incapacidade visam à cura, à adaptação do indivíduo ou à alteração do seu comportamento. Os cuidados médicos são entendidos como sendo a questão principal e, em nível político, a principal resposta consiste em modificar ou reformar as políticas de saúde. (CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS, 2003 apud BRASIL, 2007. p. 33).

Parafraseando Foucault, os autores supracitados afirmam que “o olhar clínico se vestiu do discurso da neutralidade e da verdade, constituindo-se em um saber que sistematiza o funcionamento normal do organismo e define o patológico para fins de intervenção, controle e normatização” (BARBOSA; DINIZ; SANTOS, 2010, p.48). Essa lógica orientou por muito tempo as perícias para acesso ao BPC, na medida em que o Estado faz uso do saber biomédico para definir suas prioridades de intervenção.

Outro olhar surge com o modelo social da deficiência, o qual sustenta que a exclusão não é resultado dos impedimentos corporais, mas, das barreiras sociais, sendo assim, a biomedicina por si só é insuficiente para enfrentar a questão da deficiência. Conforme Barbosa, Diniz e Santos (2010, p.45) com a demonstração do caráter insuficiente do modelo biomédico para avaliar a exclusão social ou discriminação, a autoridade normativa dos saberes biomédicos para as atividades de perícia do corpo também foi contestada. Nesse modelo, a incapacidade não é atribuída exclusivamente à pessoa, mas decorre de um conjunto complexo de situações, inclusive algumas são criadas pelo meio ambiente social.

Assim, a solução do problema exige que as medidas sejam tomadas em termos de ação social, e é da responsabilidade coletiva da sociedade no seu conjunto, introduzir as mudanças ambientais necessárias para permitir às pessoas com deficiência participar plenamente em todos os aspectos da vida social. a questão é, pois, da ordem das atitudes ou ideologias; necessita de uma alteração social, que, no nível político, se traduz em termos de direitos da pessoa humana. Segundo esse modelo, a incapacidade é uma

questão política. (CENTRO BRASILEIRO DE CLASSIFICAÇÃO DE DOENÇAS, 2003, apud BRASIL, 2007, p. 33).

Embora a proposta do novo modelo de avaliação para concessão do BPC para PcD seja a integração do modelo médico e social, numa abordagem biopsicossocial, ainda há um longo caminho a percorrer para alcançarmos esse objetivo.

Na pesquisa de Vieira (2013), constatou-se que 40% dos profissionais daquele estudo ainda apresentam percepção bastante limitada da deficiência, afirmando o modelo médico. Alerta para o fato de que o resultado da avaliação é condicionado principalmente pela compreensão de deficiência que cada profissional apresenta.

Não é suficiente, para imprimir uma nova direção na avaliação da deficiência, somente realizar alterações na legislação e na operacionalização, como construir um novo modelo de avaliação (...). É necessário que os profissionais percebam a amplitude destas mudanças e que permitam também transformarem suas próprias noções acerca do tema, possibilitando a introdução de novas concepções e a efetivação de uma avaliação diferenciada. (VIEIRA, 2013, p. 97).

Outra constatação importante, nos indeferimentos por perícia, diz respeito aos requerimentos por doença crônica. Mais da metade dos indeferidos por perícia são pessoas com doenças crônicas (Tabela 13).

Tabela 13 – Indeferidos Perícia X Tipo Deficiência

Deficiência	N
Doença Crônica	47
Neuromusculoesquelética	11
Doença Mental	9
Mental E Intelectual	21
Deficiência Visual	2
Deficiência Auditiva	1
Múltiplas	1

Fonte: elaborado pela autora.

No modo tradicional de entender a deficiência, as doenças crônicas nem sempre são elegíveis ao BPC. Em sua pesquisa, Vieira (2013) investiga a opinião de assistentes sociais e médicos peritos sobre o novo modelo de avaliação da pessoa com deficiência para concessão do BPC, constatou que “os entrevistados não fizeram referência a respeito de uma nova compreensão sobre a deficiência, distanciando-se do entendimento como um tipo de desigualdade que resulta tanto das desvantagens individuais como das sociais”. (VIEIRA, 2013, p.73).

É possível depreender a partir dessas falas que parece caber à perícia médica continuar a avaliar somente a parte orgânica, funcional, e ao assistente social as barreiras provocadas pelo impedimento corporal, e não as barreiras resultantes da sociedade, da maneira como esta se organiza, da forma como percebe a deficiência não reconhecendo as diversidades corporais. (VIEIRA, 2013, p.73).

Essa dificuldade em aceitar a doença crônica como elegível ao BPC pode ser explicada em partes pela normatização do Decreto nº 1744 de 1995. Conforme explana Vieira (2013), além de regulamentar a implantação do BPC, esse documento introduz dois aspectos a serem considerados na avaliação médica que não estão presentes na LOAS: a incapacidade para a vida diária e a irreversibilidade da lesão. Conforme o decreto, a pessoa com deficiência é aquela “incapacitada para a vida independe e para o trabalho em razão de anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditárias congênitas ou adquiridas, que impeçam o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho.” (VIEIRA, 2013, p.57).

Medeiros, Diniz e Squinca (2006) analisam que esse conceito de incapacidade permanente parece ser uma tentativa de demarcar as fronteiras entre a deficiência e a doença. A deficiência, neste caso, seria um estado refratário ao tratamento ou cura. “Essa diferença entre estado (deficiência) e condição (doença) seria uma das explicações possíveis para a ênfase no modelo médico da deficiência nos mecanismos da perícia e nos critérios de inclusão para o benefício”. (MEDEIROS; DINIZ; SQUINCA, 2006, p.14).

Embora desde 2007, a legislação do BPC já tenha explicitado que a irreversibilidade dos impedimentos corporais não deva ser objeto da avaliação pericial, os resultados na prática dos requerimentos

demonstram que esse entendimento ainda não foi incorporado ao cotidiano.

Na opinião de um participante da pesquisa realizada por Santos, Diniz e Pereira (2010, p. 160), “a perícia é tão restritiva em seus critérios que tende a favorecer apenas pessoas em estado quase vegetativo”.

Esses mesmos autores apresentam dados que demonstram que doenças adquiridas têm menos chances de serem consideradas elegíveis ao BPC. “Condições de saúde permanentes, sem recursos de tratamento ou cura, ou congênitas são mais facilmente entendidas como deficiências quando comparadas àquelas adquiridas e, muito diretamente, resultantes da interação do corpo com a vida social (...)”. (SANTOS; DINIZ; PEREIRA, 2010, p. 162).

Outra constatação possível com os dados coletados é a centralidade da categoria incapacidade para o trabalho como condicionante para a concessão do benefício. Santos, Diniz e Pereira (2010, p. 159) chegaram à mesma conclusão: O decreto n. 6214, de 2007 conceitua incapacidade como “um fenômeno multidimensional que abrange limitação do desempenho de atividade e restrição da participação, com redução efetiva e acentuada de inclusão social”. Para as crianças, essa redução na inclusão é entendida como não participação na escola e para os adultos como não participação no mercado de trabalho. A avaliação da perícia médica deveria ter como parâmetro, o quanto a doença ou deficiência restringem a participação social do indivíduo. “No entanto, as variáveis de mensuração da participação são, essencialmente, independência e trabalho” (SANTOS; DINIZ; PEREIRA, 2010, p. 159).

Essa forma de analisar a doença ou deficiência prioritariamente pela inserção ou não no mercado de trabalho aparece reiteradamente nas avaliações médico-periciais:

Sinais de atividade laborativa intensa e recente em ambas as mãos (calosidades e sujidades). (A1)

Compareceu à perícia sem atestado médico. Não há elementos para avaliar a incapacidade laboral. (A8)

Compareceu sem diagnóstico de doença incapacitante para o trabalho (...). Cabe ao interessado o ônus da prova da sua doença, o

qual, no momento da solicitação do BPC, deverá ter pelo menos um diagnóstico, senão um tratamento devidamente instituído, com atestado do médico assistente, exames complementares que comprovem sua causa mórbida. Não há elementos de convicção para incapacidade laborativa. (A69)

Pergunto por que não pode trabalhar e responde que cansa fácil. (A99)

Sem acompanhamento ou qualquer tipo de tratamento posterior. Não comprova doença de atividade. (...)requerente viveu de 2002 a 2011 fazendo biscates como forma de sobrevivência. (A175).

Medeiros, Diniz e Squinca (2006) apontam para uma sobrevalorização no critério trabalho no processo de avaliação, sendo assim, potenciais beneficiários seriam excluídos por serem considerados aptos para o trabalho.

Para Gomes (2001), o fato de a avaliação, ser feita por profissionais acostumados a lidar com situações de invalidez e de incapacidade para a vida laboral, de segurados, ao invés de profissionais que acompanham a problemática da deficiência, faz com que a avaliação se torne “um teste de elegibilidade com rigorosa pontuação, destinada a avaliar a deficiência a partir de critérios exclusivamente médicos e físicos” (GOMES, 2001, p. 202).

3.3.1. Indeferidos por não Cumprir Requisito de Longo Prazo

O Decreto n. 7.612, seguido por outro, de n. 7.617, ambos de novembro de 2011, significaram importante retrocesso nos avanços que vinham sendo alcançados com o novo modelo de avaliação do BPC para pessoa com deficiência (BRASIL, 2011c; 2011d).

O primeiro acrescenta a condicionalidade de longo prazo ao conceito de pessoas com deficiência, que passam a ser definidas como: “aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (Brasil, 2011c).

O segundo, por sua vez, regulamenta que o impedimento de longo prazo é aquele que produza efeitos pelo prazo mínimo de dois

anos. De acordo com o Decreto n. 7.617, a avaliação da deficiência e do grau de impedimento passa a ter como objetivos:

I- Comprovar a existência de impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial;

II- aferir o grau de restrição para a participação plena e efetiva da pessoa com deficiência na sociedade, decorrente da interação dos impedimentos a que se refere o inciso I com barreiras diversas.

Par. 6º O benefício poderá ser concedido nos casos em que não seja possível prever a duração dos impedimentos a que se refere o inciso I do par. 5º, mas exista a possibilidade de se estenderem por longo prazo.

Par. 7º Na hipótese prevista no par. 6º, os beneficiários deverão ser prioritariamente submetidos a novas avaliações social e médica, a cada dois anos. (BRASIL, 2011d).

Criou-se um problema de grande monta, pois cabe exclusivamente ao médico perito, determinar se existem ou não impedimentos de longo prazo, independente de toda a avaliação anterior, caso o médico perito diga ao final da avaliação que não se trata de impedimento de longo prazo, o benefício será automaticamente indeferido.

Na análise dos benefícios indeferidos, é relevante o número de indeferimentos por não cumprir requisitos de longo prazo, especialmente se considerarmos que esse critério só foi estabelecido a partir de novembro de 2011. Nos requerimentos analisados, se considerarmos apenas o período após a inclusão do critério de longo prazo, ele se torna o segundo motivo de indeferimentos: 40,45% indeferidos por renda e 38,20% indeferidos por não cumprir requisito de longo prazo.

Comparando os indeferimentos por não cumprir requisito de longo prazo com o tipo de doença/deficiência, verifica-se que as doenças crônicas são o principal grupo prejudicado por essa alteração legislativa, indefere-se por não cumprir requisito de longo prazo, independente de avaliar se essas pessoas estão tendo acesso ao tratamento adequado e se podem ou poderão participar plena e

efetivamente na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas, num prazo inferior a dois anos (Tabela 14).

Tabela 14 – Tipo de Deficiência

Deficiência	n	%
Doença Crônica	16	1
Neuromusculoesquelética	5	2
Doença Mental	2	3
Mental e Intelectual	7	4
Deficiência Auditiva	1	6
Múltiplas	1	7

Fonte: Elaborado pela autora.

A tabela 15 mostra as combinações entre fatores ambientais, atividades e participação e funções do corpo dos requerimentos indeferidos por não cumprir requisito de longo prazo:

Tabela 15 – Resultado das avaliações social e médica

Fatores	n
GMM	6
GML	7
GLN	5
GMN	7
GMG	2
MLL	1
GLL	1
MLN	1
MML	1
GCG	1

Fonte: Elaborado pela autora.

A tabela nos mostra que, consideradas as avaliações social e médico-pericial, se não houvesse o critério de longo prazo, nove (9) desses requerimentos poderiam ter sido concedidos, quais sejam, aqueles que tiveram combinação: GMM, GMG e GCG. É importante

destacar que essa análise foi feita considerando apenas as avaliações dos profissionais, o número poderia ser alterado caso fosse combinado também com a renda per capita.

Quanto aos diagnósticos apresentados pelos indeferimentos por não cumprir requisito de longo prazo, nota-se a predominância em doenças adquiridas.

Mais uma vez, fica evidente o caráter autoritário e discricionário da legislação, quando promove esse retrocesso ao modelo biomédico de avaliar a deficiência, visto que cabe somente ao médico perito, baseado nas funções corporais, analisar se a deficiência produzirá ou não efeitos de longo prazo (dois anos ou mais).

É também relevante o número de indeferimentos em transtornos mentais e comportamentais e outras situações, que geralmente são passíveis de tratamento, porém, não de cura, o que pode indicar o uso equivocado e até mesmo discriminatório, do indicador de longo prazo (Tabela 16).

Tabela 16 – Indeferidos por não cumprir requisito de longo prazo por diagnóstico

Classificação Doença conforme CID10	n
M – doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo	7
G – doenças do sistema nervoso	5
Z – fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com serviços de saúde	4
F – transtornos mentais e comportamentais	7
I – doenças do aparelho circulatório	2
W – causas externas de mobilidade e de mortalidade	1
Q – malformações congênicas, deformidades e anomalias cromossômicas.	1
C – neoplasias (tumores)	1
H - doenças dos olhos e anexos e doenças do ouvido	1
R – sinais e sintomas não classificados em outra parte	2
B – algumas doenças infecciosas e parasitárias	1

Fonte: Elaborado pela autora.

3.4. Considerações sobre Renda Per Capita e Grupo Familiar

De acordo com Brasil (2005), a renda per capita inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo constitui medida de pobreza e renda per capita inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo configura indigência. Não por acaso, a condicionalidade de “renda mensal per capita inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo para acesso ao BPC” é motivo de inúmeras críticas.

Para Sposati (2004), torna o BPC um mínimo tutelado, pois o acesso está condicionado a uma condição externa e não ao direito do cidadão que dele necessita. Ao vincular o acesso à condição econômica da família e não ao cidadão que dele necessita, a legislação faz aquele que deveria ser um direito individual transitar para o princípio da subsidiariedade, num contexto em que o Estado tem responsabilidade secundária à família.

Gomes (2004), por sua vez, afirma que se parte de um princípio bastante questionável, de que o salário mínimo seria capaz de prover as necessidades de uma família, com quatro membros, em média. Trata-se do limite da sobrevivência, tão somente as necessidades de alimentação com uma ração precária, que não dura todo o mês.

Penalva, Diniz e Medeiros (2010) também demonstram que o patamar de renda não possui fundamentação razoável.

Se o valor do salário mínimo tentasse replicar o necessário para assegurar o sustento de uma família, o critério de um quarto de salário mínimo per capita seria incorreto. As linhas de pobreza brasileiras usadas para monitoramento e pesquisa são todas superiores a esse montante, ou seja, o BPC não é atualmente um benefício para pessoas pobres, mas para pessoas extremamente pobres. (PENALVA; DINIZ; MEDEIROS, 2010, p. 74).

De acordo com Pereira (1998 apud GOMES, 2001, p. 197) “O critério de elegibilidade nela contido inovou em matéria de retrocesso político. Nunca, no Brasil, uma linha de pobreza foi tão achatada, a ponto de ficarem acima dessa linha cidadãos em situação de pobreza crítica”.

Os mesmos autores analisam, ainda, que grande parte das famílias brasileiras tem quatro ou menos membros e, segundo dados do

IBGE, cerca de 85% dos trabalhadores remunerados no Brasil, recebem ao menos um salário mínimo, sendo assim, numa família de quatro pessoas em que uma delas receba o salário mínimo, já não será possível receber o BPC.

No caso do Rio Grande do Sul, essa situação fica ainda mais restritiva, pela existência do salário mínimo regional, em valor maior que o salário mínimo nacional. Por certo a existência do mínimo regional é vantajosa para o trabalhador, porém, quando se utilizam critérios de renda baseados no mínimo nacional para o acesso aos benefícios assistenciais, o mínimo regional se torna fator ainda mais excludente, pois esse diferencial não é incorporado aos critérios de acesso.

Do total de benefícios indeferidos neste estudo, 136 apresentaram renda igual ou superior a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo. Nota-se, que a maioria se encontra num limite entre $\frac{1}{4}$ e $\frac{1}{2}$ salário mínimo, que ainda representa condição de pobreza preocupante (Tabela 17).

Tabela 17 – Renda Familiar Per Capita

Renda	n	%
Até $\frac{1}{4}$ Salário Mínimo	45	18,29
$\frac{1}{4}$ Salário Mínimo	9	3,66
$> \frac{1}{4}$ até $\frac{1}{2}$	59	23,98
$\frac{1}{2}$ Salário Mínimo	19	7,72
$> \frac{1}{2}$ até 1 Salário Mínimo	44	17,89
$>$ Salário Mínimo	5	2,03
Sem Renda	65	26,42

Fonte: Elaborado pela autora.

Se observarmos os dados de renda per capita dos municípios da jurisdição do INSS Vacaria, no ano de 2011, veremos que apenas o município de Vacaria tem renda per capita maior que $\frac{1}{2}$ salário mínimo, em todos os outros municípios a renda é inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo, o que demonstra ser uma região pobre, e conseqüentemente, com maior necessidade de provisão das políticas públicas.

Medeiros, Diniz e Squinca (2006) analisam que qualquer critério focado exclusivamente na renda não leva em conta a disponibilidade de serviços que, em uma população tão pobre, são um determinante dos

níveis de bem-estar tão importante quanto à renda familiar. “Além disso, o envelhecimento e a deficiência impõem vários custos adicionais às famílias e esses custos variam de pessoa para pessoa, mas o método atual de definição do patamar mínimo de renda de elegibilidade simplesmente ignora este fato”. (MEDEIROS; DINIZ; SQUINCA, 2006, p. 11).

Na maioria dos requerimentos indeferidos por renda, apenas um dos pais é responsável pela renda familiar, conforme se observa na tabela 18.

Tabela 18 – Responsável pela Renda

Responsável renda	n	%
Sem Renda	65	26,42
Requerente	3	1,22
Um dos Pais	105	42,68
Ambos os Pais	20	8,13
Um dos Pais e Irmãos	5	2,03
Ambos os Pais e Irmãos	1	0,41
Cônjuge	37	15,04
Filhos	6	2,44
Cônjuge e Filhos	1	0,41
Não Informado	3	1,22

Fonte: Elaborado pela autora.

O grupo familiar tem relação direta com a composição da renda. De acordo com BRASIL (2010, p. 113), o cálculo dos rendimentos familiares depende do que se entende por família. “O BPC possui uma definição peculiar, a qual replica, em certa medida, o conceito utilizado na Previdência Social, mas diverge daquele adotado por outras políticas brasileiras, como o Bolsa Família”.

Esses mesmos autores analisam que o propósito do conceito de família para a política previdenciária e para o BPC é totalmente distinto: para a primeira, o objetivo é identificar possíveis dependentes dos segurados para a concessão de benefícios devidos aos dependentes e no caso do BPC o que se busca é estimar a capacidade de uma família de prover a manutenção de seus membros (BRASIL, 2010).

Avaliam ainda que a utilização desse conceito pelo BPC pode, por um lado, superestimar a capacidade de algumas famílias pobres ao não contabilizar, por exemplo, a presença de filhos e irmãos maiores de 21 anos, genros e netos; por outro lado, subestima a capacidade de certas famílias mais ricas ao ignorar as rendas de filhos maiores e de outros parentes (BRASIL, 2010).

Quanto à existência de outras pessoas no grupo familiar, diferentes daquelas que compõem o grupo familiar obrigatório, foi identificado na pesquisa, que 42 dos requerentes apresentam grupo familiar mais ampliado do que aquele definido na legislação do BPC. São irmãos, tios, avós, filhos de mais de 21 anos e netos. Em grande parte, são essas as pessoas responsáveis pelos requerentes, conforme verificado nas avaliações sociais:

Reside com família da tia materna há aproximadamente 03 anos (...). Convive com os irmãos e a mãe somente no período de férias (residem no interior). (A80)

Mora com avô, avó, 3 tios e uma tia (...) a mãe foi abandonada pelo marido quando estava grávida da requerente. Atualmente, a mãe constituiu novo grupo familiar, reside no mesmo município, relaciona-se com a requerente como se fosse irmã. Nunca mais teve notícias do pai. (A189)

Em relação ao grupo familiar, as alterações introduzidas pelo Decreto 7.617, de novembro de 2011, inauguram fase ainda mais restritiva, ao acrescentar filhos e irmãos solteiros de qualquer idade, quando antes, eram grupo familiar os filhos e irmãos de até 21 anos. É mais provável que filhos ou irmãos com mais de 21 anos estejam inseridos no mercado de trabalho e que tenham renda própria, o que vai restringir ainda mais o acesso ao BPC, já tão limitado em função da renda. Além disso, não há garantia de que a renda dessas pessoas seja utilizada no contexto da proteção da pessoa com deficiência, conforme relatado em avaliação social:

Filha trabalha em salão de beleza, renda declarada de um salário mínimo. Informam que a filha não auxilia com despesas da casa, utiliza os rendimentos para cursos de qualificação profissional. (A185)

Análise do IPEA (2013) confirma essa percepção através de estimativa realizada, na qual ficou constatado que a mudança no conceito de família provoca redução no tamanho da população elegível ao BPC. A estimativa para 2012 aponta redução de 750 mil no número de potenciais beneficiários.

De acordo com o IPEA (2013), os princípios da assistência social não sustentam o tratamento diferenciado do conceito de família no caso do BPC. Cabe aqui uma análise importante: o conceito de família utilizado para concessão do BPC é próximo daquele utilizado para concessão dos benefícios previdenciários e distinto daquele utilizado para outros programas da assistência social, porém, é mais restritivo do que ambos. No caso da família para benefícios previdenciários, foram acrescentados ao grupo familiar os filhos e irmãos de qualquer idade, o que impacta em aumento da renda per capita, conforme já discutido anteriormente. Quanto ao conceito de família para outros benefícios da política de assistência social, também é mais restritivo, pois para ser beneficiário do Bolsa Família a renda familiar é de $\frac{1}{2}$ salário mínimo, sendo acrescentados ainda outros benefícios para famílias com renda menor.

Foi verificado que 23 famílias de requerentes do BPC que tiveram seus pedidos recusados recebem Bolsa Família, sendo assim, se os critérios de grupo familiar e renda utilizado para todos os programas da política de assistência social fossem os mesmos, estes seriam elegíveis também ao BPC.

Também merece análise o fato de que 61 dos requerentes fazem parte de famílias monoparentais e destas, 57 são chefiadas por mulheres. De acordo com Freitas (2008, p. 53), “as famílias pobres, chefiadas por mulher (cuja proporção vem aumentando continuamente) apresentam um risco maior de transmissão intergeracional da pobreza do que a família nuclear pobre”.

Conforme dados do Brasil (2005), a família brasileira vem passando por transformações ao longo do tempo. Uma delas refere-se à pessoa de referência da família. Da década passada até 2002 houve um crescimento de 30% da participação da mulher como pessoa de referência da família.

É necessário ainda, abrir um parêntese para discutir o papel assumido pela mulher como cuidadora. De acordo com Miotto (2008, p. 32):

[...]a produção de corpos saudáveis e limpos e de espaços organizados inauguraram nas famílias

uma relação intrínseca entre cuidador e cuidado. Com ela, uma nova lei moral que, embora impactando de forma diferenciada a família burguesa e a família proletária, elevam as mulheres à condição de cuidadoras, por excelência.

No caso do BPC, de acordo com Diniz, Squinca e Medeiros (2007, p. 4), “a exigência da comprovação da pobreza familiar (...) desloca o benefício do campo dos direitos individuais e o aproxima de uma política de transferência de renda familiar, com imediatas consequências para as mulheres adultas, principais cuidadoras (...)”. Na análise desses autores, a exigência de um recorte de renda miserável cria um incentivo para que as cuidadoras, também pobres, saiam do mercado formal de trabalho, a fim de garantir o recorte de renda necessário à concessão do benefício.

Na análise dos benefícios indeferidos na APS de Vacaria, é recorrente a saída da mulher do mercado de trabalho, porém, diferente da análise dos autores supracitados, essa decisão não se baseia na manutenção do recorte de renda para acesso ao benefício, mas sim, na necessidade de cuidados constantes demandados pela pessoa com deficiência. A saída da mãe do mercado de trabalho ocorreu em 10 dos requerimentos indeferidos:

A mãe trabalhava até o diagnóstico da filha, atualmente, permanece com CTPS assinada, porém, sem trabalhar e sem salário (...). Para realizar o tratamento, permanece entre Vacaria e Caxias do Sul. Lá (em Caxias do Sul), normalmente a mãe permanece o tempo todo no hospital durante os períodos de internação, ou na casa de familiares enquanto aguarda resultados de exames, por exemplo. (A30)

Mãe parou de trabalhar após o nascimento da filha, pois a mesma exige acompanhamento constante. (A50)

Devido à necessidade de cuidado contínuo, mãe não conseguiu mais trabalhar na propriedade familiar. Colocaram a propriedade à venda e se mudaram (agora o pai trabalha como empregado). (A130)

Medeiros, Diniz e Squinca (2006) alertam que a maioria dos direitos de proteção social no Brasil é individualizada, não há programas que simultaneamente protejam as cuidadoras. “Cuidar de crianças ou de idosos, ação principalmente exercida por mulheres, é uma atividade que pode restringir a participação no mercado de trabalho, e os direitos sociais como aposentadoria e outras formas de seguridade social que dependem dessa participação” (MEDEIROS; DINIZ; SQUINCA, 2006, p. 10).

Outro indicativo de que o BPC é um direito do cidadão, porém, transformado em benefício familiar, é segundo Sposati (2004, p. 131), o fato de que o recebimento de um benefício impede o acesso a qualquer outro. “Esta regra excludente é potencializada no Brasil, pois o recebimento do BPC por um membro da família impede outro de acessá-lo”.

Essa regra não é mais válida no caso dos idosos desde o advento do Estatuto do Idoso, porém, para a pessoa com deficiência, um BPC recebido por outro membro do grupo familiar é computado como renda, podendo impedir o acesso ao benefício. Nos benefícios analisados, em (dois) casos a renda familiar que impediu o acesso era proveniente de BPC recebido por outro membro do grupo familiar, conforme descrito nas avaliações:

Requerente vem acompanhada pelo marido (...), traz atestado médico (...) informando insuficiência renal crônica, diabetes e cegueira, faz hemodiálise 3 vezes por semana desde 2004. Mora com marido e filho em casa cedida por um cunhado, nos fundos do terreno do mesmo. Casa de alvenaria, 2 quartos, cozinha e banheiro. Luz e água compartilhadas com a casa principal. Auxiliam no pagamento da água e da luz quando conseguem. Filho de 37 anos recebe BPC por deficiência mental. Filho frequenta APAE. Transporte para o tratamento é fornecido pela prefeitura. Medicação normalmente fornecida pelo SUS, mas, eventualmente, precisam adquiri-la. Trabalhavam como empregados em propriedade rural, devido a doença, se mudaram para a cidade. Eventualmente, o marido faz biscates, senão, a renda familiar restringe-se ao benefício do filho. Estudou até 2ª série, sabe ler, escrever e calcular. Auxilia nas tarefas

domésticas, sempre com acompanhamento de outra pessoa. Consegue tomar banho sozinha, porém, precisa de auxílio para separar roupas, cortar unhas, etc. Não sai sozinha, pois tem muito medo de cair (SIC). Recebe visitas de vizinhos e conhecidos. Recebe roupas e calçados de conhecidos. Frequenta igreja no bairro, sempre acompanhada por conhecidos. Tem título de eleitor, vota com auxílio de familiar. Não participa de outros grupos sociais. Quando está em casa, fica a maior parte do tempo deitada. Marido acompanha para hemodiálise, para auxiliar enquanto aguarda o início e retorna no final para colocá-la no transporte. Familiares da requerente residem em Santa Catarina, não têm contato pessoal há quase 30 anos. Não tem conhecimento da existência de passe livre. (A240)

Requerente vem acompanhada pela tia/cuidadora. Atestado de psiquiatra informando retardo mental grave com transtorno específico da articulação da fala CID F72 e F80. Residiu com a tia dos 2 aos 14 anos, depois, constituiu união estável por 5 anos. Voltou a morar com a tia recentemente. O pai suicidou-se, a mãe a deixava com outras pessoas. Frequentou escola regular dos 6 aos 14 anos, aprendeu a copiar as palavras. Identifica algumas palavras, identifica números baixos. Está frequentando APAE (...) quinzenalmente. Faz artesanato na APAE. Tem duas filhas (6 e 4 anos). A filha menor recebe BPC por sequelas de neurotoxoplasmose congênita. Mora com as filhas na casa da tia. Residem ainda o tio, 2 primos (14 e 17 anos). Casa própria, de alvenaria, 3 quartos, sala, cozinha e banheiro. Renda familiar do BPC e trabalho do tio como diarista, em torno de R\$ 500,00 por mês. Água e luz de servidora pública. Ajuda a tia nas tarefas domésticas, sempre sob orientação. (A20).

Segundo Gomes (2004), a proibição de que mais de uma pessoa na mesma família tenha o benefício, quando não for atendido o critério da renda, é por demais seletivo, adotando o princípio da lógica da exclusão.

3.5. Sociabilidade

De acordo com Góis et al. (2008, p. 81), “a participação em associações comunitárias, sindicatos e partidos políticos tem sido considerada um indicador importante de coesão social e democracia”.

Em estudo realizado por esses autores, verificou-se que há pequenos índices de participação dos beneficiários do BPC em associações comunitárias, sindicatos e partidos políticos. Na análise dos mesmos “considerando-se as características dos beneficiários do BPC e as tendências gerais da sociedade brasileira, não eram esperados níveis muito altos de participação, o que foi confirmado pela pesquisa” (GÓIS et al. (2008, p.81).

Na análise dos requerimentos indeferidos na APS de Vacaria, os dados sobre participação em associações comunitárias, sindicatos e partidos são praticamente inexistentes, a grande maioria dos requerentes participa apenas de atividades de cunho religioso, e mesmo para essas, geralmente quando tem alguém para acompanhá-los.

Quanto ao exercício do voto, muitos têm título de eleitor, porém, a maioria refere necessitar de auxílio para votar, geralmente quem auxilia é um familiar. Apenas um dos 246 requerentes referiu ser filiado em partido político.

Quanto à participação em associações, poucos o fazem geralmente em grupos que têm participação no tratamento, como, por exemplo, a Liga Feminina de Combate ao Câncer e a Associação de Amparo aos Deficientes Visuais.

Santos, Diniz e Pereira (2010, p. 164) afirmam que “há uma relação de continuidade entre impedimentos, estigmas e exclusão social. Um corpo com impedimentos é objeto de rejeição ética e estética, o que resulta na exclusão social das pessoas com impedimentos corporais, com o confinamento à vida doméstica”.

As atividades de lazer das pessoas com deficiência que tiveram seus requerimentos indeferidos confirmam essa exclusão, pois, para a maioria, as atividades de lazer se resumem em visitar parentes e ser visitados por eles:

Não acompanha a família em eventos. Quando a família participa de alguma atividade social, um dos familiares fica com a requerente ou uma vizinha com a qual ela se relaciona bem, assume o papel de cuidadora. (A72).

Difícilmente saem de casa. Dificuldade de visitar familiares em função da distância. Tem que caminhar em torno de uma hora para pegar ônibus. Praticamente não tem contato com outras pessoas (...). Vizinho mais próximo aproximadamente 20 minutos de caminhada. (A87).

Não tem atividades de lazer. Família tem bom relacionamento, porém, requerente não participa das relações, quase nunca fala, mal cumprimenta (sic). Não participa de grupos sociais. (A113).

Como atividade de lazer, gosta de ficar olhando os carros que passam. (A184).

Além da exclusão pela discriminação, também a dificuldade de acesso e a falta de recursos impedem que as pessoas com deficiência e seus familiares tenham atividades de lazer.

3.6. Proteção Social

De acordo com Góis et al. (2008), o sistema de proteção social brasileiro desenvolveu-se de forma significativa nas duas últimas décadas, expandindo-se em sua estrutura e na diversificação de seus serviços, nesse sentido, ampliou-se o número de organizações públicas e privadas que atuam na área socioassistencial, entretanto, o acesso a esses serviços , “não pode ser tomado como algo líquido e certo (...)”. (GÓIS et al, 2008, p. 82).

Dos 246 requerimentos analisados, 171 recebem algum tipo de auxílio de terceiros.

Em relação aos serviços públicos, aqueles mais utilizados são os serviços de saúde, o que ocorre provavelmente em função das necessidades geradas pela doença ou deficiência.

A tabela 19 apresenta uma relação dos serviços de saúde utilizados e formas de custeio:

Tabela 19 – Formas de Tratamento

Tratamento	n	%
Rede Básica SUS	67	27,24
Rede Básica SUS e Família	20	8,13
Atendimento Especializado SUS	47	19,11
Atendimento Especializado SUS e Família	23	9,35
Custeado Pela Família	15	6,10
Não Informado	38	15,45
Sem Tratamento	31	12,60
Processo Judicial	5	2,03

Fonte: Elaborado pela autora.

Nota-se, na tabela, que a maioria dos requerentes faz tratamento exclusivamente pelo SUS, através da rede local, e outra grande parte também tem acesso ao tratamento especializado, porém, essa informação, por si só, não dá conta de outros aspectos do tratamento que aparecem nas avaliações sociais, tais como a falta de medicação e a falta de exames:

Consulta no serviço de saúde mental, não participa de outros atendimentos (...). Quando não tem medicação na unidade de saúde, não usa. (A34)

Faz acompanhamento na unidade básica de saúde do município. Tem requisição para exames especializados, porém, não estão disponíveis pelo SUS. (A58).

Artrose de quadril severa (...). Encaminhado para ortopedista, porém, ainda não foi chamado. (A110).

Na maioria dos casos, o atendimento especializado é feito fora de domicílio, geralmente em Caxias do Sul ou Porto Alegre. O deslocamento geralmente é feito com transporte fornecido pelos municípios, porém, são longas distâncias, que exigem significativos períodos fora de casa, gerando alto custo com alimentação e eventualmente com a estada.

O número de requerentes sem qualquer forma de tratamento indica a escassez dos serviços, que não dão conta de atender todas as pessoas com deficiência.

A busca pelo tratamento através de processo judicial revela uma nova tendência, utilizada como alternativa por aqueles que são excluídos dos serviços de saúde.

De acordo com Ivo e Silva (2011), a intervenção do judiciário constitui-se numa nova tendência da democracia contemporânea, interpretada por alguns como uma intervenção em defesa dos direitos constitucionais onde o executivo falhou e, por outros, observada com cautela, pois pode significar uma crise de representação política, que enfraqueceria o Executivo e Legislativo.

Assim como aparece no estudo de Góis et al. (2008), a família desempenha papel importante no atendimento das necessidades da maioria dos requerentes. A ajuda é recebida de diferentes parentes, geralmente pais, avós, irmãos e tios. Trata-se de auxílio financeiro para pagamento de água e luz e compra de alimentação ou medicação principalmente. Também é muito comum que os familiares auxiliem com aquisição de roupas e calçados, esses geralmente repassados de uma pessoa para outra. “Esse dado encontra eco na literatura especializada, a qual aponta que a família assume um papel positivo central nos modos como os indivíduos de diferentes camadas sociais tentam superar as situações de privação” (GÓIS et al., 2008, p. 84). Os mesmos autores apontam que não se deve fazer uma leitura homogeneizadora nem idealizada da dinâmica familiar, visto que diversos fatores podem agir como limitadores no papel protetor da família:

O pai do requerente reside em outra cidade. Abandonou a família durante o período de internação e retornou somente seis meses depois. Atualmente, tem contato apenas eventual com o filho, duas ou três vezes por ano. (A79)

Pai assumiu paternidade somente quando o menino fez 8 anos. Aos 11 anos, avó paterna levou o menino para morar com ela e com o avô. Durante o período que residiu com os avós, teve pouco contato com a mãe. Também teve pouco contato com o pai, que é casado e tem outra família. Após a morte da avó, voltou a residir com a mãe e irmã de 6 anos. (A124)

Também na participação dos vizinhos na proteção social aparecem dados similares entre o estudo em questão e aquele realizado por Góis et al. (2008). Em ambos, os vizinhos são parte importante do sistema de proteção social utilizado pelas pessoas com deficiência: auxiliam financeiramente, embora menos do que os familiares, além disso, oferecem transporte para o tratamento ou outros serviços urbanos, auxílio na realização de tarefas domésticas e companhia. Também os vizinhos providenciam roupas e calçados para as pessoas com deficiência.

Além dos familiares e vizinhos, foi citado em algumas avaliações, o auxílio recebido do PIM, Liga Feminina de Combate ao Câncer, Ambulatório Municipal de DST – Aids, ADEVIVA e APAE, quais sejam: tratamento, medicação, doação de roupas e calçados e cesta básica.

Em alguns casos o empregador de algum dos familiares é citado como rede de proteção geralmente auxilia com alimentação ou com o pagamento de serviços de saúde.

Quanto ao acesso às políticas de assistência social, implementadas pelas secretarias de assistência social ou congêneres, além das 23 famílias que recebem Bolsa Família, é preocupante que apenas alguns dos participantes da pesquisa tenham referido alguma forma de apoio da assistência social e que essas formas de apoio mencionadas tenham sido apenas a doação de roupas e calçados e de cestas básicas eventuais.

Segundo Sposati (2009), algumas alternativas adotadas pela assistência social podem direcioná-la para um modelo compensatório, de ajuste do homem ao mercado e às suas regras. A perspectiva socorrista, como provedora de bens materiais, exemplifica essa perspectiva, de acordo com a autora:

É paradigmática a esse conceito a realização de uma campanha do agasalho (...). Essas campanhas do agasalho são feitas com alarido, música, polícia militar, vistosas caixas dispostas em bancos, shoppings, isto é, no percurso da riqueza, para que os homens ricos demonstrem sua bondade para com a pobreza, enquanto os receptores da bondade dos que têm muito são os coitadinhos. (SPOSATI, 2009, p. 27).

A mesma autora afirma que as alterações no mercado de trabalho e nas famílias, como, por exemplo, desemprego, insegurança da oferta, uniões pouco estáveis, famílias monoparentais, são fatores que aumentam o risco social no terceiro milênio e, conseqüentemente, “a disponibilidade e o acesso aos serviços de assistência social passam a ser centrais” (SPOSATI, 2009, p. 33).

A intervenção estatal se faz cada vez mais necessária na reprodução social e na constituição de um padrão mínimo de sobrevivência das classes subalternizadas, porém, revela-se insuficiente.

Assim, do ponto de vista dos recursos institucionais, o que nossos usuários encontram são instituições limitadas pelas circunstâncias em que foram criadas, pelas necessidades históricas que se propõe a atender e operando programas sociais isolados e difusos que não dão conta do conjunto acumulado de suas carências. (SPOSATI, 1985 apud YASBEK, 1999, p. 137).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O BPC representa importante avanço na política pública de assistência social, ao garantir transferência de renda para a pessoa com deficiência que comprove não possuir meios de prover a própria subsistência, ou de tê-la provida por sua família, entretanto, os rígidos critérios para sua concessão deixam de fora outros tantos sujeitos que vivem situação de profunda desigualdade.

Após a análise dos benefícios indeferidos e do perfil dos sujeitos que não tiveram acesso ao benefício, é possível tecer algumas considerações:

Conforme apontado pelo MDS, a dinâmica populacional é um importante elemento para a política de assistência social. No caso deste estudo, exceto Vacaria, todos os demais são municípios de pequeno porte, ou até mesmo demicroporte, com boa parte da população vivendo em área rural. Essas pessoas relataram dificuldade significativa no acesso aos serviços de transporte e saúde principalmente.

Outro elemento relevante é o reduzido número de requerimentos de moradores da área rural, o que pode ser justificado por essa dificuldade de acesso já apontada por outros autores e pela distância em relação ao posto do INSS, mas também pode indicar, como foi observado em alguns dos requerimentos, o êxodo rural motivado pela busca de melhores condições de tratamento, pois muitos, em função da necessidade constante de acompanhamento com profissionais de saúde inexistentes em suas comunidades, acabam deixando para trás sua identidade do campo e indo morar nas cidades para garantir formas de tratamento mais adequadas para a pessoa com deficiência.

De acordo com o BRASIL (2005), em termos percentuais, os municípios pequenos concentram mais população em condições de pobreza e indigência do que os médios e os grandes. Essa informação foi confirmada pela pesquisa, pois Vacaria, que é o único município de médio porte, tem a melhor renda per capita entre os municípios que fizeram parte do estudo. Conforme preconiza a PNAS, a incorporação da abordagem territorial é imprescindível, entendendo o território como espaço onde se evidenciam as carências e necessidades sociais, mas também onde se forjam dialeticamente as resistências e as lutas coletivas (COUTO, 2006, p. 41). Outra estratégia poderia ser, conforme indicado por Góis et al (2008, p. 14), “examinar as necessidades de ampliar a presença institucional do INSS nas zonas rurais”.

Em relação ao tratamento, a maioria dos requerentes faz seu tratamento através do SUS, mas são vários os relatos que mostram a insuficiência desse atendimento, muitas vezes sem a medicação ou o exame necessários disponíveis. O tratamento especializado implica também viagens longas e extensos períodos fora de casa. O tratamento especializado geralmente é oferecido em Caxias do Sul ou Porto Alegre, distante até 400 km dos municípios estudados, as pessoas saem de casa de madrugada e voltam na madrugada seguinte, a alimentação torna-se um alto custo adicional, pois embora tenham o transporte fornecido pelas municipalidades, a alimentação é custeada pelas famílias.

Ainda em relação ao tratamento, a questão de gênero é um importante fator a ser destacado, pois, de regra, é a mulher – mãe, que acompanha o tratamento, muitas vezes, abrindo mão de seu vínculo trabalhista por esse motivo. Diferente do que alegam alguns autores, que muitas vezes os membros familiares saem das relações de trabalho formais para não perderem o benefício, este estudo mostrou que a saída do mercado de trabalho é anterior, e está muito vinculada à necessidade de cuidar da pessoa com deficiência. Nesse sentido, é preciso pensar em programas que protejam os cuidadores, a exemplo do acréscimo de 25% devido aos aposentados por invalidez que necessitam de auxílio de terceiros, poderia ser estabelecido um benefício adicional para os casos em que a pessoa com deficiência necessita de cuidados intensivos.

As condições de moradia refletem abrigos precários, inadequados para o contingente de moradores, o que se torna ainda mais grave numa região extremamente fria, com ocorrência de inúmeros eventos de temporais e, no inverno, até mesmo a ocorrência de neve. O que dizer daqueles que nem sequer tem banheiro? Que olhar as políticas públicas estão tendo sobre os seus territórios, incapazes de ver a precariedade das condições habitacionais de sua população?

Na questão da escolaridade, repete-se a condição de falta de acesso ou de abandono. Na educação infantil a situação é ainda mais precária, pois nos pequenos municípios, muitos concentram a educação infantil apenas nas regiões centrais, sem oportunidade para os moradores das áreas rurais, porém, onde existe oferta de educação infantil, é comum a falta de condições adequadas de atender a pessoa com deficiência, o que acaba se transformando em “desculpas esfarrapadas” de que a pessoa poderá piorar sua situação se frequentar a escola.

Quanto aos motivos de indeferimento, a renda per capita inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo já vem sendo questionada desde o início da

concessão do benefício, por sua inadequação e permanece como principal motivo de indeferimento.

De acordo com Lavinas e Cavalcanti (2007), o salário mínimo foi instituído no Brasil em 1940, tendo como referência uma cesta de produtos alimentares e, desde 1988, o DIEESE faz uma estimativa para saber qual seria o valor mínimo necessário para garantir o consumo de uma família composta por dois adultos e duas crianças, frente a esse conjunto básico de despesas, o que comprova que o valor médio ainda se mantém muito aquém das necessidades básicas das famílias brasileiras.

Não é por acaso, conforme apontado por Ivo e Silva (2011), que os demandantes do BPC, diante da negativa do INSS, têm recorrido crescentemente ao poder judiciário, o qual, baseando-se nos preceitos constitucionais, faz prevalecer o direito à proteção social.

A renda média apresentada pelos requerentes que tiveram seus benefícios indeferidos mostra que, se fossem considerados para o BPC os mesmos critérios de renda do Bolsa Família, muitos teriam sido contemplados, visto que a maioria tem renda familiar de até $\frac{1}{2}$ salário mínimo, o que ainda configura situação de pobreza embora não mais de indigência.

É preciso lembrar, conforme o que foi dito por Medeiros, Diniz e Squinca (2006), que a deficiência impõe vários custos adicionais para as famílias, o que é ignorado pelo critério de renda do programa. Várias são as sugestões em relação ao critério de renda per capita contida em análises anteriores, prevalecendo a sugestão de aumentar a renda per capita para $\frac{1}{2}$ salário mínimo; dessa forma, mesmo mantida a focalização, permitiria que muitos sujeitos finalmente acessassem o benefício, oportunizando-lhes melhores condições de vida. Embora os anseios da sociedade sejam pela ampliação do acesso, conforme estimativas feitas pelo IPEA, a última alteração legislativa que passou a considerar os filhos e irmãos de qualquer idade como grupo familiar impacta negativamente na concessão do BPC, o que comprova mais uma vez que os mandos e desmandos da política econômica prevalecem sobre as necessidades reais dos sujeitos. Sendo assim, o sistema judiciário segue desempenhando um importante papel no desenvolvimento do sistema democrático brasileiro (IVO; SILVA, 2011).

O indeferimento por perícia identifica um novo público demandante da assistência social, resultado do capitalismo dependente. Muito ao contrário do que proclamam alguns - que os demandantes do

BPC são pessoas que “nunca trabalharam” – trata-se de pessoas deixadas à margem dos processos formais de trabalho, trabalhadores diaristas, safristas, por conta própria, que, por causa da precariedade do vínculo de trabalho, não podem acessar a política previdenciária e acabam aumentando as filas daqueles que requerem a proteção da assistência social.

Outra constatação “que salta aos olhos” na análise dos requerimentos indeferidos por perícia é a necessidade urgente de qualificação dos profissionais envolvidos nos processos de concessão. Embora o novo modelo de avaliação para concessão do BPC à pessoa com deficiência tenha sido um grande avanço na compreensão do que seja a deficiência e tenha permitido a inclusão de pessoas que nos modelos anteriores provavelmente não teriam acessado o benefício, como por exemplo, avaliações em que o resultado entre fatores ambientais, atividades e participação e funções do corpo seja: grave, moderado e leve, ainda predomina a avaliação baseada no modelo biomédico da deficiência, priorizando aspectos biológicos da deficiência em detrimento das barreiras sociais enfrentadas por esses sujeitos. O fato de haver uma alteração legal, não significa obrigatoriamente que ela será incorporada por seus operacionalizadores.

A análise da incapacidade para o trabalho, requisito para a concessão do auxílio doença previdenciário, ainda aparece de forma significativa nas avaliações médicas para concessão do BPC, embora o conceito de pessoa com deficiência seja “aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (BRASIL, 2011d).

Também é preciso atentar para o uso indiscriminado e até mesmo discriminatório do requisito de longo prazo. Ao alterar a legislação, enunciando que a pessoa com deficiência é aquela com impedimentos de longo prazo, sendo esses entendidos como os que incapacitam a pessoa para a vida independente e para o trabalho pelo prazo mínimo de dois anos, novamente, a legislação diminuiu as possibilidades de acesso. Se pensarmos, aqui, numa pessoa que teve ambas as pernas quebradas num acidente, está em estado grave ou completamente incapaz para a vida independente e para o trabalho, podemos dizer que essa incapacidade é de longo prazo? Não é possível afirmar, vai depender do acesso e da resposta ao tratamento, porém, a forma como foi criado esse requisito pode impedir que uma pessoa nessas condições acesse o BPC.

Não seria mais adequado permitir o acesso por um período específico e reavaliar para verificar se as condições de incapacidade permanecem? É urgente e necessário realizar estudos sobre a forma como vem sendo utilizado esse critério nas avaliações.

Na análise da proteção social, é perversa a ausência das políticas públicas; exceto pela questão da saúde, são poucos os sujeitos que identificam algumas formas de apoio e, quando mencionadas, se resumem a doação de roupas e calçados e cestas básicas eventuais. O apoio recebido geralmente é de vizinhos e familiares, o que nos remete à máxima responsabilização da família e desresponsabilização do Estado no trato das questões sociais. Embora existam legislações garantidoras de direitos, elas não são efetivadas no cotidiano, o SUAS não acontece na vida desses sujeitos que são seus mandatários.

Desse estudo, pode-se finalmente concluir que, se é grave a situação dos beneficiários do BPC, ainda pior é a situação daqueles que não acessam sequer o BPC. Parafraçando Silva, Yasbek e Giovanni (2012, p. 229), "a proteção social universal, referenciada nos direitos sociais universais, coletivos e inalienáveis a todo cidadão, dá lugar ao direito à sobrevivência precária e marginal dos classificados, tão somente pela insuficiência de sua renda, em pobres e extremamente pobres".

É urgente criar, entre o INSS e as instâncias locais de assistência social, formas de monitorar esses benefícios indeferidos, com vistas a inserção dessas pessoas em outros mecanismos de proteção, possíveis na articulação entre as diferentes políticas sociais.

No caso da APS Vacaria, 37 dos sujeitos que tiveram seus requerimentos negados, acessaram o BPC posteriormente, dos quais, 9 por decisão judicial e 28 administrativamente (recurso administrativo ou novos requerimentos) . Um estudo sobre eles poderá indicar novos caminhos, mas é assunto para outra conversa.

5. REFERÊNCIAS

BARBOSA, Lúvia; DINIZ, Debora; SANTOS, Wederson. Diversidade Corporal e Perícia Médica no Benefício de Prestação Continuada. In: DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; BARBOSA, Lúvia (org.). **Deficiência e Igualdade**. Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2010. p. 43-60.

BRASIL. Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993. **Dispõe sobre a organização da assistência social e dá outras providências**. Brasília, 1993. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18742.htm

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. 9ª edição. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e combate à fome e Secretaria Nacional de Assistência Social. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS – 2004**. Brasília: novembro, 2005.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Ministério da Previdência Social (MDS/MPS). **Avaliação de pessoas com deficiência para acesso ao benefício de prestação continuada da assistência social**. Brasília, 2007.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Cadernos de Estudos – Desenvolvimento social em debate: Síntese das Pesquisas de Avaliação dos Programas Sociais do MDS**. Versão atualizada e revisada. Brasília: MDS; SAGI, 2010.

BRASIL. Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011. **Altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social**. Brasília, 2011a. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Lei/L12435.htm

BRASIL. Lei nº 12.470, de 31 de agosto de 2011. **Altera os arts. 21 e 24 da Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991**. Brasília, 2011b. Disponível em:

https://www.sinait.org.br/docs/LEINo12470_DE31DEAGOSTODE_2011.pdf

BRASIL. Decreto nº 7.612, de 17 de novembro de 2011. **Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limite**. Brasília, 2011c. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7612.htm

BRASIL. Decreto nº 7.617, de 17 de novembro de 2011. **Altera o regulamento do benefício de prestação continuada, aprovado pelo Decreto nº 6.214, de 26 de setembro de 2007**. Brasília, 2011d. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7617.htm

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Resolução nº 33 de 12 de Dezembro de 2012. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social**. Brasília, 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <http://edesp.sp.gov.br/edesp2014/wp-content/uploads/2014/06/NOB-SUAS-2012.pdf>

COUTO, Berenice Rojas. A Assistência Social como Política Pública: Do sistema Descentralizado e Participativo ao Sistema Único da Assistência Social – SUAS. In: MENDES, Jussara Maria Rosa; PRATES, Jane Cruz; AGUINSKY, Beatriz (org.). **Capacitação sobre PNAS e SUAS: no caminho da implantação**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2006. p. 26-37.

COUTO, Berenice Rojas. O Sistema Único de Assistência Social: Uma Nova Forma de Gestão da Assistência Social. In: BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil**. UNESCO, 2009. p. 205-217

COUTO, Berenice Rojas. O direito social, a Constituição de 1988 e a seguridade social: do texto constitucional à garantia da assistência social. In: _____. **O direito social e a assistência social na sociedade brasileira: uma equação possível?** / 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010. p. 139-187.

COUTO, Berenice Rojas; YASBEK, Maria Carmelita; RAICHELIS, Raquel. A Política Nacional de Assistência Social e o Suas: apresentando e problematizando fundamentos e conceitos. In: COUTO, Berenice Rojas; et al. **O Sistema Único de Assistência Social no Brasil: uma realidade em movimento**. 2.ed. SP: Cortez, 2011. p.32-65.

DINIZ, Debora; QUINCA, Flávia; MEDEIROS, Marcelo. **Deficiência, Cuidado e Justiça Distributiva**. Série Anis, n. 48. Brasília: LetrasLivres, maio, 2007. p. 1-6. Disponível em: http://www.anis.org.br/biblioteca/2014-11/sa48_dinizsquincamedeiros_deficienciapdf.pdf

FLORES, Taís Leite. **O benefício de Prestação Continuada na seguridade social: reflexões sobre a atuação dos assistentes sociais do INSS na perspectiva da cidadania**. Curso de especialização em Serviço Social, direitos sociais e competências profissionais. UnB: Brasília, 2010.

FREITAS, Rosana de Carvalho Martinelli. Programas de Combate à Pobreza: “o poder das mulheres às avessas”. **Serviço Social e Sociedade**, ano XXIX, n. 96. Novembro. SP: Cortez, 2008. p. 49-64.

GALEANO, Eduardo. **As Veias abertas da América Lática**. Tradução de Galeano de Freitas, 4. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1978.

GÓIS, João Bôsko Hora. et al. Avaliação de Benefício de Prestação Continuada: características sociais, proteção social e seus efeitos. **Serviço Social e Sociedade**, ano XXIX, n. 96. Novembro. São Paulo: Cortez, 2008. p. 65-92.

GOMES, Ana Ligia. Assistência Social e Benefício de Prestação Continuada (em tempos de revisão) – um direito garantido? / **Revista Katálysis**, n. 4. Florianópolis: UFSC, 1999. p. 93-100. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/katalysis/article/view/6260/5834>

GOMES, Ana Lígia. O benefício de prestação continuada: uma trajetória de retrocessos e limites. **Serviço Social e Sociedade**. v. 22, n.68, Março. São Paulo: Cortez, 2001. p. 111-139.

GOMES, Ana Lúcia. O Benefício de Prestação Continuada: uma Trajetória de Retrocessos e Limites – Construindo Possibilidades e Avanços? / In: SPOSATI, Aldaíza (org.). **Proteção Social de Cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal.** São Paulo: Cortez, 2004. p. 191-225.

Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada – IPEA. Assistência Social. In: **Políticas Sociais: acompanhamento e análise**, v.1, jun., Brasília: 2013. p. 49-78.

IVO, Anete Brito Leal. A Reconversão do Social: dilemas da redistribuição no tratamento focalizado. **São Paulo em Perspectiva**, v. 18, n. 2, 2004. p. 57-67. Disponível em: http://produtos.seade.gov.br/produtos/spp/v18n02/v18n2_06.pdf

IVO, Anete Brito Leal; SILVA, Alessandra Buarque de A. O hiato do direito dentro do direito: os excluídos do BPC. **Revista Katalysis**, v.14, n.1, Florianópolis: UFSC, jan./jun. 2011. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-49802011000100004>

LAVINAS, Lena. Transferir renda para quê? **O Globo**, Rio de Janeiro, 11 ago. 2006.

LAVINAS, Lena; CAVALCANTI, André. O Legado da Constituição de 1988: é Possível Incluir Se Universalizar? In: **Carta Social e do Trabalho**, n. 7 – set./dez. 2007.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa; et al. Avaliação do Benefício de Prestação Continuada. In: BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Avaliação de Políticas e Programas do MDS: resultados: Bolsa Família e Assistência Social.** Brasília: MDS; SAGI, 2007. p. 285-340.

MEDEIROS, Marcelo; BARROS, Fábio Granja; SAWAYA NETO, Melchior. Conceito de Família do Benefício de Prestação Continuada. In: DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; BARBOSA, Lívia (org.). **Deficiência e Igualdade.** Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2010. p. 113-132.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora; SQUINCA, Flávia. **Transferência de Renda para a População com Deficiência no Brasil: Uma Análise do Benefício de Prestação Continuada.** Textos para discussão Ipea n. 1184. Brasília: Ipea, agosto de 2006. Disponível em:http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/TDs/td_1184.pdf

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec, 2006.

MIOTO, Regina Célia Tamaso. Família e políticas sociais. In: BOSHETTI, Ivanete; et al. (org.). **Política social no capitalismo: tendências contemporâneas.** São Paulo: Cortez, 2008. p. 130-148.

OLIVEIRA, Mara de; CARRARO, Gisele; ANUNCIACÃO, Daniela Andrade da. **Organização e gestão do SUAS:** contribuição à operacionalização no âmbito municipal. Caxias do Sul: EDUCS, 2013.

PAIVA, Beatriz Augusto de. O SUAS e os direitos socioassistenciais: A universalidade da seguridade social em debate. **Serviço Social e Sociedade**, ano XXVII, n. 87. Setembro. SP: Cortez. 2006. p. 5-24.

PENALVA, Janaína; DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo. Política assistencial, orçamento e justiça no Benefício de Prestação Continuada. In: DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; BARBOSA, Lívia (org.). **Deficiência e Igualdade.** Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2010. p. 61-84.

SAMPIERI, Roberto Hernández; COLLADO, Carlos Fernández; LUCIO, Pilar Baptista. **Metodologia de pesquisa.** São Paulo: McGraw-Hill, 2006.

SANTOS, Wederson. O que é incapacidade para a proteção social brasileira? In: DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; BARBOSA, Lívia (org.). **Deficiência e Igualdade.** Brasília: LetrasLivres: Editora Universidade de Brasília, 2010. p. 175-194.

SANTOS, Wederson; DINIZ, Debora; PEREIRA, Natália. Deficiência e perícia médica: os contornos do corpo. In: DINIZ, Debora; MEDEIROS, Marcelo; BARBOSA, Lívia (org.). **Deficiência e**

Igualdade. Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2010. p. 153-173.

SILVA, Alan Teles da. **Os desafios da avaliação social para acesso ao BPC.** Trabalho de conclusão de curso. Departamento de Serviço Social. UnB, Brasília: 2010.

SILVA. Alessandra B. de A; IVO, Anete B.L. **Programas de Transferência de Renda no Brasil: uma análise do Benefício de Prestação Continuada – BPC.** In: III Seminário Política Social e Cidadania, 2010, Salvador. Seminário Política Social e Cidadania (Internacional). Salvador - Bahia: UCSAL, 2010. Disponível em: <<http://www.sinteseeventos.com.br/bien/pt/papers/alessandranuarqueProgramasdeTransferenciadeRendanoBrasil.pdf>>

SILVA, Maria Ozanira da Silva e; YASBEK, Maria Carmelita; GIOVANNI, Geraldo di. **A política social brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda.** SP: Cortez, 2012.

SPOSATI, Aldaíza. Benefício de Prestação Continuada como Mínimo Social. In: SPOSATI, Aldaíza (org.). **Proteção Social de Cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal.** São Paulo: Cortez, 2004. p. 125-178.

SPOSATI, Aldaíza. Modelo Brasileiro de Proteção Social Não Contributiva: Concepções Fundantes. In: BRASIL, Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Concepção e gestão da proteção social não contributiva no Brasil.** UNESCO, 2009. p. 13-55.

VIEIRA, Suzana. **A avaliação da deficiência para acesso ao benefício de prestação continuada: um processo em construção.** (Dissertação de mestrado). Programa de Pós-graduação em Serviço Social. PUCRS. Porto Alegre: 2013.

YAZBEK, Maria Carmelita. Globalização, precarização das relações de trabalho e seguridade social. **Serviço Social e Sociedade.** v. 19, n.56, Março. São Paulo: Cortez, 1998. p. 51-59.

YASBEK, Maria Carmelita. **Classes subalternas e assistência social.** 3. ed. São Paulo: Cortez, 1999.

6. APÊNDICES

6.1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Instituição

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido da Instituição

O estudo “Benefício de Prestação Continuada: o direito negado e seus significados”, será realizado pela mestranda Renilde Fantin Gebler, sob orientação da Professora Dra. Helenara Silveira Fagundes.

Trata-se do trabalho de conclusão do Mestrado em Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, área de concentração: Serviço Social, Direitos Humanos e Questão Social e linha de pesquisa: Direitos, Sociedade Civil, Políticas Sociais na América Latina.

A pesquisa tem como principal objetivo analisar os requerimentos do benefício de prestação continuada para pessoa com deficiência, negados, na Agência da Previdência Social de Vacaria, no período de agosto de 2009 até janeiro de 2013.

A pesquisa será feita através de análise documental, será necessário consultar o sistema SABI, do INSS e também os processos físicos dos requerimentos negados.

As informações coletadas serão utilizadas apenas para fins da pesquisa, preservando-se o anonimato dos sujeitos.

Dúvidas deverão ser esclarecidas diretamente com a pesquisadora, no INSS, ou pelo telefone (54) 3231 1712.

Declaro que estou ciente e conforme.

Vacaria, 31 de outubro de 2013.


Cristiano Ricardo Fagundes Koch
Gerente
Gerência Executiva INSS
Caxias do Sul


Renilde Fantin Gebler
Pesquisadora