



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
MESTRADO ACADÊMICO EM SERVIÇO SOCIAL, TRABALHO E QUESTÃO SOCIAL

ALANO DO CARMO MACÊDO

**BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA:
PERSPECTIVAS NA AVALIAÇÃO MÉDICO-SOCIAL**

FORTALEZA
2013

ALANO DO CARMO MACÊDO

**BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA:
PERSPECTIVAS NA AVALIAÇÃO MÉDICO-SOCIAL**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social do Centro De Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Serviço Social, Trabalho e Questão Social.

Área de concentração: Serviço Social, Trabalho e Questão Social.

Orientadora: Prof^a. Pós-Dr^a. Lúcia Conde de Oliveira.

Co-orientadora: Prof^a. Dr^a. Evânia Maria Oliveira Severiano.

**FORTALEZA
2013**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho
Bibliotecário(a) Responsável – Thelma Marylanda Silva de Melo CRB-3 / 623

M141b Macedo, Alano do Carmo
 Benefício de prestação continuada: perspectivas na avaliação médico-social / Alano do Carmo Macedo — 2013.
 CD-ROM. 146f :il. (algumas color.) ; 4 ¾ pol.
 “CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slin (19 x 14 cm x 7 mm)”.
 Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Estudos Sociais Aplicados, Curso de Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social, Fortaleza, 2013.
 Área de Concentração: Serviço Social, Trabalho e Questão Social.
 Orientação: Prof^a . Dr^a Lucia Conde de Oliveira.
 1. Seguridade social. 2. Assistência social. 3. Benefício de prestação continuada. 4. Avaliação médico-social. I. Título.

CDD: 344.51



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Centro de Estudos Sociais Aplicados
Curso de Mestrado Acadêmico em Serviço Social,
Trabalho e Questão Social



Alano do Carmo Macêdo

**BENEFÍCIOS DE PRESTAÇÃO CONTINUADA: perspectiva na avaliação
médico-social.**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Serviço Social, Trabalho e Questão Social do Centro de Estudos Sociais Aplicados da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Serviço Social, Trabalho e Questão Social.

Área de concentração: Serviço Social

Aprovada em: 20/12/2013.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dra. Lucia Conde de Oliveira
(Orientadora/UECE)

Prof. Dra. Irma Martins Moroni da Silveira
(1º Examinadora/UECE)

Prof. Dra. Liduina Farias Almeida da Costa
(2º Examinadora/UECE)

Prof. Dra. Evânia Maria Oliveira Severiano
(3º Examinadora/FAMETRO)



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
Centro de Estudos Sociais Aplicados
Curso de Mestrado Acadêmico em Serviço Social,
Trabalho e Questão Social



FOLHA DE AVALIAÇÃO

BENEFICIOS DE PRESTAÇÃO CONTINUADA: perspectiva na avaliação médico-social.

Nome da Mestranda: Alano do Carmo Macêdo

Nome da Orientadora: Profª. Dra. Lucia Conde de Oliveira

BANCA EXAMINADORA:

Profª. Dra. Lucia Conde de Oliveira (Orientadora/UECE)

Profª. Dra. Irma Martins Moroni da Silveira (1º Examinadora/UECE)

Profª. Dra. Liduina Farias Almeida da Costa (2º Examinadora /UECE)

Profª. Dra. Evânia Maria Oliveira Severiano (3º Examinadora/FAMATRO)

Data da Defesa: 20/12/2013

Conceito obtido: *satisfatório*

DEDICATÓRIA

Ao Camarada Flávio Fidélis de Melo (*in memoriam*) que atravessou, para sempre, a “Ponte da Amizade”.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço à Deus pelo dom da vida.

Ao meu pai (no céu)... e minhas duas mães (Sandra e Nonata) pela paciência diária, preocupação com meu bem-estar físico e mental, pelos mimos e deliciosos quitutes servidos nos intervalos de estudo. Obrigado pelo exemplo de sabedoria e humildade, vivenciando a importância de dividir (material e sentimentalmente) tudo que temos com o outro.

Ao Cairo, uma das pessoas mais lindas e inteligentes (e desorganizadas... rsrs!) que já conheci e tenho o prazer de conviver. Obrigado pelo carinho e atenção constantes. Agradeço por deixar os meus dias mais leves e felizes. Não poderia esquecer de resgatar todo apoio logístico (rsrs... quanto trabalho!), foi fundamental para que tudo se concretizasse.

À minha grande amiga Geisa, quem tenho muito orgulho e agradecerei todos os dias pelo incentivo e apoio para que eu prestasse o concurso do INSS (“Tu não quer ganhar três mil, não?” “Não quer se aposentar com onze mil, não?” Que estímulo! Rsrtrs!!), seu entusiasmo foi e sempre será fundamental. Obrigado pelas “noitadas” no “Forró da Patricinha” e “Fortal” (Ah se os abadá falassem... Hehe!) e pelas noites de estudos intensos para hoje ter e dar um pouco mais de conforto aos nossos familiares. Sei que muitos desafios estão aparecendo em nossas vidas, saiba que estarei sempre ao seu lado. Peço desculpa pela minha ausência, nesses quase dois anos de mestrado, agora vamos “botar os papos em dia”. Eu amo seu jeito enjoadado de ser (ele é único... Ainda bem... rsrs!).

À minha amiga Ariane, “mais linda de todas” e que “todos amam”. Agradeço pela paciência nas muitas escutas, por tá sempre pertinho em todos os momentos da minha vida, dando aquele apoio (fundamental, viu?). Essa minha amiga tem o coração do tamanho do mundo. E como não poderia ser diferente, eu te amo!

Ao meu amigo Leo e à minhas amigas Talyta, Nívea e Natália que souberam compreender minha ausência, em alguns momentos, nesses tempos de “mestrando”, agradeço pela amizade sincera.

À minha orientadora nesse trabalho, carinhosamente conhecida por Lucinha. Uma das pessoas mais inteligentes e humildes que conheci na minha vida. Obrigado não só pelas valiosas orientações, mas pelas palavras sinceras e maduras durante todo o trajeto. Afirmando que seu processo de orientação é holístico, abrangendo todas as dimensões do ser humano. Foi uma experiência maravilhosa ser seu orientando, guardarei para sempre, em minha memória, todos os momentos. Desculpa pela minha ansiedade e obrigado pelas palavras de conforto nos momentos cruciais desse movimento.

Agradeço à minha co-orientadora, Evânia, que admiro enquanto pessoa e profissional, muito obrigado pelos sábios conselhos nos momentos mais difíceis desse processo. Agradeço as valiosas contribuições para a materialidade desse trabalho.

Tenho que registrar meu agradecimento à assistente social do INSS Crizeuda, uma das profissionais mais competentes que conheço, pelo debate e aprimoramento na construção no roteiro das entrevistas.

À companheira de muita luta e resistência em tempos de disputa hegemônica na política previdenciária.

À Lúcia Lopes pelas ricas contribuições no exame de qualificação, sendo fundamentais para o resultado final desse trabalho.

Agradeço às professoras Liduína e Irma por terem aceitado o convite para participar do meu exame de defesa de dissertação

Aos amigos que fiz no mestrado, meu muito obrigado pelas interlocuções estabelecidas, foram fundantes no delineamento do meu objeto, bem como no meu amadurecimento político e teórico. Rafinha Sampaio, agradeço pelo carinho, ombro amigo e tardes de estudos. Wesceley e Renata, verdadeiros exemplos de perseverança, obrigado por resolver alguns dos meus dilemas teóricos, quero vocês pra vida toda! Rafinha Silveira (a “mansa”), quem eu adorei conhecer e espero estabelecer muitas interlocuções (pra sempre!), obrigado pelos debates nos processos de construção dos trabalhos acadêmicos e na arena profissional (são tempos difíceis!). Auxi, obrigado pelos conselhos, foram importantes para meu crescimento pessoal e profissional. Lauri, obrigado pelos elogios, por vezes acreditei que eu era um “príncipe”... Você é inteligente demais!

Tati Raulino, minha querida e grande amiga, um achado nesse mestrado. Para fazer jus a sua característica peculiar (prolixa) deixei um parágrafo para tentar descrever a importância que você teve e tem na minha vida. Obrigado pelos inúmeros esclarecimentos políticos e teóricos (quase uma formação intensiva... rrsrs!). Agradeço pela confiança e por dividir seu espaço doméstico comigo (já tenho até uma escova de dente... olha as coisas melhorando... hehe!). Sei que continuaremos nosso processo de formação acadêmica-profissional, apesar de espaços diferentes, e, por isso, quero deixar claro que não lhe deixarei em paz, continuarei lhe perturbando com meus dilemas... rrsrs! O bom disso tudo é que temos duas opções de carnaval, reveillon, férias... (Rio ou Floripa? Difícil viu? Rrsrsrs!). Quando estiver me sentido sozinho em Floripa, lembrarei das nossas noitadas em Juiz de Fora, Maceió e Recife. Mais do que isso, lembrarei da sua alegria e do seu sorriso que aquecerão meu coração nos dias frios na “Ilha da magia”. Espero não perder nunca o vínculo com você. Obrigado pelo carinho e atenção de sempre! Cris, você está diretamente “imbricada no processo”, adoro você!

Registro meus agradecimentos a “turma 2013” do MASS pelos debates, ainda que breves, mas fundamentais. Em especial a Ana Paula pelas interlocuções e produção intelectual coletiva. Agradecer a discente Thacyanna pela paciente escuta das entrevistas e fiel transcrição das informações dos/as interlocutores/as desta pesquisa, seu trabalho é primoroso.

Agradeço a todos/as os/as interlocutores/as que aceitaram participar e contribuir com esse trabalho, meu muito obrigado pela confiança reservada.

Não poderia deixar de registrar meus agradecimentos à comissão de seleção da primeira turma do MASS, professoras Aurineida, Irma e Zelma que acreditaram na relevância do meu pré-projeto de pesquisa.

Por fim, agradeço a todos/as que de alguma forma contribuíram para o êxito deste trabalho.

RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo compreender os avanços e desafios da avaliação médico-social no acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), realizada por assistentes sociais e peritos/as médicos/as do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). A pesquisa foi desenvolvida numa abordagem qualitativa, utilizamos dados gerências do Instituto Nacional do Seguro Social e do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, realizamos quatorze entrevistas, sendo seis com as assistentes sociais e oito com os/as peritos/as médicos/as, além da aplicação de dois questionários com perguntas abertas direcionadas a dois membros do Grupo de Trabalho Interministerial (GTI) que participaram do processo de discussão que problematizou e consensuou a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como alicerce na constituição do instrumental de avaliação médico-social da pessoa com deficiência que pleiteia o BPC, contamos ainda com a observação assistemática do pesquisador que está inserido em uma das APS participantes da investigação. Os resultados validaram nossas hipóteses, quais sejam: o modelo de avaliação médico-social é frágil diante do paradigma biomédico com suas práticas caracterizadas pela subjetividade quando da avaliação da deficiência e do grau de impedimento do requerente ao BPC; a avaliação social é prejudica em detrimento da avaliação médica, uma vez que esta última, considerando as alterações nos instrumentais, é detentora da decisão final quando do enquadramento do requerente ao BPC no tocante ao impedimento, a saber: curto, médio ou longo prazo, apenas este último quando acionado pelo/a perito/a médico/a não indefere o benefício. Constatamos a ausência de uniformidade na interpretação da relação entre CIF e o modelo biopsicossocial de avaliar a pessoa com deficiência que pleiteia o BPC. Verificamos que os/as profissionais problematizam que ausência de capacitação continuada é um “nó górdio” no contexto dos seus processos de trabalho, tratando-se, mais especificamente, da realização da avaliação médico-social. Concluímos que o problema não é o aperfeiçoamento ou não do instrumental, pois atestamos que permanecem “velhas práticas” com “novas teorias”, tratando-se de alguns profissionais da área médica. Assim, evidenciamos que o modo de avaliar esse requerente que pleiteia o BPC não é uniforme, até porque o instrumental, apesar de aparentemente objetivo, permite práticas que perpetram as condições subjetivas dos/as profissionais que o manuseiam.

Palavras-chave: Seguridade social. Assistência social. Benefício de prestação continuada. Avaliação médico-social.

ABSTRACT

This thesis aimed to understand the advances and challenges of medical and social assessment in access to Continuous Cash Benefit (CCB) of the Organic Law of Social Assistance (OLSA) held by social workers and experts the doctors the National Institute of Social Security (NISS). The study area was a qualitative approach , we use data managements of the National Social Security Institute and the Ministry of Social Development and Fight Against Hunger , conducted fourteen interviews , six with eight social workers with as experts the doctors the beyond the application of two questionnaires with open questions directed to two members of the Interministerial Working Group (IWG) who participated in the discussion process that problematized and endorsed the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) as a foundation in the constitution of instrumental medical and social assessment of the disabled person who pleads CCB, yet we have the systematic observation of the researcher who is inserted in one of the Social Security Agency (SSA) research participants. The results validate our hypotheses, namely: the model of medical and social assessment is fragile on the biomedical paradigm with its practices characterized by subjectivity when assessing the degree of disability and the disability of the applicant to CCB , the social assessment is without prejudice to the detriment medical evaluation, since the latter, considering the changes in instrumental, holds the final decision upon the applicant to CCB framework regarding the impediment, namely short, medium or long term, the latter only when triggered by the expert the doctor not reject the money. We note the lack of uniformity in the interpretation of the relationship between CIF and the biopsychosocial model of evaluating the disabled person who pleads CCB. We verified that the / professional problematize that lack of ongoing training is a " Gordian knot " in the context of their work processes, as regards, more specifically, the completion of the medical and social assessment. We conclude that the problem is not improving or not instrumental, as we certify that we remain "old practices" with "new theories", in the case of some medical professionals. Thus, we showed that the mode of assessing the applicant pleads that the BPC is not uniform, because the instrumental, though seemingly objective allows practices that perpetrate the subjective conditions of / professional handle that.

Keywords: Social security. Social assistance. Benefit of continued provision. Reviewed medical and social.

SUMÁRIO

Capítulo 1: Construção do objeto e percurso metodológico da pesquisa	13
Capítulo 2: Capitalismo contemporâneo e política social: o benefício de prestação continuada no “neodesenvolvimentismo” brasileiro.....	24
2.1 Estado, trabalho e questão social.....	24
2.2 Política social, seguridade social, assistência social e o benefício de prestação continuada	44
Capítulo 3: O debate sobre deficiência, os paradigmas biomédico e biopsicossocial e a avaliação médico-social	68
3.1 Concepções de deficiência e as tensões entre os paradigmas biomédico e biopsicossocial	68
3.2 As dimensões teórico-conceituais e prático-operativa da avaliação médico-social ...	79
Capítulo 4: Modelo médico-social no acesso ao BPC: “a vez e a voz” dos/as profissionais médicos/as e assistentes sociais	103
4.1 Cenário do estudo e perfil dos/as interlocutores/as	103
4.2 Análise do modelo biopsicossocial: interlocução entre teoria e prática dos/as peritos/as médicos/as e assistentes sociais	104
4.2.1 A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a relação com avaliação médico-social	105
4.2.2 Avaliação médico-social da pessoa com deficiência no acesso ao BPC: “da aparência a essência”	107
4.2.3 Impedimentos de curto, médio, ou longo prazo: “do que se trata?”	116
4.2.4 (In)capacitados/as para realizar a avaliação médico-social?	120
4.3 E o que sugerem os/as interlocutores/as desta pesquisa?	122
5 Considerações finais.....	125
Referências bibliográficas	128
Apêndice I: Roteiro de entrevista (grupo de trabalho interministerial).....	136
Apêndice II: Roteiro de entrevista (assistentes sociais).....	137
Apêndice III: Roteiro de entrevista (médicos/as).....	138
Apêndice IV: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	139
Apêndice V: Termo de Fiel Depositário.....	141
Apêndice VI: Nota técnica MDS	142

1. CONSTRUÇÃO DO OBJETO E PERCURSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

A seguridade social brasileira abrange um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade destinado a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência social e à assistência social (BRASIL, 1988). Sendo parte das políticas de seguridade, a assistência social é definida no caput do artigo 203 da Constituição Federal do Brasil de 1988 (CF/1988), nos seguintes termos “será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social” (BRASIL, 1988). A assistência social, conforme redação do artigo primeiro da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS/1993) apresenta esta política no patamar de direito do cidadão e obrigação do Estado, é portanto, política independente de contribuição, com objetivo de prover os “mínimos sociais”, sendo viabilizada por iniciativa pública e da sociedade, com o objetivo de suprir às necessidades humanas básicas (BRASIL, 1993). Cabe pontuar que, a partir de 1993, as legislações que dão teor as principais políticas de assistência social brasileiras estão fundamentadas nesse marco regulatório (BOSCHETTI, 2002; 2006b).

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) da LOAS/1993 no Brasil tem seus alicerces na CF/1988, artigo 203, inciso V, porém regulamentado somente em 1993 (Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993), sendo corroborada pelo Decreto Federal nº 1.744, de 08 de dezembro de 1995, pela Medida Provisória nº 1.426/1996, posteriormente Lei nº 9.720, de 30 de novembro de 1998 (BRASIL, 2007d). Atualmente, o BPC é regulamentado pelos Decretos nº 6.214 de 26 de setembro de 2007, nº 6.564 de 12 de setembro de 2008, e nº 7.617, de 17 de novembro de 2011. O BPC substituiu a Renda Mensal Vitalícia¹ (RMV) que, no âmbito da previdência social, concedeu entre 1975 e 1996 uma renda a pessoas com setenta anos ou mais, também incluía aquelas com deficiência, desde que comprovada a incapacidade definitiva para o trabalho destas últimas.

O BPC é um benefício operacionalizado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), sendo custeado com recursos financeiros provenientes do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS). O benefício consiste na transferência mensal e temporária² de

¹ Conforme redação dada pela Lei n. 6.179/1974, os maiores de 70 (setenta) anos de idade e os inválidos, definitivamente incapacitados para o trabalho, que, num ou noutro caso, não exerçam atividade remunerada, não auferam rendimento, sob qualquer forma, superior a 60% (sessenta por cento) do valor do salário mínimo do local de pagamento, não sejam mantidos por pessoa de quem dependam obrigatoriamente e não tenham outro meio de prover ao próprio sustento, passam a ser amparados pela Previdência Social, urbana ou rural, conforme o caso, desde que tenham sido filiados ao regime do INPS, em qualquer época, no mínimo por 12 (doze) meses, consecutivos ou não, vindo a perder a qualidade de segurado; ou tenham exercido atividade remunerada atualmente incluída no regime do INPS ou do FUNRURAL, mesmo sem a filiação à Previdência Social, no mínimo por (cinco) anos, consecutivos ou não; ou ainda que tenham ingressado no regime do INPS, após complementar 60 (sessenta) anos de idade sem direito aos benefícios regulamentares. A idade era comprovada através da apresentação de documentos próprios. Com relação à incapacidade, era verificada através de exame médico-pericial a cargo da Previdência Social urbana ou rural.

² Conforme redação do artigo 42 do Decreto 6.214/2007 “O Benefício de Prestação Continuada deverá ser revisto a cada dois anos, para avaliação da continuidade das condições que lhe deram origem, conforme dispõe o art. 21 da Lei nº 8.742, de 1993, passando o processo de avaliação a integrar o Programa Nacional de Monitoramento e Avaliação do Benefício de Prestação Continuada”.

renda, sem contrapartidas, no valor de um salário mínimo, destinado às pessoas com deficiência³ e também aos/às idosos/as com 65 anos de idade ou mais, ambos/as com renda per capita familiar inferior a ¼ do salário mínimo (BRASIL, 1993; 2007a).

No caso da pessoa com deficiência, após habilitação do benefício, é direcionada para ser avaliada por assistente social e perito/a médico/a, ambos/as do INSS, em relação à deficiência e ao grau de impedimento conforme a especificidade de cada profissional (BRASIL, 2011).

Cabe pontuar que são inúmeros os pontos polêmicos da LOAS/1993, como o artigo vinte parágrafo segundo, ao ratificar em seu texto original, que pessoa com deficiência é aquela incapacidade para a vida independente e para o trabalho, assim, estamos diante de uma percepção restritiva por não perceber as múltiplas relações, em outros termos, não considera os aspectos contextuais dessa pessoa. Já com o decreto 7.617/2011, essa redação é alterada e se amplia a concepção de pessoa com deficiência, pois, para fins de concessão do BPC, esta passa a ser entendida como “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” quando diante das mesmas situações que outros indivíduos (BRASIL, 2011).

Uma ação civil pública movida pelo Ministério Público Federal e pela Defensoria Pública da União contra o INSS teve como objetivo requerer que as APS de todo o país deixassem de exigir para a concessão do BPC que a pessoa com deficiência seja incapaz para os atos da vida civil (voto, casamento) (BRASIL, 2007c). Essa ação civil pública parte do pressuposto de que tal exigência para a concessão do BPC não diz respeito ao grau de dificuldade das pessoas com deficiência para desempenharem os atos da vida diária (alimentar-se, vestir-se, cuidar de objetos pessoais), mas que o grau de deficiência e impedimento destas deve ser avaliada apenas em termos de comprometimento da capacidade de exercer uma atividade laboral (BRASIL, 2007c). A ação postula que a exigência de incapacidade para a vida independente, conforme exigido pelas agências do INSS, é restritiva e excludente, retirando do alcance do benefício pessoas com deficiência que nos termos da CF/1988 teriam o direito de recebê-lo.

Diniz *et al* (2007) em artigo publicado com dados provenientes de pesquisa realizada com peritos/as médicos/as do INSS, responsáveis pela avaliação das pessoas com deficiência que pleiteiam o BPC, e do levantamento da legislação específica pertinente ao benefício, aponta os dilemas nos processos avaliativos dos/as beneficiários/as do programa. A investigação aplicou questionário na amostra de 16% do total de peritos/as médicos/as

³ Existe um debate sobre como devem ser apresentadas as nomenclaturas sobre as pessoas com deficiência que vivem a experiência da deficiência. Nesta dissertação, será utilizada a expressão “pessoa com deficiência” para representar todo o conjunto das pessoas que sofrem opressão pelo corpo, pois é a designação utilizada pelo Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência.

(483 a época da pesquisa) com o intuito de compreender a relação entre os critérios normativos e a prática desse/a profissional na operacionalização da avaliação. Os resultados apontam divergências entre os critérios formais e o exercício da atividade pericial, esses/as profissionais, para os/as pesquisadores/as, “estão, na prática, corrigindo os erros da legislação ordinária e de normatização incompleta ou mesmo pouco específica no programa” (Ibidem, p. 2595). Cabe pontuar que à época dessa investigação o conceito de incapacidade, deficiência, bem como o instrumental utilizado nesse processo avaliativo, quando do acesso ao BPC à pessoa com deficiência, diverge do modelo utilizado a partir de junho de 2009, foco de nossa pesquisa.

É interessante considerar a reflexão problematizada por Diniz *et al* (2007) ao discorrer sobre os conflitos entre a norma e a prática ponderando que “o resultado dessa baixa confiança tem também um efeito imediato e que impõe riscos à elegibilidade ao programa: os médicos peritos podem solucionar essa ineficiência do questionário incorporando outros mecanismos avaliativos à perícia” (p. 2594). Ou seja, tem-se o desafio de superar práticas que adentram a subjetividade profissional que podem incorrer em critérios divergentes do proposto pela legislação que regulamenta o benefício.

Tendo em vista essa situação, os movimentos sociais organizados exerceram forte pressão política para ampliação do entendimento sobre deficiência, considerando que esse é um dos critérios de elegibilidade ao BPC. Além disso, o serviço social do INSS em articulação com outros/as profissionais no âmbito da sociedade civil, bem como no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), realizou forte pressão política para o rompimento desse modelo biomédico, então vigente. Após, amplas discussões e estudos, debate que desenvolveremos mais adiante, foi instituído pelo Decreto 6.214/2007 e suas alterações posteriores, que a concessão do benefício à pessoa com deficiência fica sujeita à “avaliação da deficiência e do grau de impedimento”. Cabe destacar que a terminologia “grau de incapacidade” foi substituída por “grau de impedimento” pelo Decreto 7.617 de 17 de novembro de 2011, conforme sinalizamos em linhas atrás. Essas alterações ocorreram com base nos princípios da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), estabelecida pela Resolução da Organização Mundial da Saúde (OMS) nº 54.21, aprovada pela 54ª Assembleia Mundial da Saúde, em 22 de maio de 2001 (BRASIL, 2011). Esse processo avaliativo passou a ser realizado por assistente social e perito/a médico/a do INSS (BRASIL, 2007b).

Dessa forma, a participação do/a assistente social no processo de avaliação da deficiência e do grau de impedimento do/a requerente ao BPC era uma reivindicação não só dos movimentos sociais, mas de outros segmentos como os estudiosos do BPC, profissionais das políticas públicas de assistência social e previdenciária (SPOSATI, 2008).

A categoria de assistentes sociais do INSS sempre foi incansável no movimento de luta por concurso público para ampliar o quadro desses profissionais na referida autarquia que ganhou fôlego com o Decreto 6.214/2007. Cabe apontar o apoio fundamental, nesse processo, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), bem como do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) e das articulações a nível local junto aos Conselhos Regionais de Serviço Social (CRESS), além do apoio político da Federação Nacional dos Sindicatos dos Trabalhadores em Saúde, Trabalho, Previdência e Assistência Social (FENASPS).

Com todo esse movimento, a inserção do/a assistente social, enquanto profissional que operacionaliza a avaliação social da pessoa com deficiência que pleiteia o BPC, foi referendada no sentido de ser realizada sob diretrizes e conceitos éticos direcionados para a ampliação dos direitos sociais. Dessa forma, o/a requerente do benefício, por ora em debate, deve ser percebido/a em sua totalidade como sujeito histórico e suas colocações compreendidas como demandas políticas e legítimas.

O modo de avaliar as pessoas com deficiência que pleiteiam o BPC possui uma construção histórica que acompanha o movimento político desse segmento no contexto das mudanças sócio-históricas brasileiras e daqueles que reivindicam a construção de uma política de saúde no Brasil. O movimento democrático e a reforma sanitária possuem especial repercussão que implicaram em organizações sócio-políticas dessas pessoas reivindicando um “novo olhar” na relação pessoas com deficiência e sociedade. Esse movimento denominado de “vida independente”⁴, em parte, expressa a vontade política e o desejo desses sujeitos de saírem da (in)visibilidade, da tutela e da relação de caridade e de não cidadania.

Tendo em vista a consideração judicial e as frequentes indicações das conferências municipais, estaduais e nacionais acerca da limitação no modo de avaliação da deficiência e do grau de impedimento das pessoas com deficiência culminando na dificuldade de acesso ao BPC, o governo instituiu um grupo interministerial para estudar novos mecanismos de elegibilidade nesse processo. De vários estudos, inclusive buscando vivências de outros países, encontrou-se a experiência inspiradora da Espanha com o uso da CIF⁵.

Visando institucionalizar um modelo de avaliação com referencial na CIF, tendo como propósito ampliar o conceito de deficiência para acesso ao BPC, foi instituído o

⁴ O Movimento de Vida Independente foi criado na Universidade de Berkeley, Califórnia (EUA), na década de 1960, e expandiu-se mundialmente, estabelecendo os princípios que devem nortear as ações desenvolvidas pelos Centros de Vida Independentes (CVI) existentes. O CVI caracteriza-se pela prestação de serviços que favoreçam a melhor qualidade de vida para as pessoas com deficiência, fortalecendo-as individualmente e resgatando seu poder pessoal para uma vida ativa e participativa, onde possam exercer plenamente sua cidadania. (CENTRO DE VIDA INDEPENDENTE DO RIO DE JANEIRO, 2013).

⁵ O objetivo geral da classificação é proporcionar uma linguagem unificada e padronizada e uma estrutura que descreva a saúde e os estados relacionados à saúde. Ela define os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionados à saúde (tais como educação e trabalho). (CIF, 2003, p. 13).

Decreto nº 6.214/2007 e suas alterações posteriores, que no seu artigo dezesseis recomenda que o reconhecimento inicial de direito à pessoa com deficiência, pleiteante a esse benefício, ficará sujeita a avaliação da deficiência e do grau de impedimento com base nos princípios da CIF e, ainda, que essa avaliação seja composta de avaliação médica e social realizadas, respectivamente por perito/a médico/a e assistente social do INSS. Com a preparação técnica dos ministérios para colocar em prática essa nova modalidade de acesso ao BPC, em junho de 2009, se inicia efetivamente o atendimento dos/as requerentes fazendo uso desses novos critérios.

Para compreender qual seria nossa contribuição com esta pesquisa, realizamos investigação no banco de dados da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), constatamos 83 dissertações/teses que problematizam o BPC. Outras duas produções, relacionadas à temática, não foram detectadas nessa pesquisa, por tratar-se de produção monográfica de graduação e a outra no âmbito da pós-graduação lato sensu, nesse sentido, não disponível no banco da CAPES. Para acessar esses materiais, não publicados nesse sítio de pesquisa, realizamos algumas interlocuções com uma docente da Universidade de Brasília (UnB) que socializou o material conosco. Assim, verificamos que Nogueira (2011), autora de dissertação de mestrado, e Silva (2010), autor de monografia de graduação, problematizam os desafios da avaliação social no acesso ao BPC. Já Cintra (2010), autora de monografia de especialização, discute a contribuição do/a assistente social do INSS na materialização do BPC enquanto direito social, realizou pesquisa a partir de dados gerenciais do INSS e estatísticos do serviço social na agência Taguatinga/DF, além de realizar aplicação de questionário junto aos peritos/as médicos/as. Assim, naqueles dois primeiros estudos são realizadas entrevistas com as assistentes sociais, no segundo já não houve a participação dessa categoria, mas sim, contou com a perícia médica. Dessa forma, a novidade da pesquisa que realizamos, foi problematizar, dialeticamente, ambas as percepções sobre o processo avaliativo vigente desde junho de 2009, analisando os relatos dos/as assistentes sociais e peritos/as médicos/as envolvidos/as nesse processo de avaliação médico-social das pessoas com deficiência que pleiteiam o BPC/LOAS.

O interesse pela investigação tem sua gênese após minha aprovação no concurso público do INSS. Com isso, passei a compor o quadro efetivo de servidores/as dessa autarquia federal, operacionalizando, enquanto assistente social, a avaliação social, e observando a processualidade do benefício em sua totalidade, com isso emergiram alguns questionamentos. Decorrido pouco mais de quatro anos, elaboramos a seguinte indagação: até que ponto o paradigma biomédico, centrado no indivíduo foi superado nas práticas avaliativas dos/as profissionais envolvidos/as (médicos/as e assistentes sociais)? Quais as

repercussões dessas concepções e práticas no processo de reconhecimento e materialização do acesso, garantia e ampliação desse direito as pessoas com deficiência?

Esta pesquisa objetivou apontar os avanços e desafios que contornam as conquistas do modelo de acesso ao BPC centrado na CIF; evidenciar as tensões que permeiam os saberes e as práticas dos/as profissionais que operacionalizam os critérios de avaliação da deficiência e do grau de impedimento, a “priori”, referenciadas na CIF e expressas em um instrumental de avaliação médico-social; e, por fim, apontar as possíveis contribuições que esse modelo pode oferecer para ampliar o acesso a esse importante direito social às pessoas com deficiência.

Para tanto, nosso percurso foi marcado por uma aplicação sistemática e paciente, por meio de uma trajetória caracterizada por idas e vindas com a realidade investigada, aliada ao uso das faculdades do entendimento, conforme sugere Oliveira (2005), que assumem importância peculiar no exercício da produção do conhecimento. O “olhar” é alterado pelo próprio modo de visualizar o objeto passando por uma “espécie de prisma por meio do qual a realidade observada sofre um processo de refração” (ibidem, p. 19). Para o autor, é um olhar sensibilizado pela teoria que passa a ser instrumentalizado pelo pesquisador diante do que é pesquisado, evitando que se tenha mera curiosidade diante do exótico. Mas, nessa trajetória, não lançamos apenas um olhar sobre o que nos propomos a pesquisar. Assim, para acessarmos as percepções e/ou informações nesse processo, compreendemos a necessidade de complementar pelo ouvir que, para o autor, ocorre entre dois mundos, o do pesquisador e o do pesquisado, sendo necessário estabelecer uma interação de confiança. São atos preliminares que utilizamos na pesquisa. O escrever foi a segunda etapa que ocorreu juntamente com o ato de pensar, onde se deu o processo de textualização dos fenômenos observados no primeiro momento, buscando articulações entre o trabalho feito em campo e a elaboração textual.

Deste modo, tivemos em mente algumas estratégias previamente delineadas e planejadas que nos possibilitou fazer uso de procedimentos metodológicos para melhor compreendermos e analisarmos, de modo consistente e adequado à realidade investigada. Isto não significa dizer que a pesquisa ocorreu sem traumas e imprevistos, ficamos atentos ao surgimento de descobertas inesperadas que em alguns momentos se mostraram relevantes ao ponto de reorientar o estudo, como nos bem coloca Benevides (1995, p.28) ao dizer que o pesquisador

[...] ainda que parta de perguntas bem formuladas, embasadas em referenciais que inauguram o seu caminhar, é no campo, indubitavelmente, o local onde a capacidade de lidar com a surpresa e poder entendê-la determinará o êxito de seu investimento.

Foi-nos exigido, portanto, alguns cuidados importantes, uma vez que o processo de construção do conhecimento não se tratou de uma atividade que ocorreu numa piscada de olhos, mas exigiu fôlego e sucessivos retoques (BOURDIEU, 1998).

O estudo aqui exposto fez uso de abordagem de natureza qualitativa, considerando o intuito de ter acessado, de ter se relacionado com os/as interlocutores/as, coleta e análise das informações, uma vez que, com isso, tornaram-se mais compreensíveis assuntos relacionados ao problema pesquisado. Evidente que no itinerário metodológico adotado nesta investigação, como nos é lembrado por Bourdieu (1998), tivemos o cuidado para não confundir rigidez com rigor, o primeiro como sendo o contrário da inteligência e da invenção, o segundo de se ter a vigilância e atenção necessária quanto ao uso das técnicas, da sua adequação ao problema e às condições de seu emprego, foi exigido então, um refinamento quanto ao uso da imaginação e da criatividade.

Identificamos os dilemas contemporâneos na avaliação biopsicossocial para acesso ao BPC, partindo de alguns pressupostos: o modelo de avaliação médico-social é frágil diante do paradigma biomédico com suas práticas caracterizadas pela objetividade quando da avaliação da deficiência e do grau de impedimento do requerente ao BPC; a avaliação social é prejudica em detrimento da avaliação médica, uma vez que esta última, considerando as alterações nos instrumentais, é detentora da decisão final quando do enquadramento do requerente ao BPC no tocante ao impedimento, a saber: curto, médio ou longo prazo.

A investigação compreendeu três momentos, correlatos e distintos à sua dinâmica espaço/tempo. O primeiro foi marcado pela realização de um estudo exploratório acerca da bibliografia para subsidiar as falas/discussões teóricas que informaram a temática, consulta a documentos oficiais, visitas aos locais da pesquisa, numa tentativa de aproximação ao objeto pesquisado. Este momento nos possibilitou uma relação mais próxima do campo investigado, escolhas teóricas e com elaborações sobre a temática.

Em seguida, definimos os tipos de técnicas de obtenção de dados. Assim, realizamos entrevistas com peritos/as médicos/as e assistentes sociais, bem como foi enviado questionários por correio eletrônico para dois membros do Grupo de Trabalho Interministerial que participou do processo de elaboração do modelo de avaliação da pessoa com deficiência baseado na CIF, foram coletados dados de identificação do/a profissional envolvido no processo avaliativo, considerando os recortes de gênero, etário, tempo de atuação no INSS, formação profissional, o que pensam sobre o atual modelo de avaliação da deficiência e do grau de impedimento implementado pelo INSS e MDS desde junho de 2009, as tensões entre assistentes sociais e peritos/as médico/as, os dilemas e resistências dos profissionais que operacionalizam a avaliação, dentre outros assuntos de interesse da

investigação. O roteiro foi elaborado considerando as aproximações e aprofundamentos teórico-empíricos, sendo realizado antes de sua aplicação, uma pré-testagem, na qual identificamos o tempo de execução, bem como a necessidade de reformulações, acréscimos de assuntos que não estavam contemplados e retiradas algumas questões que se mostraram dispensáveis.

A escolha da abordagem qualitativa se deu devido aos objetivos da pesquisa, considerando o problema de investigação em tela, o que nos possibilitou compreender os processos de construção da realidade por determinados coletivos, a partir de seus exercícios profissionais cotidianos. As entrevistas foram realizadas intencionalmente com seis assistentes sociais e oito peritos/as médico/as que atuam em Agências da Previdência Social (APS) da Gerência Executiva Fortaleza (GEXFOR) do INSS. Os critérios para escolha dos entrevistados foram: atuar em APS da GEXFOR, localizada na cidade de Fortaleza; realizar avaliação social ou médica no cotidiano profissional há pelo menos um ano. Critérios de exclusão: serão excluídos/as os/as peritos/as médicos/as e assistentes sociais que não estejam realizando as avaliações no período da pesquisa.

Por fim, ocorreu a descrição, tratamento e análise dos dados qualitativos coletados na pesquisa. Durante a análise as questões foram agrupadas em tópicos específicos e analisadas considerando as falas comuns e divergentes apresentadas pelos/as interlocutores/as da pesquisa, ou seja, comparando e confrontando posições, extraindo significados das falas e registros, além de outras expressões não ditas. Seguido da produção textual com observações teórico-empíricas e metodológicas, sistematização, elaboração do texto final e posterior apresentação. Para atender à garantia do sigilo dos/as entrevistados/as, utilizamos, para a apresentação de trechos dos depoimentos, siglas referentes ao cargo do/a profissional seguido de numeração, ordenado de acordo com a sequência das entrevistas.

Cabe considerar que no desenvolvimento da pesquisa de campo foram respeitadas as normas éticas que regem a pesquisa científica com seres humanos, conforme Resolução⁶ 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), solicitando-se o consentimento livre e esclarecido (apêndice 4) dos/as entrevistados/as, bem como a autorização para realizar as observações e preservação do anonimato dos/as informantes.

Considerando que toda pesquisa que envolve seres humanos, pode trazer algum risco para os sujeitos, materializamos o compromisso de respeitar os/as pesquisados/as, evitando qualquer desconforto, deixando claro sua liberdade de participar ou não da pesquisa, ou retirar-se do estudo em qualquer momento e garantia de anonimato. Os

⁶ A Resolução 466/2012, do Conselho Nacional da Saúde, estabelece as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Todos os Comitês de Ética e Bioética em pesquisa com seres humanos orientam suas ações fundamentadas nesta resolução.

resultados da pesquisa retornarão ao campo de pesquisa para contribuir com o conhecimento dos/as participantes sobre a realidade estudada e se possível melhorar o funcionamento do processo avaliativo.

Cabe qualificar que a pesquisa teve início após o término das disciplinas obrigatórias e optativas no mestrado. O campo da pesquisa, ou melhor a instituição, é o local de trabalho do pesquisador e, dessa forma, foi difícil assumir uma postura com um olhar mais distante, tornar exótica o que era comum, o que era reforçado pelos/as interlocutores/as por ter uma relação de proximidade, não me percebiam enquanto tal, ou seja, era o assistente social, colega de trabalho.

Pensei, a priori, que essa seria uma situação favorável à obtenção das informações pertinentes à investigação proposta, mas no exercício da arte da pesquisa, não foi bem assim. Foram diversas as dificuldades para conseguir as entrevistas com as assistentes sociais, até pelo próprio quantitativo, nesse caso seis, inferior ao da área médica, pode ser justificado não só pelo “ponto de saturação”, ou seja, devido repetição no discurso das interlocutoras, mas por causa, também, de alguma resistência destas. Tenho a hipótese de que o momento da pesquisa pôde ser interpretado pelos/as interlocutores/as como uma avaliação de um profissional que executa as mesmas ações profissionais, em outros termos, processos de trabalho similares, nesse caso, mais especificamente, a avaliação social da pessoas com deficiência.

Recebi, muitas vezes, respostas do tipo “vem outro dia, pois hoje tem bastante gente pra ser atendida”. Em uma única APS cheguei a me deslocar cinco vezes para entrevistar as assistentes sociais, mas sem sucesso. Cabe destacar que sempre retornava em dia e horário sugerido pelas prováveis interlocutoras da pesquisa. O fato é que, a duras penas, conseguir realizar seis entrevistas, considerando o universo de 16 assistentes sociais em APS na cidade de Fortaleza, excluí-me desse quantitativo, pois na realidade na capital cearense são 17 profissionais em serviço social distribuídos/as em oito APS, sendo que apenas uma possui três assistentes sociais, as demais contam com dois/duas.

Deparei-me com realidade, um pouco diferente com relação aos/as peritos/as médicos/as. Tive acesso a dez profissionais da perícia médica, sendo que dois/duas foram bastante resistentes, cabe destacar que eram da mesma APS que retornei cinco vezes na tentativa de entrevistar as assistentes sociais, apenas um desses participou, mas com respostas monossilábicas, como: não, sim, é, talvez. Essa, a entrevista mais rápida com duração de aproximadamente cinco minutos. A título de comparação a mais longa foi a de um perito que durou quase uma hora, as demais ficavam entre vinte e trinta minutos.

Interessante que outros/as profissionais dessa área me procuraram para participar da entrevista, no entanto já havia atingido o “ponto de saturação”, alias na perícia médica

começamos a observar as repetições no/a quinto/a entrevistado/a, no caso do serviço social, isso foi observado na quarta, mas optamos por continuar, interessados na possibilidade de encontrar uma fala que fosse “diferente”, isso vale para ambas as áreas profissionais.

Três profissionais realizaram contato posteriormente a entrevista. Um/a pediu para repetir o processo. Outro/a contactou para socializar que havia encaminhado e-mail para meu correio com informações que completariam sua entrevista. Um/a terceiro/a pediu que não disponibilizasse no relatório sua área de especialização médica, pois isso o/a identificaria facilmente entre seus/suas colegas de trabalho, podendo ser motivo de “chacota”, conforme afirmou.

Nesse sentido, o que mais me surpreendeu, nesse processo, foi a adesão dos/as peritos/as médicos/as. Talvez pela experiência cotidiana de trabalho com esses/as profissionais, perpassado por um distanciamento, muito mais pela dinâmica dos nossos processos de trabalho, ratificado pelo volume excessivo de agendamentos cotidianamente para os nossos serviços, lembrando que vivemos num contexto de um mercado de trabalho atravessado por metas quantitativas.

Interessante pontuar a pergunta que mais o/a deixava apreensivo/a era o questionamento com relação ao reconhecimento da capacidade para realizar a avaliação médica ou social da pessoa com deficiência que pleiteia o BPC/LOAS.

Outra observação que consta em meu diário de campo é que apenas um/a profissional da perícia não ficou a vontade para responder os questionamentos. Já com o serviço social, metade ficou bastante apreensiva, demonstrando nervosismo excessivo e, em algumas situações, tive que interromper a gravação e aguardar uma sinalização do/a profissional para continuar o processo. Essa situação também ocorreu na perícia médica, inclusive com pedido do/a profissional para realizar pesquisa na internet, bem como consultar seus “alfarrábios” e só retornar ao sinal dele/a.

Destacamos ainda, a situação em que o/a profissional solicitou o questionário antecipadamente, informando que precisa estudá-lo para que a pesquisa ocorresse de forma mais dinâmica. Não atendemos a solicitação, explicando que não se tratava de aplicação de questionário e aquele instrumento era apenas um roteiro para realizarmos a pesquisa.

Esta investigação, além da introdução que por ora apresentamos, está constituída por três capítulos. No primeiro, intitulado “Sociabilidade capitalista, política social e seguridade social no ‘neodesenvolvimentismo’ brasileiro”, debatemos acerca dos marcos legais do BPC/LOAS, compreendendo o Estado que conforma este benefício, perpassado pelas expressões da questão social, bem como a lógica que orienta as políticas sociais na

contemporaneidade, qual seja, a tendência “neodesenvolvimentista” e seus espraiamento nesse contexto, discutindo a categoria trabalho e sua centralidade, compreendendo nessa tessitura a (re)produção das relações sociais e a gênese da questão social. Lembramos que este capítulo é norteado pelo debate das categorias: seguridade social e assistência social, além das que descrevemos em linhas atrás.

No segundo capítulo, problematizamos o debate sobre deficiência, analisando o conceito e suas alterações na processualidade histórica, bem como as legislações que alteraram tal definição. Além disso, discutimos as teses médica e social de deficiência, apontando a tensionamento a partir suas especificidades teóricas divergentes. Para assim, compreendermos seu espraiamento nos modelos avaliativos daqueles/as que pleiteiam o BPC/LOAS.

No terceiro capítulo, intitulado “Modelo médico-social no acesso ao BPC: ‘a vez e a voz’ dos/as profissionais médicos/as e assistentes sociais”, apontamos os resultados desta pesquisa. Num primeiro momento, abordamos as percepções dos/as profissionais sobre a relação entre CIF e o modelo médico-social, em seguida problematizamos a fundamentação teórica que orienta o processo avaliativo dos/as nossos/as interlocutores/as. Prosseguimos nossas análises, debatendo acerca da avaliação social, apreendendo as interpretações e (des)entendimentos sobre o seu papel nesse contexto. Por conseguinte, trataremos da polemica discussão sobre os impedimentos de curto/médio e longo prazos, revelando as repercussões no modo de avaliar os/as requerentes do BPC. Finalizamos com as reflexões sobre (in)capacidade dos/as profissionais para realizar tal avaliação médico-social e o que estes/as interlocutores/as sugerem diante desse desafio cotidiano.

Nas considerações finais, fizemos algumas observações sobre tudo que discutimos no decorrer dos capítulos, registrando as nossas impressões e sugestões sobre esse complexo e desafiante modo de avaliar as pessoas com deficiência que pleiteiam esse importante direito social.

2. CAPITALISMO CONTEMPORÂNEO E POLÍTICA SOCIAL: O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA NO “NEODESENVOLVIMENTISMO” BRASILEIRO

2.1 Estado, trabalho e questão social

O sistema capitalista se origina e se desenvolve sob a base da exploração da classe trabalhadora pela burguesia, desencadeando ainda inúmeras outras dinâmicas sobre outros segmentos societários, uma vez que o capitalista se apropria do trabalho alheio com a produção da mais-valia, propiciando a emergência da luta social entre estas classes. Portanto, há uma inata relação desigual entre os sujeitos envolvidos na produção de mercadorias.

Este modo de produção capitalista, precisa encontrar um “poder” que legitime a relação desigual entre trabalho e capital, que é alcançado com o Estado.

Assim, o Estado toma forma capitalista, transformando-se com origem na configuração feudal, e ganha, com isso, outras características que recebem inflexão dos níveis das disputas e correlações de forças das classes, porém sob condução da hegemonia burguesa. Tal perspectiva foi enfatizada na análise de Engels (1981, p. 191) sobre a funcionalidade do Estado para a reprodução do capital. Para que

[...] essas classes com interesses econômicos colidentes não se devorem e não consumam a sociedade numa luta estéril, faz-se necessário um poder colocado aparentemente por cima da sociedade, chamado a amortecer o choque e a mantê-lo dentro dos limites da 'ordem'. Este poder, nascido da sociedade, mas posto acima dela se distanciando cada vez mais, é o Estado.

O autor, ancorado no princípio materialista histórico-dialético, assinala que o desenvolvimento humano acompanha o desenvolvimento da produção dos meios de existência. Assim, compreendemos que o Estado não é de modo algum um poder abstrato que se impõe sobre a sociedade de fora para dentro, mas é um produto social, congregando forças e interesses diversos e contraditórios.

Tal análise se assenta na perspectiva de Marx e Engels (1977) quanto à relação entre Estado e sociedade civil, quando se compreende que a estrutura econômica da sociedade é constituída pelas relações de produção. Estas, por sua vez, oferecem as bases para formar e manter a superestrutura jurídica e política que se traduz dialeticamente nas formas de consciência social.

Nesta perspectiva, podemos compreender que o Estado é alvo das determinações das relações de produção da riqueza material, tendo competência para contribuir de forma particular com a conjectura das condições políticas, jurídicas e culturais que viabilizam a legitimação da estrutura desigual da sociedade de classes. Busca, no entanto, estruturar-se sob o pressuposto do caráter de igualdade entre os sujeitos antagônicos, utilizando-se de arcabouços ideológicos e coercitivos.

Com efeito, o Estado aparece com o papel de síntese das relações sociais, que teria como competência representar a imparcialidade e, portanto, garantir a suposta igualdade entre as pessoas. Na compreensão de Nobre (2004), no entanto, o Estado está entre as classes para garantir no plano da circulação as trocas entre compradores (capitalista) e vendedores (da força de trabalho), que aparentemente vendem de forma livre “coisas” equivalentes, que os tornam proprietários. Com o alcance da essência, entendemos que o Estado fica subsumido às relações de classes antagônicas.

Em síntese,

O poder político assume funcionalidade a partir dessa totalidade contraditória do capitalismo e da sua forma peculiar de se expressar. O Estado capitalista constitui-se em uma instituição de poder que sintetiza as relações dessa sociedade; quer dizer, preserva as relações de igualdade entre indivíduos para que as relações desiguais entre as classes sociais se realizem (NOBRE, 2004, p. 72).

O Estado inserido na estrutura capitalista exprime uma atuação funcional para manutenção do *status quo* deste sistema metabólico social do capital, de modo tal que, em determinados contextos, assume o projeto hegemônico da classe dominante. Nesses termos, portanto, o Estado capitalista não consegue exercer na *práxis* social uma intervenção ausente do viés classista, muito menos aplica às pessoas suas regras de forma homogênea.

A legitimidade deste Estado se gesta, então, com amparo na capacidade de instrumentalizar a conjugação de acordos e negociações em torno das riquezas socialmente produzidas em cada momento histórico de produção social e de confrontos entre forças sociais.

Busca-se com essa fundamentação considerar os processos pelos quais as relações sociais caminharam até a contemporaneidade, realizando-se como totalidade aberta pela história, no seu movimento de processualidade no qual o Estado se insere.

De acordo com Montaño e Duriguetto (2011), a contribuição de Karl Marx para pensar o Estado e a sociedade civil embasa os fundamentos do pensamento de Gramsci, devendo-se considerar as particularidades históricas e políticas analisadas por esses pensadores.

Gramsci (2002) mergulha seus estudos sobre a fase monopolista do capitalismo, no início do século XX, identificando a complexidade das relações de poder e a emergência da sociedade civil na organização de seus interesses. Ganhou centralidade nas suas preocupações o estudo acerca da categoria hegemonia, no qual a diferenciação entre dominação e consenso se mostra como fundamental para avançar nos aspectos que se referem ao Estado. Na sociedade burguesa madura o Estado não conseguia controlar as relações sociais apenas com o instrumento da dominação, repressão e coerção, tendo que

se utilizar de elementos de convencimento para angariar o consenso entre as classes sociais.

Efetivamente, o consenso é uma possibilidade no âmbito do qual se busca agregar soluções para resolver problemas que se apresentam na história. Gramsci (2002) explica que a disputa socioideológica capaz de produzir consensos abre possibilidades na esfera da sociedade civil, haja vista ser esta o palco onde são produzidas ideias e valores que consubstanciam projetos e imprimem direção na sociedade, aptos a galgar hegemonia.

Salientamos, porém, que o caráter consensual do Estado há pouco destacado não anula a dimensão coercitiva, haja vista o monopólio da violência por meio da polícia, do Judiciário etc. O que ocorre em alguns contextos históricos é o uso menos ostensivo da coerção como violência direta. Gramsci (2002) percebe uma unidade dialética entre coerção e consenso na hegemonia, detectando a possibilidade de predomínio do consenso, que não ocorre sem a coerção.

A possibilidade de decidir mediante consenso se fez necessária desde o momento em que a coerção não conseguiu exercer sozinha a capacidade de conter resistências e lutas sociais. É preciso identificar, porém, a ideia de que a busca por consenso também é uma negociação, razão pela qual Gramsci (2002) aponta que o Estado não exerce poder absoluto em benefício do capital. Assim, verificamos que a classe dirigente cede a algumas reivindicações das classes dirigidas, de modo que não venha a ameaçar o seu projeto hegemônico, para, portanto, manter o controle e influência sobre as classes subalternas.

Com efeito, o Estado democrático articula conflui às classes subalternas pressionar pelos seus interesses, bem como compor um projeto ideológico apto a disputar a hegemonia na sociedade. Gramsci (2002) nos permite compreender que a intensidade do domínio hegemônico da classe burguesa é tensionada pela dinâmica das lutas sociais. Desta relação complexa e contraditória que germina a questão social, emerge a demanda por política social, lembrando a centralidade da categoria trabalho nesse debate.

Assim, para relacionar categorias tão profundas, heterogêneas e polissêmicas, como: Estado, trabalho, questão social e a política social na contemporaneidade, temos que partir de um estudo mais amplo sobre como o conjunto social se organiza ou se manifesta nessas representações, para, então, encontrar pistas que possibilitem a compreensão dos dilemas e possibilidades de superação das orientações neoliberais.

Para tanto, vejamos alguns elementos sobre o processo de (re)produção das relações sociais na sociedade capitalista contemporânea, no que concerne à transição do formato neoliberal para o suposto “neodesenvolvimentismo” na esteira do neoliberalismo.

As fissuras apresentadas desde os anos 1970 pela crise contemporânea do capital assinalam sua configuração estrutural. O quadro crítico tem incidência mundial, sinalizando

o caráter totalizante das mudanças que se processavam. Por não encontrar fronteiras geográficas, jurídicas e sociopolíticas, tal crise é respondida por estratégias de enfrentamento que também não ficaram localizadas e restritas ao âmbito do mercado das sociedades particulares. Compreendemos, com base em Mota (2010, p. 31) que o Estado é convocado enquanto instância capaz de proporcionar condições favoráveis para restauração do crescimento capitalista.

É nesse sentido que as classes proprietárias e dominantes, a partir das últimas décadas do século XX, necessitam exercitar-se como classe dirigente, implementando seu projeto classista através de uma direção restauradora, criando (reinventando) iniciativas conservadoras sob o influxo de ideias liberais.

No primeiro movimento de resposta a tal crise, no contexto de mundialização do capital, passamos por uma reestruturação do Estado e pela desregulamentação das relações econômicas e sociais, seguindo as orientações neoliberais. Com efeito, o Estado favoreceu direitos individuais à propriedade privada, e seus instrumentos jurídicos, aparatos e mecanismos de defesa do livre comércio, essenciais a garantias das liberdades econômicas individuais, protegendo, assim, a "santidade" de contratos, a liberdade de escolha comercial, e de expressão, acima do conteúdo. Nesse sentido, Harvey (2008, p. 75) assinala que "[...] o Estado tem, portanto, de usar seu monopólio dos meios de violência para preservar a todo custo essas liberdades".

Associou-se a esse processo a hegemonia do capital financeiro que situou os estados nacionais perante a concentração de capitais, o que engendrou mudanças significativas no mundo do trabalho, bem como constituiu mecanismos de fetichização da vida social. Essa realidade acirra as desigualdades sociais e impulsiona crises de amplitude variadas.

A oferta de ações e títulos públicos que apossados por multinacionais passam a atuar como proprietários acionistas, interferem e até direcionam a ação do Estado. Trata-se do discurso da "economia de cassino" que tem fomentado o fetiche de uma esfera apolítica e sobre-humana, conforme Iamamoto (2008, p. 109), "[...] como se fosse possível frutificar uma massa de rendimentos independente da produção direta".

O capital financeiro se mostra fetichizado por velar os processos pelos quais a riqueza socialmente produzida é apropriada e inserida nos circuitos reais (e não fictícios) do mundo especulativo. Verdaderamente, ainda é do trabalho que a mais-valia é produzida.

Há uma cessão provisória de capital com posterior desembolso como capital realizado, isto é, valor acrescido de mais-valia sob a forma de juro. Ou seja, parte da mais-valia é retirada da circulação sob a forma de juro, expressando uma distribuição da mais-valia entre pessoas diferentes. [...] Entretanto, o juro aparece, para o prestamista, de maneira mistificada, como "preço" do capital emprestado, assim como o ganho empresarial" do capitalista em função aparece sob forma invertida, como decorrente de seu "trabalho" de dirigir o processo de produção e circulação: como salário de superintendência. Considerado qualitativamente, o juro é mais-valia (trabalho não retribuído) que o mero título de propriedade sobre a forma

de capital proporciona ao seu proprietário, embora apareça separado do processo real de produção (IAMAMOTO, 2009, p. 16 e 17).

Desse modo, a concepção de que o capital financeiro se reproduz possui vivacidade autônoma e é apartado da produção não encontra base na materialidade.

Para tanto, precisamos entender os processos, assim, cabe qualificar melhor duas dimensões: problematizar como se dão essas relações sociais e a categoria trabalho nessa tessitura. Pois, é a partir desse movimento que compreenderemos a gênese da questão social e emergência das políticas sociais.

Feito isso, nosso raciocínio sobre as relações sociais que se amalgamam no modo de produção capitalista são referendados nas reflexões de lamamoto e Carvalho (1998, p. 29), uma vez que

[..] É na vida em sociedade que ocorre a produção. A produção é uma atividade social. Para produzir e reproduzir os meios de vida e de produção, os homens estabelecem determinados vínculos e relações mútuas, dentro e por intermédio dos quais exercem uma ação transformadora da natureza, ou seja, realizam a produção.

Assim, as relações sociais estabelecidas entre os homens, nesse contexto, sofrem rebatimentos desse modo de produção, bem como consideram o estágio do desenvolvimento desses meios produtivos. Em outros termos, temos relações com balizamentos históricos que se orquestram com maestria para viabilizar a essência do vigoroso modo de produção capitalista. Dessa forma, podemos concluir que

O processo capitalista de produção expressa, portanto, uma maneira historicamente determinada de os homens produzirem e reproduzirem as condições materiais da existência humana e as relações sociais através das quais levam a efeito a produção. Neste processo, se reproduzem, concomitantemente, as idéias e representações que expressam estas relações e as condições materiais em que se produzem, encobrindo o antagonismo que as permeia (IAMAMOTO E CARVALHO, 1998, p. 30).

Nesse sentido, devemos perceber que não se trata de um processo que envolve apenas a produção de objetos, mas de um movimento que apresenta em seu bojo relações entre seres humanos, homens e mulheres, entre classes sociais com interesses antagônicos, conforme vimos em linhas atrás.

Esse modo de produção ao fincar suas bases num processo relacional, coloca de um lado o capital e demanda do outro a figura do trabalhador que receberá uma “recompensa” devido a empregar sua força de trabalho na produção capitalista. Entendemos que essa relação é inerente a esse processo produtivo. Temos aí, um movimento que cria e fortalece um circuito onde coisas se relacionam, sem qualquer fundamentação sóciohistórica, materializando relações sociais como relações entre mercadorias, conforme podemos compreender nas análises de lamamoto e Carvalho (1998, p. 31) ao apontarem que

A reificação do capital, isto é, sua identificação com coisas materiais (os meios de produção) é típica daqueles que não conseguem distinguir as formas em que as relações se expressam destas mesmas relações. O capital se expressa através de mercadorias (meios de produção e de vida) e do dinheiro. Estas formas que o representam são necessárias porque criadas e recriadas no movimento mesmo da

produção. Tais formas exteriores são aparências necessárias que fazem parte dos próprios fenômenos, através das quais se manifesta a substância real dos mesmos. Ao mesmo tempo que as expressam, as encobrem, pois as relações aparecem invertidas naquilo que realmente são: aparecem como relações entre mercadorias, embora não sejam mais que expressões de relações entre classe sociais antagônicas.

Com isso, compreendemos as formas de expressão do modo de produção capitalista, ao ser referenciado em mercadorias e os meios necessários ao processo de produção e reprodução da força de trabalho, mercadorias estas que só se “realizam” enquanto tal ao serem trocadas, o que nos leva a perceber a consolidação da importância atribuída ao valor de troca em detrimento do valor uso. No entanto

[...] as mercadorias não são apenas valores de uso; são grandezas ou magnitudes sociais que têm em comum o fato de serem produto do trabalho humano geral e indiferenciado (trabalho abstrato); são valores enquanto materialização de força humana de trabalho. Enquanto grandezas sociais não se distinguem por sua qualidade, mas pela quantidade de trabalho que têm incorporado. São valores que se medem pelo tempo de trabalho socialmente necessário, incorporando na sua produção. É esta “substância comum” que viabiliza que objetos úteis de qualidades diversas sejam trocados numa relação equivalente [...] (IAMAMOTO E CARVALHO, 1998, p. 33).

Para quem adquire a mercadoria, enquanto produto final de um processo, esta apresenta um determinado valor uso, já para aquele que detém os meios de produção, esta tem a centralidade no valor de troca. Nessa conjectura, observamos a necessidade do monopólio daquilo que é necessário para a produção da mercadoria, sendo esta etapa de domínio de uma classe: os capitalistas. Numa dimensão complementar a esse modo de produção, temos a figura do trabalhador que vende sua força de trabalho para sobreviver, sendo esta considerada como mercadoria devido a condição histórica para o processo de transformação do dinheiro em capital. Dessa forma, compreendemos a centralidade da categoria trabalho nesse processo de produção porque o capital não consegue eliminar o trabalho vivo do processo de criação de valores (no contexto mais contemporâneo, podemos falar em redução dos postos de trabalho, mas não em eliminação desses), mas, entendemos esta categoria para além da produção de mercadorias, defendemos a ideia de que se estabelecem relações sociais complexas entre seres humanos, uma vez que

[...] Essas relações variam de acordo com o nível de desenvolvimento dos meios de produção, portanto ocorrem em condições históricas determinadas. A produção é, pois, uma atividade social e histórica. E, como tal, não produz apenas objetos materiais, mas relações sociais entre pessoas, classes, embora essas relações estejam ligadas a coisas e apareçam como coisas. A produção social é também a produção de ideias e representações que expressam essas relações sociais [...] Desse modo, o trabalho humano, como atividade do processo de produção social dos meios de vida dos seres humanos, é um elemento estruturante da sociabilidade humana e um distintivo dos seres humanos em relação aos demais seres, sendo central na formação de sua consciência e na determinação de seu modo de vida (SILVA, 2009, p. 39-40).

Ao afirmarmos a centralidade que o trabalho assume na totalidade social nos remetemos ao materialismo histórico-dialético, tendo como base as análises de Marx e Engels entre os anos de 1840 e 1850, quando da ênfase na análise da gênese e

desenvolvimento da sociedade burguesa. A concepção enfatizada pelos autores tem a premissa de que os homens se diferem dos animais por produzirem seus meios de vida, tendo sua base na própria natureza e que constitui, segundo os autores em tela, em *A ideologia Alemã* (1846), o primeiro ato histórico. Assim, “toda história deve partir dessas bases naturais e de sua modificação, através da ação dos homens, no curso da História”, uma vez que “ao produzir os seus meios de existência, os homens produzem indiretamente a sua própria vida material” (MARX; ENGELS, 1977, pág. 45). Corroboramos com Silva (2009, p. 39) ao evidenciar que

[...] Esse modo de vida evidenciado pelos indivíduos reflete o que eles são. E o que eles são coincide com sua produção, ou seja, com o quê e como produzem. A produção é condicionada pela natureza dos meios de existência já encontrados e que eles precisam reproduzir. Assim, o que os indivíduos são depende das condições materiais de sua produção.

A produção material e as demais atividades possuem espaços distintos, na sociedade, embora intimamente associadas por incontáveis mediações. Marx (1987) identificam a sociedade civil ponto de partida para a compreensão das relações jurídicas, formas de Estado, formas de consciência e demais atividades da vida social, como é sinalizado no *Prefácio da Contribuição à Crítica da Economia Política*, quando problematiza que o modo de produção da vida material condiciona o desenvolvimento da vida social, política e intelectual em geral. Nesse contexto, não é a consciência dos homens que determina seu ser; é o seu ser social que, inversamente, determina a sua consciência.

Marx e Engels rompem com uma tendência histórica do conhecimento, idealista, de buscar, em cada período histórico, uma categoria essencial sobre o mundo dos homens. O materialismo histórico-dialético é justamente a negação da essência a-histórica, autônoma, e a afirmação de que a história é uma processualidade dialética.

A teoria social de Marx tem como objeto a sociedade burguesa e como objetivo a sua ultrapassagem revolucionária (NETTO, 1994a). Seus estudos se desenvolvem no intuito de desvendar a dinâmica socioeconômica do modo de produção capitalista exclusivamente para superá-lo. Lukács, um século depois, investiga o solo ontológico humano social a partir de quatro categorias fundamentais do mundo dos homens – trabalho, reprodução, ideologia e estranhamento – que compõem a segunda parte da *Ontologia do Ser Social*, obra de 1960, que retoma a concepção marxiana de história e revalida a ideia da viabilidade de uma sociedade socialista. Segundo Netto (1994b), a postulação presente na obra marxiana, sobre a ontologia do ser social fundada na categoria trabalho, foi determinante para a apreensão sobre o modo de reprodução do ser social, podendo compreender a lógica do capital e realizar sua crítica.

A centralidade ontológica do trabalho, embasamento da teoria marxiana, posteriormente reforçada por Lukács (1960), consiste em que aquele é a “práxis” fundante

do ser social. Convém, aqui, distinguir a categoria trabalho da categoria “práxis”, pois esta última não se resume estritamente ao trabalho. O conceito de “práxis” implica uma atividade prática exclusivamente humana, objetivada sobre uma realidade, que pode ser a natureza, a sociedade ou o próprio homem, com a orientação consciente de transformá-la em nova realidade. Ou seja, a “práxis” é orientada, conscientemente, pelo homem, determinada por um resultado futuro que se pretende alcançar. O trabalho é a mais fundamental e rudimentar das “práxis”; é a “práxis” ontológica do ser social. Segundo Netto (1994b), a “práxis” é a atividade “objetivo-criadora do ser social”, e o trabalho é a “objetivação ontológico-social primária”. O trabalho estabelece uma mediação criadora entre o homem e a natureza, na qual o homem tem acesso à natureza e dela extrai os recursos necessários à sua sobrevivência e ao seu desenvolvimento, garantindo a sua reprodução material e social.

A categoria trabalho que origina e reproduz o ser social; funda o desenvolvimento das forças produtivas e instaura relações sociais que se complexificam no decorrer da história. Daí sua centralidade ontológica. Essa “práxis” produtiva – o trabalho – é uma atividade especificamente humana pela orientação teleológica.

A teleologia, ou prévia ideação, é uma faculdade exclusiva do homem. Como ser dotado de consciência teleológica, o homem projeta um resultado ideal, antecipa em sua mente uma realidade inexistente, uma finalidade e a busca pela realização desse projeto ideal norteará os seus atos. A teleologia é, então, um momento determinante da categoria trabalho e demais “práxis”. Embora tenha lugar na consciência, a teleologia, contudo, a ultrapassa. É uma categoria ontológica objetiva do ser social em relação com a sua materialidade, pois participa na construção de uma nova objetividade, sendo, dessa forma, um momento real da realidade material. A teleologia é uma categoria limitada aos atos singulares, de modo que a sua síntese, na processualidade histórica, interfere indiretamente; ou seja, a história não caminha a partir de orientação teleológica; ela é causal, mas sujeita a transformações teleologicamente orientadas (LESSA, 2002).

O homem inserido em realidades mais complexas, suas habilidades e conhecimentos – seu acervo técnico e cultural – vão se acumulando, até que seu trabalho extrapola o suprimento de necessidades básicas e imediatas. Transcendendo consideravelmente a esfera do material, não somente a natureza se transforma, mas também o homem e suas relações entre si, a própria história da humanidade, num constante processo de reprodução social. Por isso, o trabalho é fundante do ser social.

Embora o trabalho constitua uma processualidade única, três momentos são considerados por Marx, e, posteriormente, por Lukács, como decisivos dessa categoria: a objetivação, a exteriorização e a alienação (ou estranhamento). A objetivação é o momento do trabalho no qual a teleologia se transforma em realidade material, isto é, vem à existência

material o que já existia na mente do homem “[...] pela objetivação, o que era apenas uma ideia se consubstancia em um novo objeto, anteriormente inexistente, o qual possui uma história própria” (LESSA, 1996, pág.10).

Na medida em que o homem realiza a objetivação, realiza, também, a própria exteriorização de sua individualidade, impulsionando o desenvolvimento e a potencialização dos atributos do gênero humano e expressando o nível de desenvolvimento social no qual se encontra (LESSA, 2002, pág.146). A alienação, ou estranhamento, também como a exteriorização, é ação de retorno de uma nova objetividade sobre a totalidade social, mas no sentido oposto. São a produção e a reprodução das desumanidades, a partir do próprio mundo dos homens, que levantam obstáculos socialmente postos ao desenvolvimento humano-genérico.

O trabalho funda o ser social, porém, desta premissa, não se pode inferir que o mundo dos homens procede diretamente do trabalho, ou se reduz ao trabalho. Se é verdade que não há existência social sem trabalho, não menos verdadeiro é o fato de que a existência social, contudo, se expande para além dele.

Nesse sentido, a categoria trabalho, é a *práxis* mais elementar do ser social que demanda e possibilita, direta ou indiretamente, que os homens desenvolvam outras *práxis*. Lukács (1960) defende que estas outras *práxis* sempre se articulam ao trabalho. A reprodução social comporta uma série de incontáveis e complexas mediações que se interpõem entre o trabalho e a totalidade social. Esse transcender do trabalho, para além do imediato e da “coisalidade”, é o traço ontológico que o conecta à totalidade social. Logo, a compreensão do caráter ontológico da categoria trabalho não é possível, se tomarmos por objeto de análise atos singulares de trabalho. A ontologia só pode ser confirmada no interior da totalidade social, pois, somente no interior da reprodução social, o trabalho é portador de todas as determinações que o desvelam como categoria ontológica. A superação da imediatividade da esfera do trabalho é o fundamento ontológico que desencadeia a reprodução social. A realidade é um “complexo de complexos cuja totalidade não apenas não é redutível ao trabalho em si, mas também tem vários de seus componentes fundamentais essencialmente distintos da atividade do trabalho” (LESSA, 2002, pág. 177).

A mediação entre trabalho e totalidade reside nas *práxis* ou complexos sociais. Estes são o conjunto de relações e atividades instituídas paralelamente à reprodução material, cujo resultado não recai sobre a esfera da produção, mas, sim, possuem uma importância cada vez maior e uma função igualmente decisiva, na esfera da reprodução social. Enquanto o trabalho é atividade criadora de valores-de-uso, os complexos sociais são atividades que proporcionam a garantia da realização contínua de processos de trabalho.

Para apresentar claramente a diferença entre o trabalho e os complexos sociais, Lukács distingue posições teleológicas primárias de posições teleológicas secundárias. O filósofo denomina o trabalho como posição teleológica primária – categoria restrita, unicamente, ao intercâmbio entre o homem e a natureza. Em contrapartida, as *práxis* ou complexos sociais consistem em posições teleológicas secundárias; estas não operam a transformação da natureza, e sim a do próprio homem, pois conformam comportamentos, mentalidades, linguagens etc., no bojo da reprodução social.

Podemos elencar diferentes tipos de *práxis*: a) O trabalho humano – enquanto atividade criadora em que o homem é produtor de valores-de-uso, para suprir suas próprias necessidades de sobrevivência; b) A criação artística – enquanto atividade em que o homem avança no atendimento de suas necessidades prático-utilitárias para atender às suas necessidades de expressão e objetivação, realizando a humanização da matéria em grau ainda mais elevado que no trabalho; c) A ciência experimental – ou demais atividades experimentais, visando a comprovação de hipóteses; d) A *práxis* revolucionária – forma mais elevada de *práxis* política, sendo o proletariado, organizado e consciente, o sujeito desta *práxis*. No marxismo, a categoria *práxis* se refere, sobretudo, ao conjunto de atividades humanas voltadas para a transformação social (LESSA, 2002).

Enquanto o ser social se encontrava em patamares primitivos de sociabilidade, os meios de produção, até então desenvolvidos, lhe propiciaram o suprimento de suas necessidades elementares. Entretanto, a instrumentalidade do trabalho na transformação da natureza e, conseqüentemente, do próprio homem, consiste no crescente afastamento das barreiras naturais e no acúmulo de conhecimentos e habilidades, contribuindo para a potencialização das forças produtivas, em cada período histórico. Por conseguinte, o gênero humano é encaminhado, por ele mesmo, a patamares cada vez mais complexos da reprodução material, produzindo bens e riquezas, trabalhando a terra, realizando descobertas, de modo que o fruto do trabalho, gradativamente, torna-se cada vez mais abastado. Então,

[...] pode-se dizer que o trabalho, em seu processo de realização, ou seja, como atividade concreta do processo de trabalho, é uma atividade consciente dos seres humanos de transformação da natureza, orientada para o fim de satisfazer a suas necessidades, sejam elas as necessidades de reprodução da vida material ou outras necessidades historicamente construídas, inclusive a de dar continuidade ao da vida social, a um determinado estágio de sociabilidade (SILVA, 2009, p. 43).

Nesse processo ontológico, a sociabilidade sofre uma ruptura, sob distintas gradações e determinações históricas, em cada período, entre os que detêm e os que não detêm os bens de produção e subsistência. A partir daí, emergem grupos diferenciados, na sociedade, em relação à posse de bens, ao exercício do poder etc. As relações sociais tornam-se cada vez mais complexas, perpassadas por feixes de tensões devido a interesses divergentes. Os conflitos decorrentes da desigual apropriação dos frutos da *práxis* produtiva

são o motor da história. Na esteira do materialismo histórico-dialético, podemos afirmar que o terreno onde se originam as contradições que, direta ou indiretamente, suscitam conflitos sociais é a reprodução material da vida, desencadeando as relações sociais, nesse sentido,

[...] Como uma ação transformadora da natureza, a produção ocorre em dadas condições históricas, sustentada por relações que os seres humanos desenvolvem entre si no curso de sua realização, o que a torna, ao mesmo tempo, uma produção social e histórica, que produz objetos materiais e relações sociais entre pessoas, grupos e classes sociais. Assim, a produção social é também produção de ideias e representações que expressam essas relações sociais. Como o processo de produção, em qualquer forma social, é contínuo e percorre periódica e ininterruptamente as mesmas fases, é também um processo de reprodução material dos seres humanos e da sociedade. Nessa condição, o trabalho é uma marca distintiva do ser humano e uma atividade central em sua vida e na história da humanidade, em qualquer forma social; é também determinante na estruturação das relações sociais (SILVA, 2009, p. 43-44).

A propriedade privada burguesa é o resultado da acumulação de dinheiro e bens pela burguesia, tornando-a classe poderosa, econômica e politicamente, no período histórico de transição ao capitalismo. Essa acumulação é de tal forma concentrada, que polariza a sociedade em duas classes fundamentais: a burguesia e o proletariado. O que torna a dominação burguesa peculiar é que ela se dá entre homens livres e iguais em termos jurídicos. E o que a torna tão cruel e dissimulada é que esta dominação é supostamente inexistente e é responsável pelo lucro da classe burguesa, pela reprodução do capital em larga escala e a concentração, cada vez mais acirrada, da riqueza coletivamente produzida.

Como vimos, na sociedade capitalista, desprovido dos meios de produção e na luta pela sua subsistência, o trabalhador assalariado se submete, não sem conflitos, aos baixos salários que a burguesia julga serem correspondentes ao preço da mercadoria “força de trabalho”, ao controle dos patrões e às condições de insalubridade e periculosidade do trabalho.

Apesar das distintas relações de trabalho instauradas no capitalismo, em contraste com as relações feudais de produção, a conquista da liberdade e da igualdade, em termos jurídicos, é suplantada pela lógica burguesa, reificadora das relações sociais. Configura-se uma sociedade que gira em torno do capital e lida com o mesmo como sendo este dotado de vida própria, e não como riqueza produzida através do trabalho humano. Os esforços empreendidos por Marx para apropriar-se dos conceitos da economia política pretendiam, exatamente, ir no sentido contrário, ou seja: realizar a sua crítica, revelando os mecanismos de exploração através dos quais o capital se reproduz, mecanismos, até então, encobertos pelas categorias econômicas dessa ciência. Enquanto a economia política partia do estudo das relações econômicas baseadas na troca, o ponto de partida da análise marxiana era as relações de produção, identificando, em primeiro lugar, as contradições de classe e demais limites, inerentes ao sistema capitalista.

O dinheiro e os meios de produção (objetos de trabalho, matéria-prima, meios de trabalho) não são, em si mesmos, capital. Só o são potencialmente, devido ao seu valor-de-uso estar diretamente ligado à possibilidade de gerar mais riqueza. Quando o capitalista adquire os meios de produção com o objetivo de utilizar suas potencialidades na produção de mais valores-de-uso, estes constituem o capital constante – parte do capital total que está investida nos meios de produção. A força de trabalho, que é o trabalho vivo, também é uma mercadoria adquirida pelo capitalista para ser empregada no processo de produção, é considerada capital variável – parte do capital total que está investida na compra da força de trabalho. O capital constante e o capital variável se opõem no processo enquanto condições objetivas e subjetivas.

A transformação de dinheiro em capital, segundo Marx (1978a), inicia-se na esfera da circulação de mercadorias, onde o capitalista adquire tanto os meios de produção quanto a força de trabalho que o trabalhador oferece no mercado, e conclui-se quando são ambos consumidos no/pelo processo de trabalho. Capital constante e capital variável somente podem ser úteis ao capitalista se interagirem nesse processo e resultarem em um novo valor-de-uso. A partir do momento em que os meios de vida se transformam em valores-de-troca e em que a própria força de trabalho se converte em mercadoria, as relações sociais de produção e troca se dão como relação entre coisas, alienando o valor-de-uso dos meios de vida e reprodução do ser social e alienando o próprio trabalho humano, como sendo uma dessas “coisas”.

A força de trabalho é uma mercadoria funcional, comprada pelo capitalista. Ele a obtém para uma jornada de trabalho diária – estabelecida em uma determinada quantidade de horas, conforme o contrato entre empregador e empregado – em troca de um salário. Em uma mesma jornada, o trabalhador realiza o trabalho necessário e o excedente. O primeiro corresponde ao valor dos meios de subsistência básicos, dos quais o trabalhador depende e pelo qual é pago pelo capitalista. O salário é, portanto, constituído de um valor que permite, minimamente, ao trabalhador obter sua sobrevivência. Até uma determinada hora, a força de trabalho em atividade gera um valor que equivale ao seu salário, mas não termina aí a sua jornada. O trabalho excedente é realizado para além do equivalente aos meios de subsistência do trabalhador, produzindo, para o capitalista, um valor excedente, sem que o trabalhador receba qualquer remuneração. Concluímos que a mais-valia é, portanto, a extração da força de trabalho sem a sua devida remuneração; ou seja, a exploração do trabalho pelo capital.

É na esfera da circulação – esfera da troca e comercialização das mercadorias – que a mais-valia gerada na produção torna-se concreta, dando ao capitalista um lucro de valor extraordinariamente maior do que no momento de seu investimento. Por isso, o produto do

processo de trabalho, no capitalismo, é mais que uma mercadoria, é mais-valia, é um produto que representa um valor-de-troca superior ao valor adiantado, seja no salário ou nos demais meios de produção.

O capitalista, proprietário dos meios de produção, senhor do processo de produção, será também o dono do resultado deste processo. Tanto as condições de trabalho quanto o seu produto são impostos como alheios e autônomos, perante o trabalhador. Enquanto o trabalho é, para o capitalista, sua “substância criadora e multiplicadora de riqueza” (MARX, 1978a), representa, para o trabalhador, um trabalho que oprime; trabalho alienado. Assume o caráter de trabalho forçado, no sentido de uma não-alternativa, pois é o único meio de tornar possível sua precária sobrevivência.

Uma vez que os que detêm os meios de produção material também monopolizam os meios de produção espiritual, difunde-se um conjunto de ideias e representações, que tendem a legitimar a ordem burguesa, de modo a expandir a racionalidade capitalista a todas as esferas da vida. A dominação das ideias e a expansão da lógica burguesa à totalidade social recaem diretamente sobre as demais *práxis* sociais, para além da produção, atribuindo-lhes funcionalidade para a ordem social. As *práxis* ou complexos sociais existem, e são necessários, em todas as formas de dominação. Porém, especialmente no capitalismo, são de extrema funcionalidade, pois a modernidade instaurada no evoluir da sociedade burguesa estabeleceu, como nunca antes na história, a liberdade e a igualdade jurídicas, após a multimilenar escravatura e a servidão da Idade Média. O trabalhador, no capitalismo, é um homem livre, mas que estará, agora, sob o jugo do trabalho alienado.

Após essas considerações sobre a categoria trabalho, suas características essenciais, sua centralidade ontológica para o ser social, sua especificidade, no capitalismo, e a relação com as demais *práxis* sociais, é mister compreender que as profundas transformações pelas quais o mundo do trabalho, e, por assim dizer, o mundo dos homens, vem passando, acabaram por engendrar novas tendências teóricas sobre a relação entre trabalho e reprodução social.

Lessa (2002) ressalta a importância de diferenciar a centralidade ontológica do trabalho de sua centralidade política e cotidiana; mais especificamente, centralidade política da classe trabalhadora e centralidade cotidiana do emprego, respectivamente. A discussão sobre a centralidade ontológica do trabalho não contempla, imediatamente, as questões da centralidade política da classe trabalhadora ou as da centralidade cotidiana do trabalho. O trabalho é centralidade ontológica, em qualquer formação social, mas o mesmo não se dá com a centralidade política da classe trabalhadora ou a centralidade cotidiana da ocupação trabalho. Estas se evidenciam ou não, na especificidade de determinada conjuntura

histórica. Mediações imanentes à própria totalidade social se interpõem entre as esferas produtivas, política (da luta de classes), das representações que se têm sobre o trabalho (cultura) etc.

Por isso, essa discussão requer a análise das transformações do mundo do trabalho e das mediações entranhadas na malha da totalidade social. Portanto, não se pode deduzir que a perda da centralidade cotidiana do emprego ou o refluxo dos movimentos de luta da classe trabalhadora retiram da categoria trabalho a sua centralidade ontológica. O desprezo de tais mediações leva a formulações teóricas equivocadas, fundamentadas no empiricismo do atual “mercado de trabalho”, cujo “resultado é, sempre, a afirmação de que o ‘paradigma marxista’ centrado no trabalho já não dá conta da ‘complexidade’ da esfera da produção contemporânea” (LESSA, 2002, pág. 30). E, o que é mais grave: nega-se a alienação do trabalho pelo capital, supondo que esta foi superada nas novas modalidades de emprego emergentes, no capitalismo contemporâneo.

Nas análises das orientações contemporâneas desse modo de produção, corroboramos com lamamoto (2008) ao apontar que o processo de mundialização financeira tem suas bases na fusão do capital industrial com o financeiro. Este último opera com o capital que rende juros, ancorado nas dívidas públicas e no mercado acionário das empresas, contribuindo para acirrar as formas de sociabilidade e o jogo das forças sociais. Nesse contexto, o universo do trabalho que gera riqueza para outros, experimenta a radicalização dos processos de exploração e expropriação, ou seja, tem-se o reino do capital fetiche na plenitude de seu desenvolvimento e alienação.

Esses novos determinantes históricos irão gerar metamorfoses na questão social que é inerente a sociabilidade capitalista, com o fomento de novas determinações e relações sociais historicamente produzidas, impondo o desafio de elucidar o seu significado social nos tempos de hoje.

lamamoto (2008) revela que a esfera financeira nada cria, conforme iniciamos nossas reflexões em linha atrás, por si mesma, ela é alimentada pela riqueza gerada do investimento capitalista produtivo e mobilização da força de trabalho. É elucidado que o fetichismo das finanças só é operante se existe produção de riquezas, ainda que as finanças minem seus alicerces ao absorverem parte substancial do valor produzido. Ressalta-se que essa dominação só é possível com intervenção política e apoio efetivo dos Estados Nacionais, principalmente pela presença de corporações transnacionais e organizações multilaterais, como o Fundo Monetário Internacional, Banco Mundial e a Organização internacional do Comércio.

O contexto de unificação dos mercados é perpassado pela tendência à homogeneização dos circuitos do capital, dos modos de dominação ideológica e dos objetos

de consumo. Homogeneização esta apoiada na mais completa heterogeneidade e desigualdade das economias nacionais. O capital internacionalizado produz a concentração da riqueza, em um polo social e, noutro, a polarização da pobreza e da miséria, potenciando exponencialmente a lei geral da acumulação capitalista, em que se sustenta a questão social.

A novidade nesse cenário de liberalização e desregulamentação do capital é que os bancos perdem o monopólio da criação de crédito, e os grandes fundos de investimentos passam a realizar operações de empréstimos às empresas, que eram clientes preferenciais do sistema bancário, com ele competindo na busca de juros elevados. Outro elemento que alimenta a mundialização é o crescimento da dívida pública, que se converte em fonte de poder dos fundos de investimentos, assoberbando o capital fictício. Neste sentido, corroboramos com Iamamoto (2008) ao revelar que o aumento da dívida pública combina com a desigual distribuição de renda e a menor tributação das altas rendas, por razões de ordem política, fazendo com que a maior carga tributária recaia sobre os trabalhadores.

A mundialização financeira sob suas distintas vias de efetivação unifica, dentro de um mesmo movimento, processos que vêm sendo tratados pelos intelectuais como se fossem isolados ou autônomos: a “reforma” do Estado, tida como específica da arena política; a reestruturação produtiva, referente às atividades econômicas empresariais e à esfera do trabalho; a questão social, reduzida aos chamados processos de exclusão e integração social, geralmente circunscritos a dilemas da eficácia da gestão social; à ideologia neoliberal e concepções pós-modernas, atinentes à esfera da cultura.

Num contexto de concentração e centralização dos grandes bancos internacionais, surge um mercado que passa a realizar empréstimos conjuntos aos países em desenvolvimento, esses credores impõem planos de escalonamento da dívida estatal e exigências de privatização e venda das empresas públicas, para converter títulos da dívida em títulos de propriedade entregue aos credores. Dessa forma, a primeira etapa da liberalização e desregulamentação dos mercados financeiros teve na dívida pública seu principal ingrediente.

Diante da situação exposta, o Estado é reduzido na satisfação das necessidades das grandes maiorias, visto que o fundo público é canalizado para alimentar o mercado financeiro. O que pode ser claramente percebido pela lógica dos programas de ajustamento estrutural, impondo a redução da massa salarial pública e da despesa pública, afetando os programas sociais, a eliminação de empresas públicas não rentáveis, exacerbando as desigualdades de rendimentos e o aumento da pobreza.

Nesse sentido, impuseram redução dos gastos sociais e implantaram uma política previdenciária e trabalhista regressiva, com nítido compromisso com os interesses do

grande capital. Dessa forma, a direção socioeconômica da atividade e da intervenção estatal, estabelece novas regras para governar a favor do grande capital financeiro.

Iamamoto (2008) avalia que os dois braços que apoiam as finanças – as dívidas públicas e o mercado acionário das empresas – só sobrevivem com decisão política dos Estados e o suporte das políticas fiscais e monetárias. Isso favorece a análise de que na raiz do atual perfil assumido pela questão social encontram-se políticas governamentais favorecedoras da esfera financeira e do grande capital produtivo.

O predomínio do capital fetiche conduz à banalização do humano, à descartabilidade e indiferença perante o outro, o que se encontra na raiz das novas configurações da questão social na era das finanças, permitindo uma compreensão de suas refrações para além das expressões de pobreza, miséria e “exclusão”. Netto (2001) acentua que se a lei geral da acumulação capitalista opera independentemente das fronteiras nacionais, seus resultantes societários trazem a marca da história que a concretiza. Nesse sentido, observamos a necessidade de considerar as particularidades histórico-culturais nacionais, na análise da questão social.

A atual inserção do Brasil na divisão internacional do trabalho, como um país de economia dita emergente em um mercado mundializado, carrega a história de sua formação social, imprimindo um caráter peculiar à organização da produção, às relações entre Estado e sociedade, atingindo a formação do universo político-cultural das classes, grupos e indivíduos sociais. Tem-se um cenário onde a modernidade das forças produtivas do trabalho social convive com padrões retrógrados nas relações no trabalho, radicalizando a questão social.

Para Iamamoto (2008) as soluções políticas para as grandes decisões que presidiram a condução da vida nacional têm sido orientadas por deliberações “de cima para baixo” e pela reiterada exclusão das classes subalternas, historicamente destituídas da cidadania social e política. Trata-se de uma espécie de transição qualificada como “democracia restrita” – restrita aos membros das classes dominantes que universalizam seus interesses de classe a toda a nação, pela mediação do Estado e de seus organismos privados de hegemonia.

No caso brasileiro, a expansão monopolista faz-se, mantendo, de um lado, a dominação imperialista e, de outro, a desigualdade interna do desenvolvimento da sociedade nacional. A debilidade histórica da democracia no Brasil, que se expressa no fortalecimento do Estado e na subalternidade da sociedade civil, é indissociável do perfil da revolução burguesa no país. A burguesia brasileira tem suas raízes profundamente imbricadas às bases do poder oligárquico e à sua renovação diante da expansão dos interesses comerciais, financeiros e industriais.

Com a República são estabelecidos os requisitos formais para a universalização dos direitos dos cidadãos. São eliminados, em tese, as fronteiras jurídico-políticas entre as classes e estratos sociais, com a abolição da escravatura, a generalização do trabalho livre e a instauração da propriedade privada da terra. Essas medidas permitem o estabelecimento dos pressupostos para a organização capitalista da produção e do mercado de trabalho.

As composições do bloco do poder, ao longo da história política republicana, contaram com alianças que, ao excluírem os trabalhadores rurais, tornaram possível a manutenção da velha oligarquia fundiária nas alianças do poder. O amadurecimento político dos trabalhadores rurais que se une à história do movimento operário urbano e do sindicalismo brasileiro, que remontam aos primórdios da industrialização. As desigualdades agravam-se e diversificam-se, expressas nas lutas pela terra, pela liberdade sindical e pelo direito de greve, nas reivindicações em torno dos direitos à saúde, à habitação, à educação, entre outros (IAMAMOTO, 2008).

Com a crise dos anos de 1970, as ideias neoliberais preconizam a desarticulação do poder dos sindicatos, com a condição de viabilizar o rebaixamento salarial, aumentar a competitividade dos trabalhadores e impor a política de ajuste monetário. Tudo isso acontece num cenário de aprofundamento das desigualdades sociais e ampliação do desemprego que atestam ser a proposta neoliberal vitoriosa.

Novas mediações históricas reconfiguram a questão social na cena brasileira contemporânea no contexto da mundialização do capital. Ampliam-se as desigualdades distribuídas territorialmente, as distâncias entre as rendas de trabalho e do capital e entre os rendimentos dos trabalhadores qualificados e não qualificados. Os investimentos especulativos são favorecidos em detrimento da produção, o que se encontra na raiz da redução dos níveis de emprego, do agravamento da questão social e da regressão das políticas públicas.

A investida a favor do crescimento econômico dos oligopólios e contra o desenvolvimento social atinge visceralmente a luta sindical em um quadro de recessão e desemprego. A exigência ao nível da produção é reduzir custos e ampliar as taxas de lucratividade que rebate diretamente na intensificação do trabalho e a ampliação dos postos de trabalho e a precarização das condições e dos direitos do trabalho.

Nesse quadro observamos um acirramento da relação Estado/sociedade sob orientação neoliberal, no qual o Estado é cada vez mais submetido aos interesses econômicos e políticos dominantes no cenário internacional e nacional, renunciando a dimensões importantes da soberania da nação, favor do grande capital financeiro em nome de honrar os compromissos morais do Estado com dívidas interna e externa.

As leis mercantis estimulam atitudes e condutas centradas no indivíduo isolado, em que cada um é livre para assumir riscos, opções e responsabilidades por seus atos em uma sociedade de desiguais. Nesse cenário a questão social metamorfoseia-se assumindo novas roupagens. A mundialização do capital também produz a questão social no espaço mundial e não apenas nos países pobres que lideram o ranking mundial das desigualdades e disparidades econômicas, políticas, religiosas, étnico-raciais, de gênero, entre suas outras múltiplas dimensões.

Identificam-se semelhanças e diferenças na implementação das chamadas políticas de ajuste estrutural. O tipo de trajetória histórica percorrida pelos países latino-americanos e o interesse dos países mais poderosos pela abertura comercial redundaram em condições e temporalidades distintas para a implantação das políticas de ajuste: a experiência pioneira do Chile na década de 1970 e do Brasil nos anos de 1990.

Os programas de ajuste não reduziram as desigualdades. As mais importantes expressões da questão social são: o retrocesso no emprego, a distribuição regressiva de renda e a ampliação da pobreza, acentuando as desigualdades nos estratos socioeconômicos, tanto nos aspectos concernentes ao gênero como aqueles relacionados a localização geográfica, tanto urbana e rural, além de queda nos níveis educacionais dos jovens. A regressão social na América Latina entre as décadas de 1980 e 1990 expressou-se na transferência de mão-de-obra dos setores de maior produtividade para os de rendas mais baixas e acentuou a heterogeneidade produtiva e a desigualdade na distribuição de renda.

Esse quadro de radicalização da questão social está numa arena conflituosa na qual se ampliam as necessidades não atendidas da maioria da população, pressionando as instituições públicas por uma demanda crescente por serviços sociais, um cenário que se choca com a restrição de recursos para as políticas sociais. A orientação neoliberal é cobrar os serviços sociais, transformando-os em mercadorias, cuja precondition foi a desqualificação e desfinanciamento das instituições públicas em nome da “crise fiscal do Estado”.

A crítica neoliberal sustenta que os serviços públicos, organizados à base de princípios de universalidade e gratuidade, superdimensionam o gasto estatal, assim como a folha salarial dos servidores públicos. E o assistente social, que é chamado a implementar e viabilizar direitos sociais e os meios de exercê-los, vê-se tolhido em suas ações, que dependem de recursos, condições e meios de trabalho cada vez mais escassos para operar as políticas sociais.

As múltiplas manifestações da questão social, sob a órbita do capital, passam a ser alvos de ações filantrópicas e de benemerência e de programas focalizados de combate à

pobreza, que acompanham a mais ampla privatização da política social pública, cuja implementação passa a ser delegada a organismos privados da sociedade civil, o chamado terceiro setor.

Na sociedade burguesa a gênese da questão social deriva do caráter coletivo da produção contraposto à apropriação privada da própria atividade humana, das condições necessárias à sua realização, assim como a de seus frutos. Dessa forma, a questão social condensa o conjunto das desigualdades e lutas sociais, produzidas e reproduzidas no movimento contraditório das relações sociais, alcançando plenitude de suas expressões e matizes em tempo de capital fetiche.

Na cena contemporânea reduz-se o tempo de trabalho socialmente necessário à produção das mercadorias, ou seja, o seu valor, ampliando simultaneamente o tempo de trabalho excedente ou mais valia. Com o processo de acumulação, obra da própria população trabalhadora, esta produz, em volume crescente, os meios de seu excesso relativo. O trabalho excedente dos segmentos ocupados condena, à ociosidade socialmente forçada, amplos contingentes de trabalhadores aptos ao trabalho e impedidos de trabalhar, maiores que aqueles de trabalhadores incapacitados para a atividade produtiva (IAMAMOTO, 2008).

A lei da acumulação capitalista se expressa, na órbita capitalista, às avessas: no fato de que parcela da população trabalhadora sempre cresce mais rapidamente do que a necessidade de seu emprego para os fins de valorização do capital. Gera, assim, uma acumulação da miséria relativa à acumulação do capital, encontrando-se aí a raiz da produção/reprodução da questão social na sociedade capitalista.

Cabe lembrar que foram as lutas sociais que romperam o domínio privado nas relações entre capital e trabalho, extrapolando a questão social para a esfera pública. Os conflitos sociais passam a exigir a interferência do Estado no reconhecimento e legalização de direitos e deveres dos sujeitos sociais envolvidos, consubstanciados nas políticas e serviços sociais (IAMAMOTO, 2008).

A questão social produzida e reproduzida de forma ampliada tem sido lida, na perspectiva sociológica, enquanto disfunção ou ameaça à ordem e a coesão social, na tradição de Durkheim, típica da escola francesa. É, ainda, apresentada como uma nova questão social, resultante da inadaptação dos antigos métodos de gestão do social, produto da crise do Estado Providência e da crise da relação salarial (IAMAMOTO, 2008).

Entendemos que as expressões questão social, historicamente, foram tratadas sob o ângulo do poder, vista como ameaça que a luta de classes representava à ordem instituída. Os processos sociais que ela traduz encontram-se no centro de análise de Marx sobre as classes sociais e suas lutas na sociedade capitalista.

Iamamoto (2008) chama atenção para uma dupla armadilha que pode envolver a análise da questão social quando suas múltiplas e diferenciadas expressões são desvinculadas de sua gênese comum. Num primeiro momento corre-se o risco de cair numa fragmentação das inúmeras “questões sociais”, atribuindo aos indivíduos e suas famílias a responsabilidade pelas dificuldades vividas, perdendo-se a dimensão coletiva e o recorte de classe da questão social. O segundo ponto é um discurso genérico que redundando numa visão unívoca e indiferenciada da questão social, uma vez que esta é esvaziada de suas particularidades históricas, perdendo o movimento e a riqueza da vida.

Na perspectiva assumida pela referida autora, a questão social não se identifica com noção de exclusão social. Corroboramos com as análises de Iamamoto (2008) com relação ao pensamento de Robert Castel, quando este se refere às armadilhas da exclusão, ao denunciar sua inconsistência teórica: uma palavra valise utilizada para definir todas as misérias do mundo. Outro autor que questiona o rigor analítico e a novidade de “exclusão” e denuncia sua fetichização é Martins (1977), ele defende não existir sociologicamente exclusão, pois os dilemas são os da inclusão precária, instável e marginal.

Assim, as formas de enfrentamento da questão social apontam que sua unificação está relacionada à contradição entre o trabalho social e a apropriação privada do trabalho, de suas condições e seus resultantes, traduzida na valorização crescente do capital e no crescimento da miséria relativa do trabalhador (IAMAMOTO, 2008). Esse núcleo analítico foi mantido, sendo aprofundado por Netto (1992) numa análise da questão social nas particularidades da expansão monopolista no Brasil, na qual o autor sustenta que as conexões genéticas do Serviço Social se dão com as peculiaridades da questão social na sociedade burguesa madura, fundada na ordem monopólica que atinge sua maturidade, no cenário brasileiro, após 1964.

Para Netto (2001) a questão social internaliza-se na ordem econômica, tornando-se alvo das políticas sociais, suportes da ordem sociopolítica e da imagem social do Estado como mediador dos conflitos, para o referido autor a ordem monopólica incorpora e nega o ideário liberal, uma vez que o Estado administra as refrações da questão social e reforça uma aparência de natureza privada de suas manifestações individuais.

A dinamicidade dos processos históricos rebate na questão social e nas novas relações entre o Estado e a sociedade, segundo princípios neoliberais e sob a hegemonia da financeirização da vida social. Nesse quadro recessivo da economia internacional, a questão social passa a ser redescoberta pelos cientistas sociais, em especial pela Escola Francesa fundada pelo pensamento de Durkheim. Salienta-se que Castel, um dos expoente da literatura francesa, revela sua preocupação central situada na reconstrução da memória

para entender o contemporâneo, identificando similitudes e diferenças entre as antigas situações de vulnerabilidade das massas e a instabilidade do presente (IAMAMOTO, 2008).

Nesse sentido, entendemos a necessidade da tarefa crítica dada à vasta incorporação do referido em elaborações do serviço social brasileiro. O primeiro aspecto é a base histórica de sua produção referente ao contexto europeu, considerando que no Brasil foram trilhadas outras rotas na constituição e expansão do trabalho assalariado protegido. Outro ponto que merece destaque é o peculiar desenvolvimento do Estado que gerou um sistema de seguridade seletivo e com tardia generalização de sua abrangência.

No debate francês sobre a “nova questão social” Pierre Rosanvallon encontra-se em tênue fronteira da concepção conservadora, embora sua obra seja referida como expressão do pensamento social democrata. O autor defende a ideia de “nova questão social” que se traduz pela inadaptação dos antigos métodos de gestão social atestada pela crise do Estado-Providência (IAMAMOTO, 2008).

No debate contemporâneo do cenário brasileiro sobre a questão social, entendemos que o Estado deve ter a primazia na condução das políticas sociais com valorização dos espaços públicos, fato que deve ser associado à politização da participação popular, considerando a gestão estatal como arena de interesses que devem ser reconhecidos e negociados. E é nesse sentido que adentraremos o nosso próximo tópico, donde problematizaremos as políticas sociais, com ênfase nas políticas de seguridade social, mais especificamente na assistência social, situando nesta o Benefício de Prestação Continuada como resposta do Estado a uma das expressões da questão social.

2.2 Política social, seguridade social, assistência social e o benefício de prestação continuada

Em face dos debates em torno das políticas sociais, adensaremos nossas análises acerca da chamada tendência “neodesenvolvimentista” em curso no Brasil e na América Latina, respeitadas as particularidades históricas de cada país.

Ao partirmos desta perspectiva, indagamos, ainda: como as novas ideologias e concepções penetram o cenário das políticas sociais brasileiras para transfigurar e/ou tornar o combate à pobreza como equivalente ao enfrentamento da desigualdade social via políticas sociais e a sua repercussão no mercado de trabalho do/a assistente social? Ou, ainda, como tais concepções autonomizam a pobreza das determinações estruturais da questão social e a relação com os desafios para o serviço social?

Ora, na avaliação de Mota (2012), a base que sustenta essas concepções e deslocamentos de significado da questão social, regida pelo lema do “enfrentamento” à pobreza, ocorre mediante a veiculação de compreensões difusas da crise do capital. Para a

autora, no tempo presente, revela-se a crise mais aguda promovida pelo sistema capitalista; crise que expõe as contradições desta forma de acumulação expressa em diferentes setores e segmentos da sociedade, dentre os quais destacamos o financeiro, ambiental, urbano e do emprego.

Evidentemente, esta crise, embora a mídia assim o faça, não deve ser socializada ou mesmo concebida pela via da agonia do mercado, lógica do risco país, instabilidade da bolsa de valores ou do dólar. Isto porque a crise informada por estes meios cumpre a função de desistoricizar e, portanto, nublar a relação dela com o desenvolvimento capitalista; ou seja, a crise socializada como passageira ou como desequilíbrios econômicos passíveis de ajustes não só convoca nossa atenção para um entendimento devocional ao mercado, mas cumpre sua função primordial, qual seja: observar que estamos diante de uma crise estrutural do capital.

Ao tratar desse contexto, porém, Mota (2012) adianta que, mesmo diante do seu aprofundamento histórico, ela não pode ser confundida com o anúncio de fim do capitalismo, ou ainda, que adentramos num suposto pós-neoliberalismo ou que estamos trilhando um reformismo em “doses homeopáticas” defendido nas análises de Singer (2012).

Corroboramos com as reflexões de Behring (2013) ao apontar a ausência de mediações, nos tempos de hoje, quando do fortalecimento de uma arena pública, aparentemente, propícia ao projeto “neodesenvolvimentista” que não herda tendências do período desenvolvimentista brasileiro, ainda que com as devidas ponderações, supostamente, estabelecidas com o prefixo *neo*. Compreendemos que ambos são momentos do Estado capitalista, nesse sentido nossas avaliações apontam não para sermos favoráveis a esse ou aquele projeto em curso, até porque defendemos outra proposta de ordem societal, mas no sentido de não aprisionarmos o movimento da história e suas particularidades em redomas.

O nacional-desenvolvimentismo foi uma das ideologias mais incidentes no Brasil e, dessa forma, acreditamos que seu resgate é importante para porvindoura “comparação” com a proposta “neodesenvolvimentista”, a fim de elucidarmos as tendências específicas que cimentam as discussões ideológicas no tempo presente. Fundamentamos, com isso, a necessidade de algumas considerações sobre os processos históricos no Brasil que revelam as severas transformações vivenciadas a partir de 1930, envolvendo desde os aspectos econômico, político, social, espalhando-se no campo cultural. Com efeito, conforme esclarece Castelo (2012), é vivenciada a primeira experiência desenvolvimentista com Getúlio Vargas ocupando a Presidência.

Compreendemos que a efetivação dessas modificações ocorre num movimento deveras descompassado, caracterizado por rompimentos, mas com manutenção de traços

conservadores, mais especificamente em virtude da formatação de um novo bloco de poder entre Estado e a burguesia nacional emergente, mantendo a classe dos latifundiários; tudo isso ocorrendo num contexto orquestrado com maestria pelo viés modernizante do capital internacionalizado.

Ante tal realidade, num intenso aparelhamento, a política social brasileira, nos anos de 1930, tem seus fundamentos agregados, em alicerces formais, a direitos sociais reivindicados por trabalhadores organizados. A política social, entretanto, foi

[...] ironicamente submetida a práticas populistas nacional-desenvolvimentistas do governo ditatorial de Vargas. Digo ironicamente porque, enquanto nos países capitalistas centrais as políticas sociais conquistadas pela classe trabalhadora floresceram sob a égide das chamadas democracias burguesas, no Brasil tais políticas floresceram e se adensaram nas ditaduras, sob as bênçãos da burguesia (PEREIRA, 2012, p. 732-733).

O desenvolvimentismo alcança seu apogeu nos anos de 1950-60. Tem-se um período caracterizado pela implementação do capital financeiro no Brasil. Empresas multinacionais fazem grandes investimentos num intenso processo de industrialização, germinado no governo Vargas, consolidado, porém, na gestão de Juscelino Kubitschek, que projetou fazer o país avançar cinquenta anos em apenas cinco no tocante ao arsenal industrial. Com relação à política social, esta apenas subsidiou o projeto de expansão nacional, como pode ser compreendido quando analisado o direcionamento da educação no plano de governo de JK, o qual primou pelo atendimento à demanda por qualificação da mão de obra devido “necessidade” das empresas internacionais.

Nesse ínterim, o Estado assume centralidade na conjuração e prática de estratégias de superação do “subdesenvolvimento”, atuando num contexto de profunda contradição e conflito, haja vista a equação inconciliável dos interesses da classe trabalhadora e da burguesia industrial. Conforme Castelo (2012, p. 622) explica, as melhorias, nesse processo, “[...] tocariam em elementos estruturais do subdesenvolvimento, tendo como base social organizações da classe trabalhadora coligadas com setores progressistas da intelectualidade e com uma burguesia nacional”. Cabe ressaltar que tudo se efetivaria com o apoio e interferência do Estado, mas, sem sucesso, considerando o golpe de 1964.

A recessão carreada pela ditadura civil-militar ocorrida no país perdurou duas (longas) décadas. Essa realidade trouxe outras configurações para a política social, com o objetivo de validar o sistema autoritário vigente, assumindo um caráter fragmentário, setorial e emergencial. A ideia era apoiar esse governo que buscava bases sociais para permanecer no poder, corroborando a ideologia de que o desenvolvimento social estaria atrelado ao crescimento econômico. Tal período ditatorial coincide com a abertura de um longo movimento de recessão do capitalismo internacional, com incidência estrutural e com rebatimentos ainda nos tempos de hoje, sendo um processo diretamente relacionado à ausência de equilíbrio entre acumulação e consumo.

Nos anos de 1980, paralelamente ao contexto da recessão econômica e do parco desenvolvimento da política social brasileira, é encerrado o período de ditadura militar, vindo à tona, então, um movimento de redemocratização, fortemente encampado pelos movimentos sociais e segmentos de classe. Com isso, abrem-se possibilidades sociopolíticas para a institucionalização dos interesses da classe trabalhadora.

A luta social característica deste período teve como consequência o atendimento de parte das reivindicações históricas da sociedade. Em 1988, é promulgada a Constituição da República, também conhecida como Cidadã. Os avanços formais na arena social emergem no momento em que as orientações neoliberais penetravam o país e os destituíam por princípio, como ocorreu com a seguridade social alvo de processos de precarização e negação dos seus dispositivos legais a favor da iniciativa privada, debate que desenvolveremos mais à frente.

Nos anos de 1990, as orientações da agenda neoliberal ganham mais espaço, com impactos deletérios e explosivos. Castelo (2012, p. 623) aponta a irrelevante expansão macroeconômica marcada por “[...] baixas taxas de crescimento, desequilíbrios nos balanços dos pagamentos (com graves crises cambiais), déficits públicos crescentes e aumento das dívidas públicas internas”. Paralelo a isso, ocorre o predomínio do capital especulativo sobre o investimento produtivo. Presenciamos também intenso processo de privatização e precarização da coisa pública. Sobre esse quadro, constata-se o crescimento da pobreza e do desemprego, concomitante à enorme concentração de renda.

O breve resgate histórico realizado até aqui buscou reunir elementos, não no sentido de esgotar, mas contribuir com as reflexões que cimentam as tendências desenvolvimentistas, para, com isso, possibilitar a compreensão das conformações que a ideologia “neodesenvolvimentista” tensiona no campo da política social, fenômeno evidenciado desde o governo Lula. Nesse sentido, Behring (2013, p. 02) avalia que “a economia política singular da era Lula e que tem continuidade com Dilma, tem impactos materiais intensos sobre a vida dos que estavam em condição de pobreza extrema ou absoluta, mesmo que não pela via dos direitos universais”. Entretanto, é nesse âmbito de colapso que, em matéria de política social, há um processo de migração massiva da satisfação das necessidades humanas para as demandas do capital, o que é funcional para a manutenção da sua versão financeira/especulativa/rentista, em outros termos um nítido favorecimento aos ricos.

Paralelo a esse processo, reúne força um movimento que, nas palavras de Pereira (2012, p. 738), apresenta

[...] a ética da autoproteção social que está se fortalecendo e se impondo como a ortodoxia do momento mundo afora, incluindo o Brasil, funciona apenas para os pobres e, por isso, produz as seguintes consequências: focaliza a política social na pobreza extrema e transforma essa política em instrumento de ativação dos

indigentes para o trabalho, geralmente precário, por meio de condicionalidades ou contrapartidas que, na maioria das vezes, revelam-se autoritárias e punitivas. Em verdade, o predomínio contemporâneo da ética da autorresponsabilização no contexto mundial da política social mostra que está havendo um contínuo e crescente esvaziamento do padrão capitalista de Estado social de direito em favor do padrão capitalista de Estado neoliberal meritocrático, laborista, ou do que a literatura especializada vem chamando de transição do *Welfare State* para o *Workfare State*.

Então, tendo como exemplo o caso particular da seguridade social brasileira, é possível compreender os seus avanços e desafios quando da inserção no corpo constitucional, não em um direcionamento que culminasse na derrocada do capitalismo com abertura para o socialismo, mas como parte de um projeto civilizatório burguês. Observa-se, então, um intenso desmonte dos direitos tardiamente conquistados e promulgados na Constituição Cidadã.

A CF/1988 descreve a seguridade social brasileira como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Público e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988). A redação do *caput* do artigo 195 aponta que seu financiamento será efetuado “por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios”, bem como das contribuições sociais com previsão legal na Emenda Constitucional número 20 de 1998.

Cada uma das políticas que compõem o tripé da seguridade atende a uma determinada demanda. No corpo da CF/1988, mais especificamente no artigo 196, a saúde é definida como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos”; a previdência social, descrita no artigo 201, “será organizada sob a forma de regime geral, de caráter contributivo e de filiação obrigatória, observados critérios que preservem o equilíbrio financeiro e atuarial”; e a política pública de assistência social “será prestada a quem dela necessitar, independente de contribuição à seguridade social”, conforme define o artigo 203 da CF/1988.

As políticas de proteção social, nas quais podemos incluir a saúde, a previdência e a assistência social são produtos históricos das lutas do trabalho, na medida em que respondem pelo atendimento de necessidades inspiradas em princípios e valores socializados pelos/as trabalhadores/as e reconhecidos pelo Estado e pelo patronato. Mota (2006) aponta que, independente dos seus objetos específicos de intervenção (saúde, previdência e assistência social), o escopo da seguridade depende tanto do nível de socialização da política conquistada pelas classes trabalhadoras, como das estratégias do capital na incorporação das necessidades do trabalho.

Devemos rememorar que se trata de uma contradição inerente a sociedade capitalista, cujas mediações econômicas e políticas imprimem um movimento dinâmico e

dialético. A seguridade social é por definição esfera de disputas e negociações na ordem burguesa. Erigida no campo da luta dos/as trabalhadores/as, ela é sempre e continuamente objeto de investidas do capital no sentido de “adequá-la” aos seus interesses, conforme esclarece Mota (2011, p. 163) ao apontar que

O principal instrumento desse processo é a tentativa de obtenção do consentimento das classes trabalhadoras em torno da idéia de que a crise econômica afeta toda a sociedade e que, por isso, necessita da colaboração de todos. No caso da seguridade, essa iniciativa adquire materialidade sob a argumentação de que é “necessário mudar o sistema de seguridade existente, para adequá-lo às reformas macroeconômicas”. No entanto, o que está subjacente a esse propósito é a supressão dos direitos sociais dos trabalhadores, consagrados na Constituição de 1988.

A materialização de alguns direitos, ainda que incipientes, ocorre devido a dilemas imbricados no trabalho assalariado, as políticas de seguridade passam por um processo de expansão a partir do segundo pós-guerra, como meio de prover a proteção social a todos os/as trabalhadores/as, inscrevendo-se na pauta dos direitos sociais. Em termos gerais, os sistemas de proteção social são implementados através de ações assistenciais para aqueles/as impossibilitados/as de prover o seu sustento por meio de atividades laborativas, bem como as “incertezas” na arena trabalhista, seja por velhice, morte, suspensão definitiva ou temporária do trabalho. Nesse sentido,

[...] as inseguranças intrínsecas a esta nova forma de trabalho – o trabalho assalariado – assumem características diferentes em relação a outras formas de trabalho conhecidas pelos trabalhadores, antes da industrialização. Tais diferenças manifestam-se, sobretudo, pelo desemprego ou perda do salário por qualquer razão, deixando o trabalhador assalariado e a sua família expostos a diversas dificuldades, sem ter como superá-las, pela inexistência de rendimentos. Essa situação nova e complexa para os trabalhadores e suas famílias e as inseguranças e tensões políticas dela decorrentes explicam, parcialmente, o surgimento dos sistemas de proteção social, como um dos mecanismos capazes de restabelecer a renda perdida pelos trabalhadores em face do desemprego e/ou da incapacidade temporária ou permanente para o trabalho (SILVA, 2012, p. 68-69).

Constatamos que o labor, bem como suas condições na sociabilidade capitalista e relações de assalariamento/alienação, assume centralidade na constituição dos sistemas de seguridade social. Por isso mesmo, as políticas de proteção social são referenciadas por princípios e valores da sociedade caracterizada pelo salário, particularmente aquela desenhada pelo capitalismo desenvolvido e pelo trabalho organizado politicamente, no período que vai de meados da década de 1940 até final de 1970. Nesse contexto que o mundo capitalista inflexiona seu padrão de acumulação dominante, para enfrentar uma crise de dimensões globais. Essa inflexão responde a necessidade de recomposição do processo de acumulação – seja na esfera da economia, seja na da política – incidindo diretamente na reestruturação dos capitais, na organização dos processos de trabalho, na organização dos trabalhadores e no redirecionamento da intervenção estatal que, sob o avanço do capital financeiro e das ideias neoliberais, constrói novas estratégias de relacionamento entre o Estado, a sociedade e o mercado. Assim,

As justificativas dos governos naquele contexto de crise e de pressão dos movimentos organizados dos trabalhadores (principalmente pelos sindicatos e partidos de esquerda) para a redução dos gastos públicos eram contrárias aos argumentos keynesianos de anos anteriores. A redução dos gastos em serviços de proteção social do Estado ajudaria a enfrentar o desemprego e o déficit da balança comercial, redirecionando recursos para o setor privado assegurar maior oferta de vagas de emprego e gerar mais exportações. Tais argumentos não eram mais do que frágeis justificativas para orientar o fundo público, de maneira a atender aos objetivos e às necessidades do capital, no contexto de crise na década de 1970 (SILVA, 2012, p. 109).

Nesse cenário, foi necessário redefinir a seguridade social para adequá-la às novas necessidades do grande capital. Razão maior da definição de um conjunto de prescrições – nomeados de ajustes e reformas – particularmente nos países periféricos, como é o caso dos Latino-americanos, ainda que não sejam particulares destes, cujos principais formuladores são os organismos financeiros internacionais. Essas injunções na política social têm relação direta com os empréstimos externos, contratados para implementar pacotes que em sua grande maioria já estão prontos e com as condicionalidades definidas. Aqui os destaques são para as parcerias comunitárias e/ou com ONGs. Donde emerge a necessidade de focalizar a ampliação dos recursos nos/as mais pobres, os subsídios à demanda sem ampliação dos serviços públicos, o trabalho com a própria comunidade e a meta de dotar as iniciativas de autosustentabilidade.

No entanto, tais mudanças e redirecionamentos deveriam ser conduzidos de modo a formar outra cultura de proteção social, o que sugere o desenvolvimento de estratégias constitutivas da hegemonia da classe dominante que, para exercer o seu papel de dirigente, segundo o pensamento gramsciano, precisa realizar uma verdadeira reforma social e moral que transforme o seu projeto de classe num projeto de todas as classes. Para isso, recorrem tanto à negação das possibilidades de construir uma alternativa ao projeto societário capitalista, um projeto “para além do capital”, subtraindo referências teóricas e históricas, como à implementação de mecanismos que cuidem de construir práticas, visões de mundo e valores necessários à conformação de outra cultura, formadora da sociabilidade requerida pelo capitalismo no século XXI, isso

[...] implicou um novo modo de organizar a produção, com base em novos métodos e processos de trabalho, baseados em tecnologias avançadas; em novos padrões de gestão e envolvimento da mão de obra; em relações de trabalho, baseadas na desregulamentação dos direitos. Repercutiu na obsolescência de atividades e qualificações; na exigência de um perfil de trabalhador capaz de usar de forma intensa a sua capacidade intelectual em favor do capital; na redução da criação e oferta de novos postos de trabalho; na crescente cooptação do movimento sindical, pelas formas denominadas sindicalismo de participação; na redução de laços de solidariedade no âmbito do trabalho; e numa maior heterogeneidade da classe trabalhadora. Entre as consequências, a expansão do desemprego prolongado e do trabalho precarizado, e o aumento do exército industrial de reserva destacam-se como relevantes no aprofundamento da exploração e das desigualdades sociais tanto nos países centrais como nos periféricos (SILVA, 2012, p. 112).

Observamos a premissa de destruir a sociabilidade do trabalho protegido e de construir outra, amparada na negação da intervenção social do Estado e na afirmação da

regulação do mercado, nas iniciativas individuais e no envolvimento da sociedade civil que, ao se assumirem como corresponsáveis pelas políticas sociais, institucionalizam o terceiro setor. No Brasil, a despeito das iniciativas realizadas nos anos de 1940, é somente a partir dos anos de 1980 que a sociedade brasileira ensaia a institucionalização e constitucionalização dos primeiros passos em prol do exercício da cidadania, de formas de democracia, da constitucionalização de novos direitos sociais, trabalhistas e político.

Embora as configurações da seguridade brasileira a partir da CF/1988 tenham a orientação e o conteúdo daquelas que conformam o estado de bem-estar nos países desenvolvidos, as características excludentes do mercado de trabalho, o grau de pauperização da população, o nível de concentração de renda e as fragilidades dos processos de publicização do Estado permitem afirmar que no Brasil a adoção da concepção de seguridade social não se traduziu objetivamente numa universalização do acesso aos benefícios sociais. Mesmo assim, tais fragilidades não foram o suficiente para negar que os trabalhadores brasileiros, a partir dos anos de 1980, adquiriram novos direitos, ampliaram o acesso a serviços públicos não mercantis, usufruíram o alargamento da oferta de benefícios, como os da assistência social e o da saúde, dentre outros.

Esse movimento, contudo, esbarra nos limites da democracia formal, na medida em que o processo de socialização da esfera política não teve equivalente na arena da economia, isto é, do poder econômico constituído ao longo do regime militar. Ora, esse processo que possui apenas duas décadas, passa a ser negado a partir de meados dos anos 1990 em favor das prescrições neoliberais e de um conjunto de mudanças macroestruturais. Momento em que as classes dominantes precisaram exercitar sua condição de dirigente, cerceando os projetos sociais dos/as trabalhadores/as, não somente através da força e coerção, mas confundindo seus referenciais na proporção em que dotam de novos conteúdos as bandeiras políticas históricas dos/as trabalhadores/as brasileiros/as. Nas análises de Silva (2012, p. 122),

[...] O Brasil realizou seu ajuste estrutural a partir de meados da última década do século XX, seguindo o mesmo padrão dos países periféricos, mas condicionado a correlação de forças políticas e às matizes de sua formação social e econômica. A financeirização do capital, a reestruturação produtiva e a reorientação das funções do Estado ocorreram interligadas e impuseram mudanças multidimensionais ao mundo do trabalho e à macroeconomia, que repercutiram no aprofundamento das desigualdades sociais, na elevação da concentração de renda, em desemprego elevado prolongado, precarização do trabalho e queda da renda média real dos trabalhadores. Ademais, essas mudanças tiveram impacto no sistema de proteção social, que começava a se estruturar, após a aprovação da seguridade social em 1988.

Esse contexto é tensionado pela noção de cidadania, que nos termos de Mota (2011) instituí a figura do cidadão/ã consumidor/a; o mesmo acontece com a banalização da solidariedade ou, ainda, com formas mistificadas de equidade. O que chama a atenção é a

capacidade de operar um verdadeiro transformismo⁷ nos conteúdos das bandeiras da esquerda – de que foi emblemático o governo Lula – como é o caso da prioridade do social, da solidariedade, da prática associativa, etc. Estavam, assim, criados os argumentos para, no referido governo, dar início a uma nova ofensiva que, ao tempo que faz a reforma da previdência social também desenvolve iniciativas com o objetivo de reorganizar a política de assistência social e imprimir uma racionalidade que expande como nunca visto antes, o sistema de saúde complementar, em outros termos a rede privada.

Podemos dizer que uma das estratégias presentes na “nova” gestão estatal da força de trabalho é incorporar processo de precarização como inevitável, a mercantilização como fato inexorável e a subordinação do público ao privado como iniciativas complementares e parte constitutiva das novas experiências de gestão. No campo da assistência social, por exemplo, desperta nossa atenção a existência de uma hipótese explicativa da sua expansão: é a de que o trabalho teria perdido sua capacidade de integrar os indivíduos à sociedade, razão pela qual os programas de assistência social, particularmente os programas sociais de renda mínima poderiam fazê-lo em contrapartida à desregulamentação da proteção social e do trabalho. Assim,

[...] Essa situação do trabalho e dos trabalhadores “protegidos” e não “protegidos” contribuiu para reforçar o processo de descaracterização da seguridade social, tal como concebida pela Constituição Federal de 1988, inclusive pela maior centralidade da assistência social, no âmbito da seguridade social, o que os autores como Mota (2008) vêm chamando de “assistencialização” da assistência social, dada uma maior destinação de investimentos em programas assistencialistas a exemplo do Programa Bolsa-Família [...] (SILVA, 2012, p. 289-290).

Por outro lado, podemos ver que os discursos que justificam os ajustes e reformas no campo da seguridade, invariavelmente passam pela questão do financiamento, pela ampliação da participação da sociedade civil (seja através do trabalho voluntário, seja via ONG's ou empresas socialmente responsáveis). Fato é que a previdência e a assistência sociais passaram a constituir uma unidade contraditória (a negação de um sistema único de previdência social pública é, ao mesmo tempo, a base para afirmação de um sistema único de assistência social) no processo de constituição da seguridade social brasileira. Nessa trilha, os fundos de aposentadorias e pensões e os programas de assistência são exemplares para evidenciar as tendências da seguridade social brasileira ao estabelecer uma ponte entre capitalização e solidarismo, ao tempo que promovem um esgarçamento nos laços de solidariedade social naturalizam a fragmentação dos trabalhadores, transformando-os, nos termos de Mota (2011), ora em “cidadãos-consumidores” de serviços mercantis, ora em “cidadãos pobres” merecedores de assistência social.

⁷ Nos termos de Gramsci, é um processo que se configura pela cooptação de potenciais dirigentes das classes subalternas por parte das elites dominantes, ou seja, captura-se os elementos mais capazes de organizar e dirigir um movimento social e político organizado.

Aliás, uma das particularidades que marcaram a expansão da seguridade social brasileira nos pós-1964, fez-se mediante a fragmentação dos meios de consumo coletivo, franqueando ao capital privado a prestação de serviços considerados rentáveis, como foi o caso da saúde e da previdência via mercado de seguros. A estes é incorporado o instituto da renúncia fiscal que, sob o argumento da colaboração empresarial, estimulou as empresas a ofertarem serviços sociais próprios aos seus empregados. Ao incluir no sistema segmentos não assalariados ou em situações de pobreza, afastavam os setores médios assalariados, transformando-os em consumidores de serviços privados complementares de saúde e previdência social. Mota (2006) aponta que esse processo foi um dos determinantes das tendências atuais da seguridade social, criando condições objetivas e subjetivas para uma fragmentação das necessidades e dos interesses imediatos dos trabalhadores no que diz respeito aos mecanismos de proteção social. Estava criada desde então uma clivagem no atendimento das necessidades coletivas dos trabalhadores.

É imprescindível destacar os rumos assumidos pela seguridade social brasileira durante a ditadura militar, ao rememorarmos que

[...] em 1º de maio de 1969 foi instituído o Plano Básico da Previdência Social, que alcançou os trabalhadores rurais pelo Decreto-lei n. 704, de 14 de julho de 1969. Em 1971, a Lei Complementar n. 11 instituiu o Programa de Assistência ao Trabalhador Rural (Pró-rural), que passou a ser gerido pelo Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (Funrural). [...] um precedente de significativa universalização da previdência social – a extensão de sua proteção a outras categorias de trabalhadores não assalariados, sem normas rigorosas de contribuições prévias. A Lei n. 6.179 instituiu a Renda Mensal Vitalícia (RMV) para: a) maiores de 70 anos de idade; e b) para os inválidos que tivessem contribuído com a previdência social por um período mínimo de 12 meses e depois perdido a qualidade de segurado; que tivessem exercido atividades reconhecidas pela previdência por pelo menos cinco anos, ainda que não tivessem contribuído; ou ainda que começaram a contribuir após 60 anos de idade. [...] “ao longo da década de 1970 foram incorporadas categorias até então marginalizadas, tais como os empregados domésticos em 1972, os trabalhadores autônomos em 1973” (Hochman, 2006, p. 185) entre outras já mencionadas (SILVA, 2012, p. 259-261).

Nesse contexto de recessão política, também foi promovida a abertura do mercado privado dos serviços sociais considerados complementares como foi o caso dos planos de saúde e da previdência complementar. Essa iniciativa fragmentou a proteção coletiva dos/as trabalhadores/as, estabelecendo os meios para implementar um modelo de proteção social composto pelos serviços próprios das empresas, pelos seguros sociais privados e oferecidos pelos bancos e pelos serviços públicos, o que pode ser ancorado nas reflexões de Mota (2010, p. 139) ao revelar que

É fato que a expansão da seguridade social no pós-64 já se fez de forma fragmentária, quando a ditadura militar franqueou ao capital privado a prestação de serviços considerados rentáveis como foi o caso, em 1973, da criação dos Fundos de Pensão e da então denominada Medicina de Grupos, seguindo-se na mesma década a concessão de renúncia fiscal para as empresas que ofertassem serviços sociais e benefícios aos seus empregados. Modelo que permaneceu vigente sob o argumento da complementaridade quando da criação dos novos e mais abrangentes direitos regulamentados pela Constituição de 1988. Tanto é assim que o texto

constitucional faz menção à existência de sistemas complementares tanto no caso da saúde como da previdência.

Por outro lado, a partir do final dos anos de 1970, em função da conjuntura política de então, os/as trabalhadores/as do núcleo dinâmico da economia colocaram nas pautas dos acordos coletivos de trabalho suas reivindicações relativas à saúde, à previdência e à assistência social. Tudo isso foi incorporado como parte dos seus contratos de trabalho, com a mesma importância e intensidade com que lutavam por melhores salários, direito de greve, condições de trabalho etc.

Os desdobramentos dessa estratégia implicaram em um processo contraditório. Pois, ao mesmo tempo em que os/as trabalhadores/as do núcleo dinâmico da economia conseguiram que as empresas atendessem suas necessidades como parte dos seus contratos de trabalho, também estava em gestação um processo de enfraquecimento da luta coletiva dos/as trabalhadores/as por políticas públicas de proteção social.

Considerando todo esse contexto deletério, percebemos que os governos das classes dominantes conseguiram operar um giro sem precedentes nos princípios que ancoram a seguridade social: a previdência social é transformada numa modalidade de seguro social, a saúde numa mercadoria a ser comprada no mercado dos seguros de saúde e a assistência social, que se expande, adquire o estatuto de política estruturadora. Apesar dos inúmeros movimentos de resistência que uma parcela significativa dos/as trabalhadores/as realizou, a reforma da previdência aprovada pelo Congresso Nacional no governo Lula, dá seguimento à agenda de reformas iniciadas por FHC, consolidando o cumprimento das exigências dos organismos internacionais. Ao mesmo tempo, amplia e define um novo desenho operativo para os programas de assistência social, donde as ações de combate à pobreza aparecem como substitutivas do tratamento da questão social em termos distributivos. Segundo Mota (2010, p. 140),

Neste ambiente, uma parcela de ex-trabalhadores assalariados, agora considerados “pequenos empreendedores” ou trabalhadores por conta própria se transformaram em consumidores dos serviços disponíveis no mercado, como é o caso dos seguros saúde e planos de previdência privada para os que conseguem pagar. Os demais desempregados e desorganizados politicamente engrossam as fileiras do “mundo da pobreza”. Mais do que viabilizar medidas que alterem o escopo da seguridade social brasileira inscrita na Constituição de 1988, o que está em discussão é o próprio desenho da proteção social no Brasil em face da construção de um novo modo de tratar a “questão social” brasileira, focando-a enquanto objeto de ações e programas de combate à moda dos organismos financeiros internacionais, donde a centralidade dos programas de transferência de renda.

Nesse espaço encetado, Mota (2006) problematiza que novos mecanismos de consensos são estimulados, tais como a descentralização, as parcerias e a participação indiferenciada das classes, que se juntam à focalização e à responsabilização individual. Emergem parâmetros morais subordinados aos limites dos gastos públicos. A questão social

é despolitizada. As tensões sociais provocadas pelo não atendimento das demandas sociais coletivas passam a ser minimizadas através do atendimento a questões pontuais.

O que pretendem os/as intelectuais orgânicos/as da burguesia é reverter a intervenção social do Estado, base da construção de um novo contrato entre Estado, sociedade e mercado. Todavia, em face do contexto ideopolítico que marcou a eleição do presidente Lula e do seu discurso de “fome zero” e justiça social, novas armas foram tecidas, tudo orquestrado com maestria. Desse modo, o grande capital aloja no campo previdenciário uma questão que diz respeito ao seu projeto social, isto é, transformar os/as trabalhadores/as em parceiros/as indiferenciados/as, metamorfoseando-os/as em trabalhadores/as provedores/as do capitalismo financeiro e, supostamente, proprietário de “grandes negócios”. Essa conjunção de elementos é estruturadora dos atuais movimentos da economia e da política que fundam a restauração do projeto capitalista em todo o mundo. O que, no campo da seguridade social, traduz-se nas seguintes tendências presentes na contemporaneidade como a regressão das políticas sociais redistributivas de natureza pública e constitutiva de direitos, em prol de políticas compensatórias de combate à pobreza e de caráter seletivo e temporário.

Outro ponto que deve ser problematizado é a emergência de novos protagonistas, tais como a empresa socialmente responsável, o voluntariado, com suas práticas congêneres de desenvolvimento sustentável, ações em rede, empreendedorismo social que ampara a redefinição da intervenção social do Estado, agora atrelado à capacidade de participação da sociedade civil. Paralelo a esse movimento, Mota (2006) aponta a despolitização das desigualdades sociais de classe em face da identificação dos processos com ausência de acesso, cuja conotação temporal e transitória informa a possibilidade de estratégias de acesso aos bens civilizatórios e materiais, permitindo que o real e o possível se transformem em “ideal”, sitiando, assim, a construção de projetos societais. Esse movimento impulsiona a consolidação conceitual da sociedade a partir de categorias despolitizadoras do real, donde a sua identificação com o território, a comunidade, a vizinhança e a família. A sociedade é como reunião de comunidades e famílias, marcadas por situações singulares e localizadas.

Destacamos ainda outro aspecto, enquanto tendência recente é peso de algumas políticas de seguridade social sobre o mercado de trabalho. Este vetor esvazia as medidas de enfrentamento à precarização e desproteção do trabalho, em prol de ações pontuais e de duvidosa eficácia contra o desemprego, a geração de renda, estas atividades, que transitam entre o neo-solidarismo, o financiamento de pequenos negócios, a qualificação profissional e o agenciamento de empregos. Apresentam-se, do ponto de vista prático-operativo, como uma modalidade de atendimento às necessidades imediatas dos/as trabalhadores/as, em

substituição a outras como seria o caso do seguro desemprego e das garantias sociais e trabalhistas que marcam o chamado trabalho protegido. Assim, as políticas denominadas de “trabalho e renda” e que atravessam a seguridade social, podem ser a mais nova modalidade de incorporação das necessidades do trabalho à nova ordem do capital.

Para fugirmos aos casuísmos e impedir que as situações estruturais sejam concebidas como conjunturais, é necessário destacar algumas questões históricas que nos ajudam a entender o processo político subjacente às mudanças recentes na seguridade social. Referimo-nos aos limites da intervenção política dos trabalhadores que neste momento vivem um processo crítico, uma vez que alguns movimentos políticos abandonaram muitas das suas posições e, através de algumas lideranças, transformou-se num dos principais suportes políticos da reforma realizada desde o governo Lula, espalhando-se na gestão de Dilma.

Mota (2006) sugere que o desenvolvimento desse processo respondeu por profundas inflexões no campo político ideológico dos/as trabalhadores/as. O que pode ser interpretado como fator revelador que a partir dos anos 1990, a burguesia brasileira associada ao grande capital, atualiza as suas práticas políticas no leito da mais conservadora tradição, para desenvolver a sua reforma social e moral, desmontando e cooptando intelectuais e trabalhadores/as que, historicamente, estiveram noutras trincheiras. Para isso, utilizaram uma tática transformista que desmonta e desqualifica os projetos, as ideologias e as práticas vinculadas ao campo do trabalho. A verdade é que as armas da crítica à seguridade social brasileira foram sendo tecidas no campo da racionalidade capitalista e das contrapartidas sociais destituídas de materialidade e plenos de apelo moral. Mas como a história não acabou e parte dos movimentos sindical e profissional ainda resiste a esses tempos difíceis, é preciso arregimentar forças para acompanhar e disputar o que ainda virá pela frente.

Essa trajetória evidencia que as políticas que compõem o tripé da seguridade social estão muito aquém de constituírem um vigoroso mecanismo concatenado de proteção social. Assim, a saúde, a assistência social e a previdência social

[...] adquiriram a perversa posição de conformarem uma unidade contraditória: enquanto avançam a mercantilização e privatização das políticas de saúde e previdência, restringindo o acesso e os benefícios que lhe são próprios, assistência social se amplia, na condição de política não contributiva, transformando-se num novo fetiche de enfrentamento à desigualdade social, na medida em que se transforma no principal mecanismo de proteção social no Brasil (MOTA, 2010, p. 133).

A consolidação desses movimentos de rejeição ou mesmo de negação da política social pública fica evidente no rápido governo de Fernando Collor de Mello (1990-92) e nos dois mandatos de Fernando Henrique Cardoso – FHC (1995-98/1999-2002). No governo de Luiz Inácio Lula da Silva, no qual foram depositadas as esperanças de rompimento com a

agenda neoliberal dos seus antecessores, foram orquestradamente aplicadas as orientações da hegemonia capitalista internacional. A gestão da presidenta Dilma, em seus dois primeiros anos, fortalece a parceria com a lucrativa burguesia, dando continuidade ao cumprimento da “cartilha” neoliberal.

Apesar de sua ligeira participação, Collor foi responsável pela abertura das atividades neoliberais nos anos de 1990, contribuiu para a fragilização de conquistas sociais legalmente amparadas na Constituição Federal de 1988. Seu governo desfigurou o orçamento da seguridade social, utilizando para outras finalidades; apesar de regulamentados, represou a concessão de benefícios na arena da previdência social pública; vetou itens da Lei Orgânica da Saúde já aprovados pelo Congresso Nacional. É interessante lembrar que a maioria desses pontos estava relacionada ao financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS) e a participação popular nos processos de gerenciamento desse sistema (PEREIRA, 2012).

Na era FHC, o controle inflacionário assume centralidade. Tem-se o ápice dos processos de ingerências neoliberais, com imperativos arraigados do Consenso de Washington com ênfase nas privatizações, abertura econômica, controle inflacionário e da dívida pública. Fica evidente o descompasso do receituário neoliberal em relação aos direitos sociais contidos na Carta Magna de 1988. O Estado se exime do financiamento sistemático das políticas sociais, com ênfase na assistência social, que é delegada à sociedade numa perspectiva voluntária, perpetuando práticas assistencialistas. Na arena previdenciária pública, em nome do ajuste fiscal, gesta-se uma “reforma”, com a Emenda Constitucional de número 20, datada do ano de 1998, responsável pela fragilização dos preceitos constitucionais relativos à aposentadoria. E é dessa forma que o governo FHC finca seus “laços” com a festiva burguesia rentista (PEREIRA, 2012).

Em 2003, com a ascensão do governo Lula, Castelo (2012, p. 624) aponta que “[...] as lideranças não mantiveram a sua linha de resistência após a posse e aderiram ao neoliberalismo por intermédio do social-liberalismo”. Fica evidente a ideia de continuísmo da herança dos governos de orientação neoliberal nos anos de 1990 e início de 2000. Em seu primeiro mandato (2003-06), ocorre um aprofundamento da agenda neoliberal com reforma tributária e na política previdenciária com o discurso de equilíbrio financeiro e atuarial do regime dos servidores públicos, na qual os/as aposentados/as voltariam a efetuar recolhimento das contribuições ao sistema. Isso tudo rebate negativamente nas políticas sociais, em razão da crescente concentração de renda, de uma intensa afirmação do capital financeiro e incentivo ao sistema previdenciário privado.

Avaliamos, portanto, as políticas sociais no primeiro governo Lula, e aqui cabe fazer alusão ao Programa Fome Zero, na perspectiva ideológica de poderoso instrumento político,

tendo no Programa Bolsa Família seu ápice. Registramos que o êxito dessas ações de massificação dos programas de transferência de renda obsta as articulações políticas das classes sociais subalternas pela garantia, ampliação e materialização de direitos sociais.

No governo Lula, no segundo mandato (2007-10), parafraseando as considerações de Pereira (2012), temos os dados do Programa Bolsa Família, que atende mais de 12 milhões de famílias de baixa renda, aproximadamente 28 milhões de pessoas saem da pobreza, levou 36 milhões à classe média e com redução para 8,5% (16,27 milhões) o quantitativo de famílias em situação de pobreza absoluta ou de miséria. As estatísticas revelam, ainda, uma queda nas taxas de desemprego de 12% para 5,7% entre 2002 e 2010, além do aumento de 35% na renda das pessoas ocupadas, incluindo-se nesses dados o trabalho informal. Em 2009, as ocupações formais alcançam um recorde histórico de 59% dos trabalhadores com vínculo empregatício de trabalho (carteira assinada) (IBGE/PNAD, 2009). O governo também incentiva, nesse processo, a formalização de micro ou pequenas empresas e do trabalho autônomo regulamentado, desburocratizando o acesso a esta modalidade, além da redução dos impostos para essa operação.

Saindo de uma análise aparente, adentrando o campo da essência, entende-se que o “tratamento” delegado à pobreza assume centralidade no campo da política social. Em contrapartida, se tem a radicalização lucrativa do capital financeiro, industrial e do agronegócio. Atestamos, dessa forma, a redução da pobreza, mas o exponencial crescimento da concentração de renda. O que se expressa, parafraseando Gonçalves (2012), é um projeto que pode ser interpretado como desenvolvimentismo às avessas, considerando a ausência de transformações estruturais que configuram a concepção desenvolvimentista.

A tendência que se cristaliza na arena da política social brasileira é a incorporação dos mecanismos, ou mesmo da lógica do *workfare*, que se expressa, seja na exigência de contrapartidas dos/as beneficiários/as da assistência social pública, para retirá-los/las da dependência desta, seja no acionamento desses beneficiários/as para a sua fixação no mercado de trabalho com vistas a efetivar a *autossustentação*. Foi certamente com base nessa lógica que o governo Lula firmou convênio com a Câmara Brasileira de Indústria de Construção para que fossem reservadas vagas nas obras de construção civil do Programa de Aceleração do Crescimento (PAC)⁸ para os/as beneficiários/as do Programa Bolsa Família (PEREIRA, 2012).

O governo Dilma, no espaço temporal aqui analisado (2011-12), já evidencia processos de *ultrafocalização* combinado à lógica do *workfare* quando da análise do seu

⁸ O Programa de Aceleração do Crescimento (PAC), lançado no ano 2007, é um programa do Governo Federal que engloba um conjunto de políticas econômicas, prevendo investimentos totais de R\$ 503,9 bilhões até 2010. Uma de suas prioridades é o investimento em infraestrutura, em áreas como saneamento, habitação, transporte, energia e recursos hídricos, entre outros.

“Plano Brasil sem Miséria”. Este último aspecto pode ser bem exemplificado quando examinamos os novos dispositivos de acesso aos direitos previdenciários, em que a ocorrência das donas de casa é emblemática. Vejamos: desde 2011, a dona de casa, inscrita no Cadastro Único para programas sociais do Governo Federal, com renda mensal de até dois salários mínimos, tem a possibilidade de recolher a contribuição previdenciária na alíquota de 5% do salário mínimo (R\$ 33,90 em janeiro de 2013).

Com esta lógica, implementam-se as condições para pleitear os benefícios previdenciários, com exceção da aposentadoria por tempo de contribuição. Observamos, assim, a exponenciação ideológica do *workfarista* que suprime, nos termos de Pereira-Pereira (2012), um bem-estar incondicional, na perspectiva do direito, em troca de trabalho, não importa qual e muito menos o tipo de vínculo estabelecido. Tal medida tem a intenção de retirar este segmento da tutela assistencial do Estado, mediante sua inserção em um modelo contributivo para acessar direitos.

Nesse governo, percebemos, ainda, os números decrescentes das estatísticas da pobreza ao adotar conceito utilizado pela Organização das Nações Unidas (ONU) por ser o mais limitado dentre os disponíveis, ocorrendo um redirecionamento das políticas sociais com implementação de políticas pobres para os pobres, focalizadas e residuais, considerando o (des)financiamento em curso.

Neste caminho de análise, é possível compreender estas tendências com esteio nas inflexões observadas com a implantação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) no ano de 2004 e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em 2005. Nos dizeres de Mota (2010, p. 134), temos presenciado uma unidade contraditória que articula expansão e centralidade da política de assistência social com a mercantilização e privatização da saúde e da previdência, conforme já apontado anteriormente, revelando o que a referida autora batizou como “mito da assistência social” por hipotecar a esta política a missão “exclusiva” de promover a proteção social e/ou mecanismo de “enfrentamento” das desigualdades sociais, o que

[...] encontra amparo na expansão da assistência social e nas condicionalidades restritivas da previdência social e da saúde, movimentos que vem sendo sustentados por uma razão instrumental, circunscrita aos argumentos de crescimento da pobreza e à impossibilidade de equilíbrio financeiro destas últimas, o que determina a necessidade de sistemas privados complementares – Planos de saúde e previdência privada complementar – concomitante à redução e ou ampliação de serviços e benefícios compatíveis com o aumento das necessidades da população.

Este formato elege a focalização do atendimento às necessidades dos mais pobres, ao apontar que a expansão da política de assistência social foi acompanhada não pela prioridade aos serviços coletivos, mas pela expansão dos programas de transferência de renda com certas condicionalidades. Tal concepção aparece por meio de discursos

embasados em raízes conceituais moralizantes e liberais, donde emergem reclamos de combate à pobreza, à miséria e inclusão de excluídos/as, revelando como o capital aciona as políticas sociais como estratégia para ampliar sua lógica de acumulação.

Neste debate, Mota (2010; 2012) anuncia o mito da assistência social, na tentativa de desvelar o sentido que esta política assume para a reprodução da sociabilidade capitalista na realidade brasileira, uma vez que as metas, cada vez mais “inclusivas” e expansionistas dos programas de transferência de renda, impactam significativamente no aumento do consumo e do acesso às necessidades humanas básicas, obscurecendo a precarização do trabalho e o aumento da população relativa no processo de reprodução social. Não se trata aqui, porém, de inviabilizar e/ou satanizar esta política como espaço de luta e de socialização de conquista de direitos, mas reconhecer e ampliar resistências ante ao lugar que ela assume nesta conjuntura.

Nos estudos de Mota, Peruzzo e Amaral (2012), com base nos relatórios da Comissão Econômica para América Latina e Caribe (CEPAL), revela-se que tanto os países da América Latina, assim como o Brasil, não foram capazes de equacionar o alargamento da desigualdade social por meio das modalidades diferentes de combate focalizando a pobreza via programas de transferência de renda. Vejamos,

[...] apesar do crescimento econômico observado, o Brasil passou do 8º para o 9º no lugar no ranking do IDH – D dentre os países latino-americanos confirmando os dados que 1% dos brasileiros detém uma renda equivalente a toda a renda dos 50% mais pobres. Outro exemplo extraído de Singer (2010) revela que por traz da lenta queda do índice de Gini estaria ocorrendo uma piora da repartição da riqueza entre capital e trabalho. Afirma ainda que 80% da dívida pública estão em mãos de 20 mil pessoas, as quais sozinhas, recebem um valor dez vezes maior que os 11 milhões de famílias atendidas pelo Bolsa Família (MOTA, 2012, p. 35).

Neste panorama, o que presenciamos, conforme descreve Mota (2012), é uma estratégia, ou pedagogia, qual seja, a da socialização da sociedade brasileira em que as demandas dos ‘de baixo’ são atendidas no âmbito da *pequena política*, ou seja, táticas que não alteram a correlação de forças favorável à ideologia dominante e, sobretudo, não apontam para mudanças estruturais no âmbito da questão social.

Este processo comporta a convivência com movimentos sociais e com algumas das reivindicações de necessidades sociais, como o acesso à renda e ao consumo. Isso nos traz como chave de análise a ideia central de que este tipo de movimentação impulsionado pela chamada pequena política, do ponto de vista prático, de fato, reduz as condições de pobreza e viabiliza o acesso mercantil a bens e serviços, mas, por outro lado, não há qualquer indício de redução das desigualdades, se a definirmos sob a óptica das disparidades entre as rendas de trabalho e dos lucros além de outros rendimentos do capital.

Ao tratar a pobreza como fenômeno, numa inequívoca “desistoricização”, naturalizando-a como algo que possa ser gerido por meio de políticas sociais

compensatórias sem romper com as exigências das classes proprietárias e dominantes, observamos um cenário propício à difusão de novas concepções da questão social, para as quais se viabilizam soluções de “enfrentamentos” e ajustes pela via da supressão das tensões proveniente de uma pobreza produzida na textura da sociabilidade capitalista pela via do desenvolvimento.

A centralidade que a política de assistência social na cena pública brasileira assume, pode ser compreendida a partir de uma lógica que torna o acesso às políticas de saúde e previdência mais restrito. Tal pensamento no pode ser corroborado no

amparo na expansão da assistência social e nas condicionalidades restritas da previdência e da saúde, movimentos que vêm sendo sustentados por uma razão instrumental, circunscrita ao argumento do crescimento da pobreza e à impossibilidade de equilíbrio financeiro destas últimas, o que determina a necessidade de sistemas privados complementares – planos de saúde e previdência privada complementar – concomitante à redução e/ou não ampliação de serviços e benefícios compatíveis com o aumento das necessidades da população (MOTA, 2010, p. 134).

A referida autora problematiza que a seguridade, enquanto espinha dorsal do complexo de políticas públicas, traz dilemas contemporâneos à política de assistência social, uma vez que durante sua recente trajetória na arena das políticas públicas, podemos observar tendências peculiares, uma vez que ao afirmar que

o crescimento da informalidade, combinado com os incentivos governamentais à expansão dos fundos de pensão (para atender aos interesses do capital), a partir de medidas regressivas relativas aos direitos referentes à previdência social, ampliou as dificuldades de acesso à previdência social. Com isso, houve uma pressão maior de demanda dirigida à assistência social. Essa situação, associada aos interesses político-ideológicos de legitimação governamental, estimulou os governos, a partir da segunda metade da década de 1990, a criarem programas de assistência social, especialmente de transferência de renda, como estratégias de proteção social [...] enquanto esses programas eram estruturados, não houve investimentos em outras políticas sociais. [...] Ou seja, a política de assistência social como um direito social continua limitada e restritiva, com acesso seletivo aos seus programas e benefícios (SILVA, 2012, p. 290).

Apesar de um contexto extremamente deletério, isso não representa a ausência de implementação de outros artifícios que integram a PNAS. A título de exemplo da própria gestação do SUAS, ao direcionar e fortalecer a assistência social. Paralelo a esse avanço, observamos alguns retrocessos com relação aos direitos sociais de outros trabalhadores, considerando a histórica parceria entre Estado e burguesia, o que pode ser explicado

[...] ao conceber seguridade social como mediação da reprodução social, não estou me referindo especificamente à reprodução material da força de trabalho, mas à totalidade da esfera da reprodução das relações sociais, nela incluída a reprodução das contradições sociais e as lutas de classe. O processo histórico de desenvolvimento da Seguridade brasileira ampara a assertiva ao indicar como a burguesia brasileira, subordinando o Estado aos seus interesses, utilizou medidas relacionadas à proteção social para legitimar-se. São indicativas as da Era Vargas, a expansão de políticas na ditadura militar e, mais recentemente, os governos de FHC e Lula para (MOTA, 2010, p. 135).

No Brasil, quando a política de assistência social deixa sua alocação residual e ganha vigor com a PNAS e o SUAS, poderíamos entender que, na arena da proteção social,

teríamos alcançado o aspecto universalizante. No entanto, quando analisamos as tendências contemporâneas que se configuram na cena pública, a centralidade que a assistência social assume, nos leva a entender que isso ocorre devido os processos de mercantilização da saúde e previdência, paralelo as novas configurações no mundo trabalho, com movimentos de precarização ou mesmo a ausência do emprego, aqui incluídos o formal e o informal. Nesse sentido, no Brasil contemporâneo,

[...] Arma-se a burguesia de instrumentos para esgarçar a histórica relação entre trabalho e proteção social, posto que a partir de então a tendência é ampliar as *ações compensatórias* ou de *inserção*, antes restritas àqueles impossibilitados de prover o seu sustento e, ao mesmo tempo, impõe novas condicionalidades de acesso aos *benefícios sociais e materiais* nos casos de afastamento do trabalho por doenças, acidentes, invalidez e desemprego temporário, para não falar da perda do poder aquisitivo das aposentadorias e pensões por velhice, morte, invalidez e tempo de contribuição/idade. No caso da saúde, a despeito do estatuto universal, a realidade aponta para o acesso a serviços privados como parte dos benefícios ocupacionais oferecidos pelos empregadores e a expansão de planos de saúde populares, com oferta precária e restrita a serviços ambulatoriais de baixo custo operacional (MOTA, 2010, p. 137).

Do exposto, no contexto de precarização das condições de trabalho ou mesmo da inexistência deste, ocasionada pelos subempregos ou devido ao direcionamento macroeconômico vigente numa nação de orientação neoliberal, temos um Estado capitalista que amplia a política de assistência social, com restrição da saúde e da previdência social públicas, conforme já problematizamos anteriormente. Os segmentos que não tem acesso ao mercado de trabalho, tem grande chance de ser usuário/a da política de assistência social. Nesse escopo, observamos que os programas de transferência de renda assumem centralidade, tendo como exemplo clássico o BPC (SITCOVSKY, 2010).

Este benefício está elencado na política de assistência social brasileira, integrante da proteção social básica no âmbito do SUAS, instituído pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), em consonância com o estabelecido pela PNAS, que garante a transferência mensal de um salário mínimo ao/à idoso/a, com idade de 65 anos ou mais, e à pessoa com deficiência, de qualquer idade, com impedimentos de longo prazo, que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção, nem de tê-la provida por sua família.

A PNAS aponta os objetivos da proteção social básica que é “prevenir situações de risco por meio do desenvolvimento de potencialidades e aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários”. Seguindo essa lógica, o BPC encontra sua identidade nesse nível de proteção, pois visa garantir aos/as seus/suas beneficiários/as o direito à convivência familiar e comunitária, bem como o trabalho social com suas famílias, contribuindo para o atendimento de suas necessidades e para o desenvolvimento de suas capacidades e de sua autonomia (GOMES, 2008).

Diante disso, ao abordarmos a gestão do BPC, a discussão deve ser ampla de modo a incluir a atenção aos/as beneficiários/as, integrando o processo de gestão a serviço do/a usuário/a. É interessante ir para além da busca da racionalidade de processos, da agilidade de procedimentos, do aprimoramento das ações de operacionalização, fica estabelecido o compromisso com o/a cidadão/ã e suas necessidades. Portanto, é de extrema importância considerar que tais necessidades não se esgotam no direito à renda que supostamente permite sua sobrevivência, pois o repasse desse valor cumpre um objetivo, mas não alcança às demais ações das políticas sociais. O/a beneficiário/a deve estar vinculado aos demais serviços, programas e projetos da rede socioassistencial. Essa vinculação é imprescindível para dar substancialidade ao BPC, possibilitando que ele atenda as necessidades humanas básicas.

Ao fazermos situarmos o BPC/LOAS no movimento da história, perceberemos que as políticas de assistência social voltadas para idosos/as e pessoas com deficiência, não eram contínuas, além da falta de articulação, caracterizando práticas assistencialistas. O BPC pode ser considerado um divisor de águas, a partir do momento em que deixa de perpetuar com as práticas caritativas, leigas, marcadas pela escassez de parâmetros para acesso, ficando à mercê da disponibilidade de recursos financeiros (GOMES, 2008).

Sposati (2008) afirma que o BPC foi responsável por inovar, ainda que de forma incipiente, considerando seus aspectos restritivos e focalistas, com uma proteção social voltada para a população brasileira na política de assistência social.

O MDS, através da Secretaria Nacional de Assistência Social (SNAS), é responsável pela implementação, coordenação-geral, regulação, financiamento, monitoramento e avaliação do BPC, sem prejuízo das iniciativas compartilhadas com Estados, Distrito Federal e Municípios, em consonância com as diretrizes do SUAS e da descentralização político-administrativa, prevista no inciso I do art. 204 da CF/88 e no inciso I do art. 5º da Lei nº 8.742, de 1993. O INSS é órgão do Governo Federal responsável por sua operacionalização.

Entre a promulgação desse benefício e a lei que o regulamentou, decorreu um espaço de tempo de cinco anos, caracterizado por uma arena de discussões que culminou na LOAS/1993, responsável por regulamentar os artigos 203 e 204 da CF/88. Foi essa lei que regularizou o benefício, sendo este implantado em 1996 – oito anos após sua inserção no corpo constitucional.

Conforme já apontado anteriormente, a Renda Mensal Vitalícia (RMV) foi substituída pelo BPC. Fazendo uma simples comparação entre esses benefícios, observamos que ocorreu um avanço com a inserção deste último em relação ao primeiro, uma vez que o BPC não exige nenhuma espécie de contribuição. Entretanto, notamos problemas pontuais,

como a falta de continuidade, considerando que a concessão da RMV foi cessada sem que a operacionalização do BPC fosse iniciada. Além disso, devemos observar o aspecto restrito do benefício regulamentado pela LOAS/1993 com critérios que criam barreiras no seu acesso (GOMES, 2008).

O BPC representado por uma transferência monetária mensal no valor de um salário mínimo (R\$ 678,00 – valor em janeiro de 2013), sendo transferido às pessoas com deficiência, ou seja, aquelas com 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. Devemos incluir ainda, os idosos com 65 anos de idade ou mais, seguindo os seguintes critérios para ambos os casos: renda mensal bruta familiar dividida pelo número de seus integrantes seja inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo (R\$ 169,50 – valor em janeiro de 2013), em outros termos, impossibilitado de prover sua manutenção ou de tê-la provida por sua família.

Conforme já apresentamos em linhas atrás, o reconhecimento inicial do direito ao benefício à pessoa com deficiência é sujeita à avaliação da deficiência e do grau de impedimento, com base nos princípios da CIF. Esta avaliação é realizada por perito/a médico/a e assistente social do INSS, por meio de instrumentos desenvolvidos para este fim. A avaliação médica considera as deficiências nas estruturas e funções do corpo, enquanto a avaliação social aprecia os fatores ambientais, sociais e pessoais, e ambas levam em conta a limitação do desempenho de atividades e restrição da participação social, segundo suas especificidades.

O desenvolvimento das capacidades cognitivas, motoras ou educacionais e a realização de atividades não remuneradas de habilitação e reabilitação, dentre outras, não constituem motivo de suspensão ou cessação do benefício da pessoa com deficiência. A cessação desse benefício, inclusive por força do ingresso da pessoa com deficiência no mercado de trabalho, não impede nova concessão do benefício desde que atendidos os requisitos exigidos em lei.

Observamos o progresso no quantitativo de pessoas com deficiência e idosos/as contemplados com BPC até dezembro de 2010. Conforme quadro 1, em 1996, ano de implantação desse benefício, 346.219 pessoas tiveram acesso a ele. Até dezembro de 2012, o número de beneficiários aumentou mais de 1000% em relação ao ano de 1996, sendo destinado a mais de 3,7 milhões de pessoas no Brasil (BRASIL, 2013a).

Quadro 1 - Quantitativo de beneficiários do BPC/LOAS no Brasil (1996-2013)

Ano	PcD	%PcD	Idosos	% Idosos	Total
1996	304.227	87,87%	41.992	12,13%	346.219
1997	557.088	86,25%	88.806	13,75%	645.894
1998	641.268	75,59%	207.031	24,41%	848.299
1999	720.274	69,76%	312.299	30,24%	1.032.573
2000	806.720	66,68%	403.207	33,32%	1.209.927
2001	870.072	64,97%	469.047	35,03%	1.339.119
2002	976.257	62,55%	584.597	37,45%	1.560.854
2003	1.036.365	60,92%	664.875	39,08%	1.701.240
2004	1.127.849	54,72%	933.164	45,28%	2.061.013
2005	1.211.761	53,21%	1.065.604	46,79%	2.277.365
2006	1.293.645	52,22%	1.183.840	47,78%	2.477.485
2007	1.385.107	51,67%	1.295.716	48,33%	2.680.823
2008	1.510.682	51,48%	1.423.790	48,52%	2.934.472
2009	1.563.970	51,17%	1.492.302	48,83%	3.056.272
2010	1.778.345	52,28%	1.623.196	47,72%	3.401.541
2011	1.907.511	53,05%	1.687.826	46,95%	3.595.337
2012	2.021.721	53,60%	1.750.121	46,40%	3.771.842

Fonte: BRASIL, 2013a.

O quadro 1, que evidencia a progressão dos benefícios por categoria de usuário (pessoas com deficiência e idosos/as), revela o desenvolvimento de proporção diferenciada ao longo dos anos. Em 1996, ano de início da operacionalização do benefício, os/as idosos/as representavam apenas 12,13% do total de beneficiários, enquanto as pessoas com deficiência representavam 87,87%. Os dados mais atuais apontam uma proporcionalidade diferente, uma vez que os idosos representam aproximadamente 46% do total dos beneficiários e as pessoas com deficiência representam aproximadamente 54%. As pessoas com deficiência ainda expressam maior parte dos beneficiários atendidos pelo BPC, no entanto percebemos um crescimento significativo dos/as idosos/as contemplados/as pelo benefício. Um fator que pode ter contribuído para a ascensão de beneficiários idosos foi a redução da idade limite que passou de 70 anos no texto inicial da LOAS/1993 para 67 anos consequência da Lei nº 9.720 de 1998 e para 65 anos a partir do Estatuto do Idoso de outubro de 2003.

Os recursos do FNAS apresentam crescimento com o passar do tempo. Em 2003 contava com um caixa de 2,6 bi de reais; 2004, somavam 8,3 bi de reais; no ano de 2005 eram 10,4 bi de reais; 2006 um montante de 12,4 bi de reais; no ano de 2007 chegou a 14,8 bi de reais; já em 2008 chegou a marca dos 18,6 bi de reais; alcançando 20,7 bi de reais em 2009; no ano de 2010 chegou aos 24 bi de reais; atingiu a cifra de 26,2 bi em 2011. Já em

2012, o FNAS contou, aproximadamente, 32,8 bilhões de reais, desse montante, 27,4 bilhões de reais foram utilizados para o pagamento do BPC, conforme podemos constatar no quadro 2 (BRASIL, 2013b).

Quadro 2 - Demonstrativo de investimento com o BPC no Brasil (1996-2012)

Ano	PcD	Idosos	Total
1996	148.282.853	24.060.088	R\$ 172.342.940
1997	674.961.409	94.771.269	R\$ 769.732.678
1998	912.771.073	221.428.227	R\$ 1.134.199.299
1999	1.107.283.715	425.838.708	R\$ 1.533.122.422
2000	1.360.524.997	640.943.222	R\$ 2.001.468.219
2001	1.767.144.248	926.877.264	R\$ 2.694.021.512
2002	2.176.399.854	1.251.700.370	R\$ 3.428.100.225
2003	2.790.381.784	1.742.839.724	R\$ 4.533.221.508
2004	3.300.027.494	2.514.255.524	R\$ 5.814.283.018
2005	4.054.094.729	3.469.766.715	R\$ 7.523.861.444
2006	5.112.542.025	4.606.245.556	R\$ 9.718.787.581
2007	5.987.030.235	5.561.314.689	R\$ 11.548.344.925
2008	7.110.730.320	6.675.058.372	R\$ 13.785.788.691
2009	8.638.336.138	8.221.076.468	R\$ 16.859.412.606
2010	10.421.254.104	9.682.778.924	R\$ 20.104.033.027
2011	12.038.334.159	10.816.504.665	22.854.838.824
2012	14.630.028.994	12.804.905.659	27.434.934.653

Fonte: BRASIL, 2013b.

Cabe aqui pontuar que o financiamento da assistência social é orientado a partir da CF/1988 no art. 195 pelo princípio da co-responsabilidade entre governo federal, estadual e municipal e suas fontes se originam tanto do orçamento da seguridade social como do orçamento fiscal. Estudos acerca do financiamento da assistência social revelam que duas importantes tendências têm marcado o comportamento dos recursos do FNAS.

Analisando esses dados, percebemos a relevância do BPC dentro da política de assistência social, levando em consideração não apenas o montante envolvido, mas o quantitativo de pessoas que o acessam. É possível ainda, colher informações sobre esses/as usuários/as. Evidenciam a situação de pobreza tanto os/as idosos/as quanto as pessoas com deficiência no Brasil. É uma estatística extremamente elevada de cidadãos/ãs que estão ou foram excluídas do mercado formal de trabalho e, dessa forma, não tem ou não tiveram acesso ao benefícios previdenciários, encontrando no BPC uma estratégia de sobrevivência.

No caso das pessoas com deficiência que acessam o BPC, são inúmeras as discussões que perpassam sobre o enquadramento deste segmento no critério de impedimento de longo prazo, percebendo o trajeto que o/a requerente percorre para ter seu direito reconhecido, lembrando que é responsabilidade do MDS e INSS delimitarem as diretrizes de acesso ao benefício.

Para acessar o BPC, até maio de 2009, a pessoa com deficiência era submetida à avaliação exclusivamente médica realizada pelo corpo pericial do INSS. O "Acróstico Avaliemos" era o instrumental utilizado para enquadramento do/a requerente na condição de "incapaz para a vida independente e para o trabalho". Com a adoção do instrumental avaliativo, com base na CIF em 2009, a partir de junho de 2009, surgem possibilidades mais amplas sobre a compreensão de deficiência. Diante disso, além da discussão conceitual sobre deficiência, nas próximas linhas, problematizaremos, também, os modelos de avaliação da pessoa com deficiência que pleiteia o BPC, bem como o espraiamento das concepções biomédica e biopsicossocial nesses processos avaliativos.

3. O DEBATE SOBRE DEFICIÊNCIA, OS PARADIGMAS BIOMÉDICO E BIOPSIKOSSOCIAL E A AVALIAÇÃO MÉDICO-SOCIAL

Veremos nas próximas linhas, que um dos desafios para o BPC está relacionado com a falta de consenso no tocante ao conceito de deficiência. A maioria dos autores que discutem a temática revela que a deficiência não deve ser identificada apenas por atributos corporais dos indivíduos, devendo ser entendida como o resultado da interação dos atributos corporais, socioeconômicos e o meio em que vive esse requerente (DINIZ, 2012). Cabe ponderar que, desde o Decreto 6.214/2007, no processo de avaliação da deficiência deve ser levada em consideração a interação entre a pessoa e seu ambiente físico e social. Além do critério de renda *per capita*, que restringe sobremaneira o acesso de muitos dos requerentes ao BPC, a suposta ausência de precisão conceitual para classificar ou mesmo definir alguém como deficiente, pode dificultar ainda mais o acesso ao benefício.

Além disso, debateremos acerca da repercussão das teses biomédicas e social nos modelos de avaliação da pessoa com deficiência que pleiteia o BPC, discutindo, assim, o horizonte desses processos avaliativos na tessitura ou não da materialidade desse importante direito social às pessoas com deficiência. Nesse sentido, serão problematizados o “acróstico avaliemos”, vigente até maio de 2009, e o modelo baseado na CIF, em vigor desde junho de 2009.

Considerando que o nosso objeto está inserido no movimento da história, utilizaremos as falas de dois/duas informantes que contribuirão para esta pesquisa, uma vez que algumas informações não foram localizadas nos documentos oficiais consultados. Nesse sentido, os relatos desses/as profissionais que vivenciaram o processo de avaliação anterior a junho de 2009, bem como a participação na elaboração do atual modelo, baseado na CIF, são fundamentais para preenchermos algumas lacunas nesse movimento de contextualização histórica e política do BPC. Assim, estes/as serão identificados/as como: informante 1 e informante 2.

3.1 Concepções de deficiência e as tensões entre os paradigmas biomédico e biopsicossocial

Ao longo da história o conceito de pessoa com deficiência teve diversas problematizações. Nossas interlocuções revelaram a existência de uma dualidade no modo de perceber e/ou conceituar em relação a essa população. Em uma delas, a deficiência é percebida como uma manifestação do universo diverso humano, demandando adaptação social para ampliar a acessibilidade dos ambientes às diversidades corporais. Numa outra linha de pensamento, relata a deficiência como uma manifestação de restrição corporal, demandando, dessa forma, avanços na área da medicina, da reabilitação e da genética,

disponibilizando recursos adequados que melhorem a funcionalidade e qualidade de vida das pessoas. A deficiência observada sob a ótica da desvantagem natural encontra embasamento na biomedicina, possibilitando qualidade nas condições de vida desse segmento, fazendo uso da intervenção médica. Analisando a deficiência numa perspectiva social, concebemos esta como processo de opressão pelo corpo, os instrumentais para tal análise encontram terreno fértil nas ciências sociais e, a partir da problematização dessa concepção, tornar os espaços sociais mais acessíveis, estaria diretamente relacionado à melhoria das condições de vida das pessoas com deficiência.

As diferenças nas funções e nas estruturas do corpo classificadas como deficiência ou não, são demonstrações desse universo diverso que é o corpo humano. Foucault (2001) discorre que a diversidade corporal sempre despertou a curiosidade, o espanto ou a indiferença das pessoas em distintas sociedades. Os corpos, que apresentam aspectos diferentes (anatomicamente falando) dos demais apresentados pela nossa sociedade como padrão, ficam classificados entre o normal e anormal. Contudo, observamos que essas descrições apontam para a necessidade da criação de uma espécie de conceito que venha nortear, através de parâmetros, a classificação dos corpos dentro de um determinado padrão de normalidade.

Para Goffman (1988) a classificação estabelecida entre um corpo normal e patológico estaria diretamente relacionada ao próprio ambiente social, uma vez que este é responsável por estabelecer critérios, fazendo uma espécie de triagem das pessoas que podem ser consideradas normais ou não dentro de um determinado ambiente socialmente construído. Essa dinâmica perpassa as relações sociais estabelecidas cotidianamente, somadas a necessidade humana de elaboração da expectativa de identidade social que esteja de acordo com um determinado ambiente. Dessa forma, uma pessoa com aspecto divergente daquele que era esperado encontrar em um ambiente específico, ao se fazer presente causa estranheza para algumas pessoas.

No pensamento ocidental, por um longo período, o corpo com diferenças e marcas era entendido como uma espécie de evidência mística – fosse pela ira ou pelo milagre divino. Porém, com o advento da narrativa biomédica sobre os aspectos relacionados ao corpo, o discurso sobre o extraordinário pelo mistério religioso foi perdendo ênfase, se transformando numa narrativa cultural. Nesse acirrado processo da ciência biomédica em estabelecer domínio sobre os aspectos relacionados ao corpo humano, o corpo classificado como excepcional foi amplamente abordado, levando em consideração, fatores clínicos (FOUCAULT, 2001). Com isso, a narrativa biomédica, foi adquirindo solidez para discorrer sobre as patologias e as enfermidades e, dessa forma, os corpos ganharam status de normais, anormais, monstruosos ou deficientes.

Para Foucault (2001, p.69), o corpo classificado como diferente, com o passar do tempo, passou a ser conhecido como o corpo monstruoso, “aquele que constituiu em sua existência mesma e em sua forma, não apenas uma violação das leis da sociedade, mas também uma violação das leis da natureza”. Nesse contexto, o anormal seria uma espécie de monstro cotidiano.

A caracterização desse corpo anormal foi possível com a entrada na narrativa moderna da ciência, melhor dizendo, da medicina com a consequente identificação como patológico. Essa percepção da deficiência como um fenômeno relacionado à patologia ou da anormalidade, foi classificado como modelo médico (DINIZ *et al*, 2007). A trajetória da deficiência deixando a esfera mística para a patológica permitiu que o corpo com restrição de habilidades fosse docilizado, por meio de intervenção cirúrgica ou reabilitação. Diante desse contexto, a deficiência passou a ser percebida como um fenômeno social diretamente relacionada ao azar ou o imprevisível e, sobretudo, visto como uma experiência privada e individual, percebida como uma opressão provocada pela lesão corporal e pelas restrições de capacidade resultantes dela (FOUCAULT, 2001).

Na segunda metade do século XX, ativistas da deficiência e teóricos dos movimentos sociais das pessoas com deficiência começaram a indagar sobre a supremacia da narrativa biomédica diante da deficiência. Talcott Parsons em 1951 foi o responsável por realizar uma das primeiras tentativas de aproximar a compreensão da deficiência ao campo das ciências sociais, afastando do modelo biomédico. A linha sociológica iniciada pelo referido autor foi ganhando espaço com a ampliação de publicações, permitindo que a área ganhasse ênfase. Nas décadas de 1960 e 1970, algumas publicações sobre o tema foram *A fabricação de homens cegos*, de Robert Scott, em 1969 nos Estados Unidos; a coleção editada de Gary Albrecht, *A sociologia da deficiência física e reabilitação*, em 1976; na Inglaterra publicaram *O significado da deficiência*, de Mildred Blaxter, em 1976, e *A pobreza no Reino Unido*, de Peter Townsend, em 1979 (BARNES *et al.*, 2002). Era unânime nessas obras a crítica às narrativas biomédicas como o único recurso explicativo para a deficiência, ao passo que as ciências sociais foram se consolidando como discurso alternativo.

O pioneirismo britânico nos estudos sobre deficiência consolidou-se com a formação do *modelo social da deficiência* – movimentos teóricos e políticos de crítica ao modelo biomédico (DINIZ *et al*, 2007). O discurso sustentado pelo modelo social era de que a desigualdade pela deficiência não estava apenas nas lesões corporais, mas constituída nas várias barreiras físicas, econômicas, políticas e sociais da vida em sociedade para as pessoas com deficiência (BARNES *et al.*, 2002).

Diante desses aspectos levantados, o modelo social da deficiência, ao combater à redução da deficiência à lesão, disponibilizou instrumentos de maior eficácia para os

movimentos sociais em torno da deficiência do que aqueles defendidos pelos “simpatizantes” do biomédico. A narrativa do modelo social enfatiza a organização da sociedade como mecanismo de enfrentamento da deficiência como uma questão pública, e não mais somente restrita à esfera privada e dos cuidados familiares.

A tese social da deficiência discorre que não há uma relação direta de causalidade entre lesão e deficiência, desviando as discussões sobre saúde e direitos das pessoas com deficiência para o campo da organização social e política. Para os movimentos sociais das pessoas com deficiência a lesão seria uma expressão do corpo, assim como seria o sexo ou a cor da pele, sustentando que o processo estaria diretamente relacionada à opressão e discriminação que as pessoas sofrem numa sociedade que se organiza de modo pouco sensível à diversidade. Dessa forma, fica a possibilidade de uma pessoa ser acometida por lesões, mas não vivenciar deficiência, uma vez dependendo da maneira que a sociedade esteja preparada para conceber a diversidade. Podemos exemplificar como uma pessoa com deficiência auditiva que terá sua diferença corporal transformada em restrição de habilidades, dependendo de como os ambientes sociais, frequentados por ela, estejam ou não adaptados à sua característica corporal, tornando possível ou não a comunicação por meio dos instrumentos bilíngues (DINIZ *et al*, 2007).

Considerando as restrições de habilidades, bem como a diversidade de mecanismos de opressão e discriminação que perpassam o cotidiano das pessoas com deficiência, a tese social surge como uma orientação na perspectiva sociológica, política e filosófica de elencar as habilidades que estão diretamente relacionadas à funcionalidade básica de um corpo, sem fazer referência a padronizações que oscilam entre o normal e o anormal (SANTOS, 2006). A narrativa social contrapõe-se à tese biomédica que percebia na estrutura corporal de uma pessoa com deficiência as premissas para a desigualdade vivenciada pelos deficientes, não levando em consideração a maneira como a sociedade está organizada socialmente e, dessa forma, possibilitando o distanciamento das discussões de como as estruturas sociais contribuem numa perspectiva opressora. Quando analisamos os modelos social e médico, notamos uma mudança significativa de paradigma em relação ao corpo com deficiência: o social relaciona a deficiência com o modo organizacional da sociedade que não está adaptado à variabilidade corporal, enquanto a perspectiva biomédica coloca que a causa estaria no indivíduo e sua lesão.

Apesar dos avanços nas discussões e debates, a deficiência ainda é percebida em determinadas situações dentro de uma concepção de azar, tragédia pessoal e uma experiência vivenciada unicamente no âmbito privado. Essa percepção do corpo deficiente como situação relacionada ao azar direciona para uma responsabilidade privada, mais especificamente ao cuidado no âmbito familiar. Porém, com o amadurecimento da narrativa

social, a deficiência ampliou sua dimensão passando a ser apreendida pela sociedade, reivindicando a viabilização de direitos, diante da prerrogativa de adequar os ambientes sociais às variabilidades corporais.

Nesse sentido, a tese social da deficiência problematiza a concepção de que a sociabilidade do capital impõe barreiras às pessoas com deficiência. O modelo social coloca para debate que um corpo acometido de lesões não estaria de acordo com os critérios, ou mesmo com os padrões fabris necessários para ser explorado pela lógica capitalista. Segundo Foucault (2001), o perfil que surge de um modelo do indivíduo padronizado para atender ao modo de produção capitalista, demanda uma pessoa com habilidade corporal que atenda aos critérios fabris da força física. Dessa forma, percebemos a exclusão da pessoa com deficiência, diante de um modelo de sujeito ideal gestado como funcional ao modo de produção capitalista. Com isso, os grupos sociais organizados que referendam as ideias da narrativa social colocavam o/a deficiente sofrendo discriminação, vivenciada, principalmente, por pessoas com alguma lesão, ocasionada pela interação do corpo com ambientes sociais não adaptados às restrições de habilidades.

Diante disso, podemos compreender a relação que a tese social faz entre a discriminação sofrida pela pessoa com deficiência, ocasionada devido ao corpo lesionado não atender à demanda capitalista, notando a falta de acessibilidade nos mais diversos ambientes sociais. Assim, para o modelo social,

“[...] a deficiência era o resultado do ordenamento político e econômico capitalista, que pressupunha um tipo ideal de sujeito produtivo [...] a deficiência [...] decorria dos arranjos sociais opressivos às pessoas com lesão [...] para o modelo social, sistemas sociais opressivos levavam pessoas com lesões a experimentarem a deficiência” (DINIZ, 2012, p. 24).

Os primeiros teóricos da narrativa social apresentam uma discussão sobre a padronização exigida pelo sistema de metabolismo social do capital, relacionado ao corpo com os quesitos necessários para disponibilizar aos sistemas sociais uma determinada potencialidade produtiva. Esse debate dos ativistas sociais fragilizou as ideias que, por muito tempo, sustentaram a percepção de deficiência como algo que oscilava entre a ideia de azar, ou mesmo como patologia, abrindo espaço para questionar a análise e intervenção biomédica. Mas,

[...] em um ponto os modelos social e médico coincidiam: ambos concordavam que a lesão era um tema de alçada dos cuidados biomédicos. O desafio era não apenas rever a lógica de causalidade proposta pelo modelo médico, mas também introduzir uma nova divisão social do trabalho que incorporasse a deficiência. Dessa forma, seria possível desbancar a autoridade daqueles que tradicionalmente administravam a deficiência, para então determinar as prioridades das políticas públicas voltadas para os deficientes. Mas, para isso, era preciso deixar claro o que o modelo social entendia por opressão pela deficiência (DINIZ, 2012, p. 24-25).

Para Diniz (2007) os questionamentos dos movimentos feministas enriqueceram o debate. As teóricas feministas argumentavam o significado e a importância do cuidado e

passaram a fomentar uma discussão direcionada aos gravemente deficientes, ou seja, aquela parcela da sociedade sem possibilidade de se tornarem produtivos e independentes para a vida social, mesmo que ocorram adequações arquitetônicas ou de transporte. As feministas ampliaram esse debate, esclarecendo e argumentando a existência de outros aspectos que devem ser abordados, como a desigualdade de raça, gênero, orientação sexual e idade. Nesse sentido,

[...] Deve-se entender a crítica feminista como parte de um processo de revigoração e expansão do modelo social, e não como uma crítica externa e opositora. [...] Os argumentos feministas apresentam uma dupla face: por um lado, revigoram a tese social de deficiência e, por outro, acrescentam novos ingredientes ao enfrentamento político da questão. As perspectivas feministas desafiam tanto os teóricos do modelo social quanto os proponentes do modelo médico: ambos se confrontam com questões jamais discutidas no campo da deficiência. Há três pontos que resumem a força da argumentação feminista nos estudos sobre deficiência: 1) a crítica ao princípio da igualdade; 2) a emergência do corpo com lesões e 3) a discussão sobre o cuidado (DINIZ, 2012, p. 60).

Outros avanços significativos na abordagem da deficiência no Brasil foi, por exemplo, o Censo de 2000 que introduziu aspectos específicos para compreender a pessoa com deficiência, sem perceber essa população apenas na perspectiva patológica, adotando uma tendência mundial do modelo social. No ano 2000 o Censo inovou com perguntas abordando os graus de dificuldades enfrentadas diariamente pelas pessoas com lesões, sejam elas relacionadas às habilidades de visão, audição ou locomoção. Quando comparamos com os Censos anteriores, percebemos uma mudança significativa de paradigma. Os dados estatísticos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000; 2010) revelam que no ano 2000 14,5% da população possuía alguma deficiência, já em 2010, sobe para 23,9%, o equivalente a pouco mais de 45 milhões de brasileiros.

Embora a estatística de pessoas com deficiência apresente destaque numérico, percebemos que esse público ainda não atingiu o patamar da garantia e materialização dos seus direitos, conquistados a duras penas. O que revela

[...] que a deficiência como fenômeno socialmente produzido se alastra e aprofunda as desigualdades sociais pelas desvantagens sociais a que são submetidas as pessoas com deficiência, se não houver intervenção do Estado e da sociedade no sentido de inibir sua produção e reprodução (CFESS MANIFESTA, 2012, p. 02).

As discussões relacionadas à deficiência no Brasil ficaram, por muito tempo, escondidas, podemos dizer até mesmo politicamente esquecidas, situadas na esfera assistencialista, caritativa e familiar (FIGUEIRA, 2008). Conforme problematizado anteriormente, em 1988 com a Constituição Federal o assunto ganhou ênfase e se tornou uma demanda socialmente respondida pelo Estado, no sentido legal, adquirindo a responsabilidade pela viabilização dos direitos às pessoas com deficiência.

Mesmo com todos os direcionamentos constitucionais da CF/1988, nos aspectos que tangem o mercado de trabalho, educação, saúde, acessibilidade física e assistência social para as pessoas com deficiências, em nosso país, a deficiência ainda é percebida sob a

perspectiva patológica e não como uma expressão da diversidade humana. Essa percepção tem colocado entraves, uma vez que a sociedade fica isenta de responsabilidades para articular mecanismos que promovam o debate em torno da diversidade, ao deixar de promover a acessibilidade dos ambientes sociais, ou mesmo deixando de gerir políticas específicas para essa população nas áreas de trabalho, educação e assistência social, reconhecendo as diferenças dessa minoria. A narrativa médica ao tornar-se hegemônica abre espaço para que áreas da medicina, genética e reabilitação, ganhem uma maior adesão com discurso de garantir mais qualidade de vida das pessoas com deficiência do que a tese que coloca a sociedade num patamar de garantir direitos, através da justiça ao adaptar os ambientes sociais à variabilidade de habilidades corporais (DINIZ *et al*, 2007; CIF, 2003).

Esse universo diverso que é a humanidade não deve ser reduzido apenas ao conceito de parte constituinte de qualquer sociedade, mas levar em consideração como as sociedades se organizam, uma vez que algumas expressões da diversidade podem resultar em fenômenos de desigualdade. Nas sociedades com valores democráticos, dispor de mecanismos institucionais para proteger as diversidades implica definir quais diversidades devem ser protegidas e como protegê-las. Ao debatermos a necessidade de valorizar a igualdade recaímos na indagação: igualdade de quê? É necessário sabermos exatamente o que pretendemos “igualar” para articular de forma mais elástica os direitos tão “desmantelados” nesses tempos difíceis.

Com o passar dos anos a explicação dos fenômenos sociais acabou sendo extinta da esfera do discurso religioso, bem como as situações que resultam em injustiças, conformaram, com as noções de direito, justiça e Estado, mecanismos de enfrentamento das contingências sociais antes compreendidas como responsabilidades individuais. Assim, para Diniz (2012, p. 73) “[...] É nesse novo marco teórico e político que o tema da deficiência assumirá a centralidade da agenda das políticas sociais e de proteção social nas próximas décadas”.

Na medida em que a questão da deficiência sai do âmbito privado e passa a ser uma questão pública, entra em cena o debate em torno dos direitos. Contudo, os registros da história antiga revelam discriminação, preconceito e até eliminação das pessoas com deficiência. Piovesan (2009) defende o delineamento de quatro estágios no processo de gênese dos direitos humanos pertinentes às pessoas com deficiência. Num primeiro estágio, perpassado por um acirramento nos movimentos de intolerância, essas pessoas eram consideradas impuras e, por isso, severamente castigadas pelos deuses. Platão em “A República” e Aristóteles em “A política” discorrem sobre os mecanismos eliminatórios daquelas crianças que nasciam com qualquer deformidade corporal. Estas eram

abandonadas, ou, na maioria das vezes, atiradas de precipícios ou mesmo de montanhas como a de Tygetos na Grécia. Esparta, cidade grega, ficou conhecida no reinado de Leônidas, por exigir a perfeição corporal dos seus guerreiros para atuar no exército. Assim, todas as crianças que nascessem com qualquer tipo de deficiência eram eliminadas (GUGEL, 2007).

Em outro momento, já no segundo estágio foi o da invisibilidade. As pessoas que nasciam com algum tipo de deficiência eram colocadas em guetos, apartadas dos pares. Para exemplificarmos esse contexto, destacamos os relatos da bíblia no tocante aos leprosos, considerados impuros e segregados por toda a sociedade. Convém salientar a importância da doutrina cristã, principalmente do novo testamento, uma vez que com a descrição dos milagres e curas a pessoa com deficiência assume centralidade, principalmente, com a defesa dos preceitos do amor ao próximo e do acolhimento, foram importantes passos para dar novo enfoque a essas pessoas na sociedade.

Já no terceiro estágio, e este talvez seja aquele que, em algum momento, vivenciamos na cena pública brasileira, foi o assistencialismo. Sendo caracterizado pelo avanço técnico científico e, dessa forma, a busca pela cura diante de qualquer limitação. A pessoa que era portadora de uma dada doença/deficiência deveria ser alvo de auxílio assistência por parte da sociedade enquanto sua condição, nesse contexto, fosse um fator limitante no acesso ao suprimento de suas necessidades humanas básicas.

Na contemporaneidade, a fase que ora se apresenta, permeada pelo debate do modelo social passa a ter foco nos direitos humanos da pessoa com deficiência, com ênfase na acessibilidade em sua totalidade. Nessa perspectiva, a doença e/ou deficiência, não estaria mais centrada na pessoa, mas sim na sociedade que tem profundas dificuldades de lidar com as diferenças, com qualquer indivíduo que destoe dos padrões vigentes. Assim, mediante ampla discussão, na qual as pessoas com deficiência participaram ativamente do debate, emerge a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência da Organização das Nações Unidas (ONU), bem como seu Protocolo Facultativo, sendo ratificada pelo Brasil em 2008.

Existem determinados grupos que sofrem de forma mais contundente rebatimentos limitantes, sejam estes de ordem física ou social. A necessidade de proteção social para estes grupos levou a criarem as Convenções Internacionais específicas para tratar de segmentos com barreiras no acesso aos serviços, sistemas e políticas públicas. Podemos mencionar de forma exemplificativa a “convenção internacional sobre a eliminação de todas as formas de discriminação racial (1969)”, “convenção sobre todas as formas de discriminação contra a mulher (2002)”, “convenção sobre os direitos da criança (1990)”, “convenção internacional sobre a proteção dos direitos de todos os trabalhadores migrantes

e dos membros de suas famílias (2003)” e, finalmente, a “convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência (2008)”.

Entendemos o quão árduo é definir ou mesmo estabelecer um conceito que caracterize as diferentes formas de deficiência. A busca da igualdade formal entre as pessoas e o entendimento de que a dignidade humana perpassa a eliminação de todas as barreiras que impeçam seu desenvolvimento completo, trouxe a necessidade da criação de mecanismos de efetivação desta igualdade, ao considerarmos que as atitudes negligentes, discriminatórias e/ou preconceituosas tanto de familiares, terceiros e instituições que estas pessoas vivenciam cotidianamente, num contexto que temos um Estado que se exime cada vez mais do seu papel de ampliar as políticas públicas para esse segmento.

Em maior ou menor grau todos os seres humanos possuem algum tipo de limitação, seja de ordem física, mental, psicológica, etc. Não seria então a limitação que caracterizaria a deficiência em si, mas as barreiras impostas pela sociedade que impedem o pleno desenvolvimento dos seres humanos com os atributos a estes inerentes. Nesse sentido,

[...] por exemplo, a eliminação de barreiras arquitetônicas assegura o direito de ir e vir para as pessoas com deficiências físicas; a criação de meios alternativos de comunicação garante o direito de livre expressão para os surdos e cegos; os métodos de educação especial viabilizam o acesso ao conhecimento para qualquer pessoa com deficiência, mental ou sensorial. Quando essas medidas não são adotadas, excluem-se as pessoas com tais impedimentos, pondo-se a nu a incapacidade social de criar caminhos de acesso à realização plena dos direitos humanos. Quer-se, assim, transpor a idéia de que a responsabilidade pela exclusão da pessoa com deficiência se deve a ela ou sua família, para que se compreenda que a sociedade também deve responsabilizar-se por oferecer instrumentos institucionais e tecnológicos para se abrirem as perspectivas de acolhimento e emancipação de todos (FONSECA, 2008, p. 06).

A “convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência foi” adotada pela ONU em 13 de dezembro de 2006, de acordo com a Resolução 61/106 da Assembleia Geral, mas somente entrou em vigor em 03 de maio de 2008. No Brasil, esta convenção foi aprovada pelo congresso nacional com Decreto Legislativo 186/2008 em 09/07/2008, tal convenção

[...] contém 30 artigos que contemplam direitos humanos universais, devidamente instrumentalizados para atender a necessidade do seguimento das pessoas com deficiência, sem os quais os direitos em questão não se lhes beneficiam. Trata-se de assegurar-lhes, assim, direitos humanos básicos, como o de livre expressão, de ir e vir, de acessibilidade, de participação política, de respeito a sua intimidade e dignidade pessoal, bem como aqueles de índole social, como direito à saúde, ao trabalho e ao emprego, à educação, à cultura, ao lazer, aos esportes, à moradia, etc (FONSECA, 2008, p. 02).

A convenção reconhece que o conceito de deficiência está em constante evolução. O mais interessante é a relação que se estabelece entre deficiência e a ambiência. São as barreiras para o pleno exercício da liberdade e da participação que caracterizam a deficiência em um ser humano. A importância jurídica desta nova acepção agrega aspectos a serem considerados na caracterização de uma deficiência. Os fatores biológicos devem ser contextualizados levando em consideração as barreiras cotidianas, sejam elas

arquitetônicas ou atitudinais, que essas pessoas encontram na sociedade. Compreendemos, assim, que estamos diante de uma percepção inovadora ao elencar o meio ambiente social e econômico como elementos que agravam a deficiência, sendo, nesse sentido,

[...] perceptível que a deficiência resulta da relação entre pessoas com limitações e as barreiras atitudinais e ambientais que impedem sua participação na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas. As barreiras assumem relevância e explicitam que a real definição de deficiência está na sociedade, não nos atributos das pessoas que apresentem impedimentos físicos, mentais, intelectuais ou sensoriais. Na medida em que as barreiras culturais, tecnológicas, físicas e de atitudes preconceituosas, sejam removidas, as pessoas com impedimentos podem ter uma vida em condições iguais, apesar de possuírem atributos diferentes. A eliminação de barreiras arquitetônicas assegura o direito à mobilidade às pessoas com deficiência físicas; a criação de meios de comunicação acessíveis permite a livre expressão para os surdos e cegos; métodos apropriados de educação especial propiciam conhecimento às pessoas com deficiência mental e sensorial (CFESS MANIFESTA, p. 02).

Em suas linhas iniciais, a convenção aponta o reconhecimento da discriminação como violação à dignidade do ser humano (alínea “h”) e a importância da autonomia da pessoa com deficiência para fazer suas próprias escolhas (alínea “n”). Com relação ao conceito de pessoa com deficiência, este se encontra explícito no artigo 1º da referida convenção internacional, ao definir que

Pessoas com deficiência são aquelas 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.

Assim, corroboramos com as reflexões de Fonseca (2008, p. 04-05), ao afirmar que tal conceito é

[...] revolucionário, porque defendido pelos oitocentos representantes das Organizações não Governamentais presentes nos debates, os quais visavam a superação da conceitualização clínica das deficiências (as legislações anteriores limitam-se a apontar a deficiência como uma incapacidade física, mental ou sensorial). A intenção acatada pelo corpo diplomático dos Estados Membros, após longas discussões consiste no deslocamento do conceito para a combinação entre esses elementos médicos com os fatores sociais, cujo efeito é determinante para o exercício dos direitos pelos cidadãos com deficiência. Evidencia-se, então, a percepção de que a deficiência está na sociedade, não nos atributos dos cidadãos que apresentem impedimentos físicos, mentais, intelectuais ou sensoriais. Na medida em que as sociedades removam essas barreiras culturais, tecnológicas, físicas e atitudinais, as pessoas com impedimentos têm assegurada ou não a sua cidadania (FONSECA, 2008, p. 05-06).

Assim, a convenção aponta um conceito que inova ao trazer elementos que contribuem para desvelar concepções mistificadas, uma vez que as concepções tradicionais centram suas análises a partir de conceitos clínicos e referendam toda e qualquer responsabilidade do indivíduo pela superação ou não das barreiras cotidianas em interação com o ambiente. Essa concepção vai de encontro ao conceito da referida convenção de pessoa com deficiência, considerando que esta direciona tal responsabilidade para o Estado e a sociedade.

Sabemos que

O Brasil conta com ampla legislação de garantia de acesso de pessoas com deficiência ao trabalho, inclusive por meio de cotas obrigatórias em empresas com mais de cem empregados, em percentual de 2% a 5%, dependendo do número total de colaboradores - Lei 8.213, art. 93 e Decreto 3.298/99. Também a Constituição assegura no art. 37, VIII, a reserva de cargos e empregos públicos por meio de concursos (FONSECA, 2008, p. 11).

No entanto, somente esse incentivo legal não daria conta de garantir o acesso das pessoas com deficiência ao mercado de trabalho, é preciso considerar estratégias ou mesmo articulação com outras políticas para se pensar em mecanismos que favoreçam tal acesso. Nesse sentido, foi criado em 2007 o Programa BPC na Escola, sendo uma ação interministerial que envolve os Ministérios da Educação, da Saúde e o do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, além da Secretaria Especial dos Direitos Humanos, tendo como objeto o acompanhamento do acesso e permanência dos beneficiários do BPC na escola, até os 18 anos. Assim, entendemos que o Estado garante o acesso ao estudo, logicamente, com a possibilidade de retirar esse beneficiário da sua tutela, pois não se fala como e com qual tipo de vínculo esta pessoa estará acessando o mercado de trabalho, o que preside a lógica do sistema capitalista de formar um exército de reserva de força de trabalho de pessoas com deficiência, que independente de acessarem ou não, estarão aptas a exercer alguma atividade laborativa.

Na CF/1988, no artigo 7º, inciso XXXI, fica estabelecida a “proibição de qualquer discriminação no tocante a salário e critérios de admissão do trabalhador portador de deficiência”, do artigo 23, inciso II que assevera a competência comum da União, Estados, Distrito Federal e Municípios em cuidar da saúde e assistência pública, da proteção e garantia das pessoas com deficiência e da competência legislativa do artigo 24, inciso XIV, para legislar sobre proteção e integração social desse segmento populacional.

Nesse sentido, cabe destacar que o Decreto 7.617/2011, em seu parágrafo quinto, regulamenta que 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. Outra conquista, descrita no artigo quarenta e sete, é que o BPC 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. Todavia, o benefício 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 de pagamento do seguro-desemprego. Assim, a legislação permite que o beneficiário acesse o mercado de trabalho e, a partir das experiências desenvolvidas, continue/retorne ou não com/para o recebimento do BPC. Pois, em situações anteriores, sem amparo legal, esse beneficiário não se sentia seguro para ingressar no mercado de trabalho, uma vez que

com a saída e necessidade de retorno ao recebimento do referido benefício estaria sujeito a todo o processo inicial de requerimento, causando (in)segurança devido a propagada subjetividade no processo avaliativo, que poderia resultar no indeferimento do pedido.

3.2 As dimensões teórico-conceituais e prático-operativa da avaliação médico-social

A perícia médica previdenciária é uma atividade realizada no INSS para constatação da ausência ou não de potencial laborativo para fins de concessão de benefícios por incapacidade (auxílio doença, auxílio acidente e aposentadoria por invalidez). No caso do Benefício de Prestação Continuada concedido às pessoas com deficiência, conforme a Lei Orgânica da Assistência Social, o corpo pericial previdenciário deverá considerar o conceito dado pelo Decreto nº 7.617/2011 que em seu artigo 4º, inciso II, ratifica o conceito de deficiência da convenção internacional, ao apontar que

[...] pessoa com deficiência: 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 [...].

No entanto, para chegarmos esse entendimento, acreditamos ser necessário conhecer e avaliar a processualidade histórica que o envolve, para não enclausurarmos os processos e compreendermos o movimento em sua totalidade. Assim, desde o início da concessão do BPC até 11 de agosto 1997, todas as pessoas com deficiência inscritas para o benefício eram avaliadas por equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 2007a). Com a Medida Provisória nº 1.473/1997, convertida na Lei nº 9.720/1998, estabeleceu-se que a avaliação médica fosse de responsabilidade dos serviços de perícia médica do INSS. Cabe destacar, conforme problematiza o/a Informante 1, que

“[...] A operacionalização coube ao INSS. A cultura institucional do INSS que privilegia a visão do seguro e a responsabilidade individual do trabalhador na garantia de sua proteção social repercutiu (e ainda repercute) na operacionalização do BPC [...] Registramos, no entanto, que o processo de implantação foi rico e envolveu muitos debates com a sociedade civil sob a coordenação do órgão operacionalizador, sendo o Serviço Social do INSS protagonista destas articulações e ações”.

O Decreto nº 1.744/1995, que regulamentou o BPC, definiu pessoa com deficiência levando em consideração a incapacidade “[...] 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 [...]” (BRASIL, 1995).

A restrição do conceito, uma vez condicionada a irreversibilidade da lesão ou anomalia, define como sinônimo de incapacidade para a vida independente o não desempenho das atividades de vida diária. Ressaltamos ainda que os atos normativos internos do INSS substituíram a expressão vida diária, para vida autônoma. A definição de

incapacidade para o trabalho não é uma tarefa simples. O que temos observado, a partir das nossas interlocuções com os/as profissionais da perícia médica, é uma tendência, por exemplo, ao realizar essa análise, considerar a “lógica” de acesso a benefícios previdenciários (auxílio doença, auxílio acidente e aposentadoria por invalidez), de privilegiar o diagnóstico da doença apenas, dentro do enfoque individual, sem considerar, na maioria das vezes, o ambiente e o próprio contexto relacional, ou seja, compreender a atividade ocupacional enquanto atividade contextualizada na divisão social e técnica do trabalho, determinada historicamente. Ao realizar a avaliação da deficiência e do grau de impedimento, além dos obstáculos acima descritos, muitas vezes outros conflitos também são externados. Embates que configuram a própria lógica de operacionalização do benefício que é caracterizada pela “forte visão conservadora da Assistência Social e pela primazia da ótica do seguro [...]” (INFORMANTE 1).

Em relação ao conceito de vida independente, o Decreto nº 1.744/1995 era reducionista quando utilizava esse termo a partir da perspectiva de impossibilidade para desempenhar atividades da vida diária ou mesmo autônoma, conforme as alterações posteriores. Em nossas avaliações, estas deveriam compreender, entre outras: comunicação, atividades físicas, funções sensoriais, funções manuais, capacidade de usar meios de transporte, função sexual, sono e atividades sociais e de lazer, entre outras inerentes ao ser social. No entanto, o INSS, ao operacionalizar a avaliação do beneficiário baseada no modelo anterior a 2009, considerava a incapacidade para a vida independente apenas quando o/a usuário/a era incapaz de desempenhar as atividades relacionadas ao autocuidado, focalizando apenas o manejo em vestir-se, comer, fazer a higiene pessoal e evitar riscos. Nessa lógica, eram consideradas, na maioria das vezes, as atividades diárias voltadas apenas para atender às necessidades de um mínimo biológico de sobrevivência (BRASIL, 2007a). Para o Informante 1,

[...] A restrição imposta pelo decreto 1.744/95 de exigir a irreversibilidade da deficiência e igualar vida independente à vida diária, atrelada a precária e superficial capacitação para os médicos peritos e a ênfase na lógica de combate as fraudes e do não entendimento do benefício como um direito, geraram sérias restrições de acesso, tornando o conceito de vida independente sinônimo de dependência total de terceiros e de acesso à vida digna entendida como sobrevivência [...].

Avaliamos que a definição de atividades relacionadas à vida diária deveria ser mais ampla, com intuito de contribuir para o desenvolvimento de ações que garantissem o acesso aos direitos definidos na CF/1988 e tão fragilizados ou mesmo desestruturados nos tempos de hoje. As atividades analisadas não podem ser restritas às tarefas necessárias a garantir apenas a sobrevivência. Dessa forma, é bem sabido que uma das limitações da concessão do BPC às pessoas com deficiência pode estar relacionada à conceituação adotada e a necessidade de mais clareza e uniformidade.

O INSS buscou, em alguns momentos, estabelecer parâmetros de análise com a criação do instrumento denominado "Avaliemos" (Quadro 1), acróstico gerado pelos tópicos considerados durante o exame. A ausência ou presença de alterações, em diferentes graus, conferiria pontos e o somatório obtido definiria a concessão quando resultasse em 17 ou mais. Abaixo, temos o quadro para visualizarmos e compreendermos toda sua dinâmica nesse processo de operacionalização.

Quadro 1 - Parâmetros de Avaliação de Pessoa com Deficiência Requerente do BPC, a partir do Formulário "Avaliemos".

A	Aptidão para o Trabalho	Sim Não	0 6
V	Visão, Audição e Palavra	Sem alterações Com alterações	0 3
A	Atividades da Vida Diária	Sem alterações Com alterações	0 2 2 2
		higiene alimentação vestuário	
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	Excretores	Normais Sem controle esfinteriano	0 3
M	Manutenção (permanente de cuidados médicos, de enfermagem ou terceiros)	Não necessita Necessita	0 3
O	Oligofrenia e Deficiência Mental	Leve Moderada Grave (profunda)	1 4 6
S	Síndrome e Quadros Psiquiátricos	Leve (inicial) Moderada Grave (definitiva)	1 4 6
Interpretação			
Não há incapacidade apreciável		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	

Fonte: INSS

O "Avaliemos" 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/a perito/a (BRASIL, 2007a). Esse processo considerava na avaliação para a vida independente e para o trabalho, apenas alguns aspectos, que enfocam a capacidade de locomoção, o controle de esfíncteres e a capacidade de vestir-se, higienizar-se e alimentar-se. Dessa forma, o conceito de vida independente adotado, além de privilegiar a análise do

indivíduo, não considera o contexto do/a requerente, restringindo vida independente ao autocuidado.

A incapacidade era definida em decorrência das limitações presentes nas pessoas com deficiência, sem atentar para os fatores sociais que cercam o/a requerente. Sendo relevante, ao se avaliar a deficiência e o grau de impedimento, levar em consideração não somente a gravidade da deficiência/doença, mas os aspectos que podem reduzir a participação social do requerente tanto a nível familiar como comunitário.

Nas avaliações do/a Informante 1,

O instrumento técnico aplicado no processo avaliativo era constituído por aspectos restritivos no conceito de vida independente e trabalho, além de ser caracterizado por um engessamento no que se refere à pontuação de qualificação dada pelo profissional. Observava-se também falta de uniformidade na realização das avaliações médicas periciais, com divergência no entendimento de incapacidade e vida independente que geraram dificuldade de entendimento do processo avaliativo, marcado, muitas vezes, por visões preconceituosas em relação à definição do benefício como um direito. As próprias capacitações, muitas vezes, contribuíam para esta visão, quando enfatizavam as fraudes e o papel da perícia médica neste processo.

O movimento para efetivar e agregar o posicionamento do/a profissional em serviço social ocorreu com avanços e desafios. Assim, essa participação ocorria por meio da emissão do parecer social pelo assistente social por ocasião da revisão bienal. Esta consiste na verificação das condições que originaram o benefício, ou seja, se os beneficiários ainda apresentam renda *per capita* familiar inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. E no caso das pessoas com deficiência, além desse critério de renda, ocorrerá a avaliação para verificar prováveis mudanças com relação à deficiência. As assistentes sociais em constante articulação política conseguiram inserir a avaliação social no processo que, à época, caracterizaria a “incapacidade para a vida independente e para o trabalho”, esta ocorria

[...] através de visitas domiciliares, os assistentes sociais dos municípios realizavam estas avaliações visando apontar aspectos sociais relevantes que interfeririam na vida independente e trabalho, assim como também emitiam posicionamento sobre o fato da renda familiar atender ou não aos critérios legais (INFORMANTE 1).

A ideia era que essas avaliações sociais rebatessem no processo de análise, realizado pelo corpo pericial do INSS, da pessoa com deficiência que pleiteava o BPC, ainda que no contexto de revisão ocorrido a cada dois anos, mas

[...] na qual a avaliação social realizada voltou-se muito mais para avaliar os critérios de renda do que a caracterização de intercorrências sociais que poderiam interferir na vida independente e trabalho (INFORMANTE 1).

No entanto, apesar dos avanços conquistados, surgiram alguns desafios, estes relacionados a aspectos que limitavam esse processo, considerando que

[...] a pontuação dos aspectos sociais avaliados era pré-determinados. Exemplo: fato de o requerente residir em casa de determinadas características, como ser de alvenaria, madeira etc, já trazia uma pontuação a priori, limitando a atuação profissional e restringindo a autonomia técnica na emissão de opinião profissional,

além de contribuir para uma visão mecânica e tecnicista na aplicação do instrumento (INFORMANTE 1).

Ademais, cabe destacar o processo de articulação que passou a ser materializado, pois no contexto anterior, não era observado o

[...] envolvimento até então, dos assistentes sociais que atuavam na política de assistência social nos municípios, no processo de operacionalização do BPC, no que se refere à manutenção do benefício. A participação voltava-se mais para orientações referentes ao acesso inicial ao benefício, como documentação e habilitação. Sem a devida capacitação e entendimento do processo, houve resistência, e também, adesões e maior defesa do BPC, na garantia de direitos. Mas com todas estas limitações, considero a importância da introdução da avaliação social na fase da revisão bienal como um fato histórico, que inclusive, contribuiu para a aplicação do novo modelo (INFORMANTE 1).

Outro questionamento pertinente era a realização dessa avaliação para acesso ao BPC quando se refere às crianças e aos adolescentes. O Ministério Público Federal, em 2001, levantou essa problemática ao determinar que o INSS não avaliasse a incapacidade para o trabalho no caso de crianças e adolescentes que não atingiram a idade laboral, já que essa incapacidade é presumida em função da tenra idade, bastando apenas que seja realizada a verificação da existência da deficiência.

Dessa forma, com o intuito de reduzir o grau de limitação e subjetividade existentes nesse modelo de avaliação, foi proposto um novo modelo de avaliação médica e social baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

O Relatório do Encontro Nacional sobre Gestão do BPC, no ano de 2004, apontou a necessidade de critérios de avaliação médica mais detalhados e objetivos em relação à deficiência e o grau de impedimento. Dessa forma, visando inclusive atender às reivindicações da sociedade civil que luta pela revisão das normas de acesso a esse benefício – tanto no que se refere à mudança dos valores da renda *per capita* como nas regras da avaliação médico-pericial, devendo esta considerar o aspecto social – foi recomendada "a constituição de um grupo de estudos e pesquisas sobre classificação de deficiências e avaliação de incapacidade com vistas à proposição de parâmetros e procedimentos unificados de avaliação das pessoas com deficiência para acesso ao BPC/LOAS" (BRASIL, 2007a).

O MDS e o MPS instituíram por meio da Portaria Interministerial nº 001, de 15 de julho de 2005, um grupo de trabalho composto por técnicos do MDS e do INSS, médicos, assistentes sociais, bem como por especialistas nas áreas de políticas públicas e atenção às pessoas com deficiência. O GTI realizou estudos sobre a legislação desse benefício que, ao longo dos últimos anos, vem norteando as decisões da perícia médica do INSS, notadamente os artigos específicos da LOAS/1993 e suas alterações posteriores, bem como a regulamentação contida no Decreto nº 1.744/1995, que provocou divergências de entendimento em relação à avaliação da incapacidade para a vida independente e para o

trabalho ao introduzir a exigência de incapacidade para a vida diária e irreversibilidade da deficiência, não previstos na lei. O grupo estudou também outras leis e decretos relacionados ao tema e a prática operacional de concessão, manutenção, revisão e cessação do referido benefício implantado em 1º de janeiro de 1996 (BRASIL, 2007a).

Para tanto, foi necessário estabelecer amplo debate entre os membros do GTI, para consensuar alguns entendimentos fundantes nesse percurso em busca da construção do referido instrumental para que o processo seguisse na direção de um único norte, assim,

[...] Com entendimento já pacificado, antes mesmo da composição do grupo, que a concepção da deficiência como atributo do corpo sem considerar o meio, não atendia ao objetivo do benefício assistencial e nem estava em consonância com fundamentações legais como o decreto 3.956 de 2001, Convenção da ONU, numero 159, de 2001, Resolução 48 de 1996 da ONU, buscou-se conhecer como se dava o processo de avaliação de benefícios não contributivos voltados para pessoa com deficiência, em diferentes países. Tentou-se buscar referências que atendessem as preocupações na caracterização de incapacidade para vida independente e trabalho que considerassem o meio no qual o requerente estava inserido (INFORMANTE 1).

Após a uniformização de alguns entendimentos, os membros do grupo interministerial iniciaram amplo debate para viabilizar o trajeto que, supostamente, os levariam ao alcance dos objetivos, assim teve inicio a

[...] proposição de parâmetros, procedimentos e instrumentos de avaliação das pessoas com deficiência para acesso ao BPC, com o entendimento da não aceitação da deficiência como atributo da pessoa, sem considerar outras dimensões presentes no estado de saúde na definição da incapacidade para o trabalho e vida independente [...] (INFORMANTE 1).

Cabe pontuar que esse não era um debate recente, trata-se de problematização que remonta a época do início da operacionalização do BPC em 1996 pelo INSS, principalmente encampado pelas assistentes sociais dessa instituição que percebiam a fragilidade do modelo em vigor, por todo esse contexto, era necessário

[...] rever os critérios vigentes de avaliação de pessoas com deficiência para acesso ao BPC, até então pautados no Decreto 1.744/95, que além do critério “incapacidade para a vida independente e para o trabalho” previsto pela lei 8.742/93, exigia “irreversibilidade da deficiência” e “incapacidade para os atos da vida diária”, denotando maior restrição do que a já imposta pela lei [...] (INFORMANTE 2).

Uma peculiaridade notada pelo GTI entre os trabalhos analisados foi a citação constante da CIF, da Organização Mundial de Saúde (OMS), e sua adoção por diversos organismos nacionais e internacionais. Com vistas a aprofundar os conhecimentos sobre a aplicabilidade da CIF e sua pertinência com os trabalhos do GTI, os membros do grupo participaram de um curso promovido pela OMS, *Collaboring Center for FIC for Portuguese Speaking Countries*, em São Paulo (BRASIL, 2007a).

Apesar de reconhecida a complexidade da CIF, considerando que a variabilidade da interação entre os diferentes componentes podem viabilizar resultados bastante diversificados. Assim, foi de extrema importância, antes de chegar a CIF, o estudo dos sistemas avaliativos nos diversos países, trazendo mais segurança quando da opção por

essa classificação, com fins de fundamentar o modelo de avaliação da pessoa com deficiência que pleiteia o BPC, nesse sentido

[...] não houve qualquer outra alternativa que a superasse como proposta de base para a confecção dos instrumentos de avaliação. A princípio chegamos a rejeitá-la, devido à sua complexidade, mas depois de nos familiarizarmos com ela foi um aprendizado crescente [...] A experiência do México, fundamentada na pontuação de todos os domínios e unidades de classificação, até 2º nível, do componente Atividades e Participação, foi o critério que melhor nos norteou em relação à CIF. A partir do momento que compreendemos a lógica da CIF, a confecção do instrumento e qualificação de todos os seus campos não foi difícil. O problema foi definir os critérios que definissem quais combinações concederiam o benefício e quais os indefeririam. Isso precisou ser criado, pois não se encontrou qualquer instrumento de avaliação na literatura elaborado nessas bases [...] (INFORMANTE 2).

A abrangência da CIF e a possibilidade de mensuração dos critérios sociais e médicos que ela proporciona foram os motivos principais porque o GTI definiu que o novo instrumento fosse baseado em seu conteúdo. O grupo considerou que a utilização do novo instrumento ampliaria a uniformização de critérios na concessão do benefício, reduzindo a subjetividade, possibilitando a análise dos beneficiários com diferentes tipos de doenças geradoras de deficiência, inclusive as doenças crônicas, permitindo considerar o contexto da vida do requerente, conforme já apontamos, e o impacto sobre a funcionalidade dessa pessoa, proporcionando uma visão mais ampla para o reconhecimento inicial do benefício pela aplicação da tendência mundial de considerar o modelo biopsicossocial para os benefícios assistenciais (BRASIL, 2007a).

A CIF permite classificar, em nível mundial, a funcionalidade, a saúde e a deficiência do ser humano, estabelecendo outros paradigmas em contraposição às ideias tradicionais sobre saúde e deficiência. A inclusão de novos paradigmas resulta de um esforço de sete anos de trabalho, do qual participaram ativamente 65 países. Foram empreendidos rigorosos estudos científicos, de forma que a CIF pode ser aplicada independentemente da cultura, grupo etário ou sexo, possibilitando o recolhimento de dados confiáveis e susceptíveis de comparação relativamente aos critérios de saúde dos indivíduos e das populações (CIF, 2003).

A CIF foi aceita como uma das classificações sociais da ONU. É adotada por 191 países, entre os quais o Brasil, como nova norma internacional para descrever e avaliar a funcionalidade, a incapacidade e a saúde, constituindo, portanto, um instrumento apropriado para implementar as normas internacionais relativas aos direitos humanos, assim como as legislações nacionais.

Nesse sentido,

[...] além de ser de fácil aceitação pelas diversas instituições envolvidas, com destaque para o INSS, por ser referência internacional, ao afirmar a importância dos fatores sociais na funcionalidade das pessoas com deficiência. Mas entendo que a CIF deve ser utilizada à luz de todo arcabouço que os diferentes saberes conquistaram nas especializações específicas, e com a compreensão do benefício assistencial como um direito constitucional e um dever do Estado, em um país, no qual a política de assistência social ainda é marcada pela lógica do favor, do não

direito e pela insuficiência de recursos orçamentários, humanos e físicos [...] (MOREIRA, 2010).

Enquanto os indicadores tradicionais baseiam-se em taxas de mortalidade da população, a CIF focaliza seu interesse no conceito "vida", considerando a forma como as pessoas vivem seus problemas de saúde e possíveis formas de melhorar suas condições de vida. Essa nova classificação tem implicações sobre a prática da medicina, sobre legislação e políticas sociais destinadas a efetivar e melhorar a qualidade do acesso aos cuidados de saúde, bem como à proteção de direitos individuais e coletivos. Considera, ainda, os aspectos sociais da deficiência propondo um mecanismo para identificar o impacto do ambiente social e físico sobre a funcionalidade da pessoa (CIF, 2003).

Nesse contexto, merecem destaque, também,

A determinação, pelo poder judiciário, de acesso ao BPC com respaldo na ampliação de conceitos como vida independente e diversas reivindicações da sociedade civil através de conferências e dos conselhos de direitos, foram aspectos fundamentais para a implantação do novo modelo de avaliação das pessoas com deficiência (MOREIRA, 2013).

Não podemos deixar de resgatar a nota técnica elaborada por Maria Lúcia Lopes da Silva, enquanto coordenadora-geral de regulação e ações intersetoriais no Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), atendendo à demanda do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão (MPOG), com o objetivo de incorporar documentos complementares para fundamentar a regulação do BPC, com ênfase na justificativa da necessidade de contratação dos/as 1.600 assistentes sociais para realizar a avaliação social da deficiência e incapacidade. Nesse sentido, o documento é pautado em dados qualitativos e quantitativos, com o rigor de análise peculiar da autora, assim concluindo pela

[...] constatação das vantagens advindas da capacidade institucional do INSS para operacionalizar a avaliação social para acesso ao BPC [...] não impede que se reconheça o déficit de assistentes sociais daquele órgão, inferindo-se portanto, que para assumir tais atividades, o órgão deverá dispor de quantidade suficiente de assistentes sociais em seu quadro de pessoal (BRASIL, 2006)

A trajetória do modelo de avaliação biopsicossocial faz parte da história recente do BPC. Em maio de 2009, Patrus Ananias, então Ministro de Estado do MDS, e Valdir Moysés Simão, Presidente do INSS, assinaram a Portaria Conjunta MDS/INSS nº 01, de 29 de maio de 2009, que institui os instrumentos para avaliação médico-social da deficiência e da incapacidade de pessoas com deficiência requerentes ao BPC (BRASIL, 2009).

Os instrumentos avaliativos da pessoa com deficiência é constituído por duas partes distintas. No caso dos/as assistentes sociais, os campos destinados à avaliação social tem a finalidade de graduar as unidades de classificação dos domínios referentes aos eixos "fatores ambientais" e "atividades e participação – parte social". Para o/a perito/a médico/a são responsáveis pela qualificação dos eixos "funções do corpo" e "atividades e participação

– parte médica”. Cabe destacar que, ambos os profissionais, devem considerar a faixa etária do/a requerente.

Nesse processo de construção do instrumental é importante apontar, ainda, que o grupo de trabalho buscou a elaboração de um instrumental que fosse utilizado em qualquer região do Brasil, uma vez tendo que respeitar os processos internos de cada uma dessas, considerando as dimensões e a diversidades estruturais do nosso país, seja no campo ou na cidade, em outros, perceber que apesar de fazermos parte de uma totalidade, temos as nossas singularidades, assim foi pensado um instrumental que

[...] que não significasse um tecnicismo ou uma mera aplicação de instrumento. Ao mesmo tempo, que se conseguisse traduzir em sistema informatizado esta avaliação, sem restringir a autonomia profissional e sem negar a subjetividade presente, sendo esta entendida não como adoção de ações baseadas senso comum ou em visões pré- concebidas, mas com a capacidade de aderir a conceitos e concepções que tenham como norte o direito de ter direitos, o respeito ao usuário e a responsabilidade institucional de reconhecer direitos. Outro grande desafio é quebrar paradigmas até então adotados que privilegiavam viés de análises individuais e fragmentados marcados pelo aparente e imediato. Lembro que foi difícil, por exemplo, conseguirmos chegar a conclusão que a pontuação dada em cada domínio não era a soma da qualificação dada nas unidades de classificação. Isto não estava na CIF, pois não é esta a função da mesma, era função nossa, conforme objetivo do processo de avaliação, considerando a realidade brasileira, a política social em questão e as dimensões profissionais presentes [...] (INFORMANTE 1).

Após esse processo de elaboração do instrumental, era necessário realizar a pré-testagem para avaliar se o produto final estava atendendo aos objetivos iniciais que fomentaram sua elaboração, nesse sentido, existiu uma

[...] versão original produzida para aplicação como teste piloto (ao todo 500 avaliações realizadas em agências de 5 regiões do país) consistiu de um único instrumento. O teste piloto indicou os ajustes a serem feitos, dentre os quais, a necessidade de desmembramento em dois instrumentos, sendo um para requerentes com 16 anos ou mais e outro para requerentes menores de 16 anos. Na proposta inicial, caberia ao perito médico avaliar o componente Funções do Corpo e ao Assistente Social avaliar o componente Fatores Ambientais. Em seguida os dois avaliariam conjuntamente os 9 domínios do componente Atividades e Participação. No entanto isso não foi possível, por conta da grande demanda e impossibilidade de agendamentos casados, o que obrigou a divisão do componente, cabendo 5 domínios para avaliação pelo perito médico e 4 domínios para avaliação pelo assistente social [...] (INFORMANTE 2).

Com relação à avaliação social, foi elaborado o instrumental abaixo.

Quadro 2 – Instrumental de Avaliação Social – 16 anos ou mais

AVALIAÇÃO SOCIAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – 16 ANOS OU MAIS – ESPÉCIE 87 – BPC/LOAS
Cobertura da Previdência e/ou da Assistência Social: <i>(é possível assinalar mais de uma condição)</i> <input type="checkbox"/> Já foi beneficiário do BPC <input type="checkbox"/> Teve vínculo empregatício após ter sido beneficiário do BPC <input type="checkbox"/> Dependente de segurado <input type="checkbox"/> Nunca foi segurado <input type="checkbox"/> Perdeu a qualidade de segurado <input type="checkbox"/> Tem qualidade de segurado <input type="checkbox"/> Segurado sem carência <input type="checkbox"/> Outros
Deficiência Informada: <input type="checkbox"/> Deficiência Visual <input type="checkbox"/> Deficiência neuromusculoesquelética <input type="checkbox"/> Doença Mental <input type="checkbox"/> Deficiência Múltipla <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva <input type="checkbox"/> Deficiência Mental/Intelectual <input type="checkbox"/> Doença Crônica <input type="checkbox"/> Deficiência não informada
Informada pelo: <input type="checkbox"/> Requerente <input type="checkbox"/> Acompanhante Identifique: _____ <input type="checkbox"/> Requerente não sabe informar <input type="checkbox"/> Representante legal Identifique: _____ <input type="checkbox"/> Requerente não tem condições de informar <input type="checkbox"/> Acompanhante ou representante legal não sabe informar
HISTÓRIA SOCIAL: [- - - - TEXTO - - - -]
FATORES AMBIENTAIS

Qualificadores a serem usados:					
0 – nenhuma barreira, 1 – barreira leve, 2 – barreira moderada, 3 – barreira grave, 4 – barreira completa					
<i>Considerar na avaliação dos fatores ambientais</i>					
Ambiente social – relações de convívio familiar, comunitário e social, considerando a acessibilidade às políticas públicas, a vulnerabilidade e o risco pessoal e social a que a pessoa com deficiência está submetida.					
Ambiente físico – território onde vive e as condições de vida presentes, considerando a acessibilidade, salubridade ou insalubridade.					
I – PRODUTOS E TECNOLOGIA – e1: Refere-se a qualquer produto, instrumento, equipamento ou tecnologia, inclusive os adaptados ou especialmente projetados para melhorar a funcionalidade de uma pessoa incapacitada. Analisar conforme a necessidade do requerente.					
Indicadores = disponibilidade; acesso com dificuldade (despesa, distância, geográfica entre o domicílio e o local de acesso, qualidade e periodicidade).					
QUALIFICADORES					
	0	1	2	3	4
1. Produtos ou substâncias para consumo pessoal (há alimentação/dieta suficiente e/ou adequada, medicação disponível, entre outros?) – e110					
2. Produtos e tecnologia para uso pessoal e mobilidade na vida diária (há objetos necessários ou de uso pessoal disponíveis, como: órtese/prótese, bolsa coletora, sonda nasogástrica, nasoenteral ou de gastrostomia, nebulizador, instrumentos para cuidados e higiene pessoal, fralda descartável, colchão caixa (ou casca) de ovo, cama hospitalar, cadeira de rodas para banho e/ou locomoção, andador, bengala e outros?) – e115/e120					
3. Produtos e tecnologia para comunicação (há instrumentos disponíveis, como: computador, prótese de voz, aparelhos auditivos e outros?) – e125					
4. Produtos e tecnologia para educação, cultura e lazer (há materiais e produtos, como: livros, materiais educativos, adaptações de instrumentos musicais e de materiais artísticos disponíveis?) – e130/e140					
5. Produtos e tecnologia usados em projetos, arquitetura e construção para uso público/privado (existência de rampa, elevador sonorizado e com Braille, semáforo sonoro e outros) – e150/e155					
Qualificador de e1					
II – CONDIÇÕES DE MORADIA E MUDANÇAS AMBIENTAIS – e2: Refere-se ao ambiente natural ou físico.					
Indicadores = grau de vulnerabilidade e de risco social (acessibilidade, privacidade de moradia, insalubridade e precarização do ambiente).					
QUALIFICADORES					
	0	1	2	3	4
6. Nível de vulnerabilidade e risco social do território de moradia (existem quaisquer aspectos climáticos ou evento natural ou de causa humana que sejam um problema para a pessoa com deficiência, tais como: morro, córrego, possível desabamento, inundações ou tempestades, poluição e/ou elevada violência?) – e210/e225/e230/e235					
7. Situação e condição de moradia (a moradia é um problema para a pessoa com deficiência? Observar se a residência ou instituição é adaptada e o grau de privacidade, observar se a residência é própria, alugada, cedida, de favor, ocupada, assentamento, pessoa em situação de rua, se é construção de alvenaria, madeira, taipa ou outros) – e298					
Qualificador de e2					
III – APOIO E RELACIONAMENTOS – e3: Refere-se às pessoas que fornecem proteção, apoio físico ou emocional. Refere-se ainda, aos relacionamentos com outras pessoas, na casa, na comunidade, escola ou apoio em outros aspectos das suas atividades diárias.					
Indicadores = inexistência de apoio e relacionamentos; apoio e relacionamentos insatisfatórios, que dificultam o convívio no âmbito das relações familiares, comunitárias, institucionais e sociais.					
QUALIFICADORES					
	0	1	2	3	4
8. Apoio e relacionamentos com a família (dispõe de apoio físico, emocional, afetivo e proteção da família? É satisfatório?) – e315					
9. Apoio e relacionamentos com conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos membros da comunidade (dispõe de apoio físico, emocional, afetivo e proteção? É satisfatório?) – e325					
10. Apoio e relacionamentos com profissionais de saúde, cuidadores e outros profissionais (dispõe de apoio físico, emocional, afetivo e proteção dos profissionais de saúde e/ou cuidadores? É satisfatório?) – e340/e355/e360					
11. Condições familiares que interferem na disponibilidade de apoio e relacionamentos (existem idoso na família? Existem crianças? Existem pessoas doentes ou com deficiência ou com dependência química? Vive distante dos membros familiares? A busca de sobrevivência material dificulta o relacionamento e a disponibilidade de apoio dos familiares às pessoas com deficiência?) – e398					
Qualificador de e3					
IV – ATITUDES – e4: Refere-se às atitudes que são as consequências observáveis de 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.					
Indicadores = atitudes preconceituosas, discriminatórias e/ou negligentes, que influenciam o comportamento					

individual e as ações da pessoa com deficiência.										
QUALIFICADORES					0	1	2	3	4	
12. Vive situações de atitudes preconceituosas, discriminatórias e/ou negligentes de membros da família? – e410/e415										
13. Vive situações de atitudes preconceituosas, discriminatórias e/ou negligentes de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos, membros da comunidade, profissionais de saúde e de educação e outros? – e425										
Qualificador de e4										
V – SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS – e5: Refere-se à rede de serviços, sistemas e políticas garantidoras de proteção social. Indicadores = não tem acesso, pela distância ou inexistência do serviço, ou o acesso disponível não supre suas necessidades.										
QUALIFICADORES					0	1	2	3	4	
14. Serviços, sistemas e políticas dos serviços públicos (os serviços de abastecimento de água, energia elétrica, saneamento básico, coleta de lixo, correios, segurança pública e outros estão disponíveis para suprir as necessidades da pessoa com deficiência?) – e530										
15. Serviços, sistemas e políticas de transporte (os serviços de transporte coletivo e/ou adaptado e/ou existência e inclusão em programa de livre acesso ao transporte coletivo estão disponíveis para suprir as necessidades da pessoa com deficiência?) – e540										
16. Serviços, sistemas e políticas legais (os serviços dos órgãos de proteção dos direitos sociais: Fóruns, Tribunais, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselho Tutelar, Cartórios, estão disponíveis para suprir as necessidades da pessoa com deficiência?) – e550										
17. Serviços, sistemas e políticas de saúde (hospitais, postos de saúde, programa de saúde da família e serviços de habilitação e reabilitação, entre outros, estão disponíveis para suprir as necessidades da pessoa com deficiência?) – e580										
18. Serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento (as escolas com educação inclusiva e/ou especializada na comunidade estão equipadas com materiais pedagógicos para suprir as necessidades da pessoa com deficiência?) – e585										
19. Serviços, sistemas e políticas de assistência social (o conjunto integrado de programas, serviços e benefícios de iniciativa pública e da sociedade para garantir a proteção social às pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social, tais como: ações socioassistenciais promovidas pelo PAIF, CRAS, CREAS e outros, estão disponíveis para suprir as necessidades da pessoa com deficiência?) – e598										
Qualificador de e5										
ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO – PARTE SOCIAL										
Qualificadores a serem usados: 0 – nenhuma dificuldade, 1 – dificuldade leve, 2 – dificuldade moderada, 3 – dificuldade grave, 4 – dificuldade completa										
<i>Considerar na análise o impacto/influência dos fatores ambientais na avaliação do desempenho para atividades e participação.</i>										
Atividade – é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Representa a perspectiva individual da funcionalidade.										
Participação – é o ato de se envolver em uma situação real de vida. Representa a perspectiva social da funcionalidade.										
VI – VIDA DOMÉSTICA – d6: Refere-se à realização de ações e tarefas do dia a dia. Exemplo: limpeza e reparos domésticos, cuidar de objetos pessoais, da casa e ajudar os outros. Indicadores = limitação no desempenho para executar uma tarefa ou tarefas com auxílio ou assistência pessoal.										
QUALIFICADORES					0	1	2	3	4	
20. Tem dificuldade em preparar refeições simples para si próprio e para outros? – d630										
21. Tem dificuldade em realizar atividades e ter responsabilidades relacionadas à vida doméstica e de cooperar com os demais membros da família? (administrar a casa, cuidar de objetos pessoais, da casa e de animais, entre outros) – d640/d650										
Qualificador de d6										
VII – RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS – d7: Refere-se à realização de ações e condutas necessárias para estabelecer interações pessoais, de maneira contextual e socialmente estabelecidas com outras pessoas (estranhos, amigos, familiares e companheiros). Indicadores = limitação no desempenho para manter relações interpessoais e controlar comportamentos de maneira contextual e socialmente estabelecida.										
QUALIFICADORES					0	1	2	3	4	
22. Tem dificuldade para se relacionar com os outros? (respeito, afeto, tolerância, atitude crítica, contato físico contextual e apropriado, reações adequadas) – d710										
23. Tem dificuldade em iniciar, manter ou terminar relações com outras pessoas, controlando emoções, impulsos, agressões verbais e/ou físicas e interagindo conforme as regras sociais? A autorepresentação da deficiência dificulta seus relacionamentos? – d720										

24. Tem dificuldade para estabelecer contatos ou ligações temporárias com estranhos, vizinhos, amigos ou conhecidos? – d730/d750					
25. Tem dificuldade para estabelecer relações com membros do núcleo familiar e outros parentes mais distantes? – d760					
Qualificador de d7					
VIII – ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA – d8: Refere-se à realização das tarefas e ações necessárias para participar das atividades de educação e transações econômicas. Indicadores = limitação no desempenho para executar determinada tarefa.					
QUALIFICADORES					
	0	1	2	3	4
26. Tem dificuldade em obter acesso, realizar ou participar de atividades e cumprir responsabilidades relacionadas à escola (inclusive curso profissionalizante e educação de jovens e adultos), interagindo com os demais alunos, professores e funcionários? – d820/d825					
27. Tem dificuldade em obter acesso, realizar ou participar de atividades e cumprir responsabilidades relacionadas a curso superior, interagindo com os demais alunos, professores e funcionários? – d830					
28. Tem dificuldade em realizar transações econômicas básicas, utilizando dinheiro para efetuar compras ou trocas de mercadorias? – d860					
Qualificador de d8					
IX – VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA – d9: Refere-se às ações e tarefas necessárias para participar da vida social organizada fora do âmbito familiar, em áreas da vida comunitária, social e cívica. Indicadores = limitação no desempenho em participar e realizar atividades relacionadas à vida comunitária, social e cívica.					
QUALIFICADORES					
	0	1	2	3	4
29. Tem dificuldade em participar de reuniões comunitárias, cerimônias sociais, associações e grupos sociais? – d910					
30. Tem dificuldade em participar de atividades recreativas e de lazer? (Excursões, jogos, esportes, cinema, museus e outras atividades culturais) – d920					
31. Tem dificuldade em participar da vida política e cidadania? (Desfrutar dos direitos, proteções, prerrogativas legais e deveres associados a este papel, inclusive em relação ao voto) – d950					
Qualificador de d9					

Fonte: BRASIL, 2011.

No caso da avaliação dos requerentes menores de 16 anos, o instrumental não exige informações pertinentes à cobertura previdenciária, mantém todos os fatores ambientais, mas apresenta algumas particularidades no eixo “atividades e participação – parte social”, dependendo da idade cronológica do/a requerente, conforme podemos conferir abaixo.

Quadro 3 – Instrumental de Avaliação Social – Criança e adolescente menor de 16 anos

AVALIAÇÃO SOCIAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – CRIANÇA E ADOLESCENTE MENOR DE 16 ANOS – ESPÉCIE 87 – BPC/LOAS
Deficiência Informada: () Deficiência Visual () Deficiência neuromusculoesquelética () Doença Mental () Deficiência Múltipla () Deficiência Auditiva () Deficiência Mental/Intelectual () Doença Crônica () Deficiência não informada Informada pelo: () Requerente () Acompanhante Identifique: _____ () Requerente não sabe informar () Representante legal Identifique: _____ () Requerente não tem condições de informar () Acompanhante ou representante legal não sabe informar
HISTÓRIA SOCIAL: [- - - - TEXTO - - - -]
FATORES AMBIENTAIS
Qualificadores a serem usados: 0 – nenhuma barreira, 1 – barreira leve, 2 – barreira moderada, 3 – barreira grave, 4 – barreira completa <i>Considerar na avaliação dos fatores ambientais</i> Ambiente social – relações de convívio familiar, comunitário e social, considerando a acessibilidade às políticas públicas, a vulnerabilidade e o risco pessoal e social a que a pessoa com deficiência está submetida. Ambiente físico – território onde vive e as condições de vida presentes, considerando a acessibilidade, salubridade ou insalubridade.
I – PRODUTOS E TECNOLOGIA – e1: Refere-se a qualquer produto, instrumento, equipamento ou tecnologia, inclusive os adaptados ou especialmente projetados para melhorar a funcionalidade de uma pessoa incapacitada. Analisar conforme a necessidade do requerente. Indicadores = disponibilidade; acesso com dificuldade (despesa, distância, geográfica entre o domicílio e o local de acesso, qualidade e periodicidade).

	QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
1. Produtos ou substâncias para consumo pessoal (há alimentação/dieta suficiente e/ou adequada, medicação disponível, entre outros?) – e110						
2. Produtos e tecnologia para uso pessoal e mobilidade na vida diária (há objetos necessários ou de uso pessoal disponíveis, como: órtese/prótese, bolsa coletora, sonda nasogástrica, nasoenteral ou de gastrostomia, nebulizador, instrumentos para cuidados e higiene pessoal, fralda descartável, colchão caixa (ou casca) de ovo, cama hospitalar, cadeira de rodas para banho e/ou locomoção, andador, bengala e outros?) – e115/e120						
3. Produtos e tecnologia para comunicação (há instrumentos disponíveis, como: computador, prótese de voz, aparelhos auditivos e outros?) – e125						
4. Produtos e tecnologia para educação, cultura e lazer (há materiais e produtos, como: livros, materiais educativos, adaptações de instrumentos musicais e de materiais artísticos disponíveis?) – e130/e140						
5. Produtos e tecnologia usados em projetos, arquitetura e construção para uso público/privado (existência de rampa, elevador sonorizado e com Braille, semáforo sonoro e outros) – e150/e155						
Qualificador de e1						
II – CONDIÇÕES DE MORADIA E MUDANÇAS AMBIENTAIS – e2: Refere-se ao ambiente natural ou físico. Indicadores = grau de vulnerabilidade e de risco social (acessibilidade, privacidade de moradia, insalubridade e precarização do ambiente).						
	QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
6. Nível de vulnerabilidade e risco social do território de moradia (existem quaisquer aspectos climáticos ou evento natural ou de causa humana que sejam um problema para a pessoa com deficiência, tais como: morro, córrego, possível desabamento, inundações ou tempestades, poluição e/ou elevada violência?) – e210/e225/e230/e235						
7. Situação e condição de moradia (a moradia é um problema para a pessoa com deficiência? Observar se a residência ou instituição é adaptada e o grau de privacidade, observar se a residência é própria, alugada, cedida, de favor, ocupada, assentamento, pessoa em situação de rua, se é construção de alvenaria, madeira, taipa ou outros) – e298						
Qualificador de e2						
III – APOIO E RELACIONAMENTOS – e3: Refere-se às pessoas que fornecem proteção, apoio físico ou emocional. Refere-se ainda, aos relacionamentos com outras pessoas, na casa, na comunidade, escola ou apoio em outros aspectos das suas atividades diárias. Indicadores = inexistência de apoio e relacionamentos; apoio e relacionamentos insatisfatórios, que dificultam o convívio no âmbito das relações familiares, comunitárias, institucionais e sociais.						
	QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
8. Apoio e relacionamentos com a família (dispõe de apoio físico, emocional, afetivo e proteção da família? É satisfatório?) – e315						
9. Apoio e relacionamentos com conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos membros da comunidade (dispõe de apoio físico, emocional, afetivo e proteção? É satisfatório?) – e325						
10. Apoio e relacionamentos com profissionais de saúde, cuidadores e outros profissionais (dispõe de apoio físico, emocional, afetivo e proteção dos profissionais de saúde e/ou cuidadores? É satisfatório?) – e340/e355/e360						
11. Condições familiares que interferem na disponibilidade de apoio e relacionamentos (existem idoso na família? Existem crianças? Existem pessoas doentes ou com deficiência ou com dependência química? Vive distante dos membros familiares? A busca de sobrevivência material dificulta o relacionamento e a disponibilidade de apoio dos familiares às pessoas com deficiência?) – e398						
Qualificador de e3						
IV – ATITUDES – e4: Refere-se às atitudes que são as consequências observáveis de 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. Indicadores = atitudes preconceituosas, discriminatórias e/ou negligentes, que influenciam o comportamento individual e as ações da pessoa com deficiência.						
	QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
12. Vive situações de atitudes preconceituosas, discriminatórias e/ou negligentes de membros da família? – e410/e415						
13. Vive situações de atitudes preconceituosas, discriminatórias e/ou negligentes de conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos, membros da comunidade, profissionais de saúde e de educação e outros? – e425						
Qualificador de e4						
V – SERVIÇOS, SISTEMAS E POLÍTICAS – e5: Refere-se à rede de serviços, sistemas e políticas garantidoras de proteção social. Indicadores = não tem acesso, pela distância ou inexistência do serviço, ou o acesso disponível não supre suas necessidades.						

	QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
14. Serviços, sistemas e políticas dos serviços públicos (os serviços de abastecimento de água, energia elétrica, saneamento básico, coleta de lixo, correios, segurança pública e outros estão disponíveis para suprir as necessidades da pessoa com deficiência?) – e530						
15. Serviços, sistemas e políticas de transporte (os serviços de transporte coletivo e/ou adaptado e/ou existência e inclusão em programa de livre acesso ao transporte coletivo estão disponíveis para suprir as necessidades da pessoa com deficiência?) – e540						
16. Serviços, sistemas e políticas legais (os serviços dos órgãos de proteção dos direitos sociais: Fóruns, Tribunais, Ministério Público, Defensoria Pública, Conselho Tutelar, Cartórios, estão disponíveis para suprir as necessidades da pessoa com deficiência?) – e550						
17. Serviços, sistemas e políticas de saúde (hospitais, postos de saúde, programa de saúde da família e serviços de habilitação e reabilitação, entre outros, estão disponíveis para suprir as necessidades da pessoa com deficiência?) – e580						
18. Serviços, sistemas e políticas de educação e treinamento (as escolas com educação inclusiva e/ou especializada na comunidade estão equipadas com materiais pedagógicos para suprir as necessidades da pessoa com deficiência?) – e585						
19. Serviços, sistemas e políticas de assistência social (o conjunto integrado de programas, serviços e benefícios de iniciativa pública e da sociedade para garantir a proteção social às pessoas em situação de vulnerabilidade e risco social, tais como: ações socioassistenciais promovidas pelo PAIF, CRAS, CREAS e outros, estão disponíveis para suprir as necessidades da pessoa com deficiência?) – e598						
Qualificador de e5						
ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO – PARTE SOCIAL						
Qualificadores a serem usados:						
0 – nenhuma dificuldade, 1 – dificuldade leve, 2 – dificuldade moderada, 3 – dificuldade grave, 4 – dificuldade completa						
<i>Considerar na análise o impacto/influência dos fatores ambientais na avaliação do desempenho para atividades e participação.</i>						
Atividade – é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Representa a perspectiva individual da funcionalidade.						
Participação – é o ato de se envolver em uma situação real de vida. Representa a perspectiva social da funcionalidade.						
VI – VIDA DOMÉSTICA – d6: Refere-se à realização de ações e tarefas do dia a dia. Exemplo: limpeza e reparos domésticos, cuidar de objetos pessoais, da casa e ajudar os outros.						
Indicadores = limitação no desempenho para executar uma tarefa ou tarefas com auxílio ou assistência pessoal.						
	QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
20. Tem dificuldade em preparar e se servir de alimentos e bebidas frios? – d630 (a partir de 7 anos)						
21. Tem dificuldade em colaborar com tarefas da vida doméstica que sejam adequadas a sua faixa etária? – d640 (a partir de 7 anos)						
22. Tem dificuldade em colaborar na manutenção e conserto de objetos pessoais ou domésticos e nos cuidados de plantas ou animais? – d650 (a partir de 12 anos)						
Qualificador de d6						
VII – RELAÇÕES E INTERAÇÕES INTERPESSOAIS – d7: Refere-se à realização de ações e condutas necessárias para estabelecer interações pessoais, de maneira contextual e socialmente estabelecidas com outras pessoas (estranhos, amigos, familiares e companheiros).						
Indicadores = limitação no desempenho para manter relações interpessoais e controlar comportamentos de maneira contextual e socialmente estabelecida.						
	QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
23. Tem dificuldade para se relacionar com os outros? (respeito, afeto, tolerância, atitude crítica, contato físico contextual e apropriado, reações adequadas para a faixa etária). Consegue distinguir familiares de estranhos? Reage adequadamente a situações conhecidas e desconhecidas? – d710 (a partir de 6 meses)						
24. Tem dificuldade em iniciar, manter ou terminar relações com outras pessoas, controlando emoções, impulsos, agressões verbais e/ou físicas e interagindo conforme as regras sociais, de forma compatível com a faixa etária? A autorepresentação da deficiência dificulta seus relacionamentos? – d720 (a partir de 7 anos)						
25. Tem dificuldade para estabelecer contatos ou ligações temporárias com estranhos, vizinhos, amigos ou conhecidos? (solicitar algo, fazer um agradecimento, formular indagações, perguntar um caminho) – d730/d750 (a partir de 3 anos)						
26. Tem dificuldade para estabelecer relações com membros do núcleo familiar e outros parentes mais distantes? – d760 (a partir de 3 anos)						
Qualificador de d7						
VIII – ÁREAS PRINCIPAIS DA VIDA – d8: Refere-se à realização das tarefas e ações necessárias para						

participar das atividades de educação e transações econômicas. Indicadores = limitação no desempenho para executar determinada tarefa.										
QUALIFICADORES					0	1	2	3	4	
27. Tem dificuldade em obter acesso, realizar ou participar de educação pré-escolar (creche ou similar), interagindo com os demais alunos, professores e funcionários? – d815/d816 (de 6 meses a menor de 6 anos)										
28. Tem dificuldade em obter acesso, realizar ou participar de atividades e cumprir responsabilidades relacionadas ao ensino fundamental e médio, interagindo com os demais alunos, professores e funcionários? – d820 (a partir de 6 anos)										
29. Tem dificuldade em obter acesso a curso de formação profissional, atender às exigências curriculares, de modo a concluí-lo, adequadamente e interagir com os demais alunos, professores e funcionários? – d825 (a partir de 14 anos)										
30. Tem dificuldade em utilizar brinquedos ou participar de brincadeiras e jogos com outros colegas, de forma adequada a sua faixa etária? – d880 (a partir de 6 meses)										
31. Tem dificuldade em realizar transações econômicas básicas, utilizando dinheiro para efetuar compras ou trocas de mercadorias? – d860 (a partir de 10 anos)										
Qualificador de d8										
IX – VIDA COMUNITÁRIA, SOCIAL E CÍVICA – d9: Refere-se às ações e tarefas necessárias para participar da vida social organizada fora do âmbito familiar, em áreas da vida comunitária, social e cívica. Indicadores = limitação no desempenho em participar e realizar atividades relacionadas à vida comunitária, social e cívica.										
QUALIFICADORES					0	1	2	3	4	
32. Tem dificuldade para se engajar em atividades, próprias para a sua faixa etária, em espaços públicos na vizinhança e comunidade? – d910 (a partir de 3 anos)										
33. Tem dificuldade em participar de atividades recreativas e de lazer, adequadas a sua faixa etária? (Excursões, jogos, esportes, cinema, museus e outras atividades culturais) – d920 (a partir de 7 anos)										
Qualificador de d9										

Fonte: BRASIL, 2011.

Esses instrumentais de avaliação social estão fundamentados no Decreto Presidencial n. 6.214/2007 que instituiu e introduziu a participação do/a profissional em serviço social no processo de reconhecimento inicial de direito das pessoas com deficiência ao BPC. Cabe aqui, apontar outros atos legais que reverteram nesse processo avaliativo, como o Decreto n. 6.564/2008, Decreto n. 6.949/2009 e o Decreto n. 7.617/2011.

De acordo com a IN 45, art. 385 § 4º, a avaliação social será realizada através de um instrumento técnico destinado à caracterização da deficiência e da incapacidade (nesse contexto ainda não havia ocorrido a alteração para impedimento de longo prazo), na qual se considera, para identificação de barreiras e dificuldades, os fatores ambientais, sociais, pessoais, a limitação do desempenho de atividades e a restrição de participação social dos/as requerentes do BPC. Nesse sentido, deve ser realizada sob conceitos e diretrizes éticas direcionadas para a materialização desse importante direito social.

No instrumental do/a assistente social, verificamos um espaço destinado para a elaboração da “história social” do/a requerente, nesse campo, é interessante deixar registrado os aspectos mais relevantes do processo avaliativo que clarifique a graduação realizada nas unidades de classificação do instrumental, tendo como objetivo revelar a conexão na avaliação dos eixos, ou seja, são complexos menores que fazem parte de um complexo maior que é a totalidade em constante movimento, assim

[...] é preciso registrar o que é relevante para subsidiar a avaliação social e médica, nos componentes “funções do corpo” e “atividades e participação”, sempre tendo como horizonte de atuação o nosso compromisso ético-político. Nesse sentido,

podemos ressaltar alguns aspectos informando se o requerente é adulto, criança ou adolescente, o tipo de doença ou deficiência declarada (MOREIRA, 2011, p. 05).

Cabe ainda que pontuar que, ao contextualizarmos as avaliações dos assistentes sociais tratando-se de crianças, devem ser enfatizadas as relações estabelecidas no âmbito da família, escola e comunidade, bem como a acessibilidade ao tratamento de saúde que envolve problematização em sua totalidade do processo saúde-doença. Com relação aos adultos, entendemos a centralidade do debate em torno da transversalidade das relações sociais que são estabelecidas contextualmente na dinâmica societal.

No componente “fatores ambientais” devem ser identificadas as barreiras e facilitadores ambientais para o desempenho em um determinado contexto, para o/a profissional chegar ao campo da universalidade, num movimento dialético, percebendo as múltiplas relações sociais, econômicas, políticas, entre outras. Para assim, perceber os rebatimentos, quando da interação do/a requerente com estas.

Com relação ao componente “atividades e participação”, na CIF (2003, p.147), é necessário problematizarmos a noção de “desempenho” que

descreve o que um indivíduo faz em seu ambiente habitual. Como o ambiente habitual incorpora um contexto social, o desempenho como registrado por este qualificador também pode ser entendido como “envolvimento em uma situação vital” ou “experiência vivida” das pessoas no contexto real em que elas vivem.

Assim, os fatores ambientais irão refletir no desempenho do/a requerente, e o/a avaliador/a deve estar atento a estes reflexos, seja nos domínios avaliados pelos/as assistentes sociais, sejam naqueles avaliados pelo/a perito/a médico/a, buscando considerar as diferentes dimensões presentes, dentro de uma concepção de totalidade.

Todos os motivos, relacionados ou não à deficiência/doença, devem ser considerados e a dificuldade de desempenho do/a requerente avaliada à luz dos fatores ambientais presentes e das demais dimensões. Como conceituado na CIF, o desempenho está relacionado ao que o requerente consegue fazer em seu ambiente habitual, sendo exatamente esse fazer ou não fazer e suas motivações que devem se constituir em objeto de análise.

Com relação à avaliação médica da deficiência e do grau de impedimento, são avaliados 13 (treze) domínios do eixo “funções do corpo”. Já no eixo “atividade e participação”, existem cinco domínios a serem avaliados pelo/a perito/a médico/a, conforme discriminados no quadro abaixo.

Quadro 4: Instrumental de avaliação médico-pericial – 16 anos ou mais

AValiação Médico-Pericial da Pessoa com Deficiência – 16 Anos ou Mais – Espécie 87 – BPC/LOAS	
HISTÓRIA CLÍNICA: [---- TEXTO ----]	EXAME FÍSICO: [---- TEXTO ----]
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: [---- TEXTO ----]	CID: _____
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: [---- TEXTO ----]	CID: _____

FUNÇÕES DO CORPO						
Qualificadores a serem usados:						
0 – nenhuma deficiência, 1 – deficiência leve, 2 – deficiência moderada, 3 – deficiência grave, 4 – deficiência completa.						
X – FUNÇÕES MENTAIS – b1						
	QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
32. Funções da consciência (vigília; obnubilação; coma; estado vegetativo e estado de alerta) – b110						
33. Funções da orientação (conhecimento e determinação da relação da pessoa consigo própria, com outras pessoas, objetos espaço, tempo e ambiente) – b114						
34. Funções intelectuais (várias funções mentais integradas, incluindo as funções cognitivas e seu desenvolvimento ao longo da vida. Verificar: retardo intelectual, retardo mental e demência) – b117						
35. Funções psicossociais globais (capacidades interpessoais necessárias para o estabelecimento de interações sociais recíprocas, em termos de significado e de finalidade; relacionamentos interpessoais) – b122						
36. Funções psicomotoras (controle e coordenação de partes do corpo) – b147						
37. Funções da emoção (funções mentais específicas relacionadas com a adequação, regulação e amplitude da emoção) – b152						
38. Funções cognitivas superiores (pensamento abstrato, tomada de decisão, planejamento e execução, flexibilidade mental) – b164						
39. Funções do pensamento (delírios, obsessões e compulsões) – b160						
40. Funções mentais da linguagem (recepção e expressão de linguagem gestual, decodificação e produção de mensagens de gestos feitos pelas mãos e outros movimentos) – b167						
	Qualificador de X-b1					
XI – FUNÇÕES SENSORIAIS DA VISÃO – b2						
	QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
41. Funções da visão – b210						
	Qualificador de XI-b2					
XII – FUNÇÕES SENSORIAIS DA AUDIÇÃO – b2						
	QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
42. Funções auditivas – b230						
	Qualificador de XII-b2					
XIII – FUNÇÕES DA VOZ E DA FALA – b3						
	QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
43. Funções da voz (produção e qualidade da voz, disфония, afonia, rouquidão) – b310						
44. Funções da articulação (produção de sons da fala, disartria e anartria) – b320						
	Qualificador de XIII-b3					
XIV – FUNÇÕES DO SISTEMA CARDIOVASCULAR – b4						
	QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
45. Funções do coração, dos vasos e da pressão sanguínea (ritmo, frequência, contratilidade, artérias, veias, capilares, pressão arterial) – b410/b415/b420						
	Qualificador de XIV-b4					
XV – FUNÇÕES DO SISTEMA HEMATOLÓGICO – b4						
	QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
46. Funções do sistema hematológico (relativas ao sangue, medula óssea e coagulação) – b430						
	Qualificador de XV-b4					
XVI – FUNÇÕES DO SISTEMA IMUNOLÓGICO – b4						
	QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
47. Funções do sistema imunológico (imunidade celular e humoral, deficiência autoimune, alterações no sistema linfático) – b435						
	Qualificador de XVI-b4					
XVII – FUNÇÕES DO SISTEMA RESPIRATÓRIO – b4						
	QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
48. Funções respiratórias (frequência, ritmo, profundidade e dificuldades – ex.: dispneia, espasmo brônquico, enfisema pulmonar) – b440						
	Qualificador de XVII-b4					
XVIII – FUNÇÕES DO SISTEMA DIGESTIVO – b5						
	QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
49. Funções do sistema digestivo (ingestão, digestão, absorção, defecação) – b510/b515/b525						
	Qualificador de XVIII-b5					

XIX – FUNÇÕES DOS SISTEMAS METABÓLICO E ENDÓCRINO – b5					
QUALIFICADORES					
	0	1	2	3	4
50. Funções metabólicas gerais e das glândulas endócrinas, inclusive as associadas à puberdade (metabolismo dos nutrientes, equilíbrio hidroeletrólítico, níveis hormonais no corpo) – b540/b545/b555/b560					
Qualificador de XIX-b5					
XX – FUNÇÕES GENITURINÁRIAS – b6					
QUALIFICADORES					
	0	1	2	3	4
51. Funções relacionadas à filtração ou eliminação da urina (insuficiência renal, anúria, bexiga hipotônica, outros) – b610/b620					
Qualificador de XX-b6					
XXI – FUNÇÕES NEOROMUSCULOESQUELÉTICAS E RELACIONADAS AO MOVIMENTO – b7					
QUALIFICADORES					
	0	1	2	3	4
52. Funções das articulações e/ou dos ossos (mobilidade das articulações e dos ossos) – b710/b715/b720					
53. Funções musculares (relacionadas à força, ao tônus e à resistência muscular) – b730/b735/b740					
54. Funções dos movimentos (relacionadas aos reflexos motores e dos movimentos involuntários, controle voluntário e involuntário) – b750/b755/b760/765					
55. Funções relacionadas ao padrão da marcha (deficiências como marcha espástica, hemiplégica, paraplégica, entre outras) – b770					
Qualificador de XXI-b7					
XXII – FUNÇÕES DA PELE – b8					
QUALIFICADORES					
	0	1	2	3	4
56. Funções da pele (função protetora, de reparo, produção do suor) – b810/b820/b830/b840					
Qualificador de XXII-b8					
EXISTE ALTERAÇÃO IMPORTANTE NA ESTRUTURA DO CORPO, QUE CONFIGURE MAU PROGNÓSTICO NESTE MOMENTO?					
<input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não é possível prognosticar <input type="checkbox"/> Sim Justifique: [- - - - - TEXTO - - - - -]					
ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO – PARTE MÉDICA					
Qualificadores a serem usados:					
0 – nenhuma dificuldade, 1 – dificuldade leve, 2 – dificuldade moderada, 3 – dificuldade grave, 4 – dificuldade completa					
<i>Considerar na análise o impacto/influência dos fatores ambientais na avaliação do desempenho para atividades e participação.</i>					
<i>Atividade – é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Representa a perspectiva individual da funcionalidade.</i>					
<i>Participação – é o ato de se envolver em uma situação real de vida. Representa a perspectiva social da funcionalidade.</i>					
XXIII – APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DE CONHECIMENTO – d1: Refere-se ao desempenho em aprender, aplicar o conhecimento aprendido, pensar, resolver problemas e tomar decisões.					
QUALIFICADORES					
	0	1	2	3	4
57. Experiências sensoriais intencionais de visão e audição (observar e ouvir) – d110/d115					
58. Aquisição de habilidades básicas (usar talheres, lápis, entre outros) e complexas (jogos, esportes, utilizar ferramentas, entre outros) – d155					
59. Aplicação de conhecimento (concentrar a atenção, pensar, ler, escrever, calcular, resolver problemas e tomar decisões) – d160/d163/d166/d170/d172/d175/d177					
Qualificador de d1					
XXIV – TAREFAS E DEMANDAS GERAIS – d2: Refere-se aos aspectos gerais da execução de uma única tarefa ou de várias tarefas, organização de rotinas e superação do estresse.					
QUALIFICADORES					
	0	1	2	3	4
60. Realizar a rotina diária (administrar o tempo para executar as atividades e deveres ao longo do dia) – d230					
61. Lidar como estresse e outras demandas psicológicas (lidar com responsabilidades, gerenciar e controlar crises) – d240					
Qualificador de d2					
XXVI – COMUNICAÇÃO – d3: Refere-se às características gerais e específicas da comunicação, por meio da linguagem, sinais e símbolos, incluindo a recepção e produção de mensagens, manutenção da conversação e utilização de dispositivos e técnicas de comunicação.					
QUALIFICADORES					
	0	1	2	3	4
62. Recepção de mensagens orais (compreender o significado de uma frase) – d310					
63. Recepção de mensagens não verbais (transmitidas por gestos, símbolos, fotos, desenhos)					

e expressões faciais)					
64. Recepção e compreensão de mensagens em linguagem de sinais convencionais (LIBRAS, e/ou leitura labial) – d320					
65. Recepção e compreensão de mensagens escritas ou em braile (revistas, livros, jornais e outros) – d325					
66. Fala (produção de palavras, frases e mensagens) – d330					
67. Produção de mensagens não verbais (usar gestos, símbolos ou desenhos para se comunicar) – d335					
68. Produção de mensagens em linguagem convencional de sinais (LIBRAS) – d340					
69. Conversação (iniciar, manter e finalizar uma troca de pensamentos e ideias, usando qualquer forma de linguagem) – d350					
Qualificador de d3					
IX – MOBILIDADE – d4: Refere-se ao movimento de mudar o corpo de posição ou de lugar, carregar, mover ou manipular objetos, ao andar ou deslocar-se.					
QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
70. Mudança e manutenção da posição do corpo (na cama, cadeira, cadeira de rodas, agachado e ajoelhado; autotransferir-se) – d410/d420					
71. Manusear, mover, deslocar e/ou carregar objetos (utilizando as partes do corpo, realizando movimentos finos) – d430/d435/d440/d445					
72. Andar (mover-se a pé, por curtas ou longas distâncias, sem auxílio de pessoas, equipamentos ou dispositivos) – d450					
73. Deslocar-se utilizando equipamentos ou dispositivo específico para facilitar a movimentação (andador, cadeira de rodas, muletas e outros) – d465					
Qualificador de d4					
XXVII – CUIDADO PESSOAL – d5: 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.					
QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
74. Cuidados com o corpo (lavar, secar, cuidar das mãos, dentes, unhas, nariz, cabelos, e/ou higiene após excreção) – d510/d520/d530					
75. Vestir-se (vestir, tirar e escolher roupas e calçados apropriados) – d540					
76. Coordenar os gestos para comer, beber alimentos e bebidas servidos, sem auxílio – d550/d560					
77. Cuidar da própria saúde (conforto físico, dieta, prevenção de doenças e busca de assistência) – d570					
CAUSA DA DEFICIÊNCIA: () Congênita () Complicações no parto () Doença () Acidente/violência () Dependência química () Ignorada					
A DEFICIÊNCIA IMPLICA IMPEDIMENTOS DE LONGO PRAZO? (Igual ou superior a 2 anos) <i>(Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas).</i> () Sim () Não é possível prever neste momento, mas há chances dos impedimentos se estenderem por longo prazo () Não Justifique: [- - - TEXTO - - -]					

Fonte: BRASIL, 2011.

Um elemento que deve ser problematizado, conforme consta no final desse instrumental, é o conceito de “longo prazo” do impedimento. Entendemos, dessa forma, então, que a deficiência não há que ser permanente. Até porque seria difícil prever, mediante as novas descobertas científicas, até que ponto uma deficiência pode durar por toda a vida da pessoa. Mecanismos novos podem ser criados de forma que uma limitação considerada permanente seja total ou parcialmente superada, não causando mais prejuízos para a pessoa afetada. Nesse sentido, subjazem alguns questionamentos, como: Qual é a temporalidade ao ser problematizado a concepção de “longo prazo”? Mais ou menos de dois anos? Mais ou menos de dez anos? Será que existe uma temporalidade, capaz de ser mensurada, para definirmos a existência de uma deficiência?

Quando da apropriação deste conceito, no caso do BPC para a pessoa com deficiência, o “entendimento” de “longo prazo”, foi estabelecido no referencial de dois anos ou mais, ancorado na possibilidade do processo revisional, conforme previsto no regulamento do benefício, quando tal prazo fica estabelecido em dois, após a concessão do benefício.

Com relação à avaliação dos requerentes menores de 16 anos, o instrumental apresenta algumas particularidades com relação aos domínios do eixo “funções do corpo”, considerando a idade cronológica do/a requerente, o que também é pertinente quando do processo de avaliação do eixo “atividades e participação – parte médica”, conforme podemos conferir abaixo.

Quadro 5: Instrumental de avaliação médico-pericial – Criança e adolescente menor de 16 anos

AVALIAÇÃO MÉDICO-PERICIAL DA PESSOA COM DEFICIÊNCIA – CRIANÇA E ADOLESCENTE MENOR DE 16 ANOS – ESPÉCIE 87 – BPC/LOAS						
HISTÓRIA CLÍNICA: [- - - - TEXTO - - - -] EXAME FÍSICO: [- - - - TEXTO - - - -]						
DIAGNÓSTICO PRINCIPAL: [- - - - TEXTO - - - -] CID: _____						
DIAGNÓSTICO SECUNDÁRIO: [- - - - TEXTO - - - -] CID: _____						
FUNÇÕES DO CORPO						
Qualificadores a serem usados: 0 – nenhuma deficiência, 1 – deficiência leve, 2 – deficiência moderada, 3 – deficiência grave, 4 – deficiência completa.						
X – FUNÇÕES MENTAIS – b1						
	QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
34. Funções da consciência (vigília; obnubilação; coma; estado vegetativo e estado de alerta) – b110						
35. Funções da orientação (conhecimento e determinação da relação da pessoa consigo própria, com outras pessoas, objetos espaço, tempo e ambiente) – b114 (a partir de 6 meses)						
36. Funções intelectuais (várias funções mentais integradas, incluindo as funções cognitivas e seu desenvolvimento ao longo da vida. Verificar: retardo intelectual, retardo mental e demência) – b117 (a partir de 6 meses)						
37. Funções psicossociais globais (capacidades interpessoais necessárias para o estabelecimento de interações sociais recíprocas, em termos de significado e de finalidade, adaptabilidade, responsividade, previsibilidade, persistência e acessibilidade, relacionamentos interpessoais compatíveis com a faixa etária) – b122/b125 (a partir de 1 ano)						
38. Funções do sono (início, manutenção, quantidade e qualidade do sono) – b134						
39. Funções da atenção (concentração, distração, compatíveis com a faixa etária) – b140 (a partir de 6 meses)						
40. Funções psicomotoras (controle e coordenação de partes do corpo, de forma compatível com a faixa etária) – b147 (a partir de 3 meses)						
41. Funções da emoção (funções mentais específicas relacionadas com a adequação, regulação e amplitude da emoção) – b152 (a partir de 7 anos)						
42. Funções da percepção (reconhecimento e interpretação de estímulos sensoriais envolvendo audição, visão, olfato, paladar e/ou tato, de forma compatível com a faixa etária) – b156 (a partir de 3 meses)						
43. Funções do pensamento (delírios, obsessões e compulsões) – b160 (a partir de 7 anos)						
44. Funções cognitivas básicas (conhecimento sobre objetos, eventos e experiências e a organização e aplicação deste conhecimento em tarefas que requerem atividade mental, de forma compatível com a faixa etária) – b163 (a partir de 3 anos)						
45. Funções cognitivas superiores (pensamento abstrato, tomada de decisão, planejamento e execução, flexibilidade mental, de forma compatível com a faixa etária) – b164 (a partir de 10 anos)						
46. Funções mentais da linguagem (recepção e expressão de linguagem gestual, decodificação e produção de mensagens de gestos feitos pelas mãos e outros movimentos) – b167 (a partir de 2 anos)						

Qualificador de X-b1										
XI – FUNÇÕES SENSORIAIS DA VISÃO – b2										
QUALIFICADORES						0	1	2	3	4
47. Funções da visão – b210										
Qualificador de XI-b2										
XII – FUNÇÕES SENSORIAIS DA AUDIÇÃO – b2										
QUALIFICADORES						0	1	2	3	4
48. Funções auditivas – b230										
Qualificador de XII-b2										
XIII – FUNÇÕES DA VOZ E DA FALA – b3										
QUALIFICADORES						0	1	2	3	4
49. Funções da voz (produção e qualidade da voz, disфония, afonia, rouquidão) – b310										
50. Funções da articulação (produção de sons da fala, disartria e anartria) – b320										
Qualificador de XIII-b3										
XIV – FUNÇÕES DO SISTEMA CARDIOVASCULAR – b4										
QUALIFICADORES						0	1	2	3	4
51. Funções do coração, dos vasos e da pressão sanguínea (ritmo, frequência, contratilidade, artérias, veias, capilares, pressão arterial) – b410/b415/b420										
Qualificador de XIV-b4										
XV – FUNÇÕES DO SISTEMA HEMATOLÓGICO – b4										
QUALIFICADORES						0	1	2	3	4
52. Funções do sistema hematológico (relativas ao sangue, medula óssea e coagulação) – b430										
Qualificador de XV-b4										
XVI – FUNÇÕES DO SISTEMA IMUNOLÓGICO – b4										
QUALIFICADORES						0	1	2	3	4
53. Funções do sistema imunológico (imunidade celular e humoral, deficiência autoimune, alterações no sistema linfático) – b435										
Qualificador de XVI-b4										
XVII – FUNÇÕES DO SISTEMA RESPIRATÓRIO – b4										
QUALIFICADORES						0	1	2	3	4
54. Funções respiratórias (frequência, ritmo, profundidade e dificuldades – ex.: dispneia, espasmo brônquico, enfisema pulmonar) – b440										
Qualificador de XVII-b4										
XVIII – FUNÇÕES DO SISTEMA DIGESTIVO – b5										
QUALIFICADORES						0	1	2	3	4
55. Funções do sistema digestivo (ingestão, digestão, absorção, defecação) – b510/b515/b525										
Qualificador de XVIII-b5										
XIX – FUNÇÕES DOS SISTEMAS METABÓLICO E ENDÓCRINO – b5										
QUALIFICADORES						0	1	2	3	4
56. Funções metabólicas gerais e das glândulas endócrinas, inclusive as associadas à puberdade (metabolismo dos nutrientes, equilíbrio hidroeletrólítico, níveis hormonais no corpo) – b540/b545/b555/b560										
Qualificador de XIX-b5										
XX – FUNÇÕES GENITURINÁRIAS – b6										
QUALIFICADORES						0	1	2	3	4
57. Funções relacionadas à filtração ou eliminação da urina (insuficiência renal, anúria, bexiga hipotônica, outros) – b610/b620										
Qualificador de XX-b6										
XXI – FUNÇÕES NEOROMUSCULOESQUELÉTICAS E RELACIONADAS AO MOVIMENTO – b7										
QUALIFICADORES						0	1	2	3	4
58. Funções das articulações e/ou dos ossos (mobilidade das articulações e dos ossos) – b710/b715/b720										
59. Funções musculares (relacionadas à força, ao tônus e à resistência muscular) – b730/b735/b740										
60. Funções dos movimentos (relacionadas aos reflexos motores e dos movimentos involuntários, controle voluntário e involuntário) – b750/b755/b760/765										
61. Funções relacionadas ao padrão da marcha (deficiências como marcha espástica, hemiplégica, paraplégica, entre outras) – b770										
Qualificador de XXI-b7										
XXII – FUNÇÕES DA PELE – b8										
QUALIFICADORES						0	1	2	3	4

62. Funções da pele (função protetora, de reparo, produção do suor) – b810/b820/b830/b840					
Qualificador de XXII-b8					
EXISTE ALTERAÇÃO IMPORTANTE NA ESTRUTURA DO CORPO, QUE CONFIGURE MAU PROGNÓSTICO NESTE MOMENTO?					
() Não () Não é possível prognosticar () Sim Justifique: [- - - - TEXTO - - - -]					
ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO – PARTE MÉDICA					
Qualificadores a serem usados:					
0 – nenhuma dificuldade, 1 – dificuldade leve, 2 – dificuldade moderada, 3 – dificuldade grave, 4 – dificuldade completa					
<i>Considerar na análise o impacto/influência dos fatores ambientais na avaliação do desempenho para atividades e participação.</i>					
<i>Atividade – é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Representa a perspectiva individual da funcionalidade.</i>					
<i>Participação – é o ato de se envolver em uma situação real de vida. Representa a perspectiva social da funcionalidade.</i>					
XXIII – APRENDIZAGEM E APLICAÇÃO DE CONHECIMENTO – d1: Refere-se ao desempenho em aprender, aplicar o conhecimento aprendido, pensar, resolver problemas e tomar decisões.					
QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
63. Percepções sensoriais intencionais (tocar, sentir texturas, explorar com a boca e nariz objetos, comida e bebida, de forma compatível com a faixa etária) – d120/d129 (a partir de 6 meses)					
64. Aprendizado básico (imitar, aprender brincando, copiar um gesto, som ou letras, jogos simbólicos ou “faz de conta”, de forma compatível com a faixa etária) – d130/d131 (a partir de 6 meses)					
65. Aquisição de linguagem para representar pessoas, objetos, eventos, acontecimentos, sentimentos, por meio de palavras, símbolos, expressões, frases ou gestos, de forma compatível com faixa etária – d133/d134 (a partir de 2 anos)					
66. Aquisição de conceitos sobre tamanho, forma, quantidade, comprimento, igual/diferente, grande/pequeno, esquerdo/direito, de forma compatível com a faixa etária – d137 (a partir de 3 anos)					
67. Aprender a ler, pronunciar, escrever, reconhecer símbolos, figuras, caracteres, números, sinais aritméticos, contar e/ou calcular, de forma compatível com a faixa etária – d140/d145/d150 (a partir de 6 anos)					
68. Aquisição de habilidades básicas (usar talheres, lápis, entre outros) e complexas (jogos, esportes, utilizar ferramentas, entre outros), de forma compatível com a faixa etária – d155 (a partir de 2 anos)					
69. Aplicação de conhecimento (concentrar a atenção, pensar, ler, escrever, calcular, resolver problemas e tomar decisões, de forma compatível com a faixa etária) – d160/d163/d166/d170/d172/d175/d177 (a partir de 7 anos)					
Qualificador de d1					
XXIV – TAREFAS E DEMANDAS GERAIS – d2: Refere-se aos aspectos gerais da execução de uma única tarefa ou de várias tarefas, organização de rotinas e superação do estresse.					
QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
70. Realizar uma única tarefa ou atender a um único comando (preensão palmar voluntária, pegar voluntariamente um objeto), de forma compatível com a faixa etária – d210 (a partir de 6 meses)					
71. Realizar tarefas múltiplas, atender a comandos múltiplos, realizar a rotina diária, de forma independente ou a comando de outros, de forma compatível com a faixa etária – d220/d230 (a partir de 7 anos)					
72. Gerenciar o próprio comportamento e emoções frente a determinadas demandas de forma coerente e compatível com a faixa etária – d250 (a partir de 7 anos)					
Qualificador de d2					
XXVI – COMUNICAÇÃO – d3: Refere-se às características gerais e específicas da comunicação, por meio da linguagem, sinais e símbolos, incluindo a recepção e produção de mensagens, manutenção da conversação e utilização de dispositivos e técnicas de comunicação.					
QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
73. Recepção de mensagens orais (compreender, de forma compatível com faixa etária, o significado de uma frase) – d310 (a partir de 1 ano)					
74. Recepção de mensagens não verbais (compreender, de forma compatível com faixa etária, mensagens transmitidas por gestos, símbolos, fotos, desenhos e expressões faciais) – d315 (a partir de 2 anos)					
75. Recepção e compreensão de mensagens em linguagem de sinais convencionais (LIBRAS, e/ou leitura labial), de forma compatível com a faixa etária – d320					

(a partir de 7 anos)					
76. Recepção e compreensão de mensagens escritas ou em braile (revistas, livros, jornais e outros), de forma compatível com a faixa etária – d325 (a partir de 7 anos)					
77. Fala (produção de sílabas, palavras, frases e mensagens, de forma compatível com a faixa etária) – d330 (a partir de 1 ano)					
78. Produção de mensagens não verbais (usar gestos, símbolos ou desenhos para se comunicar, de forma compatível com a faixa etária) – d335 (a partir de 1 ano)					
79. Produção de mensagens em linguagem convencional de sinais (LIBRAS) – d340 (a partir de 7 anos)					
80. Conversação (iniciar, manter e finalizar uma troca de pensamentos e ideias, de forma compatível com a faixa etária, usando qualquer forma de linguagem) – d350 (a partir de 3 anos)					
Qualificador de d3					
IX – MOBILIDADE – d4: Refere-se ao movimento de mudar o corpo de posição ou de lugar, carregar, mover ou manipular objetos, ao andar ou deslocar-se.					
QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
81. Mudança da posição básica do corpo (levantar, ajoelhar, agachar, deitar, e/ou rolar, de forma compatível com faixa etária) – d410 (a partir de 6 meses)					
82. Mover-se de uma superfície para outra, sem mudar a posição do corpo, na cama (de deitado para deitado), na cadeira ou cadeira de rodas (de sentado para sentado) – d420 (a partir de 3 anos)					
83. Manusear, mover, deslocar e/ou carregar brinquedos ou objetos, de forma compatível com a faixa etária – d430/d435/d440/d445 (a partir de 6 meses)					
84. Andar (mover-se a pé, por curtas ou longas distâncias, sem auxílio de pessoas, equipamentos ou dispositivos) – d450 (a partir de 2 anos)					
85. Deslocar-se utilizando equipamentos ou dispositivo específico para facilitar a movimentação (andador, cadeira de rodas, muletas e outros) – d465 (a partir de 3 anos)					
Qualificador de d4					
XXVII – CUIDADO PESSOAL – d5: 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.					
QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
86. Cuidados com o corpo (lavar, secar, cuidar das mãos, dentes, unhas, nariz, cabelos, e/ou higiene após excreção, com supervisão ou não, de forma compatível com a faixa etária) – d510/d520/d530 (a partir de 5 anos)					
87. Vestir-se (vestir e tirar roupas e calçados), de forma compatível com a faixa etária – d540 (a partir de 3 anos)					
88. Coordenar os gestos para comer, beber alimentos e bebidas servidos, sem auxílio, de forma compatível com a faixa etária – d550/d560 (a partir de 3 anos)					
89. Evitar exposição a riscos ou situações perigosas, de forma compatível com a faixa etária – d571 (a partir de 7 anos)					
CAUSA DA DEFICIÊNCIA: () Congênita () Complicações no parto () Doença () Acidente/violência () Dependência química () Ignorada					
A DEFICIÊNCIA IMPLICA IMPEDIMENTOS DE LONGO PRAZO? (Igual ou superior a 2 anos) <i>(Pessoas com deficiência são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas).</i> () Sim () Não é possível prever neste momento, mas há chances dos impedimentos se estenderem por longo prazo () Não Justifique: [- - - - TEXTO - - - -]					

Fonte: BRASIL, 2011.

Conforme colocado anteriormente, não são todas as pessoas com deficiência que serão avaliadas na totalidade desses domínios. Na avaliação médica, assim como na avaliação social, será levada em consideração a idade do/a requerente, critério que orientará quais domínios serão avaliados. Vale lembrar que a avaliação médica é realizada após a avaliação social, considerando que o/a perito/a médico/a deve observar o parecer técnico do/a assistente social, responsável pela contextualização da doença/deficiência. De

tal forma, que o/a perito/a médico/a deve levar em consideração os fatores ambientais do/a requerente quando do processo avaliativo.

Para a discussão deste capítulo, mas não com intuito de esgotar o debate sobre o modelo de avaliação da pessoa com deficiência que pleiteia o BPC, interesse revelar que

Logo no início da implantação do novo modelo de avaliação, em Junho de 2009, várias questões surgiram e o grupo precisou trabalhar no aprimoramento dos instrumentos de avaliação. Integrantes do grupo de trabalho passaram a participar de reuniões técnicas em Gerências Executivas de todo o Brasil, quando tiveram oportunidade de ouvir os profissionais avaliadores, suas críticas e sugestões. Uma segunda versão incorporando várias propostas surgidas só implantada em Junho de 2011, estando em vigor até hoje. Da mesma forma, a implantação dessa nova versão suscitou de imediato a necessidade de novos ajustes, sobretudo porque muitos paradigmas foram alterados pela promulgação das Leis 12.435 e 12.470, poucas semanas após, em 2011. Desde então, integrantes do grupo de trabalho responsável pelo monitoramento do modelo, vem trabalhando na 3ª versão dos instrumentos de avaliação, mais do que necessária, tendo em vista as mudanças introduzidas pelas mencionadas leis, já incorporadas pelo Decreto 6.214/07 e suas alterações posteriores, mas ainda não incorporadas pelos instrumentos de avaliação. A proposta é que essa nova versão, embora mais extensa, seja mais clara para os profissionais avaliadores e corrija distorções provocadas por compreensões e interpretações equivocadas por parte dos mesmos (INFORMANTE 2).

Enquanto a publicação dessa “nova versão” não ocorre, como tem se materializado o processo avaliativo com o atual instrumental?

Essa indagação é plena de significados, que problematizaremos, no próximo capítulo, a partir da fala dos/as profissionais que operam esses instrumentos – interlocutores/as da pesquisa – buscando compreender a dinâmica processual que envolve a avaliação médico-social da pessoa com deficiência que requer o BPC.

4. MODELO MÉDICO-SOCIAL NO ACESSO AO BPC: “A VEZ E A VOZ” DOS/AS PROFISSIONAIS MÉDICOS/AS E ASSISTENTES SOCIAIS

4.1 Cenário do estudo e perfil dos/as interlocutores/as

Nesta pesquisa, cabe destacar, que apesar de ter como setor a política pública previdenciária, não podemos deixar de considerar a importância de uma análise intersetorial do contexto, conforme problematizamos em linha atrás, mais precisamente no capítulo dois deste trabalho, pois, trata-se de um benefício que é da política de assistência social, mas operacionalizado na previdência, sendo a saúde, também enquanto política pública, transversal a esse panorama. Entendendo nosso objeto no movimento desse contexto, desenvolvemos nossa pesquisa nas Agências da Previdência Social (APS) da Gerência Executiva Fortaleza (GEXFOR), mais especificamente as APS localizadas na cidade de Fortaleza, totalizando oito agências. Cabe rememorar que o objetivo geral desta pesquisa é compreender as concepções e percepções dos/as profissionais que norteiam o modo de avaliar o/a requerente com deficiência do BPC, nesse sentido os/as interlocutores/as desta pesquisa estão lotados/as nas APS e realizam a avaliação social ou médica das pessoas que requerem tal benefício.

A GEXFOR tem em seu quadro de servidores/as um total de 36 assistentes sociais que operacionalizam o BPC/LOAS⁹, destes/as 17 atuam em APS na cidade de Fortaleza. Com relação aos/as peritos/as médicos/as, estes/as totalizam 82 que realizam a avaliação médico-social em APS, dos quais 64 exercem suas atividades laborativas habituais em APS na capital cearense.

Desse total de profissionais, entrevistamos oito peritos/as médicos/as e seis assistentes sociais, obedecendo ao critério de inclusão já exposto, atuar em APS e participar do processo avaliativo das pessoas com deficiência que pleiteiam o BPC.

Para analisarmos as discussões sobre as concepções dos/as interlocutores/ras desta pesquisa no processo de avaliação da pessoa com deficiência que requer o BPC, consideramos importante destacar algumas, ainda que breves, informações sobre o perfil destes/as profissionais. Nesse sentido, os primeiros elementos de coleta de dados do material empírico contempla aspectos relacionados ao/a: sexo, idade, tempo de serviço no INSS, instituição de graduação, cursos (outra graduação, pós-graduação, curso de qualificação), experiências profissionais (além do INSS), bem como a área destas últimas. Isso é fundamental, pois, conforme Oliveira (2006, p. 125), “[...] As visões, valores e crenças

⁹ Esta observação é pertinente, pois outras 11 atuam no setor de revisão bienal do BPC/LOAS, reabilitação profissional, APS Atendimento Demanda Judicial (avaliação social em fase de recurso judicial), gestão de pessoas, programa de educação previdenciária e cargos de gestão administrativa no âmbito da Gerência Executiva Fortaleza.

não podem ser compreendidos sem a identificação dos sujeitos e do contexto onde estão inseridos [...]”.

No tocante ao perfil dos/as profissionais da área médica: quatro são do sexo feminino e quatro masculino; a idade cronológica varia entre 35 e 57 anos; com relação ao tempo de serviço na previdência social, ocorre uma variação entre sete e quinze anos; todos/as operacionalizaram o modelo avaliativo da pessoa com deficiência vigente até 31 de maio de 2009; apenas um/a é formado/a por instituição privada de ensino, os/as demais possuem graduação em universidades públicas; com relação ao acesso a outro curso (graduação, pós-graduação ou curso de qualificação), todos/as possuem residência médica (nas mais diversas áreas, a saber: anestesiologia, dermatologia, ginecologia, oftalmologia, ortopedia e psiquiatria), três possuem curso de pós-graduação lato sensu em medicina do trabalho, um em emergências médicas, um em saúde pública, gestão dos serviços de saúde e psicodrama, três não possuem nenhuma especialização, nessa modalidade; verificamos ainda, que sete destes/as profissionais revelam vivência em consultório (cinco atuam no âmbito particular e dois na esfera pública), apenas um não refere contato com essa modalidade de atendimento.

Com relação ao serviço social: todas as profissionais são do sexo feminino; no tocante a faixa etária, está situada entre 27 e 56 anos; no aspecto que concerne ao tempo de exercício profissional na previdência pública, registramos uma variação temporal que fica entre quatro e trinta anos; todas as profissionais são formadas pela Universidade Estadual do Ceará; com relação ao acesso a outro curso (graduação, pós-graduação ou curso de qualificação), duas possuem outra graduação (direito ou farmácia, ambas em instituição pública), três possuem curso de especialização lato sensu (uma especialização em direito previdenciário e análises clínicas, uma em saúde pública e outra possui em direito previdenciário do trabalho), outras duas realizaram curso de curta duração em: legislação previdenciária ou saúde mental; no aspecto que envolve a experiência profissional anterior à previdência social, apenas duas não informam (sendo que destas, uma relata que já trabalhou na atenção farmacêutica devido sua primeira graduação), as outras quatro revelam vivência profissional nas áreas da/o: assistência social, jurídico e fiscalização do exercício profissional.

4.2 Análise do modelo biopsicossocial: interlocução entre teoria e prática dos/as peritos/as médicos/as e assistentes sociais

Nas próximas linhas, problematizaremos algumas categorias centrais, fundantes quando da análise do processo de reconhecimento inicial de direito da pessoa com deficiência no acesso ao BPC. Os/as peritos/as médicos/as serão identificados/as pela sigla

“PM”, seguida de uma numeração, estabelecida conforme sequência das entrevistas realizadas pelo pesquisador. Essa observação é pertinente também para as assistentes sociais, sendo identificadas pela sigla “AS”, seguida de indicação numérica, conforme já expomos.

4.2.1 A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) e a relação com avaliação médico-social

Neste tópico, abordaremos a relação que os/as interlocutores desta pesquisa concatenam entre a CIF e a avaliação biopsicossocial, compreendendo as interlocuções estabelecidas partir das concepções que os/as profissionais envolvidos/as nesse processo elaboram.

Entendemos que a CIF problematiza aspectos relacionados à funcionalidade e incapacidade de forma articulada a condição de saúde, revelando os limites e possibilidades das atividades que o indivíduo pode desenvolver ou mesmo participar em seu cotidiano, levando em consideração “as funções dos órgãos ou sistemas e estruturas do corpo, assim como as limitações de atividades e da participação social no meio ambiente que a pessoa vive” (FARIAS; BUCHALLA, 2005, p. 189).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), existe uma relação de complementariedade entre CID-10¹⁰ e CIF. Nesse sentido, a defesa é de que o diagnóstico quando associado à funcionalidade poderá fornecer um processo avaliativo mais amplo sobre a condição de saúde de uma pessoa ou população. Assim, torna-se mais fácil compreender quando duas pessoas acometidas pelo mesmo tipo de neoplasia maligna, por exemplo, terão, provavelmente, considerando essa abordagem, funcionalidades distintas.

Para a maioria dos/das profissionais envolvidos/as no processo de avaliação da pessoa com deficiência no acesso ao BPC, com instrumentais norteados pela CIF, é possível compreender o/a requerente com lesão e/ou doença de forma contextualizada, considerando as múltiplas relações sociais que este/a estabelece, o que é apontado, por ambas as categorias (peritos/as e assistente sociais), como um avanço em relação ao modelo anterior.

[...] ela ver o individuo como um todo, a concepção social o que faz como é que faz, como se porta a doença dele num grupo, o que acontece com esse grupo, o que vai acontecer no ponto de vista de atividade laborativa também. [...] (PM-01).

¹⁰ Para Nubila e Buchalla (2008), a Classificação Internacional de Doenças (CID) veio sendo estruturada, por mais de um século, primeiro como forma de responder à necessidade de conhecer as causas da morte. Passou a ser alvo de crescente interesse e seu uso foi ampliado para codificar situações de pacientes hospitalizados, depois consultas de ambulatorios e atenção primária, sendo seu uso sedimentado também para morbidade. A sua Décima Revisão, denominada “Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde”, ou de forma abreviada “CID-10”, é a mais recente revisão da “Classificação de Bertillon” de 1893, que era inicialmente uma classificação de causas de morte, e apenas a partir da Sexta Revisão passou a ser uma classificação que incluiu todas as doenças e motivos de consultas, possibilitando seu uso em morbidade.

[...] a CIF [...] foi um avanço, porque você consegue visualizar o indivíduo não só na sua doença, mas todo o contexto, a conjuntura que ele traz [...] do contrário, você ver o indivíduo somente na sua doença, somente no seu CID, no Código Internacional de Doenças, somente na doença que ela traz, ele é simplesmente um amputado, que com a CIF... é um amputado que, tem baixa escolaridade, foi abandonado pela mãe, que mora num bairro distante dos grandes centros, que não teve acesso a saúde, e foi amputado porque? Porque tinha uma diabetes que não foi controlada porque o posto de saúde não funcionava ao ponto de amputar a perna. (AS-01).

As falas da maioria dos/as profissionais corrobora a abordagem da CIF numa perspectiva biopsicossocial que discute os componentes de saúde nas funções e estruturas do corpo, bem como no aspecto social. Dessa forma, esse modelo é diferenciado do biomédico, por integrar um movimento que considera, para além do biológico, as percepções psicológicas (individual) e a interação social. Essa proposta avaliativa, conforme as análises de Farias e Buchalla (2005, p. 189), “[...] cada nível age e sofre ação dos demais, sendo todos influenciados pelos fatores ambientais”.

No entanto, identificamos na fala de um/a perito/a médico/a entrevistado/a, uma avaliação bastante diferente. Ele/a reconhece as vantagens do instrumento, mas acredita que a proposta da CIF não é seguida pela sua categoria e sim a visão tradicional do modelo biomédico centrado na clínica. Para Martins (2004), como os/as médicos/as tradicionalmente detêm o poder de decidir, talvez não admitam partilhar essa “força” com outro/a profissional. Esse movimento, conforme o/a referido/a interlocutor/a, é referendado pelo próprio contexto institucional.

[...] quando a CIF surgiu [...] ela representava uma perspectiva de uma abordagem mais intersetorial, mais abrangente do processo saúde-doença e iria de certa maneira contribuir para que essa visão do médico-perito não se restringisse apenas aos aspectos clínicos ou médicos, mas pudesse compreender a questão da incapacidade do trabalho a partir de elementos ligados a outros setores, trabalho, lazer, condições econômicas, dinâmica familiar, enfim, situação de inclusão ou exclusão na sociedade e tal [...] seria um instrumento pra essa abordagem mais abrangente e representaria... esse avanço de qualidade na abordagem médico-pericial, no entanto, isso não ocorreu, quer dizer, concretamente a CIF não foi adotada pelos médicos-peritos até por uma insuficiência no direcionamento dos níveis hierárquicos da gestão do INSS, então existe hoje uma dicotomia hoje entre a visão médico-pericial e a visão social onde a incapacidade de trabalho avaliada pelo médico-perito tá muito mais embasada na clínica do que nessa conjunção de fatores que poderiam contribuir pra entender a incapacidade para o trabalho [...] (PM-02).

Na fala de uma das assistentes sociais entrevistadas, é evidenciada essa dicotomia que o/a perito/a médico/a relatou, acima, donde podemos constar que a avaliação médico-social proposta pelo Decreto 6.214/2007 com fundamentação na CIF, ainda está longe do proposto legalmente.

[...] enxergar esse requerente no todo levando em conta a deficiência que ele tem, o ambiente em que ele vive, as condições de vida que ele tem, o que ele tem acesso e o que ele não tem, em que isso interfere nessa deficiência [...] mas infelizmente ela não é discutida quando se vai fazer a parte médica [...] (AS-04).

Estas argumentações dos/as interlocutores/as mencionadas são reforçadas pelo relato de outro/a profissional que defende a objetividade da avaliação médica, sem a

interferência da avaliação social, mesmo reconhecendo que a avaliação social pode complementar a médica, vejamos:

[...] a avaliação médica [...] é objetiva, [...] sem ser interferida pela avaliação social, a avaliação social ela já vai somar pra avaliação médica e pra própria estrutura que é definida pra concessão do benefício [...] (PM-07).

Nesse sentido, fica evidenciado que nem todos/as os/as profissionais conseguiram “incorporar” o escopo de análise proposto pela CIF. Compreendemos que esse modelo introduziu um novo paradigma para pensar e trabalhar a deficiência, defendendo que elas não são apenas uma consequência das condições de saúde/doença, mas são determinadas também pelo contexto do meio ambiente físico e social, pelas diferentes percepções culturais e atitudes em relação à deficiência, pela disponibilidade de serviços e legislações públicas. Assim, a CIF não tem como objetivo fim e único apenas a contribuição na constatação ou não de determinado grau de deficiência e limitação no desempenho, mas contribuir para o fomento das políticas públicas, considerando os elementos que emergem nesse contexto, ou seja, a partir do movimento do real. Assim, sabemos que os avanços consubstanciam desafios, nesse sentido, começamos a percebê-los, ainda que nesses breves relatos.

Então, nesse contexto perpassado por adjetivações, nos interessa compreender o que os/as peritos médicos/as e as assistentes sociais consideram relevante no processo de avaliação desse/a requerente que pleiteia o BPC. Esse será o tema do nosso próximo tópico.

4.2.2 Avaliação médico-social da pessoa com deficiência no acesso ao BPC: “da aparência a essência”

Esse processo avaliativo à luz de um instrumental embasado na CIF, conforme redação promulgada pelo Decreto 7.617/2011, considera quando da avaliação social, os fatores ambientais, sociais e pessoais, já a avaliação médica levará em conta deficiências nas funções e nas estruturas do corpo, e ambas considerarão a limitação do desempenho de atividades e a restrição da participação social, segundo suas especificidades. Nesse sentido, nos interessa problematizar como e o que orienta, em termos de fundamentação teórico-metodológica e ético-política, esses/as profissionais no processo de trabalho cotidiano.

Constatamos que a maioria das assistentes sociais ponderam a relevância de compreender o movimento para além do instrumental, sendo este apenas um norte para a avaliação não ser fragmentada, descolada da processualidade histórica que o/a requerente é parte.

[...] conceitos sobre deficiência, você tem que ter domínio sobre pessoa com deficiência de acessibilidade, de políticas públicas voltadas pra pessoas com

deficiência, você tem que ter esse domínio, tem que ter um domínio sobre instrumentalidade [...] (AS-01).

Um/a dos/as interlocutores/as enfatiza a objetividade do processo, generalizando o manejo da avaliação ao relatar que “[...] São observados os itens postos no formulário do sistema de avaliação, são observados aqueles critérios e aquelas pontuações, não são observados diretrizes específicas [...] (PM-07)”. Será que ele/a não estaria reproduzindo práticas burocráticas, rotineiras, imediatistas?

Outro/a profissional inicia a fala com problematizações que apontam para um escopo de análise e compreensão a partir da percepção universal do processo, mas na conclusão do diálogo o/a interlocutor/a da pesquisa reforça a necessidade de acesso ao mercado de trabalho, sem qualquer preocupação com o tipo de vínculo que será estabelecido, vejamos:

[...] Além da gente sempre ter um olhar social também [...] nesse momento ai vai se ver a capacidade que essa pessoa tem a nível cognitivo, a nível social e também físico, mental, essa parte médica mesmo, vai se avaliar o exame físico, vai se avaliar os exames laboratoriais que ela possa trazer que subsidia algum diagnóstico que possa levar a implicar numa patologia que a incapacite somado a isso ai avaliar o lado social porque às vezes, vamos supor um diabético, que tenha condições a acesso de tratamento quando desenvolve uma retinopatia diabética ele tem uma chance muito maior de não se tornar um cego do que um diabético que tá lá na periferia sem acesso ao tratamento de saúde aos medicamentos, ao oftalmologista a fazer um tratamento com laser, então esse está mais suscetível a se tornar um deficiente mesmo por conta do diabetes por falta do tratamento que é um problema social do que uma pessoa que tenha o mesmo problema de saúde, mas tenha acessos aos tratamentos devidos as sequelas são menores e conseqüentemente não vai se tornar invalido [...] então, realmente é muito subjetivo, cada caso é um caso, você tem que avaliar como médico o diagnóstico, os exames que traz, os tratamentos que faz, e como aquele paciente se encontra naquele momento [...] o que pode ser feito pra se tornar um homem apto ao trabalho [...] (PM-03).

Desvendando a aparência dos processos, adentrando o campo da essência, constatamos que alguns discursos revelam que o/a perito/a médico/a utiliza do arcabouço avaliativo dos benefícios por incapacidade previdenciários para realizar a avaliação do/a requerente que pleiteia o BPC. Cabe ressaltar, que tais benefícios, inseridos na lógica do seguro, privilegiam o modelo biomédico.

[...] o médico perito passou a se instrumentalizar pelos mesmos protocolos que orientam a concessão de auxílio doença, são os mesmos protocolos, são as mesmas avaliações, os mesmos critérios, os mesmos parâmetros pra incapacidade para o trabalho, por exemplo, na área de oftalmologia, na área de ortopedia, clinica médica, cardiologia e psiquiatria que são os protocolos que a gente tem hoje, eles são orientadores também da avaliação do BPC, então, na verdade, não existe nenhuma outra forma do médico perito se referenciar se não essa, então, por exemplo, se o individuo está desempregado, nunca contribuiu, tem sessenta e dois anos e, com certeza, ele não vai conseguir se inserir no mercado de trabalho por conta de uma doença cardiológica ou de uma doença pulmonar ou de uma doença reumática, a abordagem que o médico perito vai ter é a mesma clinica do auxílio doença e ele vai pontuar hoje através do mecanismo do SIBE¹¹, ele vai pontuar de acordo com esse referencial se a dor e a limitação funcional for leve vai ser leve e independentemente se ele tenha sessenta e dois anos e com aquela incapacidade ele não vai conseguir trabalhar [...] (PM-02).

¹¹ O Sistema Integrado de Benefícios (SIBE) é um programa que articula o reconhecimento inicial de direito relativo aos benefícios previdenciários e assistenciais.

[...] o médico faz a parte médica dele levando em conta muito mais exclusivamente a deficiência, pouquíssimo ele avalia em termos de participação, a ponto de a gente encontrar uma avaliação em que o resultado é grave pros fatores ambientais, grave pros fatores de participação e leve pra estrutura do corpo. Então isso significa o que? Ele considerou que a pessoa tem uma participação muito limitada na vida social, no que ele pode desenvolver, mas que essa deficiência é leve, como uma deficiência é leve e pode limitar tanto uma pessoa? [...] (AS-04).

Destacamos que são profissionais de áreas distintas, mas com análises complementares em relação ao processo, apontando a fragmentação nesse mecanismo avaliativo, *a priori* conjugado. São revelações que suscitam respostas para além dos movimentos de culpabilização do indivíduo, ou do/a profissional, uma vez que o próprio contexto institucional, atravessado por metas quantitativas, rememora os tempos do fordismo/keynesianismo num intenso movimento de produção em série e em massa.

Nessas falas os/as profissionais corroboram o tensionamento, ainda presente, do “modelo médico” versus “modelo social”, sendo o primeiro aquele que enfatiza, conforme a CIF (2003, p. 32), “[...] a incapacidade como um problema da pessoa, causado diretamente pela doença, trauma ou outro estado de saúde, que requer assistência médica fornecida através de tratamento individual”, em outros termos a questão da assistência médica deve ser priorizada e na arena política a solução é uma reforma, apenas, da saúde pública. Já a perspectiva social, defende que esse é um problema criado socialmente, sendo, nesse sentido, uma teia complexa de desigualdades e paradoxos fincados na sociedade contemporânea. Para o modelo social, trata-se de um embate que não deve ser travado apenas no campo da saúde, mas das demais políticas públicas também. Então, podemos concluir que a causa da dicotomia não é individual, mas coletiva.

Sabemos que a CIF é fundamentada na interação dialética desses dois modelos. Pois, a abordagem “biopsicossocial” suscita a compreensão de uma perspectiva que aprecie as diversas concepções de funcionalidade. Nesse sentido, concluímos que a CIF objetiva contemplar a saúde considerando as dimensões biológica, individual e social (CIF, 2003).

É importante destacar que o trabalho do/a assistente social no INSS, com relação a sua inserção na avaliação médico-social, encontra fundamentação legal no Decreto 6.214/2007 e suas alterações posteriores, que promulga a participação desse/a profissional na avaliação da pessoa com deficiência no acesso ao BPC. O Decreto 7.617/2011, que altera o decreto anterior supracitado, aponta em seu artigo dezesseis, parágrafo segundo, que a “avaliação social considerará os fatores ambientais, sociais e pessoais”. Nesse sentido, esta deve ser direcionada, socialmente, para ampliação e materialização de direitos, convergindo para um dos princípios do Código de Ética do/a assistente social.

Assim, conforme já problematizado anteriormente, esta avaliação é norteada pela CIF, entendemos, nesse sentido, que esta classificação que substancia a avaliação médico-social da pessoa com deficiência que pleiteia o BPC não deve ser vista como um entrave ao

processo, mas deve ser percebida como um processo concatenado, considerando as singularidades do/da requerente, sem perder de vista que este/a integra a totalidade em movimento.

[...] as unidades de classificação elencadas em cada domínio não podem ser traduzidas como perguntas e respostas isoladamente. O requerente deve ser visto em sua totalidade como sujeito histórico e suas colocações compreendidas como demandas políticas e legítimas [...] necessidades humanas e também direitos sociais [...] (MOREIRA, 2011, p. 01).

Com isso, percebemos os fundamentos que justificam a avaliação social anteceder a avaliação médica, uma vez que o/a perito/a médico/a deve considerar os aspectos problematizados tanto nos eixos que compõem os “fatores ambientais”, bem como aqueles concernentes a “atividades e participação – parte social”. Vimos em linhas atrás que um/a profissional não compreende esse direcionamento. Mas, observemos que outros/as profissionais da área médica referendam a importância da avaliação social no processo avaliativo para acesso ao BPC, ao apontarem que

[...] avaliação social é fundamental, como eu falei antes, nesses casos de modelos de benefício do BPC o cidadão é visto como um todo, eu não sou a profissional mais indicada como médica para avaliar a questão social, a inserção social na sociedade, porque eu não tenho esse conhecimento, então, eu acho que é fundamental que tenha o profissional dessa área que faça a sua avaliação, para que depois no conjunto seja feito uma avaliação mais ampla [...] eu acho fundamental (PM-01).

[...] a avaliação social, eu acho importante. Tem muitos casos, aqui, que a gente pega de crianças surdas-mudas, mas sem alteração cognitiva alguma, mas eu sei, que aquela criança, que às vezes é de pais analfabetos, que não tem acesso a uma boa escola, ela não tem acesso a um bom instrutor [...] então é uma criança que futuramente ela vai ter vários entraves, várias limitações, até pra estudar pra aprender alguma coisa [...] Então [...] eu acho importante a avaliação até pra gente ver esses casos (PM-05).

A fala das assistentes sociais, com relação a um dos seus processos de trabalho no INSS, reforça a visão de alguns/mas interlocutores/as da área médica, qual seja: a contribuição para a materialidade desse importante direito social concedido às pessoas com deficiência.

[...] nossa contribuição é favorável, no sentido de que eu acredito que muitas pessoas foram beneficiadas exatamente por conta desse parecer social, não ficou só a cargo do médico perito, mas que a gente tem esse poder também de inclusão, ou seja, de emitir os pareceres, então isso favoreceu muito por conta da CIF da gente colocar a doença não de uma forma isolada, mas que dentro de um contexto, dependendo das condições socioeconômicas e ambientais que aquela pessoa vive [...] (AS-02).

[...] ela é positiva, na realidade, é uma forma de se mostrar que aquela deficiência, ela por si só não é a causa de todas as problemáticas daquelas pessoas, de toda a situação que ela vive, e que ela traz dificuldades tanto na convivência com outras pessoas como na limitação pra desenvolver atividades, no acesso às políticas públicas, a própria educação quando é deficiência mental [...] (AS-04).

Com essas falas compreendemos a importância que a avaliação social tem para graduar as barreiras presentes nos “fatores ambientais” (onde se amalgamam os aspectos sociais e pessoais), assim como à limitação do desempenho de atividades e a restrição da

participação social. Tal avaliação deve buscar compreender os rebatimentos do fenômeno da deficiência e o grau de impedimento no requerente que pleiteia o BPC, considerando, conforme Moreira (2011, p. 02), “[...] as mudanças recentes no mundo do trabalho, a financeirização do capital e a mercantilização das políticas públicas, que ocasionam desemprego, precarização do trabalho, redução da proteção social [...]”. Com isso, o/a perito/a médico/a terá subsídios para proceder de forma contextualizada seu processo de avaliação.

Mas, nem todos/as percebem a lógica da avaliação social anteceder a médica, conforme podemos observar no relato de um/a dos/as peritos/as médicos/as, ao revelar que

[...] o formulário do SIBE pro LOAS, ele induz o médico a uma visão biológica porque ele começa com a descrição do quadro biológico na pontuação, a história clínica é uma história da doença e a pontuação é uma pontuação biológica só depois é que o médico vai relacionar com as implicações do aspecto médico nas relações sociais e na inserção desse indivíduo nos contextos de vida, mas antes o médico é induzido ao próprio raciocínio biológico, então ele vai chegar nessa avaliação com o raciocínio biológico, então se o raciocínio biológico leva a uma funcionalidade pequena de pouca restrição ele vai avaliar a inserção no contexto como uma inserção possível [...] (PM-04).

Assim, no relato desse/a profissional é evidenciado que a profissional não realiza a leitura da avaliação social, cabe lembrar que o sistema está programado para liberar a avaliação médica, somente após a abertura do processo avaliativo da assistente social. Esse relato corrobora que alguns/mas profissionais da perícia médica possuem, conforme (Martins, 2004, p. 21) uma “visão mecanicista e cientificista do corpo e da enfermidade a ele atrelada [...]”. Nesse sentido, conforme Netto (2012), este/a profissional está acoplado aos grilhões do cotidiano, ou seja, no campo do aparente, do imediato, com práticas rotineiras, automatizadas, ou seja, mecanicistas.

Interessante considerar que, no relato de uma das assistentes sociais, foi evidenciada, a partir da experiência junto ao/a profissional da área médica, a ausência de compreensão de diversas dimensões, por parte daquele/a profissional, tanto nas condições objetivas como nas subjetivas, ao afirmar que

[...] peritos que consideram que a avaliação social não deveria existir porque a situação social do requerente do BPC, ela já por si só, já é definida quando a renda é inferior a um quarto de salário mínimo, que são pessoas que vivem em situação de miséria então isso não precisa ser mensurado, porque pra elas é como se a gente tivesse mensurando a qualidade de vida daquela pessoa, que seria como se a gente tivesse enxugando o gelo. Então precisa que as pessoas compreendam a importância e o papel dessa avaliação pra ela poder realmente funcionar dentro do benefício [...] (AS-04).

Com relação ao critério de renda, cabe considerar que, apesar do/a requerente, em algumas situações, declarar os rendimentos e este contabilizarem valor superior ao exigido por determinação legal (inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo), este/a requerente será submetido/a à avaliação médico-social. É importante destacar, ainda, que o fato da renda ser superior ao exigido para concessão do benefício, nesta situação a pessoa poderá, caso tenha sua

deficiência/doença reconhecida na avaliação médico-social, impetrar recurso tanto na esfera administrativa como na judicial. Nesse contexto, pode ser solicitado parecer do/a assistente social com relação à caracterização das intercorrências sociais que se fundamentam, também, no comprometimento de renda do grupo familiar. Assim, o critério de renda não padroniza a pessoa que esta pleiteando o benefício, apesar de compreendermos que, conforme Moreira (2011, p. 02), trata-se de “[...] um segmento pauperizado da nossa sociedade, com significativas dificuldades de acessar políticas públicas, além da convivência cotidiana com atitudes de preconceito [...]”. Ainda assim, precisamos avaliar como se dá esse acesso ou ao que tem acesso e com que qualidade. Nesse sentido, compreendemos que a avaliação social está muito além de um critério de renda, bem como dos elementos elencados em um instrumental. Conforme discutimos anteriormente, a avaliação da pessoa com deficiência que busca o acesso ao BPC é conjugada, e tem início com a avaliação social, sendo tal processo, posteriormente, complementado pela avaliação médica. Cabe ressaltar que o próprio sistema só “libera” a utilização do instrumental do/a perito/a médico/a, após este profissional “acionar” a abertura do instrumental do/a assistente social, pois foi programado para que esse/a profissional realize a leitura das considerações elencadas na avaliação social, compreendendo a demanda do/a requerente a partir do seu contexto.

Com isso, nos indagamos: será que esse/a profissional da área médica compreende a importância de realizar a leitura da avaliação social? Ou se esta tem alguma importância? Estaríamos diante de “pré-noções” e “pré-conceitos”?

O que as interlocuções estabelecidas nesta pesquisa revelaram em relação à leitura ou não da avaliação social? Vale ressaltar que alguns/mas já corroboram, anteriormente, a importância dessa avaliação.

[...] a gente também ver a avaliação social, porque a gente quer ver as condições da pessoa também, quer ter uma ideia total, a gente não quer trabalhar só a parte médica [...] e na hora que você vai responder os quesitos tem certo peso também porque você tem que ver as condições dessa pessoa de ter tido acesso a estudo, ter tido acesso a várias coisas que ela não teve e isso a gente ver na avaliação social, isso pesa também porque nós temos quesitos relacionados a isso também, [...] a parte de ler de escrever [...] (PM-06).

[...] Leio sim, porque você pode imaginar o seguinte, uma coisa é você ser um deficiente que mora na capital, por exemplo, se chegasse um deficiente visual na cidade de Fortaleza se eu considera-lo incapacitado eu estou comprando uma briga e uma briga que eu dou razão pro [...] Instituto dos Cegos, porque o Instituto dos Cegos [...] ele capacita muitos deficientes visuais para inserção no mercado de trabalho, então esse deficiente visual do interior rude, do sertão nordestino, sem acesso a uma rede de capacitação, a uma escola de capacitação, a inserção no mercado de trabalho, se eu não tenho na cidade onde ele mora um polo industrial que ele possa ser inserido como pessoa portadora de deficiência no mercado de trabalho, eu tô vendo que são duas situações iguais, mas com condições sociais totalmente diferentes, uma coisa é você ter uma deficiência e morar no morro, outra coisa é você ter uma deficiência e você morar numa cidade plana, uma coisa é você ter uma deficiência e você ter um espaço amplo [...] (PM-08).

Conforme constatamos, a maioria dos/as médicos/peritos entrevistados/as lê e considera relevante a avaliação social, evidenciando rebatimentos na avaliação médica da pessoa com deficiência que pleiteia o BPC.

Assim como constatado nos estudo de Cintra (2010, p. 90) “[...] quando questionados sobre a leitura da avaliação social, todos disseram que a leem, sendo que a maioria lê sempre (sete médicos peritos) e um participante a lê de vez em quando [...]”. Em nossas análises também corroboramos a conclusão que maioria dos/as peritos/as médicos/as realiza a leitura da avaliação social.

Nesse sentido, compreendendo que a avaliação do/a assistente social é considerada relevante para subsidiar a avaliação médica. E essa materialidade é consubstanciada a partir do direcionamento social pertinente a esse processo de trabalho, elencado em algumas análises da processualidade histórica em movimento.

[...] A nossa profissão está pautada no projeto ético-político profissional então [...] É você ter capacidade pra conhecer a realidade e fazer uma análise critica dela, só que essa análise critica ela tem que ser desvinculada do teu modo de ver, livre de preconceitos, é aquela história posta pra você e você ter essa visão mais do campo técnico profissional [...] (AS-02).

[...] a questão do acesso à renda, a questão da moradia, a questão do trabalho, a gente ver várias histórias de pessoas que nunca se inseriram no mercado formal, sempre teve uma inserção precária, tudo isso eu considero, a qualificação profissional, a escolaridade, a questão da família também, quem é esse grupo familiar? Como é composto esse grupo familiar? Quem são seus integrantes? O acesso às políticas sociais, como é que se dá esse acesso? Que área de moradia é essa? Enfim, esses são os domínios que a gente dá mais ênfase, na parte do social, fora aqueles que falam sobre as atividades e participação, que atividades ele tá inserido? [...] (AS-06).

Em nossas análises, avaliamos que maioria das assistentes sociais entrevistadas consegue resgatar a singularidade do/a requerente como sujeito histórico e único, levando em consideração a concepção de totalidade, perfazendo o caminho dialético que auxilia na visualização de um contexto que é composto por um complexo maior, mas sendo este resultado da concatenação de complexos menores, até a chegada do concreto, assim conseguem desvendar e superar esse campo do imediato, do aparente, adentrando a essência dos processos. Para tanto, percebemos que a

[...] avaliação das condições de vida – fatores contextuais (pessoais e ambientais) e atividades/participação social do requerente é fundamental que [...] não individualize a análise, mas contribua para entender este requerente no contexto social de aprofundamento das desigualdades sociais e redução do acesso aos direitos, sobretudo os derivados e dependentes do trabalho, como é o caso da Previdência Social cuja cobertura alcança pouco mais da metade da população economicamente ativa” (MOREIRA, 2011, p. 02).

No cotidiano do/a assistente social, na maioria das vezes, com condições éticas e técnicas de trabalho extremamente precárias, é fundamental que o/a profissional esteja atento/a a estas questões para não automatizar, ou mesmo cair na armadilha do tecnicismo. Pois, caso contrário, isso pode limitar a análise da pessoa, sem perceber as múltiplas

interações que esta estabelece com seu contexto à luz da CIF, trata-se, conforme Netto (2012), de um cotidiano que tende a “fixar” o/a profissional na esfera da imediatividade, considerando o contexto da heterogeneidade, principalmente nas relações sob a égide da superficialidade extensiva.

Será que as assistentes sociais entrevistadas defendem a liberdade como valor ético central? Temos um compromisso com a qualidade dos serviços que prestamos? É extremamente relevante problematizarmos estas inquietações, pois vivemos num mercado atravessado por metas, e não são qualitativas, mas quantitativas e o cotidiano, sem a mediação na perspectiva dialética, não permite fazer “a suspensão” para perceber as relações sociais, políticas, econômicas, entre outras, presentes nesse movimento, e essa ausência pode impulsionar para uma “zona de conforto” e não a esfera do “enfrentamento”.

É preciso ter clareza que as perguntas elencadas nas unidades de classificação, em cada domínio, têm apenas a função de contribuir para os mecanismos que subsidiem as análises. Para Moreira (2011, p. 03), “[...] a realidade é muito mais rica, dinâmica e precisa ser interpretada. Nenhum instrumento técnico dá conta de traduzir a realidade, por isso não deve ser adotado no sentido de limitar o entendimento, sob pena de não atingir o seu objetivo”.

Nossa pesquisa evidenciou a defesa de um/a profissional da área médica por uma proposta avaliativa mais abrangente, na qual o/a profissional busca compreender, em primeiro lugar, a doença, para depois relacioná-la com contexto ambiental. Cabe lembrar que na proposta atual de avaliação da pessoa com deficiência a avaliação social antecede, justamente, para que o/a perito/a médico/a a leia antes de realizar seu processo avaliativo, ou seja, primeiro a ideia do modelo atual é de que se entenda o contexto para pensar a deficiência a partir de então. Outro elemento que destacamos é com relação à percepção de “multidisciplinar” que é diferente de “interdisciplinar”. Sendo a primeira, algo que “[...] pode ser estudado por disciplinas diferentes ao mesmo tempo, contudo, não ocorrerá uma sobreposição dos seus saberes no estudo do elemento analisado [...]” (CARDONA, 2010, p. 02). Já para Saviani (2003), no interdisciplinar, o conhecimento passa de algo setorizado para um conhecimento integrado, os saberes interagem entre si. Nesse sentido, como podemos observar no depoimento a seguir, o/a profissional defende a ideia de cada um cooperar dentro do seu saber, considerando o elemento em análise, sem existir um rompimento entre as “fronteiras dos saberes”.

[...] doença da pessoa, enfim a moléstia, o que isso causa de incapacidade pra essa pessoa, o que gera de incapacidade, o que essa pessoa pode fazer e o que não pode fazer e do ponto de vista dessa pessoa também na sociedade, na família, no trabalho com relações interpessoais o que esse problema pode interferir e o que pode ser feito pela pessoa numa maneira geral, numa visão multidisciplinar digamos assim [...] (PM-01).

Com isso, verificamos o distanciamento da proposta do processo avaliativo, conforme o decreto 6.214/2007, ou seja, não há possibilidade de superar a fragmentação, sem a devida interação dos/as envolvidos/as no processo (CARDONA, 2010).

[...] toda a pericia medica multiprofissional [...] não defendo só o BPC, [...] a gente teria um avanço histórico se isso ocorresse. Como fazê-lo? Se vai ser pericia conjunta e cada item de avaliação tem que ser pactuada pelos profissionais eu não sei [...] a pericia médica do LOAS ela é feita por dois profissionais, mas ela não é multiprofissional ela é totalmente isolada, quer dizer, cada um trabalha no seu campo e o resultado sai quase de uma matemática ou de uma aritmética, então a pericia multiprofissional é de outra ordem ela é uma pericia conjunta onde a compreensão do processo da incapacidade é conjunta, então é isso que a gente tem que passar a refletir como operacionalizar, isso pra que ela seja efetivamente multiprofissional e interdisciplinar porque na verdade tanto o assistente social tem que compreender as razões médicas como o médico tem que compreender as razões do âmbito social (PM-02).

Observamos, conforme já diferenciamos em linhas atrás, que o/a profissional, na realidade, confunde a perspectiva multidisciplinar e a interdisciplinar, sendo a primeira a ausência do aspecto “interarticular”, já na segunda temos interações recíprocas. Nesse sentido, o/a perito/a médico/a defende um processo avaliativo com a prevalência da interdisciplinaridade e não multidisciplinar, conforme defende em seus argumentos.

Este/a profissional demanda algumas reflexões, qual seja, será que o/a assistente não precisa compreender a condição de saúde do/a requerente no acesso ao BPC? Essa situação não rebate no processo avaliativo? Uma avaliação dialética, mais interativa, não seria pertinente, considerando o objetivo do processo proposto? De qual prisma ou mesmo interação (se exista) está se falando? É importante destacar que estamos falando de uma avaliação que acontece em tempo e espaços diferentes. Talvez, esse seja o “nó górdio” do processo de avaliação da pessoa com deficiência que pleiteia o BPC.

Em nossas interlocuções, compreendemos ser oportuno o/a assistente social ter atenção para não enveredar na área clínica ou em outras áreas. O/a profissional deve ter o cuidado com a utilização de terminologias específicas de outras áreas. Ao ser feita referência a uma situação de agravo à saúde, como uma doença ou deficiência – se for necessário para melhor compreensão dos aspectos sociais elencados – tal registro deve ser embasado no relato do/a requerente ou em algum pronunciamento de profissionais da área médica, psicológica e/ou entre outras. Moreira (2011) problematiza que, dentro do possível, é importante evitar o registro de tais referências clínicas, buscando situar o agravo à saúde sem detalhar especificidades relacionadas à função do corpo, que serão objeto de análise da área médica. Assim, compreendemos que as análises dos/as assistentes sociais, por exemplo, devem enfatizar a manifestação técnica nos aspectos sociais presentes na situação apresentada e que cabe a este/a profissional apontar e ressaltar em seu estudo.

Silva (2010) já constatou em sua investigação a avaliação social como importante instrumento no processo de ampliação e materialização do BPC às pessoas com

deficiência. Cabe destacar que até o ano de 2010, período em que a pesquisa foi realizada, ainda não tínhamos a prerrogativa relacionada aos impedimentos de curto/médio e longo prazo, debate que travaremos nas próximas linhas. Assim, considerando as normatizações do ano de 2011, temos outro contexto, diferente daquele da pesquisa de Silva (2010), quando médicos e assistentes sociais detinham, supostamente, o mesmo peso no processo avaliativo. Assim compreendemos que algumas mediações são necessárias para não encaixarmos o movimento da história em “caixinhas” ou mesmo aprisioná-los em redomas.

O instigante, inovador e valioso estudo de Cintra (2010), realizado numa abordagem quanti-qualitativa, com dados estatístico do INSS e os auferidos pelo serviço social da APS Taguatinga¹², bem como da aplicação de oito questionários direcionados aos peritos médicos, além da observação assistemática da pesquisadora que estava inserida no contexto investigado, “validaram a hipótese de que a participação do/a assistente social no modelo de acesso ao BPC/LOAS, baseado na CIF, tem ampliado o acesso ao referido benefício” (p. 93). Isso é inquestionável, estatisticamente falando, conforme consta no segundo capítulo deste trabalho, ainda que não tão detalhado como nos estudos da referida autora, por não ser este o foco de nossa investigação. No entanto, acreditamos que o trabalho acabou por superestimar, nesse sentido, a própria lógica do modelo biopsicossocial ao referendar o entendimento de que a participação de um/a profissional foi responsável pela ampliação e materialização do benefício por ora encetado. É preciso analisar o contexto, para não enclausurarmos os processos. Precisamos validar o/a outro/a profissional envolvida nesse mecanismo avaliativo, qual seja, o/a perito/a médico/a. Assim, temos um modelo conjugado de avaliação médico-social que, supostamente, rompe com o paradigma biomédico, e é isso que estamos tentando problematizar nesta investigação, assim não podemos delegar uma espécie de “heroísmo profissional” para perpetrarmos uma lógica que reitera o messianismo na profissão tão em voga em práticas passadas. O material empírico aponta para a existência de um “modelo interativo”, sendo esse processo responsável pelo resultado, em tal escopo de análise, ponderamos que, assim como na pesquisa de Silva (2010), ainda não tínhamos o debate relacionado aos impedimentos (curto/médio ou longo) que travaremos nas próximas linhas.

4.2.3 Impedimentos de curto, médio, ou longo prazo: “do que se trata?”

Conforme o parágrafo segundo do artigo vinte, com redação dada pela Lei nº 12.435/2011, alterando a Lei nº 8.742/1993, para efeito de reconhecimento inicial de direito no acesso ao BPC, será considerada pessoa com deficiência “aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação

¹² Agência da Previdência Social Taguatinga, sob jurisdição da Gerência Executiva Distrito Federal (GEXDF).

com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas". De acordo com redação promulgada no Decreto 7.617/2011, em seu artigo quarto, parágrafo terceiro, é considerado impedimento de longo prazo aquele que produza efeitos pelo prazo mínimo de dois anos.

Conforme referenda a Portaria Conjunta MDS/INSS Nº 01 de 24/05/2011, em seu artigo quarto, o/a perito/a médico/a do INSS responderá o quesito sobre a duração dos impedimentos incapacitantes do requerente do BPC, com vistas a avaliar a conformidade com o conceito de "impedimentos de longo prazo" constante na definição de "pessoas com deficiência" da Convenção Internacional dos Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, aprovados pelo Decreto Legislativo nº 186, de 2008, e promulgados pelo Decreto nº 6.949, de 2009, assinalando campo correspondente nos instrumentos de avaliação da deficiência e do grau de impedimento.

O que isso significa? O parágrafo segundo do artigo quarto revela que o benefício será indeferido sempre que os impedimentos incapacitantes forem classificados como de curto ou médio prazo, independentemente do grau de incapacidade existente no momento da avaliação, reconhecido nas conclusões técnicas das avaliações social e médico-pericial, o que pode ser compreendido ao analisarmos a partir da divisão social e técnica do trabalho. Assim, entendemos que uma pessoa, com avaliação médico-social, cujo resultado desse processo avaliativo conjugado resultou no reconhecimento do/a requerente ao BPC, este ainda ficará a mercê, apenas, do poder delegado ao/a perito/a médico/a, que tem a possibilidade de anular todo o processo, conforme previsto na legislação, caso reconheça que se trata de impedimento de curto ou médio prazo. Já que estamos falando de uma avaliação conjugada, realizada por médicos/as e assistentes sociais, o legislador deveria considerar a participação de ambos/as os/as profissionais no julgamento desse quesito. Assim, um/a dos/as profissionais da área médica avalia que

[...] esse critério temporal tá sendo mal colocado no SIBE, porque mesmo que uma pessoa dessas, eu digo isso pelo o que a gente ver, que é feita a avaliação social dele e é considerado grave, ele tem uma baixa escolaridade, uma péssima condição de ambiente de moradia, tem vários filhos que dependem dele, e se ele tiver uma condição de limitação temporária ele não vai ser contemplado, por mais que seja grave. Então assim, eu acho que isso é algo que deve ser trabalho no SIBE [...] (PM-05).

Nesse sentido, verificamos que o próprio sistema é pensado para restringir o acesso ao benefício e, por conseguinte, direitos. Isso reforça que a lógica que preside a processualidade do BPC é a mesma dos benefícios previdenciários, com acesso cada vez mais restritivo, a ser confirmado pela lógica que orienta a política social no capitalismo maduro, que segue na contramão da universalização social-democrata: trata-se de focalização com forte seletividade, de baixo custo, e que se torna abrangente, em função do tamanho da desigualdade social do Brasil. Uma lógica efetivamente redistributiva e

reformista, acompanhada evidentemente de uma reforma tributária no Brasil (SALVADOR, 2010), operaria com um programa de renda mínima como direito, com critérios mais amplos e valores maiores.

O discurso desse/a profissional é corroborado nos relatos de todas as assistentes sociais entrevistadas. Isso revela que existem profissionais em ambas as categorias que partilham do mesmo entendimento.

[...] eu já achei isso ai um retrocesso, quando a gente entrou aqui que começou a ser feito o nosso instrumental, que isso foi incluído na parte dos médicos, e isso não estava incluído, o que eu penso é que pode ter sido uma estratégia institucional de minimizar a ação do assistente social nos deferimentos dos benefícios de prestação continuada, porque por mais que você coloque uma pontuação alta, se o médico colocar que a capacidade é menor do que dois anos, ele avaliar isso, tanto faz a questão social dele, tanto faz a situação de doença atual, a situação social tudo isso não importa, o que importa é só o impedimento de médio e longo prazo que está sendo operacionalizado por profissionais que tem uma visão, pelo menos eu digo assim que posso falar dos profissionais médicos que trabalham na minha APS [...] não tem uma visão nada crítica, pra eles as pessoas são todas vagabundas, só tão aqui pra ganhar dinheiro [...] (AS-01).

[...] realmente ele foi colocado depois de um certo tempo da nossa aplicação de avaliação social e eu acredito que ele venha mesmo a restringir porque muitos médicos colocam isso ai, embora o qualificador final seja grave, em partes de funções, estrutura do corpo, mas que muitas vezes sem nenhuma fundamentação técnica da parte deles, porque eu tô cansada de olhar as avaliações médicas e eles simplesmente se limitarem a dizer que não se trata de impedimento de longo prazo, ou seja, repetem o que dizem a pergunta, não tem uma fundamentação técnica pra dizer que realmente aquilo ali é um impedimento de curto prazo, e ai é complicado sem essa fundamentação [...] tô falando de uma parte que não compete a mim, mas a gente ver que pela a ausência de fundamentação fica até difícil fazer algum encaminhamento a partir da socialização do resultado para o usuário [...] isso poderia ser resolvido se a revisão acontecesse daqui há dois anos efetivamente e não como eles dizem: “mas a pessoa daqui há dois anos vai tá boa, nem vai continuar recebendo o benefício” [...] (AS-06).

Porém, outros/as profissionais referendam a importância de tal critério, considerando algumas demandas, cujas avaliações, não eram contempladas no instrumental anterior a essa alteração.

[...] havia muito casos, por exemplo, um acidentado por moto, ele se torna sim incapaz durante, por um período, porém, depois de resolvido as lesões, na maioria das vezes, claro a não ser que fique com sequelas graves, pode retornar ao trabalho, e seria um tempo inferior a dois anos [...] as previsões do BPC são realizadas de maneira que devem ser mesmo a cada dois anos, e se forem a cada dois anos, esse benefício não se faz necessário [...] a partir do momento que a pessoa tá em condições de retorno ao trabalho [...] (PM-01).

[...] É interessante porque você pode avaliar no momento uma pessoa que é acometida por um acidente grave, mas que ela pode recuperar ao mesmo tempo aquela função pode recuperar em dois meses, em dois anos, ou em cinco, então é um critério interessante porque ele vem pra somar, pra colocar um peso nessa avaliação [...] (PM-07).

[...] ele teve uma vantagem, porque às vezes você pode ter, por exemplo, um segurado, um requerente que [...] deu entrada no benefício do BPC da LOAS com uma doença recente e essa doença recente você não tem como avaliar se daqui a seis meses, daqui a um ano ela vai estar com a mesma sequela ou não tipo, uma acidente vascular cerebral, uma queimadura, um traumatismo ou fratura, então esse impedimento de longo prazo você tem a possibilidade de dizer que ele não tem condições, a longo prazo ou a curto prazo [...] eu considero assim, como uma

maneira de dirimir alguma dificuldade mesmo da perícia médica, eu avalio como positivo [...] (PM-08).

Entendemos que existem as limitações do próprio sistema, obviamente gestado para finalidades restritivas, dentro do que já encetamos em linhas atrás com relação à concessão dos benefícios. Mas, é importante destacar que o/a perito/a médico/a poderá acionar o quesito que possibilita esse profissional informar a não possibilidade de classificar o impedimento naquele momento, nessa situação é mantido o resultado da avaliação conjugada. Cabe problematizar que o sistema é programado para esses prognósticos, mas ele não prevê se as condições ambientais e sociais desse requerente podem agravar devido à deficiência e/ou doença.

Um/a acredita que tal critério é indiferente diante da lógica avaliativa da área médica proposta pelo benefício, ou seja, esse quesito não interfere no processo de reconhecimento inicial de direito ao benefício.

[...] Ele ajuda pouco, porque na verdade a maioria das restrições são de impedimentos de longo prazo, então, por exemplo, o hipertenso ele vai ter hipertensão a vida toda, a questão pro médico perito é se essa hipertensão pode ser controlada, se ela tem repercussão cardiológica ou não e qual o grau de comprometimento, agora no sentido do tempo da limitação ela talvez seja apenas importante [...] no caso dos deficientes adquiridos, que causam grandes comprometimentos, nesse caso, a definição de que é irreversível ou de que é de longo tempo é importante, mas pra outros casos clínicos que são processos degenerativos tipo, diabetes, hipertensão etc, ele tem pouco valor porque faz parte da história natural da doença que ele seja prolongado mesmo o que não quer dizer que ele seja incapacitante para o trabalho [...] (PM-02).

Outros/as dois/duas profissionais, ainda que no campo das “(in)certezas”, referendam, em seus relatos, apenas um dos elementos que esse critério, por ora em debate, problematiza, qual seja, conforme parágrafo terceiro do artigo quarto, nos casos em que não seja possível prever a duração dos impedimentos, mas existam chances, pela história natural da doença/agravo e/ou pelos fatores ambientais e pessoais, de que os mesmos se estendam por longo prazo. Neste caso, os/as requerentes deverão ser obrigatoriamente submetidos a novas avaliações social e médico-pericial, decorrido o prazo de dois anos, se concedido o benefício.

[...] o BPC é um benefício de prestação continuada prolongada, não foram criados dispositivos pra que esse benefício seja revisto com mais frequência, eu acho que aquela avaliação daquela temporalidade realmente tem que ser feita, porque como a CIF ampliou muito o conceito de incapacidade existem incapacidades que são graves naquele momento, mas que são transitórias que a gente sabe que pelos estudos médicos que são feitos, pela própria medicina de evidencia [...] a gente sabe que aquela limitação é transitória, então realmente eu acho que essa parte da avaliação temporal ela deve ser feita, ela é positiva, dentro do que o BPC se propõe [...] (PM-03).

[...] eu acho que esse quesito é importante porque às vezes eu acredito que isso aí seria pra uma possível revisão, não sei [...] (PM-06).

Com relação ao debate por ora encetado, corroboramos com a essência da conclusão de Silva e Diniz (2012, p. 266) ao problematizar, nesse contexto, no âmbito da

previdência social, “[...] a urgência de a perícia social realizada por assistentes sociais ter o mesmo espaço de legitimidade que a perícia biomédica”. No entanto, não concordamos com a associação feita entre perícia social e o processo de trabalho do/a assistente social no INSS, pois entendemos que, tal análise é restritiva, considerando que o mesmo pode nos remeter a ideia de exame ou vistoria de algo. Nesse sentido, ancorados em Fávero (2001a, p. 13), urge a seguinte indagação, com relação à intervenção profissional do/a assistente social, conforme proposto por estas autoras: será que “o trabalho apenas como perito não leva ao risco maior e mais fácil da fragmentação das ações”? Isso fortalece o caráter aparentemente neutro e tecnicista, tão comum em práticas passadas. Assim, defendemos a ação do/a assistente social pautada nas dimensões da profissão, quais sejam, ético-política, teórico-metodológica e técnico-operativa. Outro elemento de discordância, é com relação à utilização da expressão “perícia biomédica”. Conforme nossas avaliações, isso enclausura os processos com a utilização de um termo síntese, o que é tranquilamente corroborado nos relatos de nossa investigação, ou seja, a própria fala dos/as interlocutores/as desta pesquisa aponta para a não uniformidade de entendimentos e procedimentos, assim, não podemos “empacotar” todos/as os/as peritos/as médicos/as em único volume. Mas, em todo caso, referendamos a análise de que os/as profissionais envolvidos/as nesse contexto avaliativo devem ter a mesma relevância, quando do processo de trabalho, uma vez que este resulta do reconhecimento ou não do direito a um benefício garantido, *a priori*, constitucionalmente.

Além disso, será que podemos afirmar que a mudança de perspectiva, da biomédica para a biopsicossocial, de fato ocorreu? Para responder tal pergunta, algumas mediações são necessárias, pois, até aqui, o que temos constatado é uma não uniformidade nos procedimentos avaliativos, conforme já alertamos, com relação as concepções que orientam os/as profissionais, apesar de um instrumental supostamente padronizado, tendendo a uma certa objetividade.

4.2.4 (In)capacitados/as para realizar a avaliação médico-social?

O qualificador adotado em cada domínio não representa a soma das unidades de classificação ou qualquer resultado matemático *a priori*. É de responsabilidade do/a profissional, graduar a barreira ou dificuldade de cada domínio, tendo como respaldo o arcabouço teórico-metodológico. Nesse sentido, nos interessa, neste tópico, debater se os/as interlocutores/as desta pesquisa estão, percebendo a partir de suas falas, “capacitados/as”, a partir de suas falas, para realizar o processo avaliativo da pessoa com deficiência que pleiteia o BPC.

Assim, conforme constatamos, a maioria dos/as profissionais, em ambas as categorias, apesar do esforço individual, aponta a necessidade da instituição viabilizar

capacitação continuada, pois tais mecanismos interativos não acompanham as alterações nos instrumentais.

[...] eu acho que a gente poderia ter uma política de capacitação constante, eu realmente tenho conhecimentos pra poder aplicar e realizar de fato a avaliação, mas assim, volta e meia a gente tem que tá se debruçando, estudando pra que isso não se torne uma tarefa rotineira porque eu também não vou dizer – ah eu não sou capacitada pra isso – não é bem assim, mas eu acho que precisa ser algo constante, a gente tá sempre debatendo [...] (AS-06).

[...] olha eu faço o possível para tal, enfim, voltando ao começo, a gente tem a base teórica, tá sempre lendo se informando, dá sempre uma revisada em CIF nesses critérios, nessas diretrizes do INSS, pra tentar fazer o trabalho da melhor maneira possível, eu não sei se eu sou capacitada, eu acredito que sim [...] (PM-01).

Destacamos a fala de um/a profissional da área médica que enfatiza suas experiências pessoais como norteadoras do seu “fazer profissional”. Esse contexto potencializa a subjetividade no processo de trabalho, o que contribui para o distanciamento no referencial e uniformidade de procedimentos.

[...] a inserção na saúde pública, pensando assim individualmente, individualmente eu me sinto, por uma capacidade de avaliação médico-social, uma capacidade de avaliação histórico-social, de uma avaliação do contexto político, econômico e social do país eu acho que esses elementos me ajudam, o fato de eu me inserir em movimentos sociais, em ter trabalho muito com movimento sindical, com movimentos populares, então isso me possibilita uma compreensão que eu idealizo que é a compreensão da demanda do BPC a partir de questões de ordem interdisciplinar, intersetorial [...] (PM-02).

Outra fala, sinaliza para além da ausência de capacitação continuada, revela o não acesso às condições técnicas de trabalho, o que pode rebater negativamente no movimento de reconhecimento inicial de direito ao benefício.

[...] falta pra gente reciclagem eu acho que falta a gente ter um olhar voltado para o humano e também insumo no próprio consultório, no consultório que eu trabalho não tem escadinha para o paciente para o segurado ou requerente subir na maca, então às vezes eu não posso fazer um exame porque não tem, se eu precisar fazer um exame ginecológico eu não tenho luva, eu não tenho uma máscara é um pouco deficiente (PM-03).

Os relatos revelam que a graduação dos domínios pertinentes à avaliação médico-social, sofrem o espraiamento, não só das condições objetivas, mas das subjetivas. Nesse sentido, nossas inferências convergem com um dos elementos conclusivos dos estudos de Cintra (2010, p. 92) ao apontar que “[...] a subjetividade do assistente social e do médico perito ainda interfere nos resultados atribuídos aos componentes da avaliação social e médica, o que pode resultar na concessão ou no indeferimento do benefício [...]”. Nesse sentido, evidenciamos alguns dos severos desafios que estão postos aos/as profissionais que operacionalizam o BPC, e não somente para estes/as, mas, também, para aqueles/as que pleiteiam o acesso ao benefício. Em nossas análises, verificamos que os/as interlocutores/as desta pesquisa, revelam um sentimento que transita ora na culpabilização do indivíduo que deve buscar sua “capacitação”, ora compreendendo que é algo bem mais complexo, considerando que estamos diante de um contexto institucional numa sociedade

regida pela lógica do capital. Cabe pontuar que não estamos defendendo nenhuma espécie de messianismo ou mesmo fatalismo, ou ainda uma perspectiva funcionalista, mas devemos compreender os limites e possibilidades da ação profissional.

4.2 E o que sugerem os/as interlocutores/as desta pesquisa?

Alguns/mas profissionais revelam a necessidade de mais interação entre os/as avaliadores que operacionalizam o instrumental para superar essa dicotomia que existe, principalmente por ser realizada em tempo e espaços diferentes. Além dos diálogos estabelecidos entre a representação técnica da categoria e esses interlocutores que tem sido marcada pela verticalidade.

[...] a gente tá assim de fato abandonado, a gente não tem uma representante técnica [...] a gente liga não tem resposta, a gente manda e-mail e não tem resposta, a gente num tem uma reunião técnica [...] a avaliação social é um avanço, mas precisa dessa interação com a médica, a gente precisa avançar junto com ela, a instituição precisava enxergar isso pras pessoas com deficiência no sentido do direito delas [...] (AS-01).

[...] Eu acho que deveria ter um entrosamento maior entre o serviço social e o serviço médico e que tudo que é avaliado deveria ser discutido um pouco mais, eu acho que esse modelo foi um pouco imposto de cima pra baixo sem termos dado a oportunidade da gente estudar, da gente sentar pra debater, nem médico sozinho, nem médico junto com as assistentes sociais [...] (PM-04).

Assim, as sugestões apontadas pelos interlocutores vão na mesma direção daquilo que sugere Cintra (2010, p. 93), “[...] É necessário cada vez mais ampliar os espaços de discussões sobre a avaliação da deficiência [...] com vistas a multiplicar os avanços do modelo social da deficiência no reconhecimento do direito ao BPC”. Esta demanda, por esses espaços, é recorrente nas falas dos/as profissionais,

A dimensão de uma política ainda regida sob a ótica do “favorecimento” ou, em outros termos, dos “apadrinhamentos” são evidenciadas, com repercussões no espaço de trabalho dos/as profissionais que ali atuam, que resultam em representações técnicas (e o serviço social é um exemplo) não legitimadas pela categoria, além disso, a ênfase de metas quantitativas em detrimento das qualitativas.

[...] o INSS ele não faz gestão, ele faz política, então temos muita gente incompetente nesses cargos de gestão, uma delas é a nossa responsável técnica, que faz reunião, não responde e-mail, não faz nada. As coisas aqui já são difíceis e sem o apoio técnico fica mais complicado ainda. Precisamos de capacitação para aprimorar nosso fazer profissional e não digo só a avaliação, viu? Nosso trabalho tá pra além disso [...] (AS-06).

[...] a instituição ela desestimula, a preocupação da instituição é uma preocupação de certa forma social, de certa forma política, porque ela tem uma preocupação grande com a questão da fila da agenda médica, com isso há mais de ano, um ano e meio, não se tem reuniões técnicas para estimular a capacitação e muitas vezes a reunião técnica, que dá trabalho [...] a leitura que eu faço hoje é que a instituição vê a reunião técnica como uma folga que você tem de se livrar da agenda médica e não é, a reunião técnica para capacitação, para qualificação ela é muito importante [...] mas em si eu vejo que nós estamos nós afastando a muito tempo da capacitação [...] (PM-08).

Um/a dos/as interlocutores/as da pesquisa inicia sua fala apontando a ausência de reuniões técnicas por categoria e reuniões conjuntas. Desta forma, amplia-se o debate para a necessidade da instituição e dos profissionais superarem um suposto endogenismo. Outro interlocutor sugere que as reuniões técnicas devem acontecer de forma intersetorial, ou seja, com a participação de representantes de outras políticas sociais, bem como dos demais sujeitos políticos no bojo da sociedade, com intuito de socializar os processos de trabalho de forma contextualizada, evitando equívocos de análise.

[...] os médicos peritos não se reúnem mais, há quatro meses, cinco meses que eles não se reúnem mais. As reuniões estão proibidas [...] eu entendo que [...] as reuniões técnicas sejam reuniões intersetoriais, [...] reuniões não só multiprofissionais, mas [...] que a gente possa trazer movimentos sindical pra discutir com os médicos peritos, pra ouvir o pensamento dos trabalhadores que os movimentos populares tragam pra ouvir o que pensa a população a respeito desses problemas que é a seguridade e a previdência enfim atuam, e que possam ter nas reuniões todos os profissionais que atuam na seguridade social, inclusive a interlocução com o SUS, que eu acho que esse é um outro nó [...] ela não existe tanto o médico-perito demoniza os médicos assistentes dos profissionais que acham que são médicos que forçam a barra enfim, ou que não fornecem informações etc., sem entender o porquê disso, como os médicos assistentes, os profissionais da área de saúde demonizam a pericia médica também sem entender o porquê do que muito do que acontece aqui acontece dessa forma. Então existe hoje dos médicos peritos hoje tendem a ter uma paranoia constante porque acham que saindo da agencia eles vão ser agredidos, porque existe uma tradição já alimentada e de distorções que sempre ocorreram da atuação do médico-perito e essa necessidade de reordenar tudo isso, de pensar de refletir tudo isso tem que ser feito conjuntamente, então o que eu acho que falta é dar esse passo do médico perito sair daquele isolamento que ocorre desde as agências que eles atuam e partir pra uma relação mais de reciprocidade de saber, de construção de saber com outras áreas (PM-02).

Para finalizarmos nossas análises pertinentes a este tópico, reforçamos a importância e a necessidade do/a profissional, realizar a avaliação médico-social, lançar um “olhar” mais abrangente, percebendo a concatenação presente entre os “fatores ambientais”, “atividades e participação” e funções do corpo. Nesse sentido, acreditamos que peritos/as médicos/as e assistentes sociais podem avançar ao entender e interpretar as expressões da questão social mais contundentes nesse contexto, problematizando junto aos movimentos sociais, contribuindo, assim, para fomentar estudos e pesquisas que suscitem políticas sociais universais, ou ao menos tensioná-las, nesta sociabilidade de desigualdades e paradoxos.

Assim, entendemos que são múltiplas as mediações que constituem o tecido das relações sociais, envolvendo esse processo de produção e reprodução social da vida em suas diversas expressões. São essas relações que constituem a sociabilidade humana, implicam âmbitos diferenciados e uma trama que envolve o social, o político, o econômico, o cultural, o religioso, o gênero, a idade, a etnia, etc. Dimensões estas, que o/a profissional, no manejo do instrumental avaliativo, defronta-se cotidianamente, exigindo conhecimento e posicionamento críticos tanto na dimensão explicativa quanto na interventiva. Tudo isso sem perder de vista o contexto institucional, por vezes, adverso.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As discussões sobre deficiência ficaram por séculos tendo como fio condutor um discurso místico. Esta que era compreendida como ausência de sorte, assume um novo viés a partir dos debates que circundam e consubstanciam o modelo biomédico desenvolvido em meados do século XIX, as problematizações buscavam tornar normal o corpo com lesão, tentando ajustar aquele corpo com deficiência a partir de um juízo de valor moral e estético, distante da esfera política. Só nos anos de 1970 que a deficiência consegue quebrar os grilhões que a aprisionavam no discurso biomédico. Modelo, este, centrado apenas no indivíduo, sem perceber as múltiplas interações que são estabelecidas com o meio, sendo amplamente questionado. Nesse contexto, a deficiência passa a ser percebida como uma lesão que colocará, de alguma forma, barreiras à participação social de uma pessoa quando em interação com o seu ambiente contextual. Assim, percebemos que definir deficiência não é tarefa simples, pois não é só reconhecer um corpo com lesão, mas descortinar uma sociedade que isola, reprime e oprime a pessoa com deficiência.

A deficiência possui diversas expressões, e estas demandarão da própria estrutura do Estado mecanismo legais que favoreçam políticas públicas para este segmento da população. Nesse sentido, compreendemos a deficiência como uma expressão que sofre as determinações e condicionamentos da própria sociedade capitalista, e não deve ser percebida apenas como um problema para a pessoa que possui esse corpo com lesão, mas também uma responsabilidade do Estado e da sociedade. Assim, é possível entendermos a lógica que demanda mecanismos que favoreçam a justiça social. Seguindo essa linha de raciocínio é que podemos compreender a proteção social destinada a essas pessoas, via políticas sociais. Sendo o BPC uma dessas políticas, e este foi o nosso ponto de partida, compreendendo a lógica que o delineia, enfatizando nossas análises no processo avaliativo das pessoas que pleiteiam o acesso ao referido benefício.

O Benefício de Prestação Continuada, regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social, com previsão legal desde a Constituição Federal de 1988, só inicia seu processo de operacionalização, na estrutura do Instituto Nacional do Seguro Social, após oito anos de sua promulgação na Constituição Cidadã. Partindo do contexto da operacionalidade do BPC, compreendemos alguns dos relatos dos/as interlocutores/as de nossa pesquisa, qual seja, o de que este benefício sofre o espraiamento da política previdenciária pública, em outros termos, os rebatimentos da lógica do seguro. Assim, encontramos aporte para entender a fundamentação de alguns/mas peritos/as médicos/as nos seus processos de trabalho, conforme evidenciado em nossas problematizações.

Assim, entendemos institucionalmente, bem como na tessitura tensa e contraditória da sociedade capitalista, o contexto que o BPC é operacionalizado. Vimos, em linhas atrás,

que o Decreto 6.214/2007 incorporou as propostas feitas pela CIF que analisa a experiência da deficiência a partir de aspectos médicos e sociais. O/a assistente social é responsável por avaliar os fatores ambientais, sociais e pessoais, a avaliação médica considera as deficiências nas funções e nas estruturas do corpo, e ambas consideram a limitação do desempenho de atividades e a restrição da participação social, segundo suas especificidades.

Temos, então, um modelo avaliativo pautado nas orientações da CIF, que atende, *a priori*, as demandas históricas da sociedade civil organizada. Cabe destacar que os/as assistentes sociais do INSS sempre pautaram a defesa de uma proposta de avaliação para além do viés médico, desde a gênese da operacionalização do BPC em 1996. Mesmo quando o serviço social, por um breve período, deixou de fazer parte da estrutura do INSS, os/as assistentes sociais continuaram suas articulações políticas no sentido de fortalecer um movimento que culminasse na derrocada de um modelo meramente biomédico. É importante fazermos esta observação, pois, apesar de estarmos em um espaço sócio-ocupacional regido pela lógica do seguro, defendemos outra proposta, qual seja, a de universalização das políticas sociais (assistência social, saúde, previdência, educação, entre outras), mesmo cientes dos embates para alcançá-la nesta sociabilidade, mas o seu tensionamento é fundamental, pois é isso que definirá se as conquistas serão mais ou menos elásticas.

Verificamos que nem todos/as os/as profissionais em seus processos de trabalho seguem as diretrizes norteadoras do modelo avaliativo fundamentado na CIF. No caso da avaliação médica, particularmente, ficou evidente que, a maioria dos/as profissionais responsáveis por essa análise, referenda a ausência de uniformidade no entendimento do modo de avaliar a pessoa com deficiência que pleiteia o BPC.

Observarmos a presença, ainda que velada, de uma disputa entre as perspectivas biomédica e médico-social, apesar da construção do instrumental ter sido pautada nesta última proposta, o que revelam questões para além da padronização desse instrumento utilizado no processo avaliativo. Dessa forma, compreendemos que o debate perpassa não só as condições objetivas, neste caso o instrumental, mas as subjetivas desse movimento, o que exige posicionamento crítico para aclarar as diferentes concepções e posicionamentos.

É fundamental reavaliar a operacionalidade do quesito relacionado aos impedimentos, pois, em nossas análises, entendemos que este elemento, na forma como está disposto, referenda apenas um saber profissional. Recomendamos que a avaliação médico-social da pessoa com deficiência que pleiteia o BPC deve ser pautada em uma horizontalidade com o requerente, bem como que ambos/as os/as profissionais devem ter a mesma legitimidade nesse processo.

Outro elemento que deve ser problematizado é com relação a ampliação dos espaços de discussões, pois os/as profissionais que operacionalizam o processo avaliativo do BPC apontam a ausência desses mecanismos de interação, não só entre os/as profissionais, mas com a participação, também, das pessoas que pleiteiam o benefício, ou seja, propomos o travamento de um debate mais amplo, com abertura para a participação da sociedade civil imbricada direta ou indiretamente no processo.

Não nos interessa reforçar a ideia, tão em voga, de culpabilização do indivíduo, qual seja, a de que o servidor/a deve buscar, por iniciativa própria, o aprimoramento intelectual, do contrário é de sua total responsabilidade a “não oferta” de um serviço de qualidade. É importante destacar que estamos falando de um mercado tão caro aos liberais nos tempos contemporâneos, com lucros privatizados e custos socializados, atravessado por metas, que não são qualitativas, mas quantitativas, onde a leitura e discussão sobre a legislação e atos normativos no próprio ambiente de trabalho, aqui fazendo referência ao INSS, é vista como “perda de tempo”. Esse contexto, deveras deletério, corrobora o que já sinalizamos em linhas atrás, ao revelarmos a ausência dos espaços de debates. Assim, os/as interlocutores/as recorrem aos conhecimentos a partir das experiências em outros campos de atuação, o que contribui para perpetrar práticas cada vez mais perpassadas por aspectos subjetivos.

Concluimos que a problemática não está relacionada somente à alteração ou não do instrumental. Entendemos que os/as profissionais tanto no MDS como no INSS, envolvidos/as na avaliação ou mesmo no processo de constituição e análise permanente do instrumental, devem rever o processo avaliativo, no sentido pensar em estratégias que os/as assistentes sociais e peritos/as médicos/as tivessem mais interação nesse movimento, pois, hoje, a avaliação é realizada em tempo e espaço diferentes, assim, poderíamos propor a reflexão diante da possibilidade de realizá-la em um único momento, ou seja, os/as dois/duas profissionais avaliando esse/a requerente, concomitantemente, corroborando a proposta interdisciplinar, quiçá com a participação outros/as profissionais, com isso poderíamos falar de um processo de avaliação biopsicossocial.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BARNES, C.; BARTON, L.; OLIVER, M. **Disability studies today**. Cambridge: Polity Press, 2002.

BARBOSA, L.; DINIZ, D.; SANTOS, W. **Diversidade corporal e perícia médica**: novos contornos da deficiência para o Benefício de Prestação Continuada. Revista Textos e Contextos, v. 8, n. 2. Porto Alegre: PUCRS, 2009.

BENEVIDES, M. G. Entre ovelha negra e meu guri: família pobreza e delinquência. São Paulo: Annablume, 2008.

BEHRING, E. Desigualdade e Política Social no “Neodesenvolvimentismo” Brasileiro. In: III ENCUESTRO DE LA REGIÓN AMÉRICA LATINA Y CARIBE DE LA FEDERACIÓN INTERNACIONAL DE TRABAJADORES SOCIALES, 2013, Montevideu. **Anais Estado y Políticas Sociales**: desafios y oportunidades para el trabajo social latinoamericano y caribeño. Montevideu: ADASU, 2013

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. **Política Social**: fundamentos e história. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca Básica do Serviço Social; v. 2).

BOSCHETTI, I. **A política de seguridade social no Brasil**: In: Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

_____. **Assistência Social no Brasil**: um direito entre originalidade e conservadorismo. Brasília, 2002.

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

BOSCHETTI, I.; TEIXEIRA, S.; DIAS, A. **A execução orçamentária da política de assistência social e dos programas para crianças e adolescentes**. Serviço Social & Sociedade, v. 85, p. 71-97, 2006b.

BOSCHETTI, I.; SALVADOR, E. **Orçamento da seguridade social e política econômica**: perversa alquimia. Revista Serviço Social & Sociedade, São Paulo, n. 87, pp. 25-57, 2006.

BOURDIEU, P. **Introdução a uma sociologia reflexiva**. In: O poder simbólico. 2. ed. Rio de Janeiro: Bertrand, 1998.

BRAGA, L.; CABRAL, M. S. R. (orgs.). **O Serviço Social na Previdência**: trajetória, projetos profissionais e saberes. São Paulo: Cortez, 2008.

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

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

_____. **Decreto n. 1.330, de 08 de dezembro de 1994**. Dispõe sobre a concessão do benefício de prestação continuada, previsto no art. 20 da Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências. Brasil, 1994.

_____. **Decreto n. 1.744, de 08 de dezembro de 1995.** Regulamenta o benefício de prestação continuada devido à pessoa portadora de deficiência e ao idoso, de que trata a Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993, e dá outras providências. Brasil, 1995.

_____. **Decreto n. 3.298, de 20 de dezembro de 1999.** Regulamenta a Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989, dispõe sobre a Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, consolida as normas de proteção, e dá outras providências. Brasil, 1999.

_____. **Decreto n. 3.956, de 8 de outubro de 2001.** Promulga a Convenção Interamericana para a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação contra as Pessoas Portadoras de Deficiência. Brasil, 2001.

_____. **Decreto n. 5.296, de 2 de dezembro de 2004.** Regulamenta as Leis nº 10.048, de 8 de novembro de 2000, que dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e 10.098, de 19 de dezembro de 2000, que estabelece normas gerais e critérios básicos para a promoção da acessibilidade das pessoas portadoras de deficiência ou com mobilidade reduzida, e dá outras providências. Brasil, 2004.

_____. **Decreto n. 6.214, de 26 de setembro de 2007.** Regulamenta o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993, e a Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto n. 3.048, de 06 de maio de 1999, e dá outras providências. Brasil, 2007b.

_____. **Decreto n. 6.564, de 12 de setembro de 2008.** Altera o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto no 6.214, de 26 de setembro de 2007, e dá outras providências. Brasil, 2008.

_____. **Decreto n. 6.949, de 25 de agosto de 2009.** Promulga a Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova York, em 30 de março de 2007. Brasil, 2009.

_____. **Decreto n. 7.617, de 17 de novembro de 2011.** Altera o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto no 6.214, de 26 de setembro de 2007, e dá outras providências. Brasil, 2011.

_____. **Lei n. 3.807, de 26 de agosto de 1960.** Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. Brasil, 1960.

_____. **Lei n. 8.213, de 27 de julho de 1991.** Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasil, 1991.

_____. **Lei n. 8.742, de 08 de dezembro de 1993.** Dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social. Diário Oficial da União 1993. Brasil, 1993.

_____. **Lei n. 11.501, de 11 de julho de 2007.** Altera as Leis n. 10.355, de 26 de dezembro de 2001, 10.855, de 1º de abril de 2004, 8.112, de 11 de dezembro de 1990, 11.457, de 16 de março de 2007, 10.910, de 15 de julho de 2004, 10.826, de 22 de dezembro de 2003, 11.171, de 2 de setembro de 2005, e 11.233, de 22 de dezembro de 2005; revoga dispositivos das Leis n. 11.302, de 10 de maio de 2006, 10.997, de 15 de dezembro de 2004, 8.212, de 24 de julho de 1991, 9.317, de 5 de dezembro de 1996, 10.593, de 6 de dezembro de 2002, 11.098, de 13 de janeiro de 2005, 11.080, de 30 de dezembro de 2004; e

dá outras providências. Brasília, 2007d.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS). **Avaliação de pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social: um novo instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. Brasília, DF: MDS, 2007a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS). **Benefício de Prestação Continuada**. Disponível em <www.mds.gov.br>. Acesso em 2 fev. 2011. Brasil, 2007b.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS). **Benefício de Prestação Continuada (BPC) – Benefícios ativos em dezembro de 2012**. Disponível em < <http://www.mds.gov.br/relocrys/bpc/docs/downloads/2012/deztodos.pdf> >. Acesso em 24 mar. 2013. BRASIL, 2013a.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à fome (MDS). **Seminário de Gestão Financeira do SUAS**. Disponível em < <http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/gestao-do-suas/mesa-2-seminario-de-gestao-financeira-do-suas-fnas-mds.pdf>>. Acesso em 24 mar. 2013. BRASIL, 2013b.

_____. **Portaria Conjunta MDS/INSS n. 1, de 29 de maio de 2009**. Institui Instrumentos para a avaliação da deficiência e do grau de incapacidade de pessoas com deficiência requerentes ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC, conforme estabelece o art. 16, §3º, do Decreto n. 6.214, de 26 de setembro de 2007, alterado pelo Decreto n. 6.564, de 12 de setembro de 2008.

CARDONA, F. **Transdisciplinaridade, Interdisciplinaridade e Multidisciplinaridade**. Fev. 2010. Disponível em: <http://pessoal.utfpr.edu.br/sant/arquivos/Transdisciplinaridade.pdf>. Acesso em: 25/11/2013.

CASTELO, R. O novo desenvolvimentismo e a decadência ideológica do pensamento econômico brasileiro. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 112, p. 613-636, nov. 2012.

CINTRA, T. **A contribuição do assistente social do INSS na busca por um novo olhar sobre a deficiência e a incapacidade na operacionalização do BPC: uma alternativa para a ampliação de direitos?** Brasília, 2010. 100p. Curso de Especialização em Serviço Social: Direitos Sociais e Competências Profissionais. Universidade de Brasília, Conselho Federal de Serviço Social, Brasília, 2010.

CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE. São Paulo: Edusp, 2003.

COHEN, L.; MANION, I. **Métodos de investigación educativa**. Madrid: La Muralla, 1990.

COMBESSIE, J. **O método em Sociologia: o que é, como se faz?** São Paulo: Edições Loyola, 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Resolução CFM nº 1930/2009** [on line]. Set. 2009. http://www.portalmedico.org.br/resolucoes/CFM/2009/1930_2009.htm

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. 3ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência e Dia Internacional da Pessoa com Deficiência. Dez. 2012. Disponível em:

http://www.cfess.org.br/arquivos/cfessmanifesta2012_pessoacomdeficienciaFINAL.pdf. Acesso em: 08/08/2013.

CRESWELL, J. **Projeto de Pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artmed – Bookman, 2007.

CENTRO DE VIDA INDEPENDENTE DO RIO DE JANEIRO. Disponível em: <<http://www.cvi-rio.org.br/movimento-de-vida-independente-2/>>. Acesso em: 14 mar. 2013.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2008.

DINIZ, D. **O que é deficiência?** São Paulo: Brasiliense, 2012.

DINIZ, D.; SQUINCA, F.; MEDEIROS, M. **Qual Deficiência? Perícia Médica e Assistência Social no Brasil**. Cad. de Saúde Pública. Vol. 23, n. 11. p. 2589-2596. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

ENGELS, F. **A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado**. Trabalho relacionado com as investigações de L. H. Morgan. Tradução: Leandro Konder. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira S.A, 1981.

FARIAS, N. ; BUCHALLA, C. **A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde da Organização Mundial da Saúde: Conceitos, Usos e Perspectivas**. Revista Brasileira de Epidemiologia, São Paulo, 2005, 8, 187-93, 15/12/2013.

FÁVERO, E. T. **Instruções sociais de processos, sentenças e decisões**. São Paulo: Mimeo, 2001a.

_____. **Rompimento dos vínculos do Pátrio Poder: condicionantes sócio-econômicos e familiares**. São Paulo: Veras, 2001b.

FIGUEIRA, E. **Caminhando em silêncio: uma introdução à trajetória das pessoas com deficiência na história do Brasil**. São Paulo: Giz, 2008.

FONSECA, R. **A ONU e o seu conceito revolucionário de pessoa com deficiência. 2008**. Disponível em: <http://styx.nied.unicamp.br/todosnos/noticias/a-onu-e-o-seu-conceito-revolucionario-de-pessoa-com-deficiencia/>. Acesso em: 09/09/2013.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

_____. **Os anormais**. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3ª ed. São Paulo: Atlas, 1991.

GODOY, A. S. **Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades**. In: Revista de Administração de Empresas, v. 35, n. 2, 1995.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. 4 ed. Rio de Janeiro: LCT, 1988.

GOLDMAN, M. **Alguma antropologia**. Rio de Janeiro: Relume Dumará (Núcleo de Antropologia da Política), 1999.

GOMES, A. L. **O Benefício de Prestação Continuada: Uma Trajetória de Retrocessos e Limites – Construindo Possibilidades de Avanços?** In: SPOSATI, A. (org.). *Proteção Social de Cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

GONCALVES, R. Novo desenvolvimentismo e liberalismo enraizado. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo: n. 112, nov. 2012. p. 637-671.

GRAMSCI, A. **Cadernos do cárcere**. Volume 3: Maquiavel. Notas sobre o Estado e a política. 2. ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2002.

GUGEL, M. **Pessoas com deficiência e o direito ao trabalho**. Florianópolis: Obra Jurídica, 2007.

GUIMARÃES, T. M. R.; MIRANDA, W. L.; TAVARES, M. M. F. **O cotidiano das famílias de crianças e adolescentes portadores de anemia falciforme**. Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia, v. 31, n.1, p. 9-14, jan./fev. 2009.

HARVEY, D. **Neoliberalismo, história e implicações**. São Paulo: Edições Loyola, 2008.

IAMAMOTO, M. V. **Serviço Social em tempos de capital fetiche**. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. O Serviço Social na cena contemporânea - In: **Serviço Social: Direitos e Competências Profissionais**. Brasília: CFESS/ABEPSS, 2009.

IAMAMOTO, M. V.; CARVALHO, R. **Relações sociais e serviço social no Brasil: esboço de uma interpretação histórico-metodológica**. 12 ed. São Paulo: Cortez, 1998.

IBGE. **Censo Demográfico 2000**. Brasil: IBGE, 2000.

_____. **Síntese de indicadores sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Brasil: IBGE, 2010.

LESSA, S. **A ontologia de Lukács**. Maceió: Edufal, 1996.

_____. **Mundo dos homens: trabalho e ser social**. São Paulo: Boitempo, 2002.

LUKÁCS, G. **La signification presente du Réalisme critique**. Paris: Gallimard, 1960.

MOREIRA, M. **Considerações sobre a avaliação social para acesso ao BPC**. 2011.

_____. **A avaliação social como instrumento de ampliação de direitos**. 2010.

MARTINELLI, M. L. (org.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio**. São Paulo: Veras, 1999.

MARTINS, A. **Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde**. Interface (Botucatu), Fev 2004, vol. 8, n 14, p. 21-32.

MARTINS, J. S. O falso dilema da exclusão social e o problema da inclusão marginal. In: **Exclusão social e a nova desigualdade**. São Paulo: Paulus, 1977.

MARX, K. 'Prefácio' de Contribuição à crítica da economia política. In: _____. **Manuscritos econômico-filosóficos e outros textos escolhidos**. 4. ed. Seleção de textos de José Arthur Giannotti; tradução de José Carlos Bruni [et al.] . São Paulo: Nova Cultural, 1987;

p.29- 32. (Os Pensadores).

_____. **Resultados do processo imediato de produção.** In: _____. O Capital. São Paulo, Ciências Humanas, 1978a. L. 1, cap. VI (inédito), p. 5-97.

_____. **A mercadoria:** os fundamentos da produção da sociedade e do seu conhecimento. In: FORACCHI, Marialice Mencarini; MARTINS, José de Souza. Sociologia e Sociedade. Leituras de introdução à Sociologia. Rio de Janeiro: São Paulo: Livros Técnicos e Científicos, 1978b; p.53-87.

MARX, K.; ENGELS, F. **A Ideologia alemã.** São Paulo: Centauro, 2002.

MINAYO, M. C. S. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. (org.). **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro: Vozes, 2009.

MÉSZÁROS, I. **A crise estrutural do capital.** São Paulo: Boitempo, 2011.

MEDEIROS, M.; DINIZ, D.; SQUINCA, F. **Estudo do Programa Brasileiro de Transferência de Rendas para a População com Deficiência e suas Famílias:** uma análise do Benefício de Prestação Continuada. Texto para discussão n. 1184, IPEA: Brasília, 2006.

MONTANÕ, C.; DURIGUETTO, M. L. **Estado, Classe e Movimento Social.** São Paulo: Cortez, 2011. (Biblioteca Básica de Serviço Social. V.5).

MOTA, Ana E. **Cultura da crise e seguridade social.** 6ª ed. São Paulo: Cortez, 2011.

_____. **Desenvolvimentismo e construção de hegemonia:** crescimento econômico e reprodução da desigualdade. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. **O Mito da Assistência Social:** ensaio sobre Estado, Política e Sociedade. 4ª ed. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. Seguridade Social Brasileira: Desenvolvimento Histórico e Tendências Recentes. In: _____ (org.). **Serviço Social e Saúde – Formação e Trabalho Profissional.** São Paulo: Cortez, 2006.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e serviço social.** São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **Ditadura e serviço social:** uma análise do serviço social no Brasil pós-64. 5 ed. São Paulo: Cortez, 2001.

_____. **O Que é marxismo.** São Paulo: Brasiliense, 1994a.

_____. Razão, ontologia e práxis. **Serviço Social & Sociedade.** São Paulo, XV, n. 44, p.26- 42, abr. 1994b.

NETTO, J. P.; CARVALHO, M. **Cotidiano:** conhecimento e crítica. 10 ed. São Paulo: Cortez, 2012.

NOBRE, M. C. Estado Capitalista, Lutas Políticas e Eleições: Uma análise com Gramsci. In: **Revista de Ciências Sociais – Volume 35 – Número 2 – UNIFOR,** 2004.

OLIVEIRA, L. C. **As práticas de participação institucionalizadas e sua interface com a**

cultura política: um olhar sobre o cotidiano de um conselho municipal de saúde no nordeste brasileiro. Rio de Janeiro, 2006. 258p. Doutorado em Saúde Coletiva. Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2006.

OLIVEIRA, R. C. **O trabalho do antropólogo.** 2. ed. São Paulo: UNESP, 2005.

OLIVER, M.; BARNES, C. **Disabled People and Social Policy:** from exclusion to inclusion. London: Longman, 1998.

PEREIRA, P. A. P. **A assistência social na perspectiva dos direitos:** crítica aos padrões dominantes de proteção aos pobres no Brasil. Brasília: Thesaurus, 2006.

_____. **Necessidades humanas:** subsídios à crítica dos mínimos sociais. São Paulo: Cortez, 2008.

_____. Utopias desenvolvimentistas e política social no Brasil. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 112, p. 729-753, nov. 2012.

PIOVESAN, F. **Direitos humanos e justiça internacional:** um estudo comparativo dos sistemas regionais europeu, interamericano e africano. São Paulo: Saraiva, 2009.

SALVADOR, E. **Fundo público e seguridade social no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2010.

SANTOS, W. Justiça e deficiência: a visão do poder judiciário sobre o BPC. **Revista Sociedade em Debate.** Pelotas, v. 12, n. 2, p. 165-186, 2006.

SAVIANI, D. **Pedagogia histórico-crítica:** primeiras aproximações. 8. ed. Campinas: Autores Associados, 2003.

SILVA, A. T. **Os desafios da avaliação social para acesso ao BPC.** Brasília, 2010. 103 p. Monografia (Graduação em Serviço Social) - Departamento de Serviço Social do Instituto de Ciências Humanas, Universidade de Brasília.

SILVA, M. L. L. **Previdência social no Brasil:** (des)estruturação do trabalho e condições para sua universalização. São Paulo: Cortez, 2012.

_____. **Trabalho e população em situação de rua no Brasil.** São Paulo: Cortez, 2009.

SILVA, R. B. P.; RAMALHO, A. S.; CASSORLA, R. M. S. **A anemia falciforme como problema de Saúde Pública no Brasil.** Revista de Saúde Pública, v. 27, n. 1, p. 54-58, fev. 1993.

SINGER, A. **Os sentidos do lulismo:** reforma gradual e pacto conservador. São Paulo: Companhia das letras, 2012.

SITCOVSKY, M. Particularidades da expansão da assistência social no Brasil. In: MOTA, Ana E. (org.). **O mito da assistência social:** ensaios sobre Estado, Política e Sociedade. 4. ed. São Paulo: Cortez, 2010.

SPOSATI, A. **A menina LOAS:** um processo de construção da Assistência Social. São Paulo: Cortez, 2010.

_____. **Benefício de Prestação Continuada como Mínimo Social.** In: SPOSATI, A. (org.).

Proteção Social de Cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SPOSATI, A.; FALCÃO, M.; FLEURY, S. **Os direitos dos desassistidos sociais**. São Paulo: Cortez, 2008.

_____ *et al.* **Assistência na trajetória das políticas sociais**. São Paulo: Cortez, 2010.

SQUINCA, F. **Deficiência e Aids**: o Judiciário e o Benefício de Prestação Continuada. Dissertação de Mestrado. Brasília: UnB/FS, 2007.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa**: Técnicas e Procedimentos para o Desenvolvimento de Teoria Fundamentada. 2. Ed., Porto Alegre, Artmed, 2008.

TAVARES, M. L. **Direito Previdenciário**. São Paulo: Impetus, 2009.

VIANNA, M. L. **Seguridade social e combate à pobreza no Brasil**: o papel dos benefícios não contributivos [on line]. Set. 2004. [citado em 08/02/2013].
<http://www.enap.gov.br/downloads/ec43ea4fSeguridade.pdf>

APÊNDICE I

ROTEIRO – MEMBRO GRUPO DE TRABALHO INTERMINISTERIAL

- Características socioocupacionais do/a entrevistado/a

Idade:

Sexo:

Instituição e tempo de serviço:

- Categoria profissional:
- Outra graduação/pós-graduação/curso de qualificação?
- Possui outras experiências profissionais? Onde/Área?

- 1) O que fomentou a constituição do grupo de trabalho para a constituição do modelo médico-social de avaliação da pessoa com deficiência que pleiteia o BPC? (caso possível, comente o máximo, sobre os fundamentos sóciohistóricos que envolveram a constituição desse grupo).
- 2) Quais os motivos que levaram o grupo de trabalho interministerial indicar a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) como referência para a construção do modelo médico-social?
- 3) Para além da CIF, quais as referências teórico-conceituais e experimentais no Brasil e/ou em outros países foram utilizadas na elaboração do modelo e dos instrumentais?
- 4) Quais os principais dilemas e desafios com os quais o grupo de trabalho se deparou quando da elaboração dos instrumentais de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para a vida independente e para o trabalho?
- 5) Você acha que a concepção atual e o modo como está sendo operacionalizada a avaliação da deficiência e do grau de incapacidade para a vida independente e para o trabalho está em consonância com as concepções iniciais? Por quê?
- 6) Você acha que o modelo atual atende aos objetivos inicialmente pretendidos? Por quê?
- 7) Quais as mudanças ocorreram ao longo do período de implementação do modelo, desde 2009, que em sua opinião são consideradas negativas e positivas?
- 8) Em sua opinião, o estabelecimento do impedimento de longo prazo em dois anos feriu a concepção inicial de longo prazo feriu a concepção inicial da avaliação e/ou prejudicou o acesso do requerente ao BPC? Por quê?
- 9) Que sugestões apontaria para aperfeiçoar o modelo de avaliação e como está sendo operacionalizado?

APÊNDICE II

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA (ASSISTENTE SOCIAL)

- Sexo:
- Idade:
- Tempo de serviço no INSS:
- Há quanto tempo realiza avaliação social de PcD para acesso ao BPC?

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

- Instituição de graduação:
- Outra graduação/pós-graduação/curso de qualificação?
- Possui outras experiências profissionais? Onde/Área?

- 01) Na sua concepção, o que é e o que representa a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para a condução técnica na operacionalidade da avaliação social da pessoa com deficiência no acesso ao BPC?
- 02) Como você descreve esse modelo médico-social baseado na CIF?
- 03) Quais os elementos relevantes considerados na avaliação social da pessoa com deficiência para acesso ao BPC? E especificamente para a construção da história social?
- 04) Quais os fundamentos teóricos necessários para conduzir a avaliação social da pessoa com deficiência no acesso ao BPC?
- 05) Qual sua opinião sobre a inclusão da avaliação social da pessoa com deficiência no acesso ao BPC?
- 06) Qual sua opinião sobre o critério temporal (impedimento longo prazo) inserido na avaliação da pessoa com deficiência no acesso o BPC?
- 07) Para você o que representa o BPC para a pessoa com deficiência?
- 08) Você gostaria de acrescentar algum comentário/observação sobre esse modelo de avaliação da pessoa com deficiência para acesso ao BPC?
- 09) Quais os limites e possibilidades identificados na realização da avaliação social para o reconhecimento do BPC como um direito social?
- 10) Quais ações podem ser desenvolvidas como desdobramento da avaliação social?
- 11) De que forma estas ações pode favorecer o acesso dos requerentes do BPC?

APÊNDICE III
ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA
(PERITO/A MÉDICO/A)

- Sexo:
- Idade:
- Tempo de serviço no INSS:
- Há quanto tempo realiza avaliação médico-pericial de PcD para acesso ao BPC?

QUALIFICAÇÃO PROFISSIONAL

- Instituição de graduação:
- Outra graduação/pós-graduação/curso de qualificação?
- Possui outras experiências profissionais? Onde/Área?

- 01) Na sua concepção, o que é e o que representa a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para a conduta médico-pericial no exame de avaliação da pessoa com deficiência no acesso ao BPC?
- 02) Como você descreve esse modelo médico-social baseado na CIF? O que é avaliado no exame médico-pericial da pessoa com deficiência para acesso ao BPC?
- 03) Quais são as diretrizes para a conduta médico-pericial na avaliação da pessoa com deficiência no acesso ao BPC?
- 04) Qual sua opinião sobre a inclusão da avaliação social da pessoa com deficiência no acesso ao BPC?
- 05) Na sua opinião, qual a influência da situação social, descrita na história social, para avaliar a deficiência/incapacidade?
- 06) Qual sua opinião sobre o critério temporal (impedimento longo prazo) inserido na avaliação da pessoa com deficiência no acesso ao BPC?
- 07) Você já foi surpreendido por algum resultado final na conclusão da avaliação da pessoa com deficiência no acesso ao BPC?
- 08) Para você o que representa o BPC para a pessoa com deficiência?
- 09) Você gostaria de acrescentar alguma comentário/observação sobre esse modelo de avaliação da pessoa com deficiência para acesso ao BPC?

APÊNDICE IV

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada: **Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência: avanços e desafios na avaliação biopsicossocial**. Esse estudo tem como objetivo apontar os avanços e desafios que contornam as conquistas do modelo de acesso ao BPC centrado na CIF, evidenciando as tensões que permeiam os saberes e as práticas dos/as profissionais que operacionalizam os critérios de avaliação da deficiência e do grau de impedimento, “*apriori*” referenciadas na CIF e expressas em um instrumental de avaliação médico-social. E, por fim, apontar as possíveis contribuições que esse modelo pode oferecer para ampliar o acesso a esse importante direito social às pessoas com deficiência.

Gostaríamos de contar com a sua participação em uma entrevista sobre a avaliação biopsicossocial, para acesso ao BPC. Salientamos que sua participação é voluntária e o (a) Sr.(a) poderá a qualquer momento deixar de participar do estudo sem qualquer prejuízo. Esclarecemos que a sua identidade não será revelada. Comprometemo-nos a utilizar os dados coletados somente para a pesquisa e os resultados poderão ser veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou encontros científicos e congressos, sem tornar possível sua identificação. Os dados retornarão para o local da pesquisa e poderão contribuir para a melhoria dos serviços prestados à população. Reconhecendo que todo tipo de pesquisa que envolve a participação de seres humanos pode causar constrangimento, vergonha, medo e outros fatores emocionais que provoquem algum tipo de comportamento que não favoreça a realização da pesquisa, buscaremos com a realização dessa investigação, que no seu decorrer sejam garantidos o sigilo, autonomia e liberdade. Nesse sentido, reafirmamos o compromisso em respeitar os pesquisados, procurando evitar qualquer desconforto, deixando claro sua liberdade de participar ou não da pesquisa, ou retirar-se do estudo em qualquer momento e garantia de anonimato. Trabalharemos na perspectiva da redução de riscos, considerando a qualificação da equipe de pesquisa, supervisão técnica, bem como o acompanhamento ético em todo o processo da pesquisa. Caso necessário, o (a) Sr.(a) poderá entrar em contato com a pesquisador responsável Alano do Carmo Macêdo, pelo telefone (085) 3023-0595, e/ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará no endereço: Av. Paranjana, 1.700, Campus do Itaperi, Fortaleza-CE, fone 31019890.

Este termo está elaborado em duas vias, sendo uma para o sujeito participante da pesquisa e outro para arquivo do pesquisador.

Tendo sido informado(a) sobre a pesquisa, "**Benefício Assistencial à Pessoa com Deficiência: avanços e desafios na avaliação biopsicossocial**", concordo em participar da mesma, de forma livre e esclarecida.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: _____

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE V
TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Título do projeto: “BENEFÍCIO ASSISTENCIAL À PESSOA COM DEFICIÊNCIA: avanços e desafios na avaliação biopsicossocial”.

O pesquisador ALANO DO CARMO MACÊDO compromete-se a resguardar os direitos assegurados pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), garantindo e preservando as informações da base de dados do serviço e do arquivo das Agências da Previdência Social de circunscrição da Gerência Executiva do Instituto Nacional do Seguro Social em Fortaleza. Afirma-se, então, que tais informações e dados, em consonância com Resolução 466/2012 do CNS, terão, em especial:

- 1) Garantia da privacidade, da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos envolvidos ou de terceiros;
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.

Fortaleza, 21 de junho de 2013.

Alano do Carmo Macêdo – CPF: 963.520.353-53

APÊNDICE VI

NOTA TÉCNICA MDS



MINISTÉRIO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E COMBATE À FOME
SECRETARIA NACIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
DEPARTAMENTO DE BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS
Eplanada dos Ministérios Bloco C, sala 627 - 70056900 - Brasília-DF fone 61 - 3901-9081

NOTA TÉCNICA DBA/SNAS/MDS/ nº 55

Brasília, 28 dezembro de 2006.

Ref.: processo nº 03100.001389/2006-74

Int.: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão

Ass.: Regulamentação do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social/Avaliação Social

1. A presente Nota Técnica destina-se a atender à solicitação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão ao Departamento de Benefícios da Secretaria Nacional de Assistência Social do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome - MDS para adicionar documentos complementares com vistas a fundamentar a proposição de novo Regulamento do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC, especificamente quanto a necessidade de 1.600 servidores Analistas Previdenciários/Assistentes Sociais para a avaliação da deficiência e incapacidade.

2. Entre as proposições da minuta de alteração do Decreto 1.744, de 5 dezembro de 1995, encaminhada à Casa Civil, por meio da Exposição de Motivos nº 12 MDS/MPS, destaca-se a inclusão da avaliação social como parte integrante da avaliação da deficiência para fins de acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC, conforme disposto abaixo, em extrato da referida minuta:

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

§ 1º A avaliação da deficiência e do grau de incapacidade será composta de avaliação médica e social.

§ 2º A avaliação médica da deficiência e do grau de incapacidade considerará as deficiências nas funções e nas estruturas do corpo, e a avaliação social considerará os fatores ambientais, sociais e pessoais, e ambas considerarão a limitação do desempenho de atividades e a restrição da participação social, segundo suas especificidades.

§ 3º A avaliação médica será realizada pelos serviços da perícia médica do INSS.

§ 4º O MDS e o INSS implantarão as condições necessárias para a realização da avaliação social e a sua integração à avaliação médica.

3. O conceito de pessoa com deficiência para fins do BPC, conforme dispõe a Lei 8.742, de 7 de dezembro de 1993 – Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, está relacionado à incapacidade para a vida independente e para o trabalho. A avaliação da deficiência, com base nesse conceito, atualmente é feita mediante exame médico pericial, por médicos peritos do INSS, conforme disposto no Decreto 1.744/1995.

4. A inclusão da avaliação social para compor a avaliação da deficiência resultou de estudo desenvolvido por servidores do INSS e MDS, a partir de Grupo de Trabalho Interministerial – GTI, instituído mediante Portaria Interministerial nº. 1 de 15 de junho de 2005, assinada pelos Ministros de Estado do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e da Previdência Social, anexa. O referido Grupo de Trabalho teve como objetivo a proposição de novos parâmetros e procedimentos de avaliação da deficiência para acesso ao BPC. Assim, o estudo desenvolvido pelo GTI, no curso de um ano meio, além de fazer uma retrospectiva histórica do conceito de deficiência no Brasil, comparativamente a outros países, estabeleceu novos parâmetros para a avaliação da deficiência para acesso ao BPC, baseando-se na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF, aprovada pela Organização Mundial de Saúde – OMS.

4.1 A CIF permite classificar, em nível mundial, a funcionalidade, a saúde e a deficiência do ser humano, estabelecendo outros paradigmas em contraposição a idéias tradicionais sobre saúde e deficiência. A CIF foi aceita como uma das classificações sociais da Organização das Nações Unidas e incorpora as Normas Uniformes sobre a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência/ONU. É adotada por 191 países, entre os quais o Brasil, como norma internacional para descrever e avaliar a saúde e a deficiência.

4.2 Essa nova classificação tem implicações sobre a prática da medicina, sobre legislação e políticas sociais destinadas a efetivar e melhorar a qualidade do acesso aos cuidados de saúde, como também à proteção de direitos individuais e coletivos. Considera os aspectos sociais da deficiência e propõe um mecanismo para identificar o impacto do ambiente social e físico sobre a funcionalidade da pessoa.

4.3 Na ótica da CIF, a deficiência não é um atributo da pessoa, mas uma consequência de um conjunto complexo de situações, das quais um número

razoável é criado pelo meio ambiente social. Assim, exigem-se medidas sociais, sendo responsabilidade coletiva da sociedade introduzir as mudanças ambientais necessárias para permitir às pessoas com deficiência participarem plenamente de todos os aspectos da vida social.

4.4 Diante disso, a avaliação realizada para fins de acesso ao BPC às pessoas com deficiência, consistirá de duas etapas, sendo a primeira, médica e a segunda, social. A avaliação médica considerará as deficiências nas funções e estruturas do corpo, enquanto a avaliação social apreciará o impacto dos fatores ambientais, sociais e pessoais na limitação da atividade e na restrição da participação social da pessoa com deficiência, procedendo dessa forma a avaliação da incapacidade para a vida independente e para o trabalho, prevista na Lei nº 8.742/1993 e a decisão sobre o reconhecimento do direito ao benefício.

4.5 Com a introdução da avaliação social, impôs-se uma abordagem da deficiência mais justa, por atentar a possibilidade de participação e de acessibilidade da pessoa com deficiência na sociedade, o que se conforma com a tendência mundial de considerar os fatores biopsicossocial na determinação das deficiências e incapacidades.

5. Quanto à realização das avaliações médica e social, a primeira continuará sendo feita por médicos peritos do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, e a segunda espera-se, que seja efetuada, preferencialmente, por assistentes sociais também deste Instituto. Ressalta-se porém, que a adoção do novo modelo de avaliação social da deficiência e incapacidade implicará demandas de duas naturezas: uma vinculada à realização da avaliação social para fins de acesso ao BPC e a outra vinculada ao processo revisional das condições que lhe deram origem, conforme disposto no art. 21 da LOAS. Assim, seu processamento deve ser feito por uma instituição que disponha de condições, tais como: estrutura material e técnica adequada; diretrizes uniformizadoras para o atendimento dos usuários e para a capacitação técnica dos seus servidores; agilidade e segurança no trâmite administrativo, bem como cultura organizacional e administrativa quanto ao reconhecimento de direitos à transferência de renda.

6. Considera-se que o INSS reúne as melhores condições para atendimento aos quesitos citados, pelas razões que se seguem:

- a) é autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência Social – MPS, responsável pela implementação de uma das políticas no âmbito da Seguridade Social, a Previdência Social, que se viabiliza por meio da

prestação de serviços e da operacionalização de benefícios de transferência de renda da previdência, da assistência social e de natureza indenizatória, entre outros;

- b) é o órgão legitimado pela sociedade como referência no reconhecimento do direito à benefícios, inclusive ao BPC;
- c) possui uma rede de atendimento ampla e sólida, estruturalmente organizada em 1.217 Agências da Previdência Social, incluindo as 75 unidades móveis (PrevMóvel e PrevBarcos); 100 Gerências Executivas, com estrutura gerencial, para o acompanhamento, supervisão e monitoramento das atividades realizadas pelas Agências e, 05 Gerências Regionais, às quais compete supervisionar, coordenar e articular a gestão das Gerências Executivas sob a sua jurisdição;
- d) é órgão executor de procedimentos e obrigações, pactuados mediante instrumentos específicos entre o MDS e o MPS, acerca da operacionalização do BPC há 11 anos. Acumulando, pois, conhecimento e experiência sobre a matéria o que permitirá, agilidade, efetividade e eficácia no que tange ao processamento da avaliação social da deficiência;
- e) é autarquia competente para realizar apurações de denúncias e controle de ocorrências de irregularidades na operacionalização de benefícios sob a sua administração;
- f) possui amplo e moderno parque tecnológico, com sistemas de monitoramento e gestão da informação, desenvolvidos com base em plataformas unificadas em âmbito nacional;
- g) sua estrutura permite agilidade e segurança no trâmite administrativo, além de propiciar uma homogeneidade e agilidade da capacitação técnica, criando também ambiente propício ao desenvolvimento de trabalho interdisciplinar;
- h) seu corpo técnico é formado por servidores públicos federais, cuja atuação se sujeita à Lei nº 8.112, de 11 de dezembro de 1990, que determina o compromisso com o bem público e a defesa do direito do cidadão.
- i) A realização da avaliação social pelos assistentes sociais do INSS favorecerá aos beneficiários do BPC, pela segurança e conforto que esse órgão lhes proporcionará, dadas condições relatadas, e pela otimização do acesso ao benefício, em face a experiência desses profissionais no cumprimento da competência legal que lhe é reservada no que se refere a realização dos direitos sociais: ao Serviço Social do INSS compete “*esclarecer junto aos beneficiários*

seus direitos sociais e os meios de exercê-los e estabelecer conjuntamente com eles o processo de solução dos problemas que emergirem da sua relação com a Previdência Social, tanto no âmbito interno da instituição como na dinâmica da sociedade” (Art. 88 da Lei 8.213/91).

7. Da mesma forma, o MDS será favorecido, tendo em vista que a centralização dos procedimentos atinentes ao BPC seja o reconhecimento de direitos para acessá-lo ou a avaliação da continuidade das condições que lhe deram origem, em um mesmo órgão, implicará melhores condições de gestão, de monitoramento, além de racionalidade orçamentária e financeira. Pois ao assumir a avaliação social para acesso ao benefício, deduz-se que o INSS também venha a assumir o desdobramento do processo revisional.

8. A constatação das vantagens advindas da capacidade institucional do INSS para operacionalizar a avaliação social para acesso ao BPC, nos termos mencionados, não impede que se reconheça o *déficit* de assistentes sociais daquele órgão, inferindo-se portanto, que para assumir tais atividades, o órgão deverá dispor de quantidade suficiente de assistentes sociais em seu quadro de pessoal.

9. Espera-se com isso, ter atendido à solicitação do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.

10. À consideração superior.

MARIA LÚCIA LOPES DA SILVA
Coordenadora-Geral de Regulação e Ações Intersetoriais

Brasília, 28 de dezembro de 2006

De acordo,

MARIA JOSÉ DE FREITAS
Diretora do Departamento de Benefícios Assistenciais
SNAS/MDS