

stricto  
**SENSU**  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

SUSANA VIEIRA

**A AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA PARA ACESSO AO  
BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA:  
UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO**

Porto Alegre  
2013

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL  
MESTRADO EM SERVIÇO SOCIAL

SUSANA VIEIRA

**A AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA PARA ACESSO  
AO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA: UM PROCESSO EM  
CONSTRUÇÃO**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Dr. Carlos Nelson dos Reis

Porto Alegre  
2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

V658a Vieira, Susana

A avaliação da deficiência para acesso ao benefício de prestação continuada [manuscrito] : um processo em construção / Susana Vieira. – 2013.

129 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Serviço Social, Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, 2013.

Orientador: Carlos Nelson dos Reis.

1. Proteção Social 2. Benefício 3. Pessoa com deficiência 4. Avaliação  
I. Reis, Carlos Nelson dos II. Título.

CDU 369

SUSANA VIEIRA

**A AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA PARA ACESSO AO BENEFÍCIO DE  
PRESTAÇÃO CONTINUADA: UM PROCESSO EM CONSTRUÇÃO**

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do título de Mestre em Serviço Social ao Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em: 23 de janeiro de 2013.

**BANCA EXAMINADORA:**

---

Prof. Dr. Carlos Nelson dos Reis – PUCRS/FSS (orientador)

---

Profa. Dra. Idilia Fernandes – PUCRS/FSS

---

Profa. Dra. Mara Rosange Acosta Medeiros – UCPEL

Porto Alegre

2013

Dedico este trabalho a toda minha família, pelo carinho, amor e apoio que me foi proporcionado, e em especial a mais nova integrante, minha já amada sobrinha Pietra.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu orientador professor doutor Carlos Nelson dos Reis pelo privilégio de juntos termos construído este trabalho. Sou grata a sua dedicação, incentivo, comprometimento e disponibilidade.

Às professoras Mara Acosta Medeiros e Idília Fernandes pela disponibilidade em ter participado da banca de qualificação desta dissertação ocorrida em outubro e pelas importantes contribuições para o meu aperfeiçoamento.

À professora Berenice Rojas Couto pelo aprendizado, debates e materiais sobre o Benefício de Prestação Continuada.

Aos integrantes do Núcleo de Pesquisa em Política e Economia Social - NEPES pela troca de conhecimento e adensamento de reflexões.

Às professoras e aos professores do Programa de Pós-Graduação em Serviço Social da Faculdade de Serviço Social da PUCRS, pelas imprescindíveis contribuições que serviram de estímulo e fundamento para esse estudo.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pelo incentivo a pesquisa através da bolsa de pesquisa durante o mestrado.

Aos profissionais entrevistados, assistentes sociais e médicos peritos, pela disponibilidade e riqueza das informações expressas.

Ao meu marido, Luis Goltran, pelo amor, consideração, atenção e compartilhamento de minhas angústias e alegrias.

Aos meus pais, pelo amor incondicional.

As minhas irmãs, Verenice, Silvana e Suélen, pelo amor e carinho.

À minha amiga Heloísa Teles, companheira de caminhada do mestrado, pelo seu carinho e amizade, por compartilhar seus conhecimentos e pelo estímulo intelectual.

À minha amiga Edinéia Schmidt, pela sua amizade, carinho e incentivo.

Enfim, a todos que contribuíram de uma forma ou de outra com este estudo.

## O sal da terra

*Anda, quero te dizer nenhum segredo  
Falo nesse chão da nossa casa  
Vem que tá na hora de arrumar  
Tempo, quero viver mais duzentos anos  
Quero não ferir meu semelhante  
Nem por isso quero me ferir  
Vamos precisar de todo mundo  
Pra banir do mundo a opressão  
Para construir a vida nova  
Vamos precisar de muito amor  
A felicidade mora ao lado  
E quem não é tolo pode ver  
A paz na Terra, amor  
O pé na terra  
A paz na Terra, amor  
O sal da Terra  
És o mais bonito dos planetas  
Tão te maltratando por dinheiro  
Tu que és a nave nossa irmã  
Canta, leva tua vida em harmonia  
E nos alimenta com teus frutos  
Tu que és do homem a maçã  
Vamos precisar de todo mundo  
Um mais um é sempre mais que dois  
Pra melhor juntar as nossas forças  
É só repartir melhor o pão  
Recriar o paraíso agora  
Para merecer quem vem depois  
Deixa nascer o amor  
Deixa fluir o amor  
Deixa crescer o amor  
Deixa viver o amor*

(Ivete Sangalo e Roupas Nova)

## RESUMO

Esta pesquisa tem como objetivo investigar como os profissionais, assistentes sociais e médicos peritos, avaliam o novo modelo de avaliação médica e social, implantado em junho de 2009, para avaliar a pessoa com deficiência elegível ao Benefício de Prestação Continuada, com vistas a identificar se o mesmo tem contribuindo para proporcionar uma avaliação mais completa da deficiência. A investigação, de natureza mista, abrange os profissionais assistentes sociais e médicos peritos da Gerência Executiva do INSS em Pelotas. São utilizadas as técnicas de pesquisa bibliográfica, documental e entrevista. A amostra da pesquisa é composta por 15 profissionais, sendo 8 médicos peritos e 7 assistentes sociais, que atuam na operacionalização do novo modelo de avaliação da deficiência. Problematiza-se como os profissionais, assistentes sociais e médicos peritos, avaliam o novo modelo de avaliação médica e social, implantado em junho de 2009. As questões que orientam a dissertação se referem a como a literatura debate os conceitos de deficiência, o Benefício de Prestação Continuada, e o novo modelo de avaliação médica e social da deficiência; como ocorre a avaliação da deficiência através da integração da avaliação médica e social necessária para o acesso ao Benefício de Prestação Continuada; e como os profissionais assistentes sociais e médicos peritos avaliam o novo modelo de avaliação da deficiência. O estudo revela que ocorreu, a partir da introdução do novo modelo de avaliação, um significativo avanço na forma de avaliar a deficiência para acesso ao BPC, passando a ser realizada uma avaliação mais abrangente sobre a deficiência. Anteriormente, consideravam-se somente os aspectos biológicos, e através do novo modelo busca-se avaliar os aspectos biológicos, ambientais e sociais. Realiza-se uma importante reflexão sobre o novo modelo de avaliação, sobre o instrumento de avaliação e sua operacionalização e sobre a compreensão que os profissionais possuem sobre deficiência. Reconhece-se o quanto foi significativa a mudança ocorrida e apontam-se alguns elementos que precisam ser revisados e aprimorados em relação ao modelo de avaliação e sua operacionalização. E também, evidencia-se a necessidade de evolução em relação à compreensão de deficiência, com vistas a entendê-la como um tipo de desigualdade que é resultado tanto de desvantagens individuais como sociais. A avaliação da deficiência para acesso ao BPC destaca-se como um importante processo em evolução.

**Palavras-chave:** Benefício de Prestação Continuada. Deficiência. Modelo de avaliação da deficiência.



## ABSTRACT

This research aims to investigate how professionals, social workers and medical experts evaluate the new model of social and medical assessment, implemented in June 2009, to assess the people with disabilities who are eligible for Continuous Cash Benefit, in order to identify whether it is helping to provide a more complete evaluation of their disability. The investigation, done with a wide approach, covers professionals, social workers and medical experts employed by INSS (National Institute of Social Security) in Pelotas, RS, Brazil. We have used bibliographic and documental research as well as personal interviews. The survey sample consists of 15 professionals, 8 medical experts and 7 social workers, who work with the new model of disability evaluation. We approach on how professionals, social workers and medical experts evaluate the new model of social and medical assessment, implemented in June 2009. The questions that guide the present dissertation concern the way literature presents the concept of disability, the Continuous Cash Benefit and the new model of social and medical evaluation of disability; how the disability evaluation occurs through the integration of medical and social assessment, which is necessary for giving access to the Continuous Cash Benefit; and on how professionals, social workers and medical experts see the new model of disability evaluation. The study shows that, since the introduction of the new evaluation model, a significant advance in disability evaluation to access CCB occurred, and that a more comprehensive assessment on disability has been put into practice. Previously, only the biological aspects were considered, but through the new model we seek to evaluate the biological, environmental and social aspects. We have made an important reflection on the new assessment model, on the assessment tools and its operation, and on the understanding that professionals have concerning disabilities. We realize how the evaluation change has been significant and we point out some elements that need to be reviewed and improved regarding the evaluation model and its implementation, as well as to the understanding of the concept of disability in order to understand it as a type of inequality that is the result of both individual and social disadvantages. The evaluation of disabilities, in order to access CCB, stands out as an important process which is still being developed.

**Keywords:** Continuous Cash Benefit. Disability and assessment model. Disability.

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> – Periodização, constituição e caracterização do sistema de proteção social brasileiro .....	29
<b>Quadro 2</b> – Benefício de Prestação Continuada – Gerência Executiva do INSS em Pelotas (dados de 04/2011 a 04/2012). .....	42
<b>Quadro 3</b> – Motivos de Indeferimento do Benefício de Prestação Continuada. ....	42
<b>Quadro 4</b> – Linha do Tempo do Benefício de Prestação Continuada da Política de Assistência Social.....	43

## LISTA DE SIGLAS

BPC	Benefício de Prestação Continuada
CEME	Central de Medicamentos
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CF	Constituição Federal
DBA	Departamento de Benefícios Assistenciais
FENAVAPE	Federação Nacional das Associações de Pessoas com Deficiência
FGTS	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço
FUNABEM	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor
FNAS	Fundo Nacional de Assistência Social
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
ICDH	Classificação de Lesão, Deficiência e Handicap
INFGER	Informações Gerais
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
LOPS	Lei Orgânica da Previdência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome
MPS	Ministério da Previdência Social
MEC	Ministério da Educação
MS	Ministério da Saúde
NOB	Norma Operacional Básica
ONU	Organização das Nações Unidas
PcD	Pessoa com Deficiência
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
RMV	Renda Mensal Vitalícia
SAE	Sistema de Agendamento Eletrônico
SEDH	Secretaria Especial de Direitos Humanos
SINPAS	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social

SNAS	Secretaria Nacional de Assistência Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUIBE	Sistema Único de Informações de Benefícios
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
Upias	Liga dos Deficientes Físicos contra a Segregação

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 A QUESTÃO SOCIAL E A GARANTIA DA PROTEÇÃO SOCIAL NO CONTEXTO BRASILEIRO: UM OLHAR SOBRE O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA.....</b>	<b>19</b>
<b>2.1 A questão social no cenário brasileiro.....</b>	<b>19</b>
<b>2.2 A garantia da proteção social no cenário brasileiro .....</b>	<b>28</b>
<b>2.3 O Benefício de Prestação Continuada.....</b>	<b>37</b>
<b>2.3.1 O Benefício de Prestação Continuada e suas regulamentações.....</b>	<b>43</b>
<b>3 A DEFICIÊNCIA E O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA .....</b>	<b>48</b>
<b>3.1 A pessoa com deficiência .....</b>	<b>48</b>
<b>3.1.1 Compreendendo a deficiência .....</b>	<b>52</b>
<b>3.2 O Benefício de Prestação Continuada e a avaliação da deficiência .....</b>	<b>55</b>
<b>3.3 O novo modelo de avaliação médica e social da deficiência.....</b>	<b>63</b>
<b>4 A AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ASSISTENTES SOCIAIS E DOS MÉDICOS PERITOS SOBRE O NOVO MODELO DE AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA .....</b>	<b>70</b>
<b>4.1 A avaliação dos profissionais sobre o novo modelo de avaliação da deficiência.....</b>	<b>70</b>
<b>4.2 A operacionalização do novo modelo de avaliação .....</b>	<b>80</b>
<b>4.3 A compreensão dos profissionais médicos peritos e dos assistentes sociais sobre deficiência .....</b>	<b>89</b>
<b>5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>98</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>102</b>
<b>APÊNDICE A – Caracterização do sistema de proteção social brasileiro: periodização, legislações e garantias.....</b>	<b>109</b>
<b>APÊNDICE B – Roteiro de entrevista estruturada para os profissionais assistentes sociais .....</b>	<b>113</b>
<b>APÊNDICE C – Roteiro de entrevista estruturada para os profissionais médicos peritos .....</b>	<b>114</b>
<b>APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido.....</b>	<b>115</b>
<b>ANEXO A – Parecer de aprovação do Comitê de Ética da PUCRS.....</b>	<b>116</b>
<b>ANEXO B – Instrumento “Avaliemos” .....</b>	<b>117</b>
<b>ANEXO C – Instrumento “O novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade” .....</b>	<b>118</b>

## 1 INTRODUÇÃO

A presente dissertação se propõe a realizar uma análise sobre o novo modelo de avaliação a cerca da deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), uma vez que este foi reformulado, agregando um novo olhar sobre a questão da deficiência. O novo modelo, implantado em junho de 2009, passou a integrar a avaliação médica e a social, realizadas, respectivamente, por médicos peritos e assistentes sociais, pertencentes à equipe técnica do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), o qual apresenta a responsabilidade de realizar a operacionalização do BPC.

A partir dessa mudança, passa-se a considerar, para verificar quem é a pessoa com deficiência elegível ao BPC, não apenas aspectos clínicos que se referem às funções e à estrutura do corpo, mas também aspectos ambientais, contextuais e atitudinais, na medida em que se entende que, estes interferem nas condições da deficiência, de forma a provocar impedimentos no desenvolvimento de atividades e na participação social da pessoa com deficiência. Portanto, torna-se importante refletir sobre este novo modelo e avaliá-lo no sentido de constatar se está possibilitando realmente uma avaliação diferenciada, ao considerar os aspectos médicos e sociais, proporcionando, assim, uma avaliação mais completa direcionada à ampliação do acesso da pessoa com deficiência ao BPC.

O interesse por estudar este tema surgiu com base na experiência de estágio extra curricular no setor do Serviço Social da Gerência Executiva do INSS, em Pelotas, no período de abril de 2008 a novembro de 2009. Ao se atuar diretamente com o BPC, obteve-se a oportunidade de participar do desenvolvimento de um projeto referente as rotinas, etapas e critérios para acesso ao benefício, desenvolvendo atividades de orientação, atendimentos grupais e individuais, assim como o planejamento e a construção de alternativas que permitiriam facilitar o processo inicial de acesso à instituição e o requerimento do benefício.

Durante este período, fatores como a alteração no processo de operacionalização do BPC quanto à avaliação da deficiência, o envolvimento, o acompanhamento e a participação de forma indireta no processo de implantação do novo modelo na Gerência Executiva do INSS em Pelotas contribuíram para instigar o estudo sobre este assunto.

A discussão desenvolvida nesta dissertação adquire relevância acadêmica por se constituir em um estudo que contempla a análise da implantação, do acompanhamento e da avaliação de programas e de políticas sociais, assim como, por permitir no âmbito do Serviço Social, a ampliação da reflexão sobre deficiência e BPC, uma vez que grande parte das produções direciona-se para o estudo da relação BPC e renda.

Com base nas pesquisas e buscas realizadas em bancos de teses e dissertações e de artigos, constatou-se a existência de raras produções sobre a avaliação social no que se refere à avaliação da deficiência. Assim, considerando sua recente inserção no processo de operacionalização do benefício, acredita-se na importância de realizar o debate sobre o tema proposto e sobre este novo instrumento de trabalho dos assistentes sociais, contribuindo para o aprimoramento do mesmo e para o processo de construção de conhecimento na área do Serviço Social.

Convém destacar a relevância social desta pesquisa, na medida em que é de grande interesse para os profissionais, para a população, para os destinatários do benefício e, principalmente, para a categoria dos assistentes sociais terem clareza de como está ocorrendo a análise da deficiência a partir do novo modelo, considerando o fato de este processo ser, anteriormente, um dos principais fatores que impediam o acesso da pessoa com deficiência ao benefício.

Diante da relevância pessoal, acadêmica e social, desenvolveu-se esta pesquisa com o objetivo de investigar o novo modelo de avaliação médica e social, implantado em junho de 2009, a fim de analisar a deficiência em relação ao acesso ao BPC. Neste sentido, o problema de pesquisa compreende a seguinte indagação: como os profissionais, assistentes sociais e médicos peritos avaliam o novo modelo de avaliação médica e social, implantado em junho de 2009, para avaliar a pessoa com deficiência elegível ao BPC?

Tal problema foi desmembrado em três questões norteadoras de investigação, quais sejam: (1) como a literatura debate os conceitos de deficiência, do BPC e do novo modelo de avaliação médica e social da deficiência? (2) como ocorre a análise da deficiência, considerando a integração da avaliação médica e social necessária para o acesso ao BPC? (3) como os profissionais assistentes sociais e médicos peritos avaliam o novo modelo de avaliação da deficiência?

Partindo da problematização central e das questões norteadoras, estabeleceu-se como objetivo geral investigar de que forma os profissionais, assistentes sociais e médicos peritos avaliam o novo modelo, implantado em junho de 2009, para avaliar a pessoa com deficiência elegível ao BPC, com vistas a identificar se este tem contribuindo para proporcionar uma apreciação mais completa da deficiência. Quanto aos objetivos específicos, elaboraram-se os seguintes:

1. pesquisar de que maneira a literatura debate os conceitos de deficiência, do BPC e do novo modelo de avaliação médica e social da deficiência, com o intuito de aprimorar o conhecimento sobre o tema;

2. estudar como ocorre a análise da deficiência, considerando a integração da avaliação médica e social, necessária para o acesso da pessoa com deficiência ao BPC;
3. analisar como os profissionais, assistentes sociais e médicos peritos, avaliam o novo modelo implantado para avaliar a deficiência para o acesso ao Benefício de Prestação Continuada com vistas a identificar a efetividade do mesmo.

Esta pesquisa teve como base o método dialético-crítico, por este permitir desvendar e apreender a realidade a partir da historicidade dos fenômenos, das contradições existentes e da relação que estabelece com a totalidade concreta em que está inserido. Este método possibilita realizar uma análise que parte do entendimento de que a compreensão dos fenômenos ocorre por meio da sua articulação com a realidade que os cerca, uma vez que são condicionados por ela. Portanto, “constitui-se numa espécie de mediação no processo do apreender, revelar e expor a estruturação, o desenvolvimento e a transformação dos fenômenos sociais” (FRIGOTO, 1994, p.77), permitindo uma apreensão radical dos fatos sociais.

No desenvolvimento do processo de pesquisa, o qual está direcionado para a construção de novos conhecimentos, o paradigma dialético-crítico como método de investigação permite a historicização das categorias, o aprofundamento sobre os aspectos que a determinam, bem como a identificação das contradições no movimento dessa realidade, a revisão das categorias existentes e o surgimento de novas categorias durante o processo de pesquisa.

A investigação desenvolvida é de natureza mista, na medida em que se utilizam aspectos dos métodos quantitativos e qualitativos para responder as indagações propostas. A pesquisa por meio de métodos mistos consiste em

uma abordagem de investigação que combina ou associa as formas qualitativa e quantitativa. Envolve suposições filosóficas, o uso de abordagens qualitativas e quantitativas e a mistura das duas abordagens em um estudo (CRESWELL, 2010, p.27).

A utilização da combinação entre os métodos quantitativos e qualitativos ainda é muito recente, porém está adquirindo popularidade entre os pesquisadores das ciências sociais e da saúde. A coleta de dados quantitativos e qualitativos possibilita uma melhor compreensão da realidade estudada por meio da união dessas informações com o intuito de um reforçar ao outro. Desse modo, o estudo atribuirá maior ênfase às informações qualitativas e utilizará os dados quantitativos como fontes de apoio.



As técnicas utilizadas para o desenvolvimento dessa investigação compreenderam a pesquisa bibliográfica, a pesquisa documental e a entrevista. Com base na pesquisa bibliográfica realizou-se um estudo mais aprofundado sobre como são abordadas pela literatura as categorias explicativas da realidade determinadas no projeto, quais sejam: o BPC, a deficiência e o novo modelo de avaliação médica e social da deficiência. Assim, a pesquisa bibliográfica foi realizada em fontes secundárias, as quais abrangem a “bibliografia já publicada em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, material eletrográfico, etc.” (MARCONI; LAKATOS, 2002, p. 71).

No que tange à pesquisa documental, foram examinados documentos oficiais, decretos, leis e instruções normativas referentes ao BPC e à avaliação da deficiência. Ainda, buscou-se a coleta de dados quantitativos por meio de fonte de arquivo público em relatórios emitidos pelo sistema do Instituto Nacional de Seguro Social e pelo Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, almejando caracterizar o cenário atual do benefício, no que se refere à sua cobertura, assim como em relação à quantidade de requerimento, de deferimentos e de indeferimentos de benefícios, destacando também, os motivos dos últimos.

Por meio da entrevista buscou-se responder à problemática proposta. Essa técnica destaca-se por ser a mais utilizada no processo de trabalho de campo; é, acima de tudo, uma conversa a dois ou entre vários interlocutores, tendo como objetivo a construção de informações pertinentes para um objeto de pesquisa (MINAYO, 2007). A entrevista foi do tipo estruturada, em que “o entrevistador segue um roteiro previamente estabelecido; as perguntas feitas ao indivíduo serão pré-determinadas” (LAKATOS e MARCONI, 1996, p. 197).

Os sujeitos da pesquisa foram os assistentes sociais e os médicos peritos vinculados à Gerência Executiva do Instituto Nacional do Seguro Social em Pelotas. No que se refere ao universo, este era composto por 35 médicos peritos e dez assistentes sociais. Desse universo, a amostra da pesquisa abrangeu oito profissionais assistentes sociais, e oito profissionais médicos peritos. Cabe destacar, que devidos a problemas técnicos, uma entrevista com profissional assistente social ficou prejudicada, não podendo ser utilizada.

Utilizou-se como um critério para seleção considerar aqueles profissionais que trabalham na operacionalização do novo modelo de avaliação médica e social da deficiência apontado no Decreto n° 6214, de 26 de setembro de 2007, que orienta a concessão do Benefício de Prestação Continuada. Desta forma, a amostragem caracterizou-se por ser do

tipo intencional, na medida em que se interessa por saber as opiniões dos profissionais que realizam a atividade de avaliação da deficiência do BPC, diante das outras atividades e funções desempenhadas pelos médicos peritos e assistentes sociais dentro da instituição.

A definição do número de pessoas a serem entrevistadas justificou-se pelo fato de a Gerência Executiva do INSS em Pelotas<sup>1</sup> ter um número reduzido de profissionais assistentes sociais no seu quadro técnico. Assim, das dez assistentes sociais vinculadas à instituição na Gerência do INSS em Pelotas, oito trabalham com a avaliação social da deficiência e duas desenvolvem outras atividades. Quanto aos médicos peritos, como todos realizam, entre outras atividades, perícia médica para avaliar a deficiência para acesso ao BPC, buscou-se ter a mesma quantidade de entrevistas aplicadas às assistentes sociais, sendo, portanto sorteado oito médicos peritos dentre os 35 profissionais que compõem o quadro técnico.

Tendo em vista a garantia do sigilo das informações e da explicitação dos objetivos da pesquisa, foi construído um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), ao qual os profissionais médicos peritos e assistentes sociais assinaram, concordando com o estudo (APÊNDICE D). Além disso, a pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, com o objetivo de se averiguar suas possíveis implicações éticas e de suas fases de execução e somente teve início após a emissão do parecer do Comitê de Ética (ANEXO A).

A coleta dos dados ocorreu de janeiro a agosto de 2012. As entrevistas, tiveram como referência os roteiros criados pela pesquisadora (APÊNDICE B e C), sendo realizadas nas Agências da Previdência Social de Camaquã, Pelotas e Rio Grande. Quanto à periodicidade das entrevistas, destaca-se, que 12 foram realizadas no mês de janeiro, e as quatro restantes foram aplicadas no mês de agosto.

Posteriormente, os dados foram submetidos a tratamento. Na análise e a interpretação, buscou-se por meio de alguns procedimentos, a compreensão e interpretação das informações coletadas. Quanto aos dados quantitativos, foi utilizado tratamento estatístico para realizar a sua análise, a qual esta representada por meio de quadros; quanto aos dados qualitativos foi empregada a técnica de análise de conteúdo, visando a revelar o que está por implícito nas manifestações dos assistentes sociais e médicos peritos que responderam aos questionários.

Segundo Bardin (1979) a análise de conteúdo é um

---

<sup>1</sup> Cabe destacar que Gerência do INSS em Pelotas compõe os seguintes municípios: Aceguá, Amaral Ferrador, Arambaré, Arroio do Padre, Arroio Grande, Bagé, Camaquã, Candiota, Canguçu, Capão do Leão, Cerrito, Cerro Grande do Sul, Chuí, Chuvisca, Cristal, Dom Feliciano, Herval, Hulha Negra, Jaguarão, Lavras do Sul, Morro Redondo, Pedras Altas, Pedro Osório, Pelotas, Pinheiro Machado, Piratini, Rio Grande, Santa Vitória do Palmar, São José do Norte, São Lourenço do Sul, Sentinela do Sul, Tapes e Turucu.

conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimento relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1979, p.42).

Para a realização da análise de conteúdo foram contempladas as diferentes fases que se organizam em três polos cronológicos: a pré-análise; a exploração do material; e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 1979). A primeira fase, denominada pré-análise, contempla a realização de uma leitura flutuante sobre as informações coletadas, a organização e a preparação do material a ser analisado. Na segunda fase se dará a exploração do material por meio da codificação, da transformação de dados brutos a fim de ser obtida a compreensão das informações, para, então, serem realizadas as inferências e interpretações previstas no quadro teórico ou que poderão emergir da leitura do material.

O estudo ora apresentado está estruturado em cinco capítulos, sendo o primeiro deles a presente introdução. O segundo capítulo, **A questão social e a garantia da proteção social no contexto brasileiro: um olhar sobre o Benefício de Prestação Continuada**, inicialmente, apresenta uma reflexão sobre a questão social brasileira. Na sequência, percorre a trajetória da garantia da proteção social brasileira e inicia a discussão sobre o Benefício de Prestação Continuada da Política de Assistência Social.

O terceiro capítulo, **O Benefício de Prestação Continuada e a Avaliação da Deficiência**, trata da questão da deficiência e do novo modelo de avaliação da deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada. O texto pretende trazer um breve histórico sobre como as pessoas com deficiência eram percebidas e tratadas pela sociedade e como a questão da deficiência é entendida pelas Ciências Médicas e pelas Ciências Sociais. Destarte, traz também a discussão entre o BPC e a avaliação da deficiência, apontando para como era realizada e as alterações que ocorreram, resultando na constituição do novo modelo de avaliação da deficiência para acesso ao benefício.

O quarto capítulo, **A avaliação dos profissionais assistentes sociais e médicos peritos sobre o novo modelo de avaliação da deficiência**, apresenta os resultados da pesquisa realizada, evidenciando como é percebido o novo modelo de avaliação da deficiência, pelos profissionais assistentes sociais e médicos peritos que trabalham na operacionalização do BPC à pessoa com deficiência. Além disso, o capítulo promove a discussão sobre a operacionalização do novo modelo de avaliação e a compreensão de deficiência apresentada pelos profissionais.

Por fim, o quinto capítulo, **Considerações Finais**, proporciona uma síntese provisória a respeito do objeto de estudo, assim como algumas considerações e proposições a respeito de aspectos que precisam ser revistos. Sendo assim, apresenta as considerações finais dando visibilidade aos principais resultados da pesquisa, apontando alguns desafios e a necessidade de continuidade em relação ao processo de aprimoramento da forma de avaliar a deficiência para acesso ao BPC.

## **2 A QUESTÃO SOCIAL E A GARANTIA DA PROTEÇÃO SOCIAL NO CONTEXTO BRASILEIRO: UM OLHAR SOBRE O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA**

Neste capítulo objetiva-se desenvolver uma reflexão sobre a questão social no cenário brasileiro. A proposta é buscar aproximações com o processo histórico, destacando algumas particularidades e singularidades do desenvolvimento brasileiro que permearam e constituíram a questão social, assim como as transformações sociais que proporcionaram mudanças na estrutura social e o surgimento de novas expressões.

Além disso, busca-se ao percorrer a trajetória histórica da sociedade brasileira, apontar as respostas de enfrentamento às expressões da questão social, evidenciando os aspectos e as garantias que propiciaram a construção do sistema de proteção social brasileiro.

Para finalizar este capítulo, inicia-se uma discussão sobre o Benefício de Prestação Continuada da Política de Assistência Social, enquanto um dispositivo de garantia da proteção social à população idosa e às pessoas com deficiência.

### **2.1 A questão social no cenário brasileiro**

A discussão sobre a questão social é extremamente relevante, uma vez que, esta é, no âmbito do Serviço Social, o objeto de trabalho da profissão, constituindo-se “como um elemento central na relação entre a profissão e a realidade” (YASBECK, 2001, p.33).

Portanto, para refletir sobre a questão social brasileira e apontar suas expressões é necessário considerar que é uma temática complexa, sendo fundamental discutir e analisar a conjuntura social, tendo em conta as particularidades históricas e as transformações políticas, econômicas e sociais que se deram e que implicaram diretamente sobre as condições de vida da população.

Para tanto, cumpre destacar algumas transformações na sociedade, principalmente nas formas de gestão e de organização do trabalho que trouxeram grandes consequências para as condições de vida da população, resultando no agravamento das expressões da questão social, assim como, atingiram as formas de enfrentamento por meio de políticas sociais focalizadas e seletivas.

Estudar o processo histórico e conhecer como se deu a colonização brasileira<sup>2</sup> é extremamente relevante para compreender a realidade presente, à medida que um conjunto de fatores e heranças da cultura européia contribuiu e influenciou a formação socioeconômica do Brasil. Com efeito, muitas características e elementos da cultura do povo português, influenciaram diretamente as formas de vida e o desenvolvimento da sociedade brasileira.

A questão do personalismo<sup>3</sup> constitui-se como um elemento que marcou profundamente a organização da população brasileira. Os portugueses atribuem importância particular à pessoa humana, sendo essa valorizada pelo fato de não depender de outras, “cada qual é filho de si mesmo, de seu esforço próprio, de suas virtudes” (HOLANDA, 1995, p. 32). Esta valorização da individualidade irá impedir ou, pelo menos, dificultar os acordos coletivos, as associações e outras formas de organização e de ideias de solidariedade, assim como, contribuirá para a falta de coesão na vida social e para a frouxidão da estrutura social (HOLANDA, 1995).

Os portugueses apresentavam também, como fundamento de disciplina, a obediência, utilizada como instrumento facilitador para explorar e aumentar suas riquezas. Ao lado disso, caracterizavam-se por seu espírito aventureiro e pela repulsa ao trabalho, fatores que os levaram à colonização e à busca por riqueza por meio da exploração de fontes naturais brasileiras, utilizando-se da mão-de-obra escrava. O trabalho escravo e a dependência a Portugal são fatores que marcaram profundamente a sociedade brasileira<sup>4</sup>.

Contudo, alguns aspectos contribuíram para a fácil adaptação dos portugueses no Brasil: não apresentavam orgulho de raça, uma vez que não era novidade para eles a miscigenação; contavam com a acessibilidade da língua portuguesa; e, ainda, recebiam o apoio e a simpatia comunicativa da Igreja Católica. Assim, buscando retirar riquezas das terras brasileiras por meio da instalação de colônias rurais, Portugal manteve o Brasil como sua colônia por três séculos, impedindo, desta forma, a independência econômica e a produção agrícola.

---

<sup>2</sup> Para refletir sobre a colonização brasileira e sobre as consequências desta sobre a conformação do Brasil, utiliza-se como referência a obra “*Raízes do Brasil*”, de Sérgio Buarque de Holanda.

<sup>3</sup> O personalismo refere-se “à importância particular que atribuem ao valor próprio da pessoa humana, à autonomia de cada um dos homens em relação aos seus semelhantes no tempo e no espaço” (HOLANDA, 1995, p.32).

<sup>4</sup> Essa realidade aponta a dificuldade de enunciação dos direitos civis, não sendo exercidas, desta forma, a autonomia e a liberdade (COUTO, 2010).

Com efeito, destaca-se que a presença do ruralismo e dos aspectos do sistema senhoril<sup>5</sup> impediu a ocorrência de maiores transformações, permanecendo na sociedade brasileira as características herdadas dos colonizadores: a dependência, a subordinação, a obediência, o personalismo, o espírito antissocial e a concentração econômica e política. Sendo assim, aponta-se para a incompatibilidade entre as formas de vida copiadas das sociedades mais avançadas e para o patriarcalismo rural, devido ao fato de comprometer os padrões de vida existentes, por se constituírem como uma ameaça ao poder político e econômico exercido pelos senhores rurais, pois era a sua vontade que preponderava.

Em vista disso, as cidades constituíram-se como simples dependentes das colônias e a vida nestes espaços desenvolveu-se de forma anormal e prematura, caracterizada pela constante luta entre o tradicional e o novo.

Tendo em vista a não existência de uma burguesia urbana e independente, os candidatos às principais funções foram a mesma massa dos senhores rurais, os quais trouxeram arraigados os elementos do velho sistema. Dessa forma, carregaram para as cidades, a mentalidade, os preconceitos e o teor de vida que vivenciavam. O patriarcado rural se tornou comum a todas as classes como norma de conduta, isto é, a mentalidade da casa grande invadiu todas as profissões, do mesmo modo que com o espaço urbano (HOLANDA, 1995).

Outro importante aspecto a ser destacado, refere-se ao fato de o homem brasileiro ser o *homem cordial*<sup>6</sup>, ou seja, aquele que é generoso, que confia nas pessoas, que se guia pela emoção e não pela razão. A família patriarcal e as relações familiares contribuem para formação desse homem cordial e não para a formação de homens responsáveis que consigam diferenciar o Estado da família, não fazendo do Estado uma ampliação do círculo familiar. Assim, este aspecto de indistinção entre o público e o privado leva à forte introdução da vida privada na vida pública, fazendo com que o Estado seja utilizado para o exercício de interesses privados<sup>7</sup> (HOLANDA, 1995, grifo do autor).

Fazendo esta recuperação histórica, verifica-se a existência de um conjunto de elementos herdados que se constituíram em entraves para o desenvolvimento brasileiro.

---

<sup>5</sup> Os grandes proprietários criavam um sistema interno, estabelecendo relações de poder, de submissão e de dependência, “onde suas decisões de tornavam leis no âmbito de suas propriedades, e a elas se submetiam todos que vivessem nas grandes fazendas” (COUTO, 2010, p. 79).

<sup>6</sup> A questão da cordialidade, entre outros elementos, é citada por Sérgio Buarque de Holanda como um importante aspecto que condiciona a formação e o desenvolvimento da sociedade brasileira por predominar em comportamentos de aparência efetiva, sendo inadequados às relações impessoais, próprias do Estado (HOLANDA, 1995).

<sup>7</sup> Couto (2010) destaca que para a burguesia que estava se constituindo, interessava mais a apropriação do Estado para exercerem seus interesses privados.

Ainda, percebe-se a presença de muitos aspectos da colonização portuguesa que interferiram e continuam a interferir diretamente no campo político, cultural, econômico e social da realidade brasileira.

Mesmo com a independência, e com a criação da primeira Constituição em 1824, ainda persistiram os velhos padrões de regulação da vida em sociedade centralizados nos grandes proprietários, os quais continuaram a dominar o campo político, econômico e social. No Brasil, não havia o interesse de mudar a cultura política existente, pois o país era composto por “uma elite pouco disposta a negociar e a ceder e uma estrutura social pouco afeita a mudanças” (COUTO, 2010, p.89).

As garantias de direitos, desde a Independência até abertura democrática com o fim da ditadura, ficaram mais no plano legal do que no real, sendo usufruídos por uma pequena parcela da população (COUTO, 2010). Desse modo, pouco se cumpria do que ia sendo estabelecido nas Constituições. Assim, a maioria das ações desenvolvidas ocorria no campo da benemerência, da relação pessoal, na lógica do favor e por meio de regulamentações com o intuito de controlar a população, muitas vezes por meio da repressão.

A partir 1930 aponta-se um percurso de grandes mudanças no âmbito da economia, com a passagem do modelo agroexportador para o urbano-industrial, e no âmbito político aponta-se a introdução da orientação desenvolvimentista. Com a diminuição de trabalho no setor agrícola e com a redução da atividade econômica forma-se um amplo contingente de pessoas desempregadas.

Atinge-se, em curto período, um rápido desenvolvimento do sistema capitalista, porém este se dá de maneira excludente e concentradora, implicando também uma rápida transformação da estrutura social. O processo de industrialização ficou caracterizado pela rapidez com que ocorreu e pelo deslocamento de grande parcela da população rural para as cidades, as quais não estavam estruturadas para abranger essa população.

Evidencia-se de um lado a adoção de medidas direcionadas à aceleração do processo de industrialização, de outro, aponta-se para a inexistência de ações em relação ao desenvolvimento social diante da nova realidade que estava se formando, caracterizada pelo crescente subemprego e desemprego, pela situação de pobreza presente na área urbana e rural, bem como pelas péssimas condições de vida experimentadas pelas famílias. Tem-se, assim, um grande número de trabalhadores disponíveis à exploração do trabalho pelos donos das indústrias que estavam se estabelecendo.

Desse modo, destaca-se, no processo de desenvolvimento do país, que “o novo surge pela mediação do passado, transformado e recriado em novas formas nos processos sociais do



presente” (IAMAMOTO, 2008, p. 128), assim, “a modernidade das forças produtivas do trabalho social convive com padrões retrógrados nas relações no trabalho, radicalizando a questão social” (IAMAMOTO, 2008, p. 128).

Com o processo de industrialização, grandes problemas de ordem estrutural emergiram, sendo necessária, portanto, a construção de propostas direcionadas a atender as demandas sociais. Porém, neste contexto, a questão social

não foi alçada à questão de política maior que merecesse a mesma atenção que o governo dispensava à área econômica. Na verdade, a política social brasileira desse período, não obstante encampada pelo Estado, funcionava, no mais das vezes, como uma espécie de zona cinzenta, onde se operavam barganhas populistas entre Estado e parcelas da sociedade e onde a questão social era transformada em querelas reguladas jurídica ou administrativamente e, portanto, despoliticizada (PEREIRA, 2011, p. 130).

Revela-se, diante das circunstâncias, a presença de um sistema de grande desigualdade, marcado pela contínua concentração de renda e riqueza, e parte significativa da população em condição de pobreza. Dessa forma, o Brasil transita da *democracia dos oligarcas* à *democracia do grande capital*, apresentando a dominação burguesa na preservação de seus interesses, com o apoio do Estado que, historicamente, tem apresentado papel fundamental nas transformações que ocorreram, tendo respondido aos interesses da classe dominante e preservado a ordem na sociedade (IAMAMOTO, 2008, grifos da autora).

Os governos que assumiram o país partir de 1946 priorizaram ações políticas direcionadas à expansão da industrialização, assumindo o compromisso com o desenvolvimento da economia. Assim, a ideologia desenvolvimentista, que contava com o apoio da burguesia industrial, da classe média urbana, das forças Armadas e do Estado Novo (MANTEGA, 1984) começa a se afirmar nos fins dos anos 40 e no início dos anos 50 - e objetiva transformar os países periféricos em nações desenvolvidas.

Para isso, algumas transformações foram necessárias no plano econômico, político e social. Implantou-se o Plano de Metas, com a pretensão de desenvolver 50 anos em apenas cinco anos. Foi por meio desse plano, que Juscelino Kubitschek “priorizou a abertura econômica do país para o investimento externo, bem como para o processo acelerado de industrialização” (COUTO, 2010, p. 110). Porém, conseqüentemente seu plano começou a ser questionado, uma vez que o país passou a vivenciar um processo inflacionário que afetou o poder aquisitivo do salário mínimo. Surgiram, dessa forma, várias manifestações populares dando visibilidade aos problemas sociais existentes.

Com a entrada dos militares no governo a partir de 1964, novas características e intenções passaram a fazer parte do cenário brasileiro, assim, destaca-se o objetivo de transformar o Brasil em uma grande potência internacional, alcançando desta maneira, em 1970, o chamado **milagre econômico** com altos índices de crescimento econômico. Em vista disso, a classe trabalhadora experimentou o arrocho salarial, precárias condições de vida e de trabalho, estando submetida à repressão, à censura e ao aviltamento. Ainda em decorrência do chamado **milagre econômico**, houve o aumento da concentração de renda e o crescimento, em altos índices, da dívida externa.

É importante ressaltar que o governo militar utilizou-se de diferentes estratégias para efetivar o projeto que pretendia desenvolver, como o caráter autoritário, os instrumentos de exceção, a repressão, a tortura e a censura, assim como o uso dos meios de informação para divulgar as ações desenvolvidas no campo social como forma de evidenciar certo comprometimento com a população, entre outros. Diante dessas circunstâncias, ampliaram-se as manifestações e os movimentos sociais que questionavam o caráter autoritário da ditadura e as regras estabelecidas por meio dos atos institucionais<sup>8</sup>, almejando a abertura democrática e o atendimento das expressões da questão social.

Ao lado disso, o país durante a década de 80 vivencia ciclos de crise econômica, com instabilidade e estagnação, obtendo vários impactos sobre o mercado de trabalho, acarretando a precariedade no emprego e grande desemprego, assim como, também, no campo social, tornando visível o aumento da pobreza e da miséria.

Devido à pressão estabelecida por vários movimentos sociais, concretizou-se o fim da ditadura, ocorrendo a abertura política. Este contexto de resistência contribuiu também para dar visibilidade política às demandas sociais, assim como para o estabelecimento do processo constituinte que resultou na construção de uma nova Constituição. Ocorreu, dessa forma, uma grande conquista por meio da Constituição Federal (CF) de 1988, a qual instituiu um conjunto de garantias à população, sob a responsabilidade do Estado.

Entretanto, cabe ressaltar que,

em pleno processo de efervescência da promulgação da Constituição de 1988 e das discussões críticas em torno das suas conquistas, o Brasil se tornou signatário do acordo firmado com organismos financeiros internacionais, como o Banco Mundial e o Fundo Monetário Internacional (FMI), por meio das orientações contidas no Consenso de Washington (COUTO, 2010, p. 144).

---

<sup>8</sup> O ato institucional era um instrumento legal utilizado pelo governo militar para estabelecer as regras entre este e a sociedade e as condições para que se implantasse o projeto defendido pelo governo.

Considerado o cenário brasileiro, retratado pela ampliação do déficit público e do endividamento externo e pela crise inflacionária, financeira e fiscal, deu-se, a partir de 1990, a implantação de medidas de ajuste estrutural, objetivando superar a crise presente. Neste sentido, passou-se a desenvolver ações direcionadas a alcançar a estabilidade econômica, recuperar o crescimento e proporcionar a internacionalização da economia.

As políticas econômicas de formulação teórica neoliberal, “além da liberação e da desregulamentação como princípios básicos, propunha agora *reformas estruturais*, incluindo a reestruturação institucional” (PEREIRA, 2011, p. 160, grifos da autora). Em vista disso, a realidade que se apresenta é caracterizada pela:

a) alavancagem do processo de privatização das empresas nacionais; b) abertura econômica para capitais estrangeiros; c) retomada dos processos inflacionários; d) minimização dos gastos públicos governamentais na área social, entre outras características, o que aponta seu perfeito alinhamento com as indicações feitas pelos organismos internacionais (COUTO, 2010, p. 146-147).

Os governos dos presidentes Fernando Collor de Mello, Itamar Franco e Fernando Henrique Cardoso privilegiaram as prioridades destacadas, porém, para isso, promoveram várias implicações como a recessão, o desemprego, o aniquilamento do sistema de proteção social que havia sido construído e a não efetivação das garantias constitucionais. Dessa forma, o Estado submete-se aos interesses econômicos, reduzindo sua ação no atendimento das necessidades sociais. Portanto, com a falta de recursos destinados à área social, chega-se à seletividade e à focalização no atendimento a pobreza, afetando diretamente a execução de políticas sociais que possam responder - de fato - às expressões da questão social.

Efetivamente, percebe-se que as alterações que ocorreram nas formas de produção e gestão do trabalho, assim como, a reestruturação do Estado, provocaram mudanças na estrutura social e nas relações sociais. Assim, ao passo que se deu a expansão do sistema capitalista, intensificou-se entre estes trabalhadores a condição de pobreza, ou seja, as transformações no capitalismo contemporâneo vão deixando marcas como:

o aviltamento do trabalho, o desemprego, os empregados de modo precário e intermitente, os que se tornaram não empregáveis e supérfluos, a debilidade da saúde, o desconforto da moradia precária e insalubre, a alimentação insuficiente, a fome, a fadiga, a ignorância, a resignação, a revolta, a tensão e o medo são sinais que muitas vezes anunciam os limites da condição de vida dos excluídos e subalternizados na sociedade (YASBECK, 2001, p. 35).

As transformações realizadas, direcionadas a responder as exigências do sistema capitalista, voltaram-se para a questão da estabilidade econômica, da recuperação do

crescimento, da ampliação do desenvolvimento, do investimento financeiro e da aquisição de capital. Por outro lado, tendo em vista os ínfimos recursos destinados ao atendimento das necessidades sociais, ocorre, na realidade, a negação dos direitos estabelecidos constitucionalmente.

Evidencia-se, portanto, uma reconfiguração da questão social. Nesse cenário,

a “velha questão social” *metamorfoseia-se*, assumindo *novas* roupagens. Ela evidencia hoje a imensa fratura entre o desenvolvimento das forças produtivas do trabalho social e as relações sociais que o impulsionam. Fratura essa que vem se traduzindo na banalização da vida humana, na violência escondida no fetiche do dinheiro e da mistificação do capital ao impregnar todos os espaços e esferas da vida social (IAMAMOTO, 2008, p.144).

Em decorrência desse sistema perverso, a população trabalhadora acaba sendo prejudicada, vivendo, desta forma, com a instabilidade no trabalho, com o crescimento do nível de exploração, com a ampliação da pobreza, com o aumento da informalidade, sem acesso a direitos trabalhistas já garantidos legalmente, e, ainda, muitas vezes, a responsabilidade acaba recaindo sobre o indivíduo, que é culpabilizado pela situação em que se encontra.

Nesse sentido, a questão social é entendida como resultado do processo social, da tensão que se estabelece entre capital e trabalho, assim como, das formas e maneiras que vai assumindo a questão do trabalho. O agravamento de suas expressões é dependente e condicionado pela forma como se dá a estruturação e as transformações do sistema capitalista.

Portanto, a questão social é indissociável da sociabilidade capitalista, e sua gênese advém do caráter coletivo da produção contraposto à apropriação do trabalho (IAMAMOTO, 2008). Assim, é compreendida como resultado desse sistema de produção e se expressa pelo conjunto de desigualdades sociais, econômicas e culturais presentes na sociedade, assim como pelo conjunto de lutas e formas de resistência da sociedade exigindo respostas de enfrentamento às expressões que vivenciam no seu cotidiano.

Atualmente, discute-se entre autores que trabalham com o tema, a existência ou não de uma nova questão social. Com efeito, aponta-se que, a partir das transformações na sociedade, ocorreu uma renovação da velha questão social, um acirramento das suas contradições (IAMAMOTO, 2011). Neste sentido, destaca-se que não estamos diante de uma nova questão social, mas sim de novas expressões. Portanto,

a *velha* questão social, conotada com o pauperismo, não foi equacionada e, menos ainda, resolvida. E, de fato, temos *novas* problemáticas, seja pela magnitude que

adquiriram situações que antes não eram socialmente reconhecidas como significativas [...], seja pela refuncionalização de velhas práticas sociais agora submetidas a lógica contemporânea da acumulação e da valorização [...], seja, enfim, pela emergência de fenômenos que, novos, vinculam-se aos porões da globalização [...] (NETTO, 2006, p. 15-16, grifo do autor).

Entretanto Castel (2000), ao abordar este tema na França, destaca a existência de uma nova questão social, ao entender que aquela da metade do século XIX não é mais a mesma, considerando o fato de ter se afastado a ameaça que a população provocava à ordem social, na medida em que o proletariado miserável passou a ser uma classe operária.

Nesse sentido, o autor aponta que a nova questão social parece ser um questionamento da função integradora do trabalho na sociedade, destacando a desmontagem do sistema de proteção garantido pelo trabalho e pela sua desestabilização. Traz algumas características como: a desestabilização de trabalhadores que ocupavam uma posição sólida no trabalho e que foram excluídos do sistema produtivo; a instalação da precariedade no trabalho, evidenciada por meio do desemprego, dos contratos temporários, da ajuda social; a formação dos *sobrantes*, ou seja, aquelas pessoas que não têm lugar na sociedade, no mercado do trabalho, que são consideradas como inúteis ao mundo (CASTEL, 2000, grifo do autor).

Cabe destacar que a maneira como a questão social é compreendida, interfere nas formas de enfrentamento de suas expressões. Nesse sentido, ao considerá-la desvinculada de sua gênese pode-se alcançar uma dupla armadilha: a primeira consiste em cair na pulverização e na fragmentação das questões sociais, perdendo-se a dimensão coletiva e responsabilizando-se o indivíduo por sua situação; a segunda armadilha é realizar a análise sobre a questão social a partir de um discurso genérico (IAMAMOTO, 2001).

Esta, a partir da concepção liberal, “é entendida como resultado de um processo natural de desigualdades que, de certa maneira, é necessário para o desenvolvimento social” (PERUZZO, 2004, p. 29). Porém, por outro lado, do ponto de vista da teoria social crítica, “é vista como um fenômeno centrado na contradição da lógica do mercado e da dinâmica da vida em sociedade, no contexto da acumulação capitalista” (PERUZZO, 2004, p.29).

Dessa forma, na primeira perspectiva, a questão social produzida e reproduzida amplamente é percebida como uma disfunção ou ameaça à ordem social; na segunda perspectiva, a questão social é vista como parte das relações sociais capitalistas, sendo entendida como expressão ampliada das desigualdades sociais (IAMAMOTO, 2001).

Tendo em vista o entendimento da questão social com base na concepção liberal, a qual concebe o mercado como o principal agente regulador da dinâmica da sociedade e atribui ao Estado função secundária, as respostas à questão social são compartilhadas entre as

organizações privadas, os mecanismos reguladores do mercado e o Estado. Já sob o segundo ângulo, requer-se a presença da intervenção do Estado com vistas a cumprir sua responsabilidade no que se refere ao atendimento das necessidades da população por meio da efetivação de políticas sociais universais.

Partindo-se dessa discussão sobre a questão social e o agravamento de suas expressões, cabe descrever e analisar sobre como ocorreu e como se instituíram as respostas para o seu enfrentamento, isto é, de que maneira se construiu o sistema de proteção social brasileiro.

## **2.2 A garantia da proteção social no cenário brasileiro**

A proteção social envolve um conjunto de ações destinadas a garantir o bem-estar à população. Neste sentido, são criadas diversas formas de proporcionar melhores condições de vida às pessoas, surgindo assim os sistemas de proteção social, que apresentam diferentes características e particularidades nos diversos países.

A expressão “sistemas de proteção social” designa diferentes modalidades de ações, institucionalizadas ou não, que visam a assegurar proteção ao conjunto ou a uma parte da sociedade contra os riscos naturais e/ou sociais da vida em comunidade (PERUZZO, 2004, p. 25).

Surgem várias iniciativas por meio de diferentes agentes sociais em busca de garantir melhores condições de vida, as quais apresentam características condicionadas ao regime político em vigência na sociedade, assim como às particularidades de cada país. Os sistemas de proteção social resultam de “densos e custosos processos de construção institucional, enraizados nos tecidos sociais de cada país, que seguramente envolvem lutas, conflitos, perdas e vitórias de grupos contendores” (DRAIBE, 1993, p. 02).

Ao tratar sobre a garantia da proteção social brasileira, é importante salientar a diferença existente entre a Europa e o Brasil em relação à participação do Estado quanto à constituição dos direitos sociais. Na tradição europeia teve-se uma forte presença do Estado como regulador e provedor dos direitos, enquanto que, no Brasil, houve a enunciação desses direitos, na maioria das vezes, ligada à legislação trabalhista, porém, quando se deu desvinculado dessa área, ocorreu sem a efetiva participação do Estado, estando este presente apenas no campo regulatório (COUTO, 2010).

A garantia da proteção social no cenário brasileiro foi condicionada pelo domínio colonialista e pela dependência econômica, assim como foi influenciada pelas transformações econômicas e políticas que se deram no mundo. Portanto, as primeiras iniciativas determinadas pelo Estado para a conformação de um sistema de proteção social deram-se a partir da alteração da base produtiva agrário-exportadora para a urbano-industrial.

No entanto, no Brasil, não se alcançou um sistema de bem-estar como nos países avançados, apoiado nas políticas de pleno emprego e de serviços sociais orientados a proporcionar bem-estar e cidadania. A política social brasileira expandiu-se nos períodos de regime autoritário e sob o predomínio de coalizões conservadoras no governo (PEREIRA, 2011), sendo, muitas vezes, utilizada pelo Estado como instrumento de regulação social. Em vista disso, apresentou as seguintes características:

ingerência imperativa do poder executivo; seletividade dos gastos sociais e da oferta de benefícios e gastos públicos; heterogeneidade e superposição de ações; desarticulação institucional; intermitência da provisão; restrição e incerteza financeira (PEREIRA, 2011, p. 126).

No que se refere à constituição da proteção social, pode-se destacar no processo de desenvolvimento e modernização da sociedade brasileira a divisão de cinco períodos históricos que caracterizam o perfil da provisão social desenvolvida, conforme segue:

**Quadro 1**– Periodização, constituição e caracterização do sistema de proteção social brasileiro

Período	Perfil da regulação política	Caracterização das ações desenvolvidas
Anterior a 1930	Política Social do <i>laissez-faire</i>	Provisão social exercida pela iniciativa privada (respostas tópicas e informais) e pelo mercado (atendia a preferências e demandas individuais).
1930-1964	Política Social populista com traços desenvolvimentistas	Ações e garantias limitadas, com recorte seletivo e com características meritocráticas e controladoras. Criadas com o objetivo de respaldar o processo de industrialização.
1964-1985	Política Social do regime tecnocrático-militar	Expansão do sistema de proteção social. Conquistas e garantias usadas como instrumentos de regulação social e de aproximação do Estado com a sociedade, com o intuito de diminuir o descontentamento da sociedade e de contribuir para a manutenção do Regime.
1985-1990	Política Social do período de transição para a democracia liberal	Processo constituinte e aprovação da Constituição Federal de 1988, com significativos avanços políticos e sociais.
A partir de 1990	Política Social neoliberal	Políticas sociais focalizadas, fragmentadas e seletivas, submetidas às políticas econômicas.

**Fonte:** Quadro adaptado pela pesquisadora a partir de PEREIRA (2011) e COUTO (2010).

Ao se fazer uma análise das políticas sociais, assim como das regulamentações criadas durante os períodos destacados, percebe-se que estas estão, em sua grande maioria, direcionadas à proteção do trabalho formal. Somente a partir do início ditadura militar ocorre à expansão da proteção social para outras áreas, o que, posteriormente, se afirma legalmente com a aprovação da Constituição Federal de 1988. Tendo em vista as diversas legislações criadas, buscou-se sistematizá-las, para assim caracterizar e evidenciar as garantias que passaram a integrar e constituir o sistema de proteção social brasileiro ( APÊNDICE A).

Durante os períodos históricos da Colônia e do Império não havia grande preocupação com o atendimento das necessidades sociais, sendo que a subsistência da mão-de-obra escrava e dos trabalhadores livres deveria ser mantida pelos proprietários das grandes fazendas a que estavam vinculados, estes dependiam, portanto, das benesses de seus patrões. A partir da instalação dos imigrantes europeus<sup>9</sup> no Brasil, e com a introdução das ideias europeias trazidas por eles, passou a ocorrer o tensionamento pelo atendimento de algumas demandas na área social, as quais foram sendo respondidas pela elite nacional como concessões, por meio da lógica do favor (COUTO, 2010).

A provisão social antes de 1930 era orientada pela concepção liberal, sendo, desta maneira, realizada pela iniciativa privada, pelo mercado e também pela igreja. Nessas circunstâncias, dava-se, muitas vezes, por meio da ajuda mútua e de respostas pontuais.

Como neste período o Estado não era o principal regulador social, suas ações eram limitadas “a reparações tópicas e emergenciais de problemas prementes ou a respostas morosas e fragmentadas a reivindicações sociais dos trabalhadores e de setores populacionais empobrecidos” (PEREIRA, 2011, p.128). Quando havia interesse da elite, dava-se o atendimento de algumas demandas por meio de concessões, porém quando não havia, utilizava-se a repressão como forma de controle da população. Cabe destacar a criação, em 1923, da Lei Elói Chaves no que se refere à previdência social.

Já no período de 1930 a 1964, demarcado pela passagem do modelo agroexportador para o urbano-industrial, destacam-se significativas alterações no plano econômico, político e social. Sendo assim, cabe salientar que neste período, ocorreu a implantação de ações e de garantias no que se refere à proteção social, porém, entre o conjunto de regulamentações

---

<sup>9</sup> Com a instalação dos imigrantes europeus no Brasil, a partir do século XVIII, aos poucos foi ocorrendo a substituição do trabalho escravo, assim como, houve a introdução de novos elementos quanto a cultura e à consciência de direitos e deveres.



criadas (APÊNDICE A), destaca-se que a maioria direciona-se aos trabalhadores formais e da área urbana.

Estabeleceu-se durante o referido período,

um sistema de proteção social formulado a partir do Poder Executivo e orientado por uma política voltada ao trabalho urbano-industrial. Dessa forma, as políticas sociais podem ser caracterizadas como políticas de recorte seletivo, dirigindo-se a um grupo específico, e fragmentadas, pois respondem de maneira insuficiente as demandas (COUTO, 2010, p. 117).

No governo Vargas (1930-1945), caracterizado por orientações populistas, o Estado passou a intervir de forma autoritária, introduzindo determinadas garantias, com o intuito de regular as relações entre trabalhadores e empregadores. Durante o Estado Novo, as ações desenvolvidas foram de cunho autoritário e centralizadas no governo, utilizando as legislações sociais e a concessão de determinadas garantias para controlar a sociedade e os movimentos, e também para adquirir reconhecimento do governo junto à população.

No entanto, estabeleceram-se durante o governo Vargas algumas regulamentações no campo da proteção social, principalmente na área da previdência, com a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, que buscaram - por meio da concessão de benefícios - a cobertura de riscos ligados ao trabalho. O mesmo se verifica na área do trabalho, com a criação do Ministério do Trabalho, o estabelecimento do direito a férias, do salário mínimo, a Consolidação das Leis Trabalhistas - instituindo assim, a carteira de trabalho, a jornada diária de oito horas semanais, o salário-maternidade, entre outras conquistas. Além dessas garantias, é instituída no campo da assistência social, a Legião Brasileira de Assistência<sup>10</sup> (LBA), a qual passou a atender à população pobre.

Durante os governos posteriores a Vargas<sup>11</sup>, as ações, mesmo estando orientadas à expansão do sistema de proteção social, apresentaram um caráter fragmentado e seletivo, uma vez que estavam condicionadas aos processos políticos (PERUZZO, 2004). A principal meta compreendia a expansão do processo de industrialização do país.

É relevante destacar que durante o governo de Eurico Gaspar Dutra (1945-1950) foi introduzida, pela primeira vez no plano governamental, a perspectiva de atendimento da questão social, devido às preocupações que se apresentavam com a realidade social,

---

<sup>10</sup> Destaca-se que a criação da LBA detinha mais interesses políticos do que sociais, uma vez que a intenção era sustentar o processo de industrialização em desenvolvimento (PERUZZO, 2004).

<sup>11</sup> Depois do Estado Novo, ainda dentro do período destacado, o Brasil foi presidido pelos seguintes governantes: Eurico Gaspar Dutra (1945-1950); Getúlio Vargas (1951-1954); Café Filho (1954); Carlos Luz (1954-1955); Juscelino Kubitschek (1955-1961); Jânio Quadros (1961-1963); João Goulart (1963-1964).

incorporando, dessa forma, políticas econômicas e sociais. Entretanto, constata-se que houve poucos avanços em relação ao tema, uma vez que os recursos destinados não eram suficientes para o atendimento das necessidades sociais (COUTO, 2010).

No que se refere aos movimentos sociais, começaram a emergir várias manifestações que deram visibilidade a questão social, de modo a questionar a realidade política, econômica e social do país, assim como, o atendimento dispensado às problemáticas no plano social. Porém, estes foram em sua maioria desmobilizados por meio da repressão.

No governo de Juscelino Kubitschek, as ações desenvolvidas na área tiveram características de abrangência limitada, uma vez que seu objetivo principal era o desenvolvimento econômico. Em vista disso, destinava a maioria dos recursos para a área de infraestrutura e para a industrial. Contudo, aponta-se a aprovação da Lei Orgânica de Previdência Social (LOPS), que unifica os benefícios e os universaliza a todos os trabalhadores urbanos e formais. Já no governo de João Goulart, destaca-se sua aproximação com o movimento dos trabalhadores e a abertura para negociações. Houve a instituição do décimo terceiro salário e do salário-maternidade.

Tendo em vista as garantias estabelecidas, salienta-se que, em sua maioria, estas serviram para respaldar o processo de industrialização em andamento, porém, o atendimento das demandas sociais não adquiriu grande relevância nos governos desse período. Evidencia-se que

a subordinação dos valores da equidade e da justiça social aos interesses da maximização econômica impediu que o envolvimento estatal na regulação e na provisão sociais viesse a significar ponderável mudança no padrão da política social herdado do período anterior. Efetivamente, entre 1930 e 1964, não houve, no terreno social, um rompimento decisivo com o *laissez-faire* nem com a antiga estrutura do poder oligárquico da era agroexportadora (PEREIRA, 2011, p. 130).

No entanto, no período de 1964 a 1985, sob vigência do Regime Militar<sup>12</sup>, ocorreu um considerável avanço referente aos direitos sociais, expandindo o sistema de proteção social brasileiro com ações e garantias não somente, na área do trabalho e da previdência, mas também em outras áreas, como na habitacional, na de saúde e na de assistência social, conforme pode ser observado na sistematização apresentada no APÊNDICE A. Estas garantias sociais ocorreram atreladas ao desenvolvimento econômico, tendo como “objetivo prioritário atender aos interesses específicos da economia de empresa, embora integrassem a

---

<sup>12</sup> Neste período, o Brasil contou com os seguintes governantes: Humberto Castelo Branco (1964-1966); Arthur da Costa e Silva (1967-1969); Emílio Garrastazu Médici (1968-1974); Ernesto Geisel (1974-1979) e João Baptista Figueiredo (1979-1985).

ação estatal” (PEREIRA, 2011, p. 137) uma vez que aos governos militares interessava alcançar a eficiência econômica.

Para isso, tais governos proporcionaram o cerceamento dos direitos civis e políticos já garantidos constitucionalmente, por meio do autoritarismo e do regime de exceção. Como exemplo pode-se destacar o fechamento de sindicatos, a extinção dos partidos políticos, chegando a ocorrer o fechamento do Congresso, o estabelecimento de pena de morte, entre outros.

As principais medidas criadas foram: o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o Banco Nacional de Habitação (BNH), a extensão dos benefícios aos trabalhadores rurais, aos autônomos e às empregadas domésticas, a implantação da Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (FUNABEM), voltada ao atendimento do adolescente envolvido com atos infracionais. Houve investimentos na saúde, na habitação, na educação e na nutrição, introduzindo-se assim a Central de Medicamentos (CEME), o Programa de Assistência Social ao Trabalhador Rural, o Fundo Social para Moradias, o Sistema Mobral - tendo em vista a preocupação com o analfabetismo e, principalmente, com a formação técnica direcionada ao trabalho industrial.

Acrescenta-se ainda, a criação do Ministério da Previdência e Assistência Social, do Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) que passou a integrar o INAMPS, a LBA, a CEME e a FUNABEM, a instituição da Renda Mensal Vitalícia (RMV)<sup>13</sup>, o estabelecimento de programas preventivos e promocionais na área da saúde e a criação de alguns programas para a população de baixa renda.

Entretanto, cabe destacar que o atendimento ou a concessão de algum benefício à população era dependente do comportamento das pessoas, isto é, elas precisavam estar seguindo as regras estabelecidas pelo Governo Militar. Portanto, mesmo ocorrendo uma ampliação do sistema de proteção social, este era utilizado como mecanismo de regulação social com base em uma ótica de concessão e de mérito.

Em vista disso, percebe-se que o atendimento de algumas demandas da população, neste período, não se deu devido à preocupação com o enfrentamento das expressões da questão social, e, sim, como uma estratégia do Regime para diminuir o descontentamento da sociedade, causado pelo caráter autoritário e pelo regime de exceção do governo. Dessa maneira, “as políticas sociais funcionaram como uma espécie de *cortina de fumaça* para

---

<sup>13</sup> A Renda Mensal Vitalícia era um benefício previdenciário destinado às pessoas idosas com mais de 70 anos de idade que tivessem trabalhado por, no mínimo, 12 meses. Este benefício foi extinto em 1996 com o início do pagamento do Benefício de Prestação Continuada.

encobrir as verdadeiras intenções de um regime que relutava em sair de cena” (PEREIRA, 2011, p. 138, grifo da autora).

Com a abertura democrática, inicia-se um período de reformulação política, econômica e social, acompanhado pelo avanço da crise econômica. Desse modo, a luta realizada pela democratização do país impulsionou a luta pela reformulação do sistema de proteção social, dando visibilidade à questão social. Instaura-se, portanto, o movimento pré-constituente, o qual tem como resultado a aprovação da Constituição Federal de 1988, que institui uma nova direção para a proteção social brasileira.

Por meio da Constituição Federal, “importantes e significativos avanços foram construídos, acarretando novas configurações e novas concepções para a área dos direitos civis, políticos e sociais” (COUTO, 2010, p. 140). Ampliou-se a responsabilidade do Estado quanto à provisão social, estabelecendo-se como seu dever a garantia de direitos e o atendimento das necessidades sociais da população. Sendo assim, ocorreu uma reformulação legal do sistema de proteção social, em que

os conceitos de *direito social, seguridade social, universalização, equidade, descentralização político-administrativa, controle democrático, mínimos sociais*, dentre outros, passaram, de fato, a constituir categorias-chaves norteadoras da constituição de um novo padrão de política social a ser adotado no país (PEREIRA, 2011, p. 152, grifos da autora).

Conforme apontado no APÊNDICE A, várias foram as garantias instituídas a partir da Constituição Federal de 1988; entre elas, destaca-se: a ampliação do conceito de seguridade social que abrange a previdência, a saúde e a assistência social; a fixação do orçamento para a seguridade social; a equiparação de direitos entre urbanos e rurais; o direito à proteção da família, da maternidade, da infância, da adolescência e da velhice; a instituição do Benefício de Prestação Continuada no valor de um salário mínimo para idosos e para as pessoas com deficiência; a criação do Sistema Único de Saúde (SUS); a extensão de direitos ao empregado doméstico; a redução de horas semanais de trabalho; as férias com acréscimo de renumeração; a extensão do direito às creches e pré-escolas, entre outras.

No que refere à seguridade social, entendida como “um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, a previdência e a assistência social” (BRASIL, 1988), cabe destacar sua relevância entre as inovações apontadas, uma vez que objetiva proporcionar segurança de vida a toda a população e garantir o bem-estar e a dignidade da pessoa humana por meio de ações, programas, projetos, serviços e benefícios, seja de forma coletiva ou individual.

A seguridade social, através de suas ações, apresenta o alcance dos seguintes objetivos: universalidade de cobertura e atendimento; uniformidade e equivalência nas prestações dos serviços e benefícios; seletividade e distributividade; irredutibilidade do valor dos benefícios; equidade na forma de participação no custeio; diversidade da base de financiamento e participação da comunidade na gestão administrativa (BRASIL, 1988).

Em relação à Política da Saúde, é definida no texto constitucional como direito de toda a população, tendo como base o princípio da universalidade e da equidade, de modo a desenvolver ações e serviços direcionados à prevenção, à proteção e à recuperação da saúde. Já a Política de Assistência Social, estabelecida como política pública está direcionada para a prevenção e para eliminação de situações de vulnerabilidade e de riscos sociais, sendo destinada a quem dela necessitar. A política Previdenciária, por sua vez, continua como um seguro social, em forma de benefícios a serem utilizados em momentos de incapacidade temporária ou permanente e na situação de morte, sendo o direito de acesso condicionado às contribuições.

Desse modo, ressalta-se, ao analisar as inovações constitucionais, que estas

parecem à primeira vista projetar um movimento, um certo deslocamento que vai do modelo meritocrático-particularista em direção ao modelo institucional-redistributivo, isto é, em direção a uma forma mais universalista e igualitária da proteção social no país (DRAIBE, 1993, p.13).

No entanto, os governos posteriores à Constituição Federal de 1988 não primaram por efetivar as garantias estabelecidas, ao contrário, estas passaram a ser alvo de regulamentações que desconstituíram o sistema de proteção social previsto. Com a adoção das orientações estabelecidas no Consenso de Washington, as quais apresentam como base de referência o receituário teórico neoliberal, as ações desenvolvidas foram adversas à efetivação dos direitos estabelecidos na Constituição, centrando-se na questão da crise, da inflação e da estagnação econômica.

A partir da década de 90, apresenta-se um cenário de disputas referente à garantia da proteção social, “duas agendas disputaram a condução da política social: a perspectiva minimalista dos condutores do ajuste macroeconômico e a perspectiva universalista da proteção” (COSTA, 2009, p. 2). Este cenário de disputa estabeleceu-se entre elites proprietárias e empresariais, e trabalhadores, desempregados e aliados, porém estas classes apresentavam forças desiguais (PEREIRA, 2011), prevalecendo a primeira perspectiva.

Portanto, no campo social, não houve esforços para efetivar as garantias estabelecidas institucionalmente, apenas ações - que inclusive - proporcionaram o aniquilamento do sistema de proteção social criado desde a década de 30. Em vista disso, “chegamos em 1993 com nossos pobres mais desprotegidos do que estavam há meia década ou uma década atrás: paralisaram-se ou desapareceram quase todos os programas sociais” (DRAIBE, 1993, p.02).

No governo Collor, as seguintes medidas foram tomadas:

desaparelhamento, fragmentação e pulverização de recursos; forte redução do gasto social federal; desarticulação das redes de serviços sociais, como resultado indireto da *reforma* administrativa do governo e como consequência direta dos cortes de programas sociais, particularmente no campo da assistência social (como os programas de alimentação e nutrição vigentes até 1990, com exceção da merenda e Programa de Alimentação do Trabalhador) (DRAIBE, 1998:22); retorno do clientelismo e do fisiologismo; corrupção; esvaziamento do projeto do SUS; represamento da concessão de benefícios previdenciários; veto ao projeto de criação da Lei Orgânica de Assistência Social; falta de apoio governamental a descentralização das políticas públicas; ausência de acompanhamento e controle oficiais de execução física e financeira de políticas sociais, como a educação, habitação, assistência social, etc.; centralização das decisões na esfera federal (PEREIRA, 2011, p.165, grifos da autora).

O esvaziamento dos direitos sociais continuou a ocorrer, principalmente no governo de Fernando Henrique Cardoso, que, por meio de um projeto político radicalmente neoliberal, privilegiou a estabilidade econômica, tendo em vista o agravamento da crise. Portanto, não medindo para isso as consequências, que se evidenciaram principalmente na área social - houve efetivamente um abandono no que se refere ao atendimento das necessidades sociais<sup>14</sup>.

Tem-se, portanto, no cenário brasileiro, um aparato legal e jurídico constituído em relação aos direitos sociais, porém, ao mesmo tempo, não ocorre de fato a sua efetivação. Dessa maneira, continua persistindo uma imensa distância entre o que a lei prevê e o que é concretamente realizado, sendo necessária, ainda, ser introduzida na sociedade a noção de direito, para que se apague a ideia de concessão e de mérito que se fez presente por longo período na realidade brasileira.

Nessas circunstâncias, destaca-se, diante das mudanças ocorridas na relação capital/trabalho e Estado/sociedade, e do respectivo agravamento das expressões da questão social, que as respostas ao seu enfrentamento foram gestadas de forma residual e imediatista, estando condicionadas à lógica econômica capitalista.

---

<sup>14</sup> Cabe salientar que a partir dos anos 2000, a proteção social continua apresentando como perfil de Regulação Política, Políticas Sociais Neoliberais, as quais se caracterizam como políticas focalizadas, fragmentadas e seletivas. Desta forma, destaca-se, que as políticas sociais continuam submetidas às políticas econômicas.

Neste sentido, evidencia-se, ainda, uma grande fragilidade quanto às formas de enfrentamento da questão social, uma vez que as políticas sociais estão submetidas aos ditames da política econômica. Percebe-se que o acesso ao direito encontra-se submetido a condicionamentos que selecionam os mais necessitados, e que, até então, o princípio da universalização acaba limitando-se à seletividade, excluindo um número significativo de pessoas. Assim, a justificativa de insuficiência de recursos leva ao atendimento focalizado na população de baixa renda.

Essa situação pode se percebida ao se analisar o Benefício de Prestação Continuada da Política de Assistência Social. Embora seja uma importante garantia no âmbito da proteção social brasileira para as pessoas idosas e para as pessoas com deficiência, apresenta critérios estabelecidos pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), que selecionam aqueles mais necessitados, seja pela renda familiar e/ou pela deficiência.

### **2.3 O Benefício de Prestação Continuada**

Destacam-se várias discussões, desde o início do XX até os dias atuais, sobre a implantação de uma renda que assegure aos indivíduos um mínimo necessário para a sobrevivência digna. A conjuntura de grandes transformações socioeconômicas e políticas, no contexto da reestruturação do mundo trabalho, apontam para o debate sobre políticas de transferência de renda como alternativas para o enfrentamento da pobreza na contemporaneidade. Os programas de transferência de renda transformaram-se na atualidade, numa alternativa para a política social brasileira (BARBOSA e SILVA, 1998).

O BPC constitui-se num programa de transferência de renda, a pessoas idosas com 65 anos ou mais e às pessoas com deficiência, integrante do Sistema de Seguridade Social uma vez que compõe o conjunto de direitos e objetivos prestado pela Política de Assistência Social como direito dos cidadãos e dever do Estado. O BPC

é um mínimo social enquanto se constitui em um dispositivo de proteção social destinado a garantir, mediante prestações mensais, um valor de renda às pessoas que não possuam condições de obtê-la, de forma suficiente, por meio de suas atividades atuais ou anteriores (SPOSATI, 2011, p. 126).

Antes do BPC, existia no Brasil um benefício previdenciário, conforme supracitado, denominado Renda Mensal Vitalícia – RMV, criado pela Lei nº. 6179/74, pago a pessoas idosas com 70 anos ou mais de idade e pessoas inválidas, isto é, pessoas que eram

consideradas totalmente incapazes. Como este era um benefício pago pela Previdência Social, era exigida a contribuição mínima de um ano e uma carta de apresentação de alguma autoridade, fosse um delegado, um político ou um padre, que comprovasse a situação de invalidez (SPOSATI, 2011). Com o início da concessão do BPC a partir de 1996, acabou ocorrendo a extinção da RMV<sup>15</sup>.

O BPC destaca-se por ser a única provisão da política de assistência social garantida pela Constituição Federal, apresentando, dessa forma, características de certeza e regularidade, desde que mantidas as condições que lhe deram origem. Trata-se

de uma garantia em forma de renda, a compor o conjunto de provisões da assistência social, a qual assume a característica de certeza e regularidade, o que o diferencia das tradicionais provisões de assistência na forma de programas, projetos e serviços, cujo traço comum é o da descontinuidade e da incerteza (GOMES, 2011, p. 193).

Outro aspecto importante sobre o benefício consiste no fato de não serem exigidas de seus destinatários contribuição e contrapartida. É extremamente relevante esta característica, por afirmá-lo enquanto direito, buscando assim desvinculá-lo, da ideia de mérito presente na sociedade, isto é, da noção de ser necessário ao beneficiário retribuir de alguma maneira o valor que está recebendo.

Desta forma,

a introdução na política de assistência social do BPC constitui a sua primeira atenção social de massa, pois: a) quebrou a tradicional regulação *ad hoc*, aquela operada caso a caso pelo ajuizamento individual de técnicos sociais a partir de critérios quase nada publicizados e circunscrita a sua concessão ao âmbito interno de uma instituição; b) introduziu, em contrapartida, a forma pública da regulação social do Estado no acesso de massa benefícios não contributivos no campo da assistência social; c) afiançou a condição de certeza de acesso à atenção de idosos e deficientes (SPOSATI, 2011, p. 125-126).

Destaca-se também, por ser o primeiro benefício a não exigir a comprovação de tempo de trabalho para acessá-lo, assim, “a ausência de prévia contribuição insere o BPC no campo da responsabilidade pública e social para com o alcance de um direito de cidadania” (SPOSATI, 2011, p. 130).

Porém, por outro lado, a sua garantia como direito torna-se limitada, na medida em que, a sua concessão depende do cumprimento de determinados critérios de elegibilidade que excluem parcela significativa de idosos e pessoas com deficiência. Assim, estes critérios

---

<sup>15</sup> Cabe destacar que, a partir deste período, a RMV não foi paga a novos beneficiários, mas aqueles que já tinham obtido o direito continuaram recebendo.



direcionam-se a selecionar uma parte dessa população, que comprove estar em situação de vulnerabilidade social.

Conforme já destacado, o BPC foi instituído pela Constituição Federal de 1988 como um dos objetivos da Política de Assistência Social. Porém, a Lei Orgânica da Assistência Social, de 1993, que dispõe sobre a organização da assistência social, traz presente restrições ao BPC ao estipular a renda *per capita* familiar necessária para acesso ao benefício e ao determinar que pessoa com deficiência seja aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho (BRASIL, 1993). Evidencia-se, que a LOAS, ao estipular os critérios, “invocou o antigo e recorrente caráter de menor elegibilidade, altamente restrito, reduzindo um conjunto de necessidades sociais à figura do necessitado” (GOMES, 2011, p. 115).

Assim, percebe-se a contradição referente ao preceito constitucional de que a assistência social deve ser prestada a quem dela necessitar. Dessa forma,

além da vinculação do direito ao benefício à situação econômica familiar do destinatário, a definição do corte de renda inferior a  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo *per capita* para o acesso ao BPC, torna-o ainda mais restritivo, porque não visa a abranger toda a parcela da população idosa ou com deficiência considerada pobre, a não ser aqueles em situação de extrema pobreza, ou de miserabilidade, isto é, aqueles que não possuem sequer o mínimo necessário para a garantia de sua sobrevivência (FERREIRA, 2009, p. 34).

As pessoas com deficiência e os idosos, para terem acesso ao benefício, precisam enquadrar-se nos seguintes critérios: um refere-se à renda *per capita* familiar, que é uma condição para ambos, e o outro consiste na avaliação de impedimento de longo prazo de natureza física, mental intelectual ou sensorial<sup>16</sup>, realizada somente com as pessoas com deficiência. Soma-se a estes critérios, a impossibilidade de acumular este benefício com qualquer outro no âmbito da Seguridade Social ou de outro regime, exceto com o de assistência médica e pensão especial de natureza indenizatória.

Quanto à renda *per capita* familiar, a pessoa com deficiência e o idoso precisam comprovar não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de ser provida por sua família. O Decreto n.º. 6214, de 26 de setembro de 2007, art. 4º, parágrafo V, destaca que: “a família incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência e do idoso é aquela cuja renda mensal bruta familiar dividida pelo número de seus integrantes seja inferior a um quarto do salário mínimo” (BRASIL, 2007b). Este primeiro critério é analisado na parte

---

<sup>16</sup> Esta é uma recente alteração regulamentada pelo Decreto n.º. 7617, de 17 de novembro de 2011. Anteriormente havia a necessidade de comprovar a incapacidade para a vida independente e para o trabalho.

administrativa, quando a pessoa apresenta os formulários de requerimento e de declaração da composição familiar e a documentação do grupo familiar.

Para a análise da composição do grupo familiar e para o cálculo da renda *per capita*, considera-se família como

o conjunto de pessoas composto pelo requerente, o cônjuge, o companheiro, a companheira, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto (BRASIL, 2011c).

A partir deste critério de elegibilidade, verifica-se que os destinatários do BPC, assim como sua família, precisam comprovar que vivem em situação de ausência ou insuficiência de renda para custear os gastos mínimos necessários para sobreviver. Desta forma, afirma-se a presente focalização na pobreza para acessar o benefício, tendo em vista a necessidade de uma comprovação atestadora de miséria.

Este conceito de família associado ao critério renda *per capita* torna-se extremamente restritivo, na medida em que se estabelecem quais são as pessoas que compõem a família, não abrangendo assim, todas as pessoas que residem na mesma casa e que podem ser dependentes de determinada renda que a família possua. O benefício destinado ao indivíduo assume aqui caráter familiar ao considerar a renda familiar. Desta forma, exclui pessoas que necessitam recebê-lo e também os beneficiários que já o recebem na medida em que um integrante da família passa a ter uma renda garantida, alterando as condições econômicas avaliadas na concessão do benefício.

A exigência de considerar a renda familiar traz implicações para o acesso ao benefício e para o futuro do beneficiário e de sua família. Portanto,

para ser incluído o requerente precisa mostrar a miserabilidade da família, além da sua miserabilidade. Necessita ser duplamente vitimizado. Não basta uma exclusão ser idoso ou com deficiência; são necessárias duas exclusões, ou seja, além da sua a da família (SPOSATI, 2011, p.127).

Essa focalização traz, segundo Ferreira (2009), algumas implicações, como a exclusão de um número significativo de pessoas pobres que necessitam do benefício, o esvaziamento do sentido de direito da política de assistência social e a armadilha e aprofundamento da pobreza. Expressa, ainda, a lógica neoliberal que não possibilita grandes avanços e investimentos na área social.

A partir do momento em que há um beneficiário na família, surge o “impedimento”, devido à questão da provisoriedade presente no programa, aos outros membros do grupo familiar de iniciarem um trabalho formal, pois, uma vez alteradas as condições que permitiram a concessão, se dá o desligamento do beneficiário. Essa situação, conforme refere Barbosa e Silva (1998), cria uma sensação de instabilidade e insegurança nos beneficiários e nas suas famílias, submetendo as famílias a se limitarem a viver somente com a renda do benefício.

Afirma-se aqui a armadilha e o aprofundamento da pobreza, pois o benefício coloca o beneficiário e sua família em uma armadilha, na medida em que os aprisiona e os condiciona a viverem quase que exclusivamente com a renda proveniente do benefício.

Assim, o benefício adquire um caráter de **dependência** e acaba suprindo as necessidades do beneficiário e também de sua família, transformando-se em uma renda exclusiva e não complementar, isto é, “o beneficiário está fadado a viver exclusivamente dessa renda, estando impossibilitado de mínima ascensão, caso queira permanecer com o benefício” (BARBOSA e SILVA, 1998, p. 228). Nesse sentido, “é preciso atingir uma patamar de não-cidadão para ter acesso a ele, e o pior, é preciso manter-se na invisibilidade para permanecer inserido no rol dos beneficiários” (BARBOSA e SILVA, 1998, p. 240).

Com base nesses critérios, o BPC é classificado como uma forma de *regulação tardia*, iniciada na segunda metade da década de 90; uma forma de *regulação truncada; restrita; transmutada*, o direito do cidadão submetido à família; e uma forma de *regulação frágil*, na medida em que deve ser revisado a cada dois anos (SPOSATI, 2011, grifos da autora).

Assim, tornou-se um mínimo operacionalmente tutelado, um quase direito, na medida em que seu acesso é submetido a forte seletividade de meios comprobatórios que vão além da manifesta necessidade do cidadão (SPOSATI, 2011, p. 126).

Mesmo diante de todos estes aspectos apontados, que envolvem critérios bastante seletivos, é relevante ressaltar que o BPC já obteve importantes avanços e constitui-se em um importante mecanismo de transferência de renda que está retirando muitas pessoas da pobreza extrema. Porém, o critério que considera a renda *per capita* familiar ainda não passou por nenhuma alteração, continuando a ser o grande limitador de acesso ao benefício.

Buscando caracterizar o cenário do benefício, conforme dados extraídos do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome, no mês de abril/2012, o BPC atinge uma cobertura total de 3.644.591 pessoas, sendo, 1.939.927 pessoas com deficiência e 1.704.664 pessoas idosas. Em termos de recursos, equivale a 2.262.328.183. Já no que se refere à

Gerência Executiva do INSS em Pelotas, local onde foi realizada a pesquisa apresentada nesta dissertação, o número total de benefícios ativos no mês de abril, corresponde a 24.927, sendo, 16.721 pessoas com deficiência<sup>17</sup> e 8.206 pessoas idosas.

Ainda, com a intenção de apresentar elementos informativos sobre o BPC na Gerência Executiva do INSS em Pelotas, cabe apontar outros dados sobre o número de agendamentos, requerimentos e benefícios concedidos e indeferidos, conforme quadro a seguir.

**Quadro 2**– Benefício de Prestação Continuada – Gerência Executiva do INSS em Pelotas (dados de 04/2011 a 04/2012).

<b>Espécie</b>	<b>Nº. de agendamentos</b>	<b>Nº. de requerimentos</b>	<b>Nº. de benefícios concedidos</b>	<b>Nº. de benefícios indeferidos</b>
BPC a pessoa com deficiência:	6.986	3.698	1.606	2329
BPC ao idoso:	2.006	1.158	796	457

**Fonte:** Sistema Único de Informações de Benefícios (SUIBE), Sistema de Informações Gerais (INFGER) e Sistema de Agendamento Eletrônico (SAE).

Considerando as informações apresentadas, pode-se verificar, observando a quantidade de agendamentos, uma grande procura pelo benefício. Desses, tem-se um grande índice de não comparecimento para efetuar o requerimento, não sendo possível apresentar o dado numérico preciso, uma vez que os agendamentos realizados no período indicado não foram todos protocolados como benefício neste mesmo período em função do tempo de espera para o atendimento.

Verifica-se, também entre as informações apresentadas, uma grande quantidade de benefícios indeferidos. Seguem abaixo os motivos dos indeferimentos do BPC:

**Quadro 3**– Motivos de Indeferimento do Benefício de Prestação Continuada.

<b>Motivo de indeferimento</b>	<b>Nº. de benefícios indeferidos/ pessoa com deficiência</b>	<b>Nº. de benefícios indeferidos/pessoa idosa</b>
Renda <i>per capita</i> familiar menor ou igual ao salário mínimo	377	381
Recebimento de outro benefício	1	5
Não comparecimento para a realização do Exame Médico Pericial	166	0
Nacionalidade Estrangeira	3	14
Não enquadramento no art.20, & 2, da Lei nº. 8742/93	1	0

<sup>17</sup> Conforme os dados apresentados, verifica-se a existência de um número maior de benefícios ativos destinados à pessoa com deficiência, tanto em nível regional, como nacional. Observa-se que esta informação é bastante instigante, podendo ser alvo de estudos futuros.

Não há incapacidade para a vida independente e para o trabalho	568	0
Família capaz de se manter	158	0
Não comparecimento na avaliação social	73	0
Deficiência temporária	749	0
Não classificado	233	57
Total	2329	457

Fonte: SUIBE, INFGER e SAE.

Quanto ao BPC ao idoso, tendo em vista que não é necessária a realização de perícia médica, a maioria dos indeferimentos é em função de a renda *per capita* familiar ultrapassar o valor estabelecido; um número bastante reduzido deve-se ao não cumprimento de exigências administrativas dentro do prazo de 30 dias, à nacionalidade estrangeira e ao recebimento de outro benefício. Já entre os motivos de indeferimento do BPC à pessoa com deficiência, destaca-se o não enquadramento no critério renda familiar (22,97%) e um elevado número de indeferimento na avaliação da deficiência (56,54%). Com base nos dados apresentados, evidenciam-se os grandes fatores limitadores do acesso ao BPC, que são o critério renda familiar e a avaliação da deficiência.

Além dos dados apresentados para caracterizar o cenário do benefício, é relevante também neste estudo contextualizar o BPC, apontando as regulamentações que foram estabelecidas desde a garantia do benefício na Constituição Federal até os dias atuais.

### 2.3.1 O Benefício de Prestação Continuada e suas regulamentações

O BPC, desde sua instituição na Constituição Federal de 1988, obteve diversas alterações no que se refere à sua operacionalização. Dessa forma, foi construída uma linha do tempo<sup>18</sup> contendo as regulamentações e as ações desenvolvidas em relação ao benefício. Segue abaixo a linha do tempo do BPC com algumas adaptações<sup>19</sup>:

**Quadro 4** – Linha do Tempo do Benefício de Prestação Continuada da Política de Assistência Social

Ano:	Legislações aprovadas e ações desenvolvidas:
1988	Promulgação da Constituição Federal - institui o BPC em seu art. 203, inciso V.
1993	Lei n.º. 8742 – Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS – regulamenta o BPC em seus artigos 20 e 21.

<sup>18</sup> O documento a “Linha do Tempo do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social de 1988 a 2010” foi disponibilizado no Seminário Internacional do BPC, realizado em Brasília nos dias 08, 09 e 10 de novembro de 2010.

<sup>19</sup> As adaptações referem-se à inclusão das regulamentações aprovadas após 2010 e à sua adequação em formato de quadro.

1994	Decreto n.º. 1330 - primeiro decreto que dispõe sobre o Benefício de Prestação Continuada, conforme previsto no art. 20 da LOAS.
1995	Decreto n.º. 1744 – revoga o Decreto n.º. 1330/94 e regulamenta a implantação do BPC.
1996	Em 1º de janeiro de 1996 é implantada a concessão do BPC.
1997	Resolução n.º. 435/97do INSS.
1998	Lei n.º. 9720 – altera disposições sobre a operacionalização do BPC.
2003	Lei n.º. 10741 – Estatuto do Idoso – altera a idade de concessão do benefício para a pessoa idosa reduzindo de 67 para 65 anos e exclui do cálculo da renda <i>per capita</i> familiar o BPC já concedido a beneficiário idoso para a concessão a outro idoso da mesma família. Realizada a IV Conferência Nacional de Assistência Social, que deliberou pela implementação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).
2004	É criado o Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS) com competência e coordenação geral, financiamento, monitoramento e avaliação do BPC. No âmbito da Secretaria Nacional de Assistência Social é criado o Departamento de Benefícios Assistenciais, responsável pela gestão do BPC, com duas Coordenações Gerais: Regulação e Ações Intersetoriais e Gestão de Benefícios. Aprovada a Política Nacional de Assistência Social (PNAS) pela Resolução n.º. 145. De acordo com a PNAS, o BPC integra o conjunto de ações do SUAS, constituindo-se em uma transferência de renda da proteção social básica. 7 a 8 de agosto – Encontro Nacional sobre Gestão do BPC. 13 a 15 de dezembro – Seminário de Regulação e Gestão do BPC.
2005	Realizada a V Conferência Nacional de Assistência Social, que promove a oficina “A nova Gestão dos Benefícios de Prestação Continuada”. Portaria MDS/MPS n.º 001 – institui o Grupo de Trabalho Interministerial cujo objetivo é desenvolver estudos e pesquisas sobre os instrumentos de avaliação das pessoas com deficiência para acesso ao BPC. 14 e 15 de dezembro – Seminário Nacional: “Construindo o BPC na perspectiva do SUAS”.
2006	Portaria MDS/MPS n.º. 1 – dispõe sobre a descentralização de recursos e orçamento do Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS) para despesas de operacionalização e pagamento do BPC e da Renda Mensal Vitalícia. Campanha Nacional de divulgação do BPC. 31 de março – Seminário de discussão do conceito de família do BPC. 31 de agosto – Encontro Nacional dos Coordenadores da Revisão do BPC. Novembro e dezembro – Encontros Regionais: O BPC no contexto do SUAS.
2007	Decreto n.º. 6214 – aperfeiçoa a regulamentação do BPC normatizando vários aspectos da gestão do benefício e institui o novo modelo de avaliação da pessoa com deficiência para acesso ao BPC. Portaria Normativa Interministerial MDS/MEC/MS/SEDH n.º. 18 – é criado o Programa BPC na Escola.
2008	Decreto n.º. 6564 – altera o regulamento do BPC Editadas as Portarias Normativas Interministeriais MDS/MEC/MS/SEDH n.º.01 e n.º.02 que tratam dos impedimentos e dos instrumentos para a adesão do BPC na Escola. Instituído o Grupo Trabalho Interministerial (GTI) MDS/INSS para elaborar proposta de Instrução Normativa para os procedimentos referentes à operacionalização do BPC.
2009	Portaria MDS n.º.44 – estabelece instruções sobre o BPC visando a orientar gestores da assistência social quanto às ações de atenção e de acompanhamento dos beneficiários do BPC e de suas famílias, tendo em vista a NOB/SUAS/2005. Portaria interministerial MDS/MEC/MS/SEDH n.º.409 – institui o Grupo Gestor Interministerial para a implementação e monitoramento do Programa BPC na Escola. Portaria Conjunta MDS/INSS n.º.1 – institui instrumentos para a avaliação da deficiência e do grau de incapacidade de pessoas com deficiência requerentes do BPC. Em 1º. de junho de 2009 é implantada a nova modalidade de avaliação da deficiência e incapacidade das pessoas com deficiência requerentes do BPC, constituída por avaliação médico-pericial e

	<p>avaliação social.</p> <p>Resolução CIT n°. 7/09 – aprova o Protocolo de Gestão Integrada dos Serviços, Benefícios e Transferências de Renda no âmbito do SUAS, que estabelece procedimentos para a gestão integrada dos serviços, benefícios socioassistenciais e de transferência de renda.</p> <p>24 de novembro – assinado o Acordo de Cooperação entre MDS e Federação Nacional das Associações de Pessoas com Deficiência (FENAVAPE) – Projeto Piloto do BPC Trabalho.</p>
2010	<p>Lei n°. 12212 – inclui o beneficiário do BPC como público da Tarifa social de Energia Elétrica.</p> <p>Decreto n°. 7079 – aprova a nova estrutura do MDS, ampliando o número de coordenações do DBA de duas para quatro coordenações – gerais: Regulação e Ações intersetoriais, Gestão de Benefícios, Revisão e controle de Benefícios, Acompanhamento dos Beneficiários.</p> <p>Portaria Conjunta MDS/MPS/INSS n°. 01 – institui o Comitê de Gerenciamento Integrado do BPC, com a finalidade de acompanhar e avaliar os procedimentos de reconhecimento do direito ao benefício.</p> <p>Nota Técnica DBA/SNAS/MDS n°. 69 - Dispõe sobre o Comportamento do Benefício de Prestação Continuada de Assistência Social requerido por pessoas com deficiência, após a implantação do novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade.</p> <p>08,09 e 10 de novembro – Seminário Internacional do BPC em Brasília.</p>
2011	<p>Lei n°. 12435 - altera a Lei no 8.742/93, que dispõe sobre a organização da Assistência Social – Altera o art.20, que dispõe sobre o BPC, modifica o conceito de família e institui um novo conceito de pessoa com deficiência.</p> <p>Portaria Conjunta MDS/INSS n°. 1 - estabelece os critérios, procedimentos e instrumentos para a avaliação social e médico-pericial da deficiência e do grau de incapacidade das pessoas com deficiência requerentes do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social, revoga com ressalva a Portaria Conjunta MDS/INSS n°. 01, de 29 de maio de 2009, e dá outras providências.</p> <p>Decreto n°. 7617 – altera o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada, aprovado pelo Decreto n°. 6214/2007.</p> <p>Nota Técnica/DBA/SNAS/MDS/65 - dispõe sobre a análise dos requerimentos ao BPC para a pessoa com deficiência segundo a duração do prazo dos impedimentos que, associados às diversas barreiras, incapacitam o indivíduo para a vida independente e para o trabalho pelo prazo mínimo de dois anos.</p>

**Fonte:** Quadro adaptado pela pesquisadora com base no documento disponibilizado no Seminário Internacional do BPC, realizado em Brasília nos dias 08,09 e 10 de novembro de 2010.

Entre as diversas regulamentações apontadas, cabe destacar as mais significativas referentes às condições e aos critérios para acesso ao benefício, uma vez que apresentaram inovações quanto à ampliação do acesso ao benefício e quanto à introdução de um novo modelo de avaliação da pessoa com deficiência, que tem em sua base outra concepção a respeito da questão da deficiência.

A primeira importante mudança ocorreu em 2003, por meio do Estatuto do Idoso, que altera a idade mínima para acesso da pessoa idosa ao benefício, assim, institui no art. 34 que “aos idosos, a partir de 65 anos, que não possuam meios para prover sua subsistência, nem de tê-la provida por sua família, é assegurado o benefício mensal de 1 salário-mínimo, nos termos da Lei Orgânica da Assistência Social” (BRASIL, 2003).

A mudança de 67 para 65 anos é, certamente, como já destacado, uma importante alteração, que passou a garantir o acesso ao benefício dois anos antes, reduzindo desse modo,

o tempo em que a pessoa idosa está desprotegida socialmente. Entretanto, ainda é necessária uma maior evolução, pois o mesmo Estatuto considera pessoa idosa aquela que possui idade igual ou superior a 60 anos.

Outra relevante garantia estabelecida também pelo Estatuto do Idoso refere-se à possibilidade de dois idosos integrantes de um mesmo grupo familiar receberem o BPC, ao assegurar que “o benefício já concedido a qualquer membro da família nos termos do *caput* não será computado para os fins do cálculo da renda familiar *per capita* a que se refere a LOAS” (BRASIL, 2003).

De forma mais clara, o Decreto n.º. 6214, de 26 de setembro de 2007, no art. 19, parágrafo único, dispõe sobre essa informação:

O valor do Benefício de Prestação Continuada concedido a idoso não será computado no cálculo da renda mensal bruta familiar a que se refere o inciso VI do art. 4.º., para fins de concessão do Benefício de Prestação Continuada a outro idoso da mesma família (BRASIL, 2007).

Efetivamente, essa alteração, foi positiva ampliando a quantidade de idosos que tem acesso ao benefício; anteriormente, por exemplo, em um grupo familiar composto por um casal de idosos, somente uma pessoa poderia ser beneficiada, pois a renda de um impediria o acesso do outro. Após o Estatuto do Idoso, as duas pessoas podem recebê-lo, uma vez que o benefício já recebido por um integrante não será considerado para o cálculo da renda familiar do outro.

É importante ressaltar, devido à existência de dúvidas a respeito dessa garantia, que não se considera somente renda proveniente do BPC. Caso um dos integrantes, considerando-se o mesmo, receber um benefício previdenciário, o seu valor é computado como renda familiar. Vale evidenciar ainda, que essa garantia é válida somente para as pessoas idosas, portanto, para as pessoas com deficiência, o valor recebido por um integrante do grupo familiar entra no cálculo da renda familiar, não impedindo outra pessoa com deficiência no mesmo grupo familiar de acessar o benefício, desde que atenda aos critérios exigidos.

Em 2007, o Decreto n.º. 6214 regulamenta o BPC, estabelecendo duas relevantes modificações no que se refere à avaliação da incapacidade para a vida independente e para o trabalho, e institui, assim uma definição de incapacidade e o novo modelo de avaliação da pessoa com deficiência<sup>20</sup>, o qual passa a integrar a avaliação médica e social. Esta avaliação

---

<sup>20</sup> O novo modelo de avaliação da pessoa com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada e as alterações posteriores, assim como os conceitos e nomenclaturas estabelecidos, serão analisados detalhadamente no capítulo seguinte.



deve ser realizada pelo médico perito e pelo Serviço Social do INSS por meio de instrumento devidamente criado para responder a esta exigência.

Posteriormente, a Lei n.º. 12470, de 31 de agosto de 2011, altera o art. 20 da LOAS, e define a pessoa elegível ao BPC em consonância com o conceito utilizado pela Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. É importante salientar que ainda estava presente nas legislações que regulam o BPC, inclusive no Decreto n.º. 6214, que a pessoa com deficiência elegível ao benefício é a definida pela LOAS no art. 20, §2, ou seja, é “aquela cuja deficiência a incapacita para a vida independente e para o trabalho” (BRASIL, 1993), porém, a Lei n.º. 12.470 institui um novo entendimento sobre a pessoa com deficiência, ao estabelecer no §2, que

para efeito de concessão deste benefício, considera-se 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 (BRASIL, 2011b).

Diante dessa mais nova mudança, torna-se necessário não mais comprovar a incapacidade para a vida independente e para o trabalho, mas sim, a existência do impedimento de longo prazo, que, em interação com as barreiras obstrua, a plena e efetiva participação na sociedade.

Ao lado dessas regulamentações, cabe ainda destacar a aprovação do Decreto n.º. 7617, de 17 de novembro de 2011, o qual altera o regulamento do BPC aprovado pelo Decreto n.º. 6214, instituindo a modificação citada anteriormente, assim como outras importantes alterações no processo de operacionalização do benefício.

Conforme exposto, apontam-se relevantes alterações no que se refere à avaliação da pessoa com deficiência para acesso ao BPC, estabelecendo modificações na forma de avaliação, assim como na nomenclatura e, ainda, introduzindo um novo conceito de deficiência que está de acordo com a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. Portanto, torna-se imprescindível realizar uma análise e uma discussão mais profunda sobre BPC e deficiência.

### **3 A DEFICIÊNCIA E O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA**

Neste capítulo busca-se estabelecer uma discussão sobre o BPC e a deficiência. O objetivo é refletir sobre a questão da deficiência e do seu novo modelo para acesso ao BPC. Para isso, primeiramente, realiza-se um estudo sobre como a pessoa com deficiência é tratada e vista pela sociedade na trajetória histórica da humanidade e também sobre como as Ciências Médicas e Ciências Sociais compreendem a questão da deficiência.

Além disso, apresenta-se o entendimento de deficiência existente nas legislações que regulamentam o BPC, destacando como estas conceituam e compreendem o tema, e a forma como era realizada a avaliação da pessoa com deficiência elegível ao benefício. Ainda, evidenciam-se as alterações que ocorreram nas legislações, tendo como resultado a introdução de uma nova forma de compreender a deficiência.

Para finalizar este capítulo, aprofunda-se a discussão sobre o novo modelo de avaliação médica e social, o qual foi construído tendo como referência a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) da Organização Mundial de Saúde (OMS), assim como, se busca dar visibilidade aos novos aspectos e componentes que passaram a integrar a avaliação realizada pelos profissionais assistentes sociais e médicos peritos.

#### **3.1 A pessoa com deficiência**

A pessoa com deficiência, na trajetória histórica da humanidade, sempre foi considerada diferente ou anormal. Essa percepção deve-se ao fato de a sociedade ser pouco sensível à compreensão da diversidade como condição humana e também devido à existência de um padrão de normalidade na estrutura social. A partir dessa construção cultural e social, a pessoa com deficiência, por muitos anos, não foi vista como um sujeito como outro qualquer, apresentando igualdade de condições; foi, na verdade, ignorada pela sociedade, uma vez que não havia por nesta o reconhecimento das diferenças.

A sociedade, ao longo dos anos, estabeleceu um lugar para as pessoas com deficiência, expressando, nas relações sociais, valores e significados que evidenciam - em sua maioria - processos de exclusão. Destacam-se diferentes fases em relação à maneira como as pessoas com deficiência eram vistas e tratadas pela sociedade, que

começou praticando a **exclusão social** de pessoas que – por causa das condições atípicas – não lhe pareciam pertencer à maioria da população. Em seguida, desenvolveu o **atendimento segregado** dentro de instituições, passou para a prática da **integração social** e recentemente adotou a filosofia da **inclusão social** para modificar os sistemas sociais gerais (SASSAKI, 1997, p. 16, grifos do autor).

Este não reconhecimento das singularidades marca a história das pessoas com deficiência, as quais convivem com o estigma, a segregação e a exclusão. Devido às diferenças serem pouco aceitas pela sociedade, a pessoa com deficiência foi identificada como falha, deficitária, apresentando uma situação de risco para si e para o meio, assim como já sofreu punições por não possuir a mesma condição considerada padrão ou normal dos seres humanos.

Na Antiguidade, as pessoas com deficiência vivenciaram diversas situações que envolvem: o abandono, considerando que não podiam deslocar-se com facilidade, uma vez que as sociedades primitivas eram nômades, sendo dependentes do que a natureza lhes oferecia para manterem sua subsistência; a exploração, sendo utilizadas para mendigar e para serem ridicularizadas em espetáculos circenses (algumas eram compradas com esta finalidade); em alguns lugares eram consideradas amaldiçoadas, o que as levava à morte, como acontecia na Roma, uma vez que as leis romanas permitiam que os pais matassem os filhos com deficiência (SILVA, 2010).

Na Idade Média, as pessoas com deficiência passaram a ser vistas como **merecedoras** pela igreja Católica, que começou a realizar algum tipo de atendimento por meio de práticas assistencialistas, isto é, que dependia da caridade alheia, garantindo o imediato, como roupas, abrigos em casas de saúde e assistência médica. Criaram-se, algumas instituições para assistir às pessoas com deficiência, iniciando-se, deste modo, a prática segregatória, que colocou as pessoas com deficiência à margem das relações sociais. Nestes locais, as pessoas diferentes “eram isoladas do mundo e *tratadas* de modo que pudessem recuperar-se do *pecado* de ter nascido *naquelas condições*” (FERNANDES, 2012, p. 19, grifos da autora). Entretanto, as pessoas com deficiência ainda permaneciam sendo ignoradas e muitas exerciam atividades escravocratas.

Destaca-se, nessas circunstâncias, que a pessoa com deficiência é identificada na sociedade pela diferença que apresenta, sendo percebida no meio social de forma desigual em relação aos sujeitos ditos **normais**. Sendo assim, o indivíduo, ao apresentar uma determinada limitação, tem sido visto como

um ser deficitário em seu todo. Isto demonstra o quanto o sujeito não é reconhecido em sua totalidade, mas é identificado pela particularidade de sua diferença, que em alguns casos são diferenças restritivas em determinadas áreas, porém, não impeditivas para o desenvolvimento das demais áreas da vida (FERNANDES, 2002, p. 44).

Nos séculos XVI e XVII, a mitologia, o espiritismo e a bruxaria dominaram a discussão sobre a pessoa com deficiência, sendo estas submetidas a perseguições e encarceramentos (SILVA, 2010). Entretanto, a partir do século XVIII, a questão da deficiência passou a ser alvo de estudos da ciência médica, que percebeu a deficiência como um problema presente no indivíduo e iniciou o desenvolvimento de tratamentos e reabilitações com o intuito de solucionar este problema pessoal para que a pessoa com deficiência fosse adequada aos padrões de normalidade da sociedade; buscou-se, assim, chegar ao mais próximo possível do que é idealizado como perfeito

Com o início do modo de produção capitalista, ocorreu inicialmente a reafirmação da inutilidade da pessoa com deficiência, continuando a ocorrer a prática de segregação institucional, isto é, as pessoas com deficiência continuavam sendo retiradas da sociedade, uma vez que não eram importantes ao processo produtivo.

Em meados do século XX, apontou-se a introdução do movimento pela integração da pessoa com deficiência na sociedade, o qual afirmou a ideologia da normalização efetivada pelo modelo médico ao buscar adequar a pessoa, para, assim, inseri-la na sociedade. A integração social ocorria, e ainda ocorre, de três formas: por meio da inserção das pessoas com deficiência, considerando-se o mérito pessoal e profissional, em espaços físicos e sociais; pela inserção daqueles que necessitam de alguma adaptação no espaço físico; e por meio da inserção da pessoa com deficiência em ambientes e espaços separados dos ocupados em geral pela sociedade (SASSAKI, 1997).

Iniciou-se também a discussão sobre autonomia e produtividade da pessoa com deficiência, tendo em vista os gastos que o processo de institucionalização estava trazendo para o Estado. Dessa forma, passou a haver a preocupação com a inserção das pessoas com deficiência no mercado de trabalho (SILVA, 2010).

A prática de integração social passou a ser questionada, pois, era insuficiente para superar a discriminação e para proporcionar a participação com igualdade de oportunidades, na medida em que apenas inseria na sociedade a pessoa com deficiência que apresentava certo nível de capacidade para superar barreiras físicas, programáticas e atitudinais existentes na estrutura social (SASSAKI, 1997). Neste sentido, desenvolviam-se ações que não trabalhavam com a sociedade para que fossem modificadas sua estrutura e suas atitudes.

O movimento pela integração remete, a partir da metade dos anos 80, à discussão sobre a inclusão social. Este paradigma refere-se ao desenvolvimento de transformações na sociedade, para que ocorra a alteração quanto às barreiras atitudinais e aos obstáculos do ambiente físico, de maneira a reconhecer a diversidade do ser humano e a oportunizar a igualdade de oportunidades e de participação. Ao lado disso, a pessoa com deficiência, também busca adaptar-se e se inserir na sociedade. Dessa maneira, a inclusão social constitui-se em “um processo bilateral no qual as pessoas, ainda excluídas, e a sociedade buscam, em parceria, equacionar problemas, decidir sobre soluções e efetivar a equiparação de oportunidades para todos” (SASSAKI, 1997, p. 3).

Considerando as informações já destacadas, percebe-se que a garantia da proteção social às pessoas com deficiência em momentos não existiu na sociedade e, em outros, foi bastante precária. Foi somente com a Constituição Federal de 1988 que o Estado passou a se responsabilizar por prover determinadas garantias a este segmento. Intensifica-se, no final do século XX e início do século XXI, a luta em defesa dos direitos das pessoas com deficiência; assim, “criaram-se dispositivos legais em áreas como a educação, trabalho, assistência social e acessibilidade física, de forma a garantir a inclusão social das pessoas com deficiência” (SANTOS, 2008, p. 03).

Destacam-se no campo da proteção social à pessoa com deficiência, a aprovação da Política Nacional para a Integração da Pessoa Portadora de Deficiência, a criação da Lei de Acessibilidade em 2004 e a aprovação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência pela Organização das Nações Unidas (ONU), no ano de 2006. Efetivamente, atribui-se a responsabilidade de garantir possibilidades às pessoas com deficiência para o pleno exercício de seus direitos básicos aos órgãos e entidades do poder público. Sob essa perspectiva, a deficiência deixa de ser apenas um problema individual ou familiar, passando a ser vista como uma questão de justiça social.

Contudo, o não reconhecimento da diversidade e a segregação ainda estão presentes na sociedade, assim como, também, no interior de vários grupos familiares, que acabam privando estas pessoas do convívio social, não acreditando na possibilidade de seu desenvolvimento intelectual e social e não investindo nas potencialidades que apresentam. Assim, “aqueles que apresentam diferenças marcantes são excluídos dos processos sociais, especialmente da participação social” (FERNANDES, 2002, p.16).

Em vista disso, discute-se, que grande parte das barreiras existentes encontram-se na sociedade em virtude de

seus ambientes restritivos; suas políticas discriminatórias e suas atitudes preconceituosas que rejeitam a minoria e todas as formas de diferenças; seus discutíveis padrões de normalidade; seus objetos e outros bens inacessíveis do ponto de vista físico; seus pré-requisitos atingíveis apenas pela maioria aparentemente hegemônica; sua quase total desinformação sobre as pessoas com deficiência e sobre os direitos destas pessoas; suas práticas discriminatórias em muitos setores da atividade humana (SASSAKI, 1997, p. 47).

Portanto, percebe-se ainda, que a maioria das pessoas com deficiência são invisíveis, não participando das relações sociais estabelecidas entre os indivíduos, tendo em vista a existência de grandes barreiras arquitetônicas e atitudinais na vida em sociedade. O que existe “são contextos sociais pouco sensíveis à compreensão da diversidade corporal como diferentes estilos de vida” (DINIZ, 2007, p.8). Atualmente, luta-se para que a sociedade se transforme de maneira a entender e a reconhecer as diferenças existentes na condição humana.

Considerando as diferentes fases em relação à maneira como as pessoas com deficiência eram vistas e tratadas pela sociedade, é possível reconhecer alguns avanços quanto ao entendimento do que é a experiência da deficiência. Assim, cabe refletir sobre a compreensão das Ciências Médicas e das Sociais sobre deficiência, apontado a importância da introdução da discussão do modelo social, uma vez que este apresenta um olhar diferenciado sobre a questão.

### *3.1.1 Compreendendo a deficiência*

O fenômeno da deficiência tem sido discutido e entendido de duas maneiras: como uma desvantagem natural (modelo médico) e/ou como uma desvantagem social (modelo social). Assim, por meio do modelo médico, é compreendido como um problema individual, sendo alvo de estudos e tratamentos biomédicos com vistas a alcançar a cura. Já o modelo social, ao entender a deficiência como um tipo de desigualdade social experimentada pelo corpo que apresenta diferenças, discute a relação da deficiência com a sociedade e a existência de ambientes sociais opressivos, buscando o reconhecimento da diversidade corporal e a eliminação das desigualdades.

O entendimento da deficiência como uma desvantagem natural surge a partir do século XIX, por meio do modelo médico, que a percebe como resultado de um corpo com lesão. Desse modo, a pessoa com deficiência é vista como uma pessoa doente, que precisa ser tratada e reabilitada para se adequar a sociedade. Sendo assim,

localiza a deficiência no corpo do indivíduo, como resultado inevitável dos impedimentos físicos, cognitivos ou sensoriais. Nessa perspectiva, o corpo com impedimentos deve ser alvo de intervenção e medicalização, a fim de adequar-se aos ambientes em uma expectativa de normalidade (BARBOSA, DINIZ, SANTOS, 2009, p. 386).

No entanto, este modelo, “tem sido responsável, em parte, pela resistência da sociedade em aceitar a necessidade de mudar suas estruturas e atitudes” (SASSAKI, 1997, p.29), compreendendo a questão da deficiência como um problema apenas da pessoa que a apresenta.

A partir dos anos 60, as Ciências Sociais introduzem novas explicações sobre a questão da deficiência. Paul Hunt, um dos precursores do modelo social da deficiência no Reino Unido, propôs, nesse período, a formação de um grupo de pessoas com deficiência, para que estas expusessem suas vivências nas instituições. Destarte, foi criado, em 1976, a Liga dos Deficientes Físicos contra a Segregação (UPIAS), que foi na verdade uma instituição diferente das outras existentes, uma vez que não objetivava retirar as pessoas do convívio social ou normalizá-las, mas, sim, questionar a compreensão tradicional de deficiência, entendendo a como uma questão social (DINIZ, 2007).

Este movimento político de crítica, estabelecido pela UPIAS, ganhou força na década de 80 e afetou o discurso do modelo biomédico, uma vez que não atribuía valor à questão da lesão como causa da deficiência, mas sim à discriminação social. Assim, propôs a construção de uma nova concepção de deficiência em termos sociológicos, ligada à questão da opressão social, ou seja, os primeiros defensores do modelo social consideravam a deficiência como uma experiência de opressão.

A ideia era simplesmente ir além da medicalização da lesão e atingir as políticas públicas para a deficiência. O resultado foi a separação radical entre lesão e deficiência: a primeira seria o objeto das ações biomédicas no corpo, ao passo que a segunda seria entendida como uma questão da ordem dos direitos, da justiça social e das políticas de bem-estar (DINIZ, 2007, p. 20).

Este novo olhar, aos poucos, foi sendo introduzido na academia, propiciando um contínuo debate em torno da questão. Cabe, ressaltar que outras questões foram introduzidas na discussão do modelo social por meio da perspectiva culturalista e feminista. Dessa maneira, transformações e aprimoramentos foram ocorrendo na forma de compreender a experiência da deficiência, evidenciando deste modo, um processo em construção e em constante disputa.

Os teóricos do modelo social, ao compreenderem a deficiência como uma desvantagem social, discutem a relação da deficiência com a sociedade, entendendo que a exclusão, a desigualdade e a opressão não são resultantes apenas dos impedimentos corporais, mas, principalmente, das barreiras presentes no ambiente social e que a lesão tem também origem social, podendo advir do trabalho social produtivo.

O entendimento da deficiência como opressão ou como desigualdade envolve processos discriminatórios e de rejeição da sociedade, que percebe as pessoas com deficiência com **menoridade** de condições. Portanto, estes processos evidenciam-se em toda a estrutura social, assim como, no processo produtivo. “A compreensão da deficiência como uma desvantagem social transfere do indivíduo para a estrutura e as atitudes sociais a causalidade da desigualdade criada a partir de um corpo com impedimentos” (SANTOS, 2009, p. 31)

Nesse sentido,

o modelo social da deficiência reconhece as limitações dos impedimentos corporais, mas afirma que as desvantagens não são uma natural consequência do corpo, e sim uma condição imposta por ambientes sociais pouco sensíveis à diversidade corporal. Nesse modelo, a deficiência é uma questão de justiça social e tanto os saberes biomédicos devem atuar para melhorar as condições de vida da população com deficiência quanto os ambientes devem ser modificados e tornados acessíveis a todas as pessoas (BARBOSA, DINIZ, SANTOS, 2009, p. 386 -387).

Enquanto o modelo médico percebe a deficiência como resultado de um corpo que apresenta determinada lesão, o modelo social entende a deficiência como uma desigualdade sofrida pelo corpo que apresenta diferenças tendo em vista a existência de ambientes sociais opressivos. Entretanto, os dois modelos apresentam um aspecto em comum, isto é, concordam que a lesão é uma questão que necessita e depende de cuidados biomédicos (DINIZ, 2007).

Com a publicação da Classificação de Lesão, Deficiência e Handicap (ICDH), em 1980, criada para unificar a linguagem biomédica no que se refere a lesão e deficiência, ocorreu, de certa forma, uma reafirmação do modelo médico, uma vez que, este foi a referência para sua construção. O documento evidencia a questão da deficiência como consequência de uma lesão e ainda traz presente em seus conceitos o aspecto da normalidade, o que implicitamente pressupõe a existência de pessoas **anormais**. Dessa forma, aborda a deficiência apenas como uma desvantagem natural e individual, não reconhecendo a existência das desvantagens existentes na sociedade.



Em vista disso, a ICDH foi alvo de diversas críticas, tendo como resultado a sua revisão<sup>21</sup> e, conseqüentemente, a aprovação - em 2001 - da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que entende a deficiência relacionada à saúde e não à doença, considerando três domínios, os quais compreendem: o corpo, o indivíduo e a sociedade.

A CIF apresenta uma grande inovação em relação à deficiência, posto abranger importantes aspectos contextuais que se referem aos fatores ambientais e pessoais, aproximando-se, dessa forma, também das desvantagens proporcionadas pela estrutura social. Dessa modo, busca-se integrar aspectos do modelo médico e do social ao levar em consideração as funções do corpo e as barreiras sociais.

Mesmo tendo ocorrido uma mudança na forma de perceber e de compreender a deficiência com a introdução do modelo social, as pessoas com deficiência, até então, continuam a experimentar a desigualdade e a discriminação, considerando a presença das diversas barreiras na sociedade. Os ideais defendidos pelo modelo social, ainda principiantes no Brasil, precisam fazer parte das discussões no campo social e ser introduzidos na formulação das políticas sociais brasileiras de modo a considerar “além de condições de saúde, as condições sociais e ambientais que influenciam na determinação da desigualdade pela deficiência” (SANTOS, 2010, p.189).

Portanto, a alteração na forma de compreender a deficiência, evidenciada na CIF, contribuiu, entre outros fatores, para a modificação na legislação que regulamenta o BPC, de modo a introduzir uma nova visão sobre a questão. Sendo assim, cabe discutir a relação entre BPC e deficiência, apontando a compreensão de deficiência presente nas regulamentações do benefício, a maneira como foi realizada essa avaliação, as alterações que ocorrem na legislação e a introdução do novo modelo de avaliação médico e social da deficiência.

### **3.2 O Benefício de Prestação Continuada e a avaliação da deficiência**

Inicialmente, considerando que o tema estudado é o novo modelo de apreciação da deficiência para acesso ao BPC, cabe discutir brevemente sobre a categoria avaliação. Esta pode ser entendida “como o ato de calcular, de apreciar, de ajuizar e até mesmo de julgar” (MAGALHÃES, 2011, p.37). A todo o momento, os indivíduos em sua vida cotidiana, são submetidos a realizar algum tipo de juízo, seja ele formal ou informal.

---

<sup>21</sup> A revisão da ICIDH envolveu a participação de diversos movimentos de deficientes, de entidades acadêmicas, assim como, o tema também foi debatido em seminários em diferentes países (DINIZ, 2007).

Em várias situações, as pessoas realizam avaliações informais, que se caracterizam por ocorrerem, algumas vezes, por meio do senso comum e, outras por meio de um saber científico. Neste sentido, são permeadas por juízos de valores e direcionam o modo de agir e as escolhas individuais, ocorrendo a partir de singularidades, que compreendem valores, gostos e interesses pessoais (MAGALHÃES, 2011).

Já uma avaliação formal, isto é, o ato de avaliar profissionalmente, “pressupõe não só objetivos para os quais uma avaliação é proposta, como também as escolhas quanto ao direcionamento teórico-metodológico<sup>22</sup> do agir profissional – que está alicerçado nos valores pessoais e sociais do avaliador” (MAGALHÃES, 2011, p. 38-39). Uma avaliação profissional envolve aspectos técnicos e metodológicos, porém, ao mesmo tempo, é condicionada pela subjetividade do avaliador ou do contexto analisado.

Ressalta-se que avaliar é também “tomar partido em relação à realidade analisada. Portanto, em seu processo, é fundamental ter explicitada a atitude, a posição crítica que irá nortear a percepção da situação” (BAPTISTA, 2007, p.113). Aponta-se no processo avaliativo a importância da postura do avaliador, assim como do papel que este deve desempenhar. Nesse sentido, o compromisso ético-político no agir profissional<sup>23</sup>, o conhecimento teórico-metodológico, a instrumentalização técnica e o conhecimento da realidade são aspectos fundamentais para a atividade de avaliação.

Tendo em vista existirem vários tipos de avaliação (avaliação de resultados, avaliação psicológica, avaliação social, avaliação de projetos sociais, avaliação de instituição, etc), é importante mencionar que o foco desta construção teórica será o processo realizado para identificar quem são as pessoas com deficiência<sup>24</sup> elegíveis ao Benefício de Prestação Continuada.

Um dos critérios de elegibilidade central para acesso da pessoa com deficiência ao BPC referia-se à incapacidade para o trabalho e para a vida independente, tendo em vista a LOAS estabelecer no art. 20, § 2º, que “para efeito de concessão deste benefício, a pessoa portadora de deficiência é aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho” (BRASIL, 1993). Cabe novamente ressaltar que o BPC é instituído na Constituição Federal de 1988 como um benefício assistencial destinado a pessoas idosas e a pessoas com deficiência.

---

<sup>22</sup> A dimensão teórico-metodológica compreende a capacidade teórica crítica que o profissional precisa ter para analisar a conjuntura da realidade social, necessária para orientar a sua intervenção profissional. Envolve “um acervo de fundamentos temáticos que possa fornecer as bases para a compreensão da dinâmica da vida social na sociedade burguesa” (IAMAMOTO, 2009, p. 72).

<sup>23</sup> A dimensão ético-política abrange todos os aspectos éticos que norteiam a ação profissional, envolve o projeto profissional, o código de ética e os valores que legitimam a profissão.

Como, parte integrante da política de assistência social, o benefício deve ser, portanto, garantido a quem dele necessitar. Porém, a LOAS, aprovada em 1993, em meio a um contexto de reformulações e de regulamentações das garantias estabelecidas constitucionalmente, restringe o acesso ao benefício, de modo a selecionar entre aqueles que dele necessitam, pessoas com deficiência em situação de pobreza e incapacitadas para desenvolver atividades laborativas e de ter uma vida independente.

Entretanto, o Decreto n.º. 1744, de 05 de dezembro de 1995, regulamenta a implantação do BPC e introduz dois aspectos a serem considerados pela avaliação médica, que não estão presentes na definição da LOAS, quais sejam: a incapacidade para a vida diária e a irreversibilidade da lesão. Assim, o documento determina que a pessoa com deficiência deve ser aquela “incapacitada para a vida independente e para o trabalho em razão de anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditária congênitas ou adquiridas, que impeçam o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho” (BRASIL, 1995).

Diante dessa regulamentação, destaca-se que o conceito de pessoa com deficiência adotado para o acesso ao benefício torna-se extremamente restrito ao determinar a irreversibilidade da lesão e ao estabelecer como sinônimo de incapacidade para a vida independente o não desempenho das atividades da vida diária (BRASIL, 2007c). Portanto, para acessar ao benefício, não bastava à pessoa ter uma deficiência, precisava apresentar uma incapacidade severa que a torna-se dependente até mesmo para o desenvolvimento das atividades da vida diária.

Com o início da concessão do BPC, em 1996, a avaliação da deficiência podia ser realizada por uma equipe multidisciplinar do SUS, do INSS ou de entidades e organizações de reconhecida competência técnica, e, na inexistência desses serviços, poderia ser obtida por meio de dois pareceres, um de um médico e outro de um profissional da área terapêutica ou educacional, ambos emitidos por instituições do SUS, conforme previa o Decreto n.º. 1744/95. Entretanto, várias alterações foram sendo realizadas em relação ao acesso ao benefício, entre elas, destaca-se a Resolução n.º. 435/97, do INSS<sup>25</sup>, que, com a intenção de uniformizar a concessão e a manutenção do benefício, estabelece que a avaliação realizada pelos profissionais do SUS passa a ser submetida à apreciação da perícia médica do INSS<sup>26</sup> (GOMES, 2011).

---

<sup>25</sup> Gomes (2011) destaca que neste e noutros aspectos, os atos administrativos que apresentam a atribuição de viabilizar a garantia formal acabam assumindo o papel de restringir o acesso aos direitos. Este, por sua vez, desconsidera a equipe multidisciplinar que buscava assegurar uma avaliação mais ampla e integrada da condição da pessoa com deficiência.

<sup>26</sup> Esta determinação é reafirmada posteriormente na Lei n.º. 9720, de 30 de novembro de 1998, que dá nova

Para auxiliar os médicos peritos na avaliação das condições da deficiência e da existência de incapacidade foi construído pelo INSS e instituído na Resolução supracitada, um instrumento denominado **Avaliemos**<sup>27</sup>, que estabelece para a análise um conjunto de indicadores técnicos, contemplando os seguintes itens:

aptidão para o trabalho; níveis de dificuldades nas áreas de: visão, audição e palavra; níveis de dificuldades para exercer as atividades da vida diária; níveis de dificuldade de locomoção; níveis de instrução; níveis de controle de excretores; manutenção permanente de cuidados médicos e de enfermagem; níveis de oligofrenia e deficiência mental; níveis de síndrome e quadros psiquiátricos (BRASIL, 1997).

O referido instrumento (ANEXO B), conforme determinado na Resolução n.º. 435/97, do INSS, apresenta quatro níveis de incapacidade: não há incapacidade apreciável; há incapacidade moderada; há incapacidade severa e há incapacidade extrema. No entanto, dependendo da avaliação médica e da respectiva pontuação atribuída, somente terá acesso ao benefício a pessoa que apresentar incapacidade severa ou extrema. Desta maneira, evidencia-se que o presente instrumento também contribuiu para tornar ainda mais restritivo o acesso da pessoa com deficiência ao BPC.

Percebe-se a presença de limitações neste instrumento<sup>28</sup>, devido ao fato de não dar conta da diversidade de situações da deficiência. Acrescenta-se ainda que a avaliação não é realizada por profissionais especialistas e que acompanham a problemática da deficiência, mas por profissionais acostumados a lidar com situações de invalidez e de incapacidade para a vida laboral de segurados (GOMES, 2011). Destarte, tal instrumento compreende “um teste de elegibilidade com rigorosa pontuação, destinada a avaliar a deficiência a partir de critérios exclusivamente médicos e físicos” (GOMES, 2011, p. 202).

A questão da incapacidade para o trabalho tem sido um dos principais elementos que determinam o acesso da pessoa com deficiência ao benefício. Porém, devido à inexistência de uma definição do que fosse incapacidade para o BPC e de elementos que pudessem mensurá-la, acabavam sendo muitas vezes adotados pela perícia médica os mesmos parâmetros considerados na avaliação realizada para o benefício previdenciário de Aposentadoria por Invalidez, sobrevalorizando a análise das habilidades corporais e o histórico trabalhista. Outra

---

redação à Lei n.º. 8742, de 7 de dezembro de 1993. Assim institui no art.20, §6º, que “a concessão do benefício ficará sujeita a exame médico pericial e laudo realizados pelos serviços de perícia médica do Instituto Nacional do Seguro Social – INSS” (BRASIL, 1998).

<sup>27</sup> Consiste em uma tabela de dados para a avaliação da deficiência, isto é, um instrumento auxiliar (um quadro-subsídio) para o preenchimento da conclusão da perícia médica (GOMES, 2011)..

<sup>28</sup> O instrumento foi utilizado até o ano 2000; depois foi substituído pelo Sistema de Administração dos benefícios por incapacidade (SABI), que contou com as mesmas diretrizes que integravam o instrumento Avaliemos (SANTOS, 2010).

questão que tem peso forte na avaliação refere-se à questão da irreversibilidade do impedimento. Nesse sentido, se atribui centralidade a alguns aspectos da deficiência, enquanto outros fatores - também determinantes da deficiência - são desconsiderados (SANTOS, 2010).

Já quanto à avaliação da incapacidade para a vida independente, restringia-se a considerar questão da dependência da pessoa com deficiência em relação a outras pessoas para desenvolver as atividades da vida diária referentes ao autocuidado, como, por exemplo, a higiene e a alimentação. Essa avaliação impede muitas pessoas com deficiência de acessar o benefício devido ao fato de algumas deficiências não tornarem as pessoas dependentes de terceiros. A perícia médica do INSS chegou a ser alvo de uma Ação Civil Pública, em 2007, no estado do Acre, proposta pelo Ministério Público Federal e pela Defensoria Pública da União, exigindo que não ocorresse mais a limitação à dependência para os atos da vida diária, tendo em vista ser esta uma definição que está além do estabelecido na LOAS e na Constituição Federal.

Diante de tamanha restrição, a avaliação realizada pelos médicos peritos para identificar a pessoa com deficiência elegível ao BPC tornou-se alvo de muitas reclamações, sendo questionada por se constituir como um dos principais critérios limitadores do acesso ao benefício. Contudo, vários aspectos contribuíram para a alteração da presente forma de avaliar e de compreender a deficiência, entres as quais, aponta-se a atuação de diversas instituições dos Poderes Executivo, Legislativo e Judiciário e as influências do debate internacional sobre os direitos da pessoa com deficiência (SANTOS, 2009).

Ainda, entre os motivos que proporcionaram a revisão do modelo de avaliação da deficiência, evidencia-se o fato de não existir uma avaliação comum por parte dos médicos, isto é, havia reclamações a cerca da inexistência de critérios uniformes e dos objetivos estabelecidos para atestar a incapacidade para a vida independente e para o trabalho. Assim, aponta-se que a subjetividade na avaliação dos médicos apresentava-se como um problema presente na antiga avaliação, na medida em que uma mesma situação era avaliada de forma diferente pelos profissionais médicos peritos (SILVA, 2010).

Outro fator que vinha sendo discutido referia-se à utilização, por parte dos médicos peritos, de critérios apenas clínicos para constatar a incapacidade, desconsiderando outros aspectos que poderiam vir a interferir nas condições de vida da pessoa com deficiência, como fatores sociais, econômicos e ambientais. No entanto, não se tinha definido pelas legislações que orientam a concessão do BPC o que seria incapacidade para a vida independente, isto é,

“um dos principais desafios do BPC, no entanto, é definir quem é a pessoa com deficiência elegível ao programa” (BARBOSA; DINIZ; SANTOS, 2009, p. 379).

Nos últimos anos, o BPC sofreu significativas alterações referentes às condições e aos critérios para acesso, entre elas destacam-se duas modificações instituídas por meio do Decreto n°. 6214, de 26 de setembro de 2007. Uma refere-se ao estabelecimento da definição de incapacidade, a qual passou a ser entendida como um

fenômeno multidimensional que abrange limitação do desempenho de atividade e restrição da participação, com redução efetiva e acentuada da capacidade de inclusão social, em correspondência à interação entre a pessoa com deficiência e seu ambiente físico e social (BRASIL, 2007b).

Convém apontar a relevância desta definição, uma vez que introduz na avaliação outros aspectos que interferem na condição da deficiência. Com base nesse conceito, a incapacidade passa a ser percebida como resultado de um conjunto de aspectos que envolvem a natureza biológica e individual, e também a social, de modo a identificar as barreiras existentes na interação da pessoa com deficiência junto ao seu ambiente físico e social.

No entanto, o Decreto, ao tratar da questão da deficiência, altera também o conceito de pessoa com deficiência vigente e reafirma a definição estabelecida na LOAS, a qual compreende pessoa com deficiência aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho. Com essa alteração no conceito, evidencia-se uma redução na restrição do acesso ao benefício, ao ser retirada a questão da irredutibilidade da doença e da dependência para o desenvolvimento das atividades da vida diária. Porém, ao mesmo tempo, o referido conceito adotado não traz um significativo avanço, uma vez que continua prevalecendo na avaliação da pessoa com deficiência elegível ao BPC a questão da incapacidade para o trabalho e para a vida independente. Não se avança, portanto, na legislação do BPC quanto à definição de pessoa com deficiência.

De fato, quanto à conceituação de incapacidade, garante-se uma importante alteração quando comparada à maneira como antes esta era determinada e compreendida. Assim, pelo menos, para se avaliar a existência de incapacidade, há um entendimento mais amplo, que considera também a desvantagem resultante da interação da pessoa com o meio social em que ela está inserida, e não apenas a desvantagem individual determinada pela lesão. O diferencial está em considerar outros fatores para avaliar a deficiência e o grau de incapacidade para a vida independente e para o trabalho, tendo como parâmetro o desempenho de atividades e a participação social.

Em decorrência da introdução da avaliação do ambiente social e da participação social, o mesmo decreto determina a implantação de um novo modelo de avaliação denominado **Avaliação Social e Médico Pericial da Deficiência e do Grau de Incapacidade para a Vida Independente e para o Trabalho**, e estabelece no art. 16, § 1º. e § 2º, que:

§ 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 condições 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 (BRASIL, 2007b).

O novo modelo de avaliação, instituído para avaliar a deficiência e o grau de incapacidade, tendo como base a CIF, passa a considerar alguns aspectos principais, quais sejam: as funções e a estrutura do corpo; os fatores ambientais; a limitação do desempenho de atividades e a restrição da participação social. Para contemplar na avaliação estes pontos, foi introduzida a avaliação social e construído um novo instrumento de avaliação.

Recentemente, a Lei nº. 12470, de 31 de agosto de 2011, altera o art. 20 da LOAS e introduz uma nova conceituação de pessoa com deficiência para o acesso ao BPC, tal como é definida na Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. Cabe destacar que, posteriormente esta normatização é reafirmada no Decreto nº. 7617, de 17 de novembro de 2012, que regulamenta a operacionalização do BPC. Destarte, a referida lei estabelece no §2, que,

para efeito de concessão deste benefício, considera-se 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 (BRASIL, 2011b).

Esta lei, destaca-se pelas inovações que apresenta, tendo em vista a utilização da terminologia “pessoa com deficiência” e a introdução deste novo conceito, que descarta a questão da incapacidade para o trabalho e para a vida independente e entende como elegível ao BPC aquela pessoa que tem reduzida a sua participação na sociedade em igualdade de condições com as demais, como resultado da interação entre um corpo com impedimentos e as diversas barreiras existentes no meio social. Desse modo, para o acesso da pessoa com deficiência ao BPC, passa-se a avaliar a existência de impedimento de longo prazo que, em

interação com ambiente social, obstrua a participação plena e efetiva da pessoa com deficiência na sociedade.

Neste conceito, evidencia-se a discussão estabelecida pelo modelo social da deficiência, uma vez que se considera - para compreender e avaliar a deficiência - a questão do impedimento corporal e também as barreiras presentes na sociedade que evidenciem a desigualdade sofrida pela pessoa com deficiência. Dessa maneira, percebe-se a introdução, na legislação do BPC, de um novo olhar sobre a questão da deficiência, tendo em vista esta ser compreendida como resultado da interação desses dois aspectos, atribuindo-se relevância à questão social da deficiência.

Ainda, quanto ao conceito, este está de acordo como que estabelece a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência<sup>29</sup> (2009), a qual compreende deficiência como

um conceito em evolução e que a deficiência resulta da interação entre pessoas com deficiência e as barreiras atitudinais e ambientais que impedem sua plena e efetiva participação na sociedade em igualdade de oportunidades com as demais pessoas (BRASIL, 2009, p. 1).

Diante dessa mais nova mudança, torna-se necessário não mais comprovar a incapacidade para a vida independente e para o trabalho, mas sim, comprovar a existência do impedimento de longo prazo que, em interação com as diversas barreiras, obstrui a plena e efetiva participação na sociedade. O Decreto n°. 7617, de 17 de novembro de 2011, estabelece que, se considera impedimento de longo prazo aquele que produza efeitos pelo prazo mínimo de dois anos (BRASIL, 2011b).

Considerando o exposto, cabe salientar que havia uma restrição na compreensão da deficiência presente tanto nas legislações que regulamentam o BPC, quanto no entendimento dos profissionais que realizam a avaliação. Destaca-se, a partir do Decreto n°. 6214/2007, da Lei n°. 12470/11 e do Decreto n°. 7617/2011, que foram obtidas grandes mudanças quanto ao entendimento de deficiência na legislação que regulamenta o benefício, porém, agora, será necessário ocorrer também este avanço na execução do benefício e na maneira como é compreendida a deficiência pelos profissionais que trabalham na gestão do benefício e na operacionalização da avaliação social e médica da deficiência. Este avanço é imprescindível para que se assegure a proteção social por meio do BPC a um contingente maior de pessoas com deficiência.

---

<sup>29</sup> A Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência cria um novo paradigma para o tratamento dos direitos das pessoas com deficiência no Brasil e torna-se o suporte normativo para todas as legislações e políticas públicas destinadas às pessoas com deficiência (SANTOS, 2009).



Diante das inovações e avanços destacados nos referidos decretos, cabe refletir sobre o novo modelo de avaliação médica e social da deficiência para acesso ao BPC, além de conhecer o instrumento de avaliação e os novos aspectos e componentes que passaram a ser considerados na avaliação. Assim, busca-se, tornar este processo mais transparente de modo a evidenciar a maneira como foi construído e como está ocorrendo a sua operacionalização.

### 3.3 O novo modelo de avaliação médica e social da deficiência

Com o ideal de implantar um modelo de avaliação menos limitador e subjetivo, e também devido à pressão estabelecida que exigia mudanças na forma de avaliação da pessoa com deficiência, foi criado em 2005, o Grupo de Trabalho Interministerial – GTI – formado por profissionais do INSS e do MDS para discutir sobre a avaliação da deficiência para o BPC. O grupo passou por cursos, deteve-se em amplo estudo de assuntos relacionados à pessoa com deficiência, analisou os procedimentos de avaliação utilizados em outros países e tomou como base para criação de um novo modelo de avaliação da deficiência a CIF, estabelecida pela Resolução nº. 54.21 da OMS (BRASIL, 2007c).

A CIF, aprovada pela Organização Mundial de Saúde, que se constitui em um modelo a ser incorporado pelos Sistemas de Saúde, tem como objetivo fornecer uma linguagem comum e padronizada para a descrição da saúde e de estados relacionados à área. Apresenta novidades acerca de conceitos e avanços na área da saúde, permitindo “descrever situações relacionadas com a funcionalidade do ser humano e as suas restrições” (OMS, 2004, p. 11).

A Classificação estabelece uma nova abordagem, buscando obter a integração das várias perspectivas de funcionalidade, chamada **Modelo Biopsicossocial**. “Assim, a CIF tenta chegar a uma síntese que ofereça uma visão coerente das diferentes dimensões de saúde sob a perspectiva biológica, individual e social” (OMS, 2004, p. 22). A Classificação introduz um novo paradigma para se pensar a funcionalidade e a incapacidade, permitindo, dessa forma, avaliar as condições de vida e fornecer subsídios para as políticas de inclusão social (FARIAS e BUCHALLA, 2005).

A CIF está estruturada em duas partes, cada uma com dois componentes, quais sejam: Funcionalidade e Incapacidade (funções do corpo e estrutura do corpo; atividades e participação) e Fatores Contextuais (fatores ambientais e fatores pessoais). Desse modo, para descrever a situação de saúde de um indivíduo, utiliza domínios e categorias dentro dos referidos componentes de saúde. Estes componentes compõem o Modelo de Funcionalidade e

Incapacidade estabelecido pela CIF, o qual se tornou referência para a criação do novo modelo de avaliação da deficiência para acesso das pessoas com deficiência ao BPC.

A implantação do novo modelo ocorreu a partir do dia 01 de junho de 2009, tendo em vista a necessidade do INSS em admitir servidores com formação em Serviço Social para realizar as avaliações sociais. Desta forma, para avaliar a pessoa com deficiência elegível ao benefício a partir do novo modelo, foram construídos dois instrumentos diferentes, um para pessoas com deficiência menores de 16 anos e outro para pessoas com deficiência maiores de 16 anos. Cada instrumento apresenta ambas as avaliações: a social e a médica.

O novo modelo de avaliação médico e social apresenta três componentes que devem ser considerados na avaliação da pessoa com deficiência. São eles: fatores ambientais; atividade e participação; e funções e estrutura do corpo (BRASIL, 2007c). Cada um desses componentes está desmembrado em domínios, e estes, ainda, dividem-se em unidades de classificação.

O componente **Fatores Ambientais** é integrante do instrumento de avaliação social, sendo considerado pelos profissionais assistentes sociais do INSS. Os fatores ambientais

constituem o ambiente físico, social e de atitude, em que as pessoas vivem e conduzem a sua vida. Esses fatores são externos aos indivíduos e podem ter uma influência positiva ou negativa sobre seu desempenho enquanto membro da sociedade, sobre a sua capacidade de executar ações ou tarefas, ou sobre a função ou estrutura do corpo (BRASIL, 2007c, p. 116).

Cabe ainda considerar que os fatores ambientais são constituídos por:

Ambiente Físico – território onde ele vive e as condições de vida presente, considerando a acessibilidade, salubridade ou insalubridade.

Ambiente Social – relações de convívio familiar, comunitário e social, considerando a acessibilidade as políticas públicas, a vulnerabilidade e risco pessoal e social a que a pessoa está submetida.

Atitudes – são as consequências observáveis dos costumes, prática, ideologia, valores, normas, crenças fatuais e religiosas que influenciam o comportamento individual e a vida social em todos os níveis, dos relacionamentos interpessoais e associações comunitárias às estruturas políticas, econômicas e legais (BRASIL, 2007c, p.116-117).

Para que a assistente social avaliasse o componente **fatores ambientais**, foram estabelecidos, na primeira versão dos instrumentos, os seguintes domínios: produtos e tecnologias; condições de moradia e mudanças ambientais; apoio e relacionamentos; atitudes; e serviços, sistemas e políticas (BRASIL, 2007c). Assim, com base nesses domínios, o profissional assistente social irá qualificar o nível de comprometimento da funcionalidade da

pessoa com deficiência em relação ao ambiente físico, social, e de atitude. A pessoa com deficiência avaliada poderá apresentar: nenhuma barreira; barreira leve; barreira moderada; barreira grave ou barreira completa.

A avaliação do componente **funções e estruturas do corpo**, é de responsabilidade dos médicos peritos do INSS, compondo, assim, o instrumento médico. Conforme definição destacada na CIF, as

*Funções do corpo* são as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos (incluindo as funções psicológicas) e as *Estruturas do corpo* são as partes anatômicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes (OMS, 2004, p. 13, grifos do autor).

Na avaliação realizada pelo profissional médico perito para avaliar o componente “Funções e estruturas do Corpo” devem ser considerados os seguintes domínios: funções mentais; funções sensoriais da visão; funções sensoriais da audição; funções da voz e da fala; funções do sistema cardiovascular; funções do sistema hematológico; funções do sistema imunológico; funções do sistema respiratório; funções do sistema digestivo; funções do sistema metabólico e endócrino; funções geniturinárias; funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas ao movimento; e funções da pele (BRASIL, 2007c). Desta forma, para esse componente, o médico perito utilizará o qualificador “deficiência”, entendido como “problemas nas funções e estruturas do corpo, tais como um desvio ou uma perda significativa” (BRASIL, 2007c, p. 95). Assim, a pessoa avaliada pode apresentar: nenhuma deficiência; deficiência leve; deficiência moderada; deficiência grave ou deficiência completa.

E, por fim, a avaliação do componente **atividade e participação**, é realizada tanto pelo profissional médico perito, como pelo assistente social. Alguns domínios integram o instrumento de avaliação social e outros o instrumento de avaliação médica. Consoante a CIF, “atividade” é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo, e “participação” é o envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real (OMS, 2004).

Nesse sentido, compete ao assistente social avaliar os domínios: vida doméstica; relação e interações interpessoais; áreas principais da vida; e vida comunitária, social e cívica. O médico perito, por sua vez, é responsável por avaliar os seguintes domínios: aprendizagem e aplicação do conhecimento; tarefas e demandas gerais; comunicação; mobilidade; e cuidado pessoal (BRASIL, 2007c).

Neste componente, o médico perito e o assistente social, utilizarão o qualificador “dificuldade” para avaliar as limitações de atividades, entendidas como “as dificuldades que o

indivíduo pode encontrar na execução de atividades” (BRASIL, 2007c, p. 105), bem como, para avaliar as restrições de participação que envolvem “os problemas que o indivíduo pode encontrar ao se envolver em situações de vida” (BRASIL, 2007c, p. 105). A pessoa com deficiência avaliada pode, então, apresentar: nenhuma dificuldade; dificuldade leve; dificuldade moderada; dificuldade grave ou dificuldade completa.

Quanto aos componentes que passaram a integrar o instrumento, evidencia-se a importância de serem os componentes **fatores ambientais** e **atividade e participação**, uma vez que possibilitam verificar um conjunto de outras situações que interferem nas condições da deficiência. Sendo assim, podem-se considerar questões de acessibilidade, ambiente de moradia, participação da pessoa com deficiência na sociedade, preconceito, estereótipo, discriminação, entre outros; fatores aos quais antes não se atribuía importância, que nem mesmo eram conhecidos pelos profissionais que realizavam a avaliação.

O exemplo seguinte representa o que se desenvolveu até então: uma pessoa com paraplegia, usuária de cadeira de rodas permite afirmar a importância de serem avaliados tais componentes. Dependendo do ambiente social em que esta pessoa está inserida, ela pode não ter tido condições de acessibilidade, nem acesso à educação ou, ao lazer, ter sofrido discriminação, ter sido isolada socialmente, evidenciando assim a existência de grandes barreiras sociais que interferem na condição da deficiência, diminuindo e restringindo sua possibilidade de desenvolvimento de atividades e de participação social. Por outro lado, se ela residir em um local mais estruturado e adaptado, que possibilite o seu deslocamento, o acesso às políticas, ao trabalho, podem existir barreiras menores que não comprometerão o desempenho de atividades e a participação social. Desse modo, é possível realizar além da análise biológica, uma análise social da experiência da deficiência.

No que se refere à operacionalização do instrumento, primeiramente é realizada a avaliação social e, em um segundo momento, ocorre à avaliação médica. Na avaliação social será descrita, pelo profissional assistente social, de forma sucinta, a história social do requerente e, após essa etapa, serão avaliados os componentes **fatores ambientais** e **atividade e participação**. Já na avaliação médica, será descrita a história clínica, pelo profissional médico-perito, também de forma sucinta, e conseqüentemente, ocorrerá a avaliação dos componentes **Funções e Estrutura do Corpo** e **Atividade e Participação** (BRASIL, 2007c).

A avaliação do assistente social e do médico perito resultará em uma combinação de qualificadores que evidenciará se a pessoa com deficiência é elegível ao BPC. Esta combinação é feita diretamente pelo sistema do INSS, a partir do resultado das avaliações

profissionais realizadas. Questiona-se, dessa maneira, qual será o peso atribuído a tais avaliações. Será que a avaliação médica continuará a determinar o acesso da pessoa com deficiência ao benefício? A partir das explicações contidas na publicação técnica do Ministério de Desenvolvimento Social e Combate e do Ministério da Previdência Social (BRASIL, 2007c) não é possível encontrar as respostas para tais indagações.

Até aqui a utilização da CIF para a construção do novo modelo de avaliação médico e social representou um importante passo para se ampliar as discussões sobre deficiência. Porém, os avanços não foram maiores, uma vez que não houve alterações no conceito de pessoa com deficiência, continuando os qualificadores de incapacidade para o trabalho e para a vida independente até aprovação da Lei n.º. 12470/11, que altera a definição de pessoa com deficiência em consonância com a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência.

A CIF introduz uma visão diferenciada ao se referir à questão da incapacidade, pois apresenta parâmetros para a avaliação sobre o quanto a doença ou os impedimentos corporais restringem a participação social do indivíduo, considerando as questões biológicas, individuais e sociais. No entanto, a avaliação da incapacidade de uma pessoa, para a CIF, não ocorre sobre circunstâncias que não estejam relacionadas à saúde, desconsiderando fatores socioeconômicos, questões de raça, sexo e religião (OMS, 2004).

Mesmo não tendo a intenção de se deter na discussão do conteúdo da CIF, surgem alguns questionamentos, principalmente, no que se refere ao conceito de deficiência adotado pela Classificação, pois se afirma somente a questão biológica, diferente da compreensão do modelo social. Dessa forma, quanto à compreensão de deficiência, a CIF reafirma o entendimento do modelo biomédico, não havendo - neste ponto - a integração do modelo médico e do social.

É importante ressaltar que, após o início da operacionalização do instrumento do novo modelo de avaliação da deficiência, algumas alterações foram realizadas quanto aos domínios que compõem o instrumento, com a intenção de aprimorá-lo. E, ainda, devido à alteração do conceito de pessoa com deficiência na legislação do BPC, tornou-se necessária a revisão do instrumento.

Tendo em vista as alterações e as inovações destacadas, cabe apontar que elementos como a compreensão da deficiência introduzida pelo modelo social, o novo modelo de avaliação médico e social da pessoa com deficiência para acesso ao BPC, o instrumento de avaliação e a avaliação técnica dos profissionais assistentes sociais e médicos peritos são centrais na discussão entre BPC e deficiência. Quanto ao modelo social, este possibilita uma diferenciada visão sobre a questão da deficiência, entendendo-a como desigualdade social, e

permite ir além das desvantagens individuais referentes aos impedimentos nas funções e estruturas do corpo, considerando as desvantagens sociais, estruturais e atitudinais. Essa discussão, conforme já apontado, contribuiu para a revisão da ICDH, resultando na CIF, que representou uma inovação no momento em que foi criada.

O modelo social e a CIF foram importantes fatores que contribuíram para a revisão da legislação do BPC e para a introdução do novo modelo de avaliação da pessoa com deficiência, permitindo a realização de uma avaliação mais integral da experiência da deficiência. Ressalta-se também o instrumento de avaliação, pois é por meio deste que ocorre a operacionalização desse novo modelo; e é por meio dos componentes que o integram que se verifica a existência de impedimentos. Por isso, é importante estudá-lo e revê-lo, para que não se tornar um instrumento limitador do acesso, como ocorria com o instrumento Avaliemos.

Além desses importantes aspectos, é por detrás do instrumento que está um dos elementos fundamentais e determinantes para se ampliar a proteção social às pessoas com deficiência por meio do BPC, qual se refere à avaliação técnica dos profissionais. Um desafio que se apresenta consiste em não limitar a avaliação a um mero instrumento, isto é, “o instrumental técnico não deve ser um fim em si mesmo” (MAGALHÃES, 2011, p. 57). O comprometimento técnico é fundamental para se direcionar a avaliação.

Para avaliar, é imprescindível o uso de instrumentos técnicos. Estes, além de viabilizarem o trabalho a ser desenvolvido, vão caracterizar o estabelecimento de uma relação profissional e a existência de uma intencionalidade. Não é possível esquecer que o eixo técnico-operativo das profissões deve estar relacionado ao seu norte ético-político, pois mesmo no uso de um instrumento de apoio há uma intencionalidade (MAGALHÃES, 2011, p. 47).

Nesse sentido, são necessários para a avaliação profissional, além do instrumental técnico, o norte ético-político e o conhecimento teórico-metodológico, na medida em que constituem a base para o processo avaliativo. Assim, o profissional deverá orientar suas ações por meio do aspecto ético-político e utilizará o uso das técnicas, assim como o conhecimento teórico-metodológico, para fundamentar a avaliação profissional realizada.

Cabe destacar que os elementos apontados, estão interligados entre si e são parte de em um importante processo de construção que está alterando as políticas sociais destinadas às pessoas com deficiência, porém, é necessário que estes elementos sejam discutidos, entendidos e aprimorados.

Anteriormente, a avaliação da deficiência para acesso ao BPC dependia somente da avaliação médica. Buscou-se, a partir do novo modelo, contando com a integração da

avaliação médica e social, proporcionar uma avaliação mais ampla das condições de saúde do indivíduo. Entretanto, na atualidade, o grande desafio que se apresenta para a gestão do BPC, é “superar a compreensão da deficiência apenas como uma questão de saúde para problematizá-la como desigualdade social” (SANTOS, 2010, p.189).

Torna-se indispensável, para a garantia de políticas sociais à pessoa com deficiência, o reconhecimento da diversidade corporal, a busca pela igualdade e a compreensão da deficiência ligada à esfera da justiça social, pois

reconhecer a experiência da deficiência como expressão da diversidade é valorizar a diferença entre as pessoas e assumir o compromisso democrático de garantir a igualdade e a liberdade nas sociedades a partir do reconhecimento das diferenças (SANTOS, 2011, p. 788).

Diante do exposto, espera-se que as mudanças ocorridas estejam direcionadas à ampliação da rede de proteção social às pessoas com deficiência em situação de pobreza, assegurando o direito a um número maior de pessoas com deficiência e contribuindo para a redução das desigualdades ligadas à experiência da deficiência. Busca-se, por meio da ação do assistente social, comprometido com a defesa intransigente dos direitos sociais, tornar este instrumento facilitador ao acesso da pessoa com deficiência ao BPC, garantindo-lhe o direito à política de assistência social.

## **4 A AVALIAÇÃO DOS PROFISSIONAIS ASSISTENTES SOCIAIS E DOS MÉDICOS PERITOS SOBRE O NOVO MODELO DE AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA**

Neste capítulo, tem-se o compromisso de dar visibilidade às informações coletadas na pesquisa. Objetiva-se desenvolver uma análise sobre como os profissionais, assistentes sociais e médicos peritos, avaliam o novo modelo de avaliação implantado para analisar a deficiência para acesso ao BPC.

Inicialmente, apresenta-se uma análise sobre a avaliação dos profissionais referente ao novo modelo, apontando os seus aspectos positivos e os negativos. Após, percorre-se a questão da operacionalização desse novo modelo, destacando como ela ocorre.

Busca-se, também, refletir sobre o instrumento e os componentes que apresenta e, ainda, sobre como ocorre a integração da avaliação médica e da social. Por fim, propõe-se refletir a respeito da compreensão que os profissionais apresentam em relação à deficiência.

### **4.1 A avaliação dos profissionais sobre o novo modelo de avaliação da deficiência**

A discussão realizada até o momento possibilitou estabelecer uma reflexão sobre importantes conceitos que são fundamentais para ser aprofundar o estudo sobre a deficiência e o BPC. Permitiu, também, evidenciar as alterações que ocorreram em relação à avaliação da deficiência para acesso ao benefício, fatos que se deram como consequência dos esforços de diferentes sujeitos, seja dos destinatários do benefício, do movimento das pessoas com deficiência, do poder judiciário, dos profissionais envolvidos na operacionalização, da gestão do MDS e do INSS, todos em prol da revisão, da reformulação e do aperfeiçoamento da forma de se avaliar a pessoa com deficiência para acesso ao benefício.

Desta forma, é possível visualizar e compreender que está presente no cenário do benefício um processo em construção e evolução referente à avaliação da deficiência, evidenciando diversas mudanças. Cabe salientar, porém, que a efetivação destas mudanças e a continuidade deste processo de aprimoramento também são dependentes do envolvimento de todos estes sujeitos, mas - principalmente - dos gestores e dos profissionais que trabalham na operacionalização do benefício.

Uma das significativas mudanças na forma de se realizar a avaliação da deficiência refere-se à introdução do novo modelo de avaliação, construído com base na CIF, o qual possibilita dar visibilidade para fatores ambientais e sociais que interferem na condição da



deficiência, e que vão além dos aspectos biológicos considerados anteriormente. Entretanto, há outros importantes fatores que são imprescindíveis para se possibilitar uma avaliação mais justa, como a concepção teórica dos profissionais, o aporte teórico-metodológico, o envolvimento com a discussão sobre o modelo social da deficiência, e principalmente, a compreensão do que signifique deficiência.

Com o intuito de dar continuidade a esse processo e com vistas a trazer elementos que possam contribuir para o seu aprimoramento, houve a proposição de indagar os profissionais, assistentes sociais e médicos peritos, sobre como avaliam este novo modelo, implantado para avaliar a deficiência para acesso ao BPC. Assim, verificou-se que 6,66% (1 de 15) dos profissionais entrevistados salientaram que não houve grandes avanços, enquanto que 93,33% (14 de 15) dos profissionais avaliaram que a alteração ocorrida foi relevante, destacando os seguintes fatores: possibilita uma avaliação mais abrangente dos aspectos que interferem na deficiência; promove a introdução da avaliação social; permite relacionar a doença ao meio em que a pessoa está inserida e é mais objetivo.

No que se refere ao fato de o novo modelo possibilitar uma avaliação mais abrangente dos aspectos que interferem na condição da deficiência, sete profissionais assistentes sociais expressaram:

- [...] com o novo modelo, introduzindo a avaliação social, conseguimos olhar a deficiência de uma forma mais ampla, porque ela não é somente uma doença física, é uma doença social, pessoal, é uma doença familiar, tem todo um contexto que vai envolver essa pessoa deficiente, a questão do acesso às políticas públicas. Hoje temos uma amplitude [...] (AS)<sup>30</sup>;
- [...] acredito que tenha beneficiado os usuários com outro tipo de olhar embora nem todos tenham esse olhar - às vezes, fica mais na parte da avaliação social este olhar diferente, mas como ainda tudo é muito novo e tá se encaminhando para melhorar ainda mais, acredito que, à medida que for se trabalhando o instrumento, se estudando, conversando e dialogando com os peritos, vamos procurando melhorar (AS2);
- Considero que tenha sido de suma importância para uma avaliação mais completa e justa da questão da deficiência (AS4);
- Eu acho importante não só pela introdução da avaliação social, mas esse novo modelo trouxe um novo olhar sobre o Benefício de Prestação Continuada, incluindo a CIF, que acaba vendo a doença e a deficiência de outra maneira - que seria abrangendo o meio social onde a pessoa vive; [...] eu vejo como um avanço também pela inclusão da avaliação social (AS5);
- Ela é importante, pois dá um espaço maior para a compreensão do processo saúde-doença e não só da doença, [...] nesse novo modelo existe também a

---

<sup>30</sup> Buscando preservar a identidade dos profissionais entrevistados, numeraram-se os instrumentos e utiliza-se AS para Assistente Social e MP para Médico Perito. Cabe destacar ainda, que foram respeitadas as variantes linguísticas, a fim de preservar o discurso original do entrevistado.

avaliação das barreiras sociais, das barreiras físicas que essa pessoa apresenta, [...] ainda é necessário os profissionais se apropriarem desse novo olhar, de conseguirem fazer essa avaliação de uma forma mais complexa como o modelo se propõe [...] (AS6);

- Como assistente social, avalio como positivo, [...] (pois) somos capacitados para avaliar os aspectos ambientais e sociais embora penso que ainda deveria haver algumas alterações nos critérios (AS7).

É possível perceber, diante do conteúdo expresso nas falas dos entrevistados, a indicação de alguns fatores positivos que contribuíram para possibilitar uma avaliação mais abrangente da questão da deficiência. Assim, evidencia-se que o novo modelo: possibilita olhar para a deficiência de uma forma diferenciada; propicia uma avaliação mais ampla e justa; permite avaliar as barreiras físicas, ambientais e sociais, e o desempenho de atividades e participação social; oportuniza compreender melhor o processo saúde-doença.

Um aspecto importante, que levou parte dos profissionais médicos peritos a identificar que a alteração ocorrida foi relevante, refere-se à introdução da avaliação social. Assim apontaram:

- [...] ao que parece, em conjunto, avaliação social e perícia médica parece ser mais completa [...] (MP1);
- A minha avaliação é positiva, no sentido de que - com a avaliação do assistente social - a gente tem mais dados até para saber o nível que esta pessoa tá vivendo; toda uma avaliação que a gente não conseguia fazer no momento pontual da perícia médica, que realmente é bem médica, técnica [...] (MP2);
- [...] a grande mudança: não apenas ver o retorno da avaliação social, mas na avaliação médica, que passou a ser muito mais completa com esse novo modelo, porque ela passa a valorizar não só a condição física e mental como também o acesso - que nem a assistente social faz - o acesso aos serviços de saúde ou as condições dessa pessoa que esta sendo examinada no seu contexto, então isso é o que eles chamam de *qualificadores*, porque é a Classificação de Funcionalidades da Organização Mundial de Saúde; isso é o que veio tornar mais ampla a avaliação. A avaliação antes era exclusivamente no aspecto de problemas de saúde, na questão do doente, do deficiente, bem o aspecto médico, agora ela inclui também o que esta limitação implica na vida da pessoa [...] (MP4);
- [...] quando se tem a avaliação social fica mais abrangente a definição atual, porque mudou também a definição. Com a assistente social tu consegue não ver só a parte orgânica, tu vê as atividades, quais as barreiras que as pessoas podem ter [...] (MP5);
- [...] neste há uma abrangência maior, saiu um pouco da deficiência puramente física para a parte funcional que não era contemplada no modelo antigo (MP6);
- [...] entendo que houve um progresso na avaliação, uma melhoria, uma ampliação, foi um grande incremento a melhoria no modelo de avaliação (MP8).

Percebe-se que os médicos peritos identificaram outros elementos que afirmaram a relevância da mudança, destaca-se, dessa forma, a integração das avaliações médicas e sociais, da avaliação da funcionalidade do corpo e do reconhecimento do avanço alcançado - comparado à maneira como antes a avaliação era realizada. Entretanto, os entrevistados não fizeram referência a respeito de uma nova compreensão sobre deficiência, distanciando-se do entendimento como um tipo de desigualdade que resulta tanto das desvantagens individuais como das sociais.

É possível depreender a partir dessas falas que parece caber a perícia médica continuar a avaliar somente a parte orgânica, funcional, e ao assistente social as barreiras provocadas pelo impedimento corporal, e não as barreiras resultantes da sociedade, da maneira como esta se organiza, da forma como percebe a deficiência não reconhecendo as diversidades corporais. Entretanto, apenas um profissional médico perito salienta que houve uma mudança também na avaliação médica, que se tornou mais completa.

Conforme já mencionado no capítulo anterior, vários foram os motivos que contribuíram para a revisão do modelo de avaliação da deficiência, entre eles destacou-se a questão da restrição na avaliação, por se considerar somente os aspectos biológicos e a subjetividade presente na avaliação médica, devido ao fato de não haver uma avaliação comum por parte dos médicos e por inexistirem critérios uniformes e objetivos para avaliar a pessoa com deficiência elegível ao BPC. Considerando que estes fatores, de certo modo, impulsionaram a mudança ocorrida, questiona-se se o novo modelo proporcionar uma avaliação mais objetiva e completa da questão da deficiência, uma vez que o olhar diferenciado sobre a questão da deficiência parece ser da competência apenas dos profissionais assistentes sociais.

Assim, pode-se notar que a avaliação mais abrangente da deficiência se restringe, quase que exclusivamente, à avaliação realizada pelo assistente social, uma vez que grande parte dos médicos peritos continuam a considerar somente os aspectos biológicos e clínicos, isto é, continuam a entender deficiência apenas como uma desvantagem individual, que resulta somente do impedimento corporal. Constata-se, deste modo, por parte dos médicos peritos, a afirmação do modelo médico e certa resistência à introdução dos aspectos defendidos pelo modelo social.

Em relação ao fato de o novo modelo possibilitar relacionar a doença ao meio em que a pessoa está inserida, um (1) profissional manifestou:

- Acho que melhorou a distribuição da renda, pois ele deu acesso a mais pessoas, ampliou a ajuda governamental. Ele relaciona a doença ao meio. Algumas doenças em um meio que tem bons serviços médicos não incapacita e, em outros locais onde não tem serviços de atendimento médico, aquela doença banal torna incapacitante (MP3).

Conforme se pode perceber, este profissional ao falar sobre a relação da doença com o ambiente social, somente para verificar o acesso aos serviços de saúde, apresentou uma visão bastante reducionista sobre a introdução do novo modelo de avaliação. Assim, observa-se claramente em sua expressão a ratificação do modelo médico, primeiramente por compreender deficiência como doença, e em seguida, por entender que a desvantagem só é resultante do impedimento corporal, percebendo como necessária a adaptação da pessoa, seja através do tratamento e/ou da reabilitação.

Sabe-se que “a sociedade sempre foi, de um modo geral, levada a acreditar que, sendo a deficiência um problema existente exclusivamente na pessoa com deficiência, bastaria prover-lhe algum tipo de serviço para solucioná-lo” (SASSAKI, 1997, p. 29). No entanto, não é apenas o impedimento corporal que vai determinar a existência de deficiência ou de incapacidade, mas também os impedimentos presentes na sociedade. Assim, a relevância do novo modelo de avaliação destaca-se devido à sua proposta, que se aproxima da avaliação das desvantagens individuais e também das sociais.

Ademais, o fato de a pessoa com deficiência ter acesso a serviços médicos não significa que ela tenha condições de obter sua própria manutenção, que não experimente situações de desigualdade e até mesmo de exclusão devido ao corpo com diferenças. Nesse sentido, não basta adequar a pessoa com deficiência para inseri-la na sociedade se a maioria das barreiras está presente no ambiente social. É necessário, principalmente, que a sociedade se transforme.

A respeito da avaliação que o novo modelo é mais objetivo, um (1) profissional referiu:

- Especificamente para a perícia médica, a minha opinião é que melhorou, [...] é para mim o que está mais completo de todos, pois ele te permite - naqueles casos que são meio duvidosos - tu ter mais certeza para a concessão ou não. No mais antigo era muito fechado, muito restrito, o cara tinha que ser praticamente incapaz pra tudo, quase que um inválido; se não fosse inválido, não conseguia o benefício [...] (MP7).

Evidencia-se que o profissional entrevistado destacou que houve aperfeiçoamento no que se refere à avaliação médica, tornando esta mais objetiva, na medida em que lhe permitiu

ter mais certeza no momento da avaliação. Apontou também que o modelo atual, é mais abrangente, enquanto que o anterior era bastante restritivo, pois elegia ao BPC somente pessoas que apresentavam uma incapacidade severa, ou seja, pessoas inválidas para os atos da vida civil.

Ao que tudo indica, os aspectos do modelo social e a CIF constituíram-se em elementos importantes que impulsionaram as mudanças ocorridas em relação ao BPC e à introdução do novo modelo de avaliação, possibilitando a realização de uma análise mais abrangente dos aspectos que envolvem a questão da deficiência. Contudo, a efetivação desta avaliação mais ampla é condicionada por outros elementos como: o documento utilizado para a construção do novo modelo, o fundamento que este apresenta, o modo como ocorre a operacionalização e também a visão que os profissionais apresentam a cerca da deficiência.

Contrariamente, o único profissional, considerando assistentes sociais e médicos peritos, que não percebeu grandes avanços diante da mudança na forma de avaliar a deficiência destacou que esta não proporcionou uma significativa alteração quanto à concessão de benefícios, conforme pesquisa realizada na Agência da Previdência Social. Ao lado disso, cabe salientar que este profissional realizou uma relevante crítica ao novo modelo de avaliação e à maneira como esta sendo operacionalizado, como se pode observar na sua fala:

- Ele ainda limita. Ele tem um limitador porque ele trata os diferentes como se fossem iguais: esse é um problema, que é aquela história de onde o cara tá, de onde ele mora, de onde ele vive; e isso, via de regra, na hora da parte médica, não é muito levado em conta. Com raríssimas exceções, são poucos médicos que percebem; é diferente, apesar de a deficiência ser a mesma, ela não pode ter o mesmo tratamento que a outra, não pode dar o mesmo tratamento a uma pessoa que mora em Bujuru com a mesma deficiência de uma pessoa que mora, por exemplo, aqui em Rio Grande, Porto Alegre ou Pelotas. Quando você faz isso, você trata os diferentes como iguais e, portanto, existe um prejuízo para os menos iguais, para aqueles que têm menos acesso que os outros (AS3).

O entrevistado salientou assim, que na avaliação médica, acaba em algumas situações tratando os diferentes como se fossem iguais, isto é, observa somente a questão biológica e não percebe a interação da pessoa com deficiência com o meio social e as diferenças existentes em relação ao ambiente social ao avaliar pessoas que apresentam o mesmo impedimento corporal. Da mesma forma, outro profissional, mesmo reconhecendo que a mudança foi relevante- uma vez que o novo modelo possibilita um olhar diferenciado sobre a deficiência- identificou que “[...] nem todos tenham esse olhar, às vezes fica mais na parte da avaliação social este olhar diferente [...]” (AS2).

Levando em consideração essas expressões, confirma-se, por um lado, a existência de uma divergência de postura profissional, e, por outro, a presença de restrições quanto à compreensão de deficiência. Percebe-se ainda, um tensionamento, uma disputa entre as categorias profissionais.

Essa crítica ao novo modelo e à sua operacionalização pode também ser percebida quando se indaga sobre os aspectos negativos que apresenta. Assim evidenciada nas seguintes expressões:

- [...] penso que os peritos não foram treinados o suficiente, do ponto de vista de conhecer a CIF, o que é a CIF. Esta falta de treinamento atrapalha um pouco na concessão do benefício. O peso da realidade interfere. Uma coisa é ser portador de deficiência numa cidade grande, outra coisa é uma pessoa ser portadora de deficiência numa cidade do interior ou que ela more num distrito de uma cidade do interior (AS3);
- Os aspectos negativos não vêm do modelo de avaliação, mas da aplicação do modelo, da dificuldade de compreender para poder fazer essa avaliação global, especialmente na avaliação médica, entender que não é assim: caminha ou não caminha, anda ou não anda, tem casa ou não tem casa, mas é como anda, como é a casa, como é o acesso à saúde. Então, o entendimento do modelo - para mim - é o maior desafio, não é o modelo em si que tem aspectos negativos, mas a aplicação dele (AS6);
- Um dos aspectos negativos seria a visão do médico perito que prevalece em algumas situações é a visão simplista da maioria dos servidores da Previdência Social (AS7).

Dessa forma, três profissionais (20%) apontaram, como aspecto negativo, a compreensão limitada apresentada pelos profissionais médicos peritos em relação ao novo modelo de avaliação e à deficiência, uma vez que estes acabam desconsiderando os fatores externos, isto é, as barreiras resultantes da realidade social. Essa visão simplista traz condicionamentos para a realização de uma avaliação integral da deficiência.

Além desse, são referidos pelos entrevistados outros aspectos negativos quanto ao novo modelo de avaliação, quais sejam: falhas no instrumento (13,33%); algumas avaliações sociais, por sobrevalorizarem a questão social e econômica (6,66%); o novo critério introduzido referente ao impedimento de longo prazo, uma vez que acaba sendo desconsiderada a avaliação social quando o médico perito aponta que o impedimento é inferior a dois anos (6,66%) e o fato de o novo modelo estar facilitando o acesso ao benefício (13,33%).

Já dois profissionais (13,33%) apontaram que o modelo não apresenta aspectos negativos, salientaram que somente houve contribuições e, ao mesmo tempo, reconheceram

que podem haver falhas, como em qualquer outro processo. Ainda, cabe destacar, que quatro profissionais (26,66%) apontam aspectos negativos quanto ao BPC e não quanto o novo modelo de avaliação. Ainda referiram: não ocorrência da revisão prevista a cada dois anos (6,66%); a falta de acompanhamento e a qualificação para a pessoa que recebe o benefício (6,66%) e o critério renda per capita familiar (13,33%).

Em relação à introdução dos componentes **participação social e fatores ambientais** no novo modelo, evidenciou-se nas respostas dos entrevistados a relevância de se considerar estes aspectos para identificar as desvantagens sociais. Assim apontaram:

- A questão dos fatores ambientais é de total importância, temos que saber onde essa pessoa mora, como é essa residência, se é insalubre, [...] mora numa residência de terra, quando chove a casa fica toda alagada, se tem um banheiro a trinta metros da casa [...] e a questão da participação social. O que se percebe: que as pessoas que vem requerer esse benefício pela própria condição de miserabilidade, elas não são nem vistas pela sociedade, vivem literalmente à margem, a atividade de participação não se dá nem na escola, se é de qualidade ou não; a gente consegue perceber se o posto de saúde é a duas quadras ou não, elas acabam vivendo naquele mundinho no seu bairro. A sociedade vê essas pessoas de uma forma diferente, preconceituosa. Pessoas que são mal vestidas, elas dificilmente vão conseguir se inserir, vão ir na mesma praquinha que vai as pessoas que moram no centro da cidade- até mesmo nos espaços públicos a participação é muito limitada-; isso é importante de ver na hora de fazer a avaliação (AS1);
- Os fatores ambientais são importantes porque compreende toda a questão de moradia, de acesso que a pessoa tem acessibilidade, inclusão, e a participação social também, mais na parte de socialização da pessoa com deficiência de que forma ela interage na sociedade [...] (AS2);
- A importância total, no momento em que eu te disse que deficiência é uma condição e não uma doença, a capacidade dessa pessoa intervir no meio social em que ela vive como cidadã, dando sua opinião, participando, se envolvendo, vivendo na sua comunidade, seu território, é fundamental para ver o seu desempenho na sua vida, especialmente no Serviço Social. Não tem como não olhar isso que é o contexto social da pessoa; então é muito importante (AS6).

É notória nestas falas a relevância de se considerar as condições do ambiente físico como a moradia, a estrutura e a acessibilidade, mas além destas, é importante avaliar o ambiente social e as barreiras atitudinais. É necessário realizar uma avaliação complexa, considerando a pessoa com deficiência na sua totalidade.

Uma pessoa com um determinado impedimento corporal, em um ambiente onde não há o reconhecimento da diversidade corporal, pode experimentar a deficiência de forma mais severa, por meio de processos de exclusão e de desigualdade. Já em um ambiente não tão resistente ao corpo com diferenças é possível haver uma experiência de deficiência leve ou até sua inexistência.

Com a introdução do novo modelo avaliação, “o corpo com impedimentos não é mais a medida solitária para a definição da deficiência, pois tão decisivo quanto os impedimentos corporais é o ambiente que impõe restrições e barreiras à plena participação” (BARBOSA; DINIZ; SANTOS, 2009, P.380). Porém, na operacionalização, não se sabe em que medida os saberes médicos e os sociais se combinam.

Destaca-se também, a importância de avaliar a questão do território, do espaço geográfico. Isso foi reiterado na mensagem expressa por um (1) profissional:

- [...] se vê bastante diferença; como atendemos sete municípios, é bem diferente de um município para outro: quem mora em Camaquã, por exemplo, tem bem mais acesso do que quem mora em um município do interior, que já tem dificuldade de acesso a tratamento, à inclusão escolar, a tratamento especializado; então acho bem importante até para direcionar cada caso para o município onde mora e os acessos disponíveis no município, nas duas partes tanto na questão dos *fatores ambientais* e da *participação social* (AS2).

Atentar para a realidade heterogênea dos municípios e para as diferenças entre as áreas urbanas e rurais, é relevante para considerar a questão do ambiente físico, da estrutura local, da acessibilidade, do acesso aos serviços e às políticas sociais e da participação social. Outro elemento importante refere-se à economia do município, considerando também as oportunidades de acesso ao mercado de trabalho.

A respeito da participação social, aponta-se a relevância de avaliar como essa ocorre, uma vez que as pessoas com deficiência são, na maioria das vezes, excluídas pela sociedade, vivem na invisibilidade, muitas vezes devido a questões atitudinais. Percebe-se que “seguem vivendo com uma noção de diferença relacionada com ideias de normalidade que se interpretam como divergências, infâmias, estereótipos, preconceitos ou discriminações” (SILVA, 2010, p. 27).

No entanto, partindo da compreensão de deficiência defendida pelo modelo social é possível realizar uma análise da interação da pessoa com deficiência com o ambiente social, considerando as barreiras físicas, sociais e atitudinais, além das barreiras individuais. Dessa forma, nota-se uma grande diferença entre se avaliar as desvantagens individuais e as sociais, e se partir da limitação individual para se ver as barreiras que esta proporciona, pois os impedimentos não estão presentes somente na pessoa, mas também na sociedade.

Salienta-se também a importância de se avaliar se essas pessoas conseguem inserir-se socialmente, se conseguem frequentar os mesmos espaços públicos, se podem ter acesso aos serviços e às políticas sociais. Por reconhecer a pessoa com deficiência como aquela que tenha obstruída a plena participação na sociedade em igualdade de condições com as demais,



a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência é um importante documento para a garantia dos direitos da pessoa com deficiência e também para se torna base para que seja discutida e compreendida a deficiência.

Ao lado disso, a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência, apresenta o objetivo de

prestar uma significativa contribuição para corrigir as profundas desvantagens sociais das pessoas com deficiência e para promover sua participação na vida econômica, social e cultural, em igualdade de oportunidades, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento (BRASIL, 2009, p.1).

As barreiras presentes no ambiente social e as dificuldades de interação da pessoa com deficiência com este ambiente são consideradas fenômenos de discriminação social pela Convenção (BARBOSA; DINIZ; SANTOS, 2009), que compreende discriminação como

qualquer diferenciação, exclusão ou restrição baseada em deficiência, com o propósito ou efeito de impedir ou impossibilitar o reconhecimento, o desfrute ou o exercício, em igualdade de oportunidades com as demais pessoas, de todos os direitos humanos e liberdades fundamentais nas esferas política, econômica, social, cultural, civil ou qualquer outra (BRASIL, 2009, p. 3).

Outro elemento também relevante, que se deve considerar ao se avaliar a participação social, refere-se à garantia dos direitos sociais e ao exercício dos direitos individuais e políticos, concebendo-se que a sociedade impõe diversas barreiras por apresentar uma visão limitada sobre deficiência. Esta apreensão foi apontada na seguinte fala:

- É muito importante porque há um senso comum que a pessoa com deficiência [ela] tem o direito ao trabalho e à educação, mas quando parte para a questão da decisão, da vida política na sociedade, isso é meio que relegado, isso não precisa, o que o deficiente precisa é de um tratamento de saúde, ele não precisa participar da vida política, estar numa associação, num sindicato, num partido político, o que ele precisa é ser assistido, quase uma pessoa que não pudesse decidir sobre sua própria vida. E esse critério no instrumento também é um critério polêmico: algumas pessoas avaliam se a pessoa quer participar ou não, e outras pessoas, que é o meu caso, avaliam se esta pessoa tem possibilidade de participar ou não (AS5).

Cabe ainda destacar outro grande avanço presente no novo modelo de avaliação da deficiência para acesso ao BPC, que é a introdução da avaliação social. A respeito da importância desta, um profissional refere:

- [...] Eu vejo como um avanço, também pela inclusão da avaliação social. Hoje conseguimos, não só no momento da avaliação, imprimir uma nova direção porque, avaliamos o acesso à saúde, às condições de vida, do meio em que vive, o próprio acesso ao trabalho; porque às vezes pegamos casos de preconceito, de discriminação, a estrutura onde a pessoa vive - uma vez que não podemos negar que vivemos no interior e que muitos serviços de saúde e de assistência são precários e também a mentalidade das pessoas, das empresas, das organizações. Conseguimos por um lado avaliar isso e, por outro, também reforçar este novo olhar, porque acho que temos que estar sempre em diálogo com a perícia médica e com os outros setores do INSS, para que essa nova avaliação não se perca [...] (AS5).

Por meio da avaliação social, o assistente social, realiza uma análise do contexto da pessoa com deficiência, identificando as barreiras advindas do ambiente físico, social e atitudinal, e as dificuldades existentes em relação ao desempenho de atividades e a participação na sociedade. Para isso, esta avaliação deve estar direcionada a considerar

as relações sociais e econômicas das pessoas com deficiência em sua totalidade, o que significa reconhecer as condições de vida individuais e familiares, as possibilidades objetivas e subjetivas de acesso ao emprego e à renda e as (im)possibilidades de estabelecimento de uma dinâmica de vida que garanta direitos básicos como trabalho, moradia, lazer e educação (SILVA, 2010, p. 10).

O assistente social, profissional comprometido com a defesa intransigente dos direitos sociais, tem a possibilidade - através do instrumento de avaliação social - de imprimir a intencionalidade em ampliar o acesso da pessoa com deficiência ao BPC realizando uma análise das reais condições vivenciadas e das barreiras presentes na sociedade.

Além dessa contribuição, o assistente social, tem o desafio de estabelecer uma constante reflexão entre os profissionais para superar as compreensões limitadas de deficiência, utilizando, para isso, a perspectiva defendida pelo modelo social e a Convenção sobre os direitos da pessoa com deficiência.

## **4.2 A operacionalização do novo modelo de avaliação**

A operacionalização do novo modelo de avaliação da deficiência ocorre por meio da análise profissional e do preenchimento de um instrumento padrão que apresenta os domínios a serem analisados. Conforme já mencionado, a avaliação social e a médica são realizadas, respectivamente, por assistente social e por médico perito, após a realização do protocolo do benefício. É importante salientar, que primeiro ocorre à avaliação social e depois a médica, e

por fim, se dá a combinação - no sistema do INSS - das pontuações atribuídas pelos dois profissionais, que emitirá o resultado final.

O instrumento é composto por duas partes: uma apresenta a folha de rosto, em são inseridos os dados pessoais do requerente, e a outra possui a avaliação social e médico pericial da pessoa com deficiência, estando estruturado a partir de três componentes. São eles: **fatores ambientais, funções e estrutura do corpo e atividade e participação**. Estes, no momento, estão divididos para análise entre as duas categorias profissionais, o assistente social e o médico perito.

Cada componente apresenta qualificadores, isto é, códigos especificadores que vão classificar o nível de comprometimento da pessoa com deficiência, que pode ser: nenhuma, leve, moderada, grave ou completa. Para os componentes: **funções e estrutura do corpo**, utiliza-se o qualificador “deficiência”; para **atividade e participação** usa-se “dificuldade”; e, para **fatores ambientais** analisam-se as “barreiras”.

Na avaliação social realizada pelo assistente social é escrita, de forma sucinta, a história social do requerente; e depois são avaliados os domínios referente aos **fatores ambientais** e ao componente **atividade e participação**. Assim, para a operacionalização da avaliação social realiza-se a partir da avaliação profissional o preenchimento do instrumento. Isso fica evidenciado nas mensagens expressas pela totalidade dos profissionais assistentes sociais entrevistados. Nesta perspectiva, destacam-se algumas destas percepções, que mostram como os profissionais atuam na prática:

- Para a avaliação social existe um formulário próprio, [...] nós temos um espaço nesse formulário que é a história social, dentro da história social vai depender do olhar de cada profissional. Como a gente tem uma autonomia, vai de tua formação, da visão de mundo, do conhecimento, da tua percepção da realidade [...]. Dentro dessa história social, eu vou fazer um resumo daquela situação e abaixo temos os caracteres, temos os critérios de barreiras: nenhuma barreira, leve, moderada, grave. De acordo com o que eu coloquei na história social, eu tenho que ser coerente para fazer avaliação dos pontos que eu vou colocar [...] (AS1);
- Normalmente me apresento, explico sobre o benefício e sobre os procedimentos de avaliação que a pessoa vai fazer- tanto da minha parte quanto (na) da médica-, quais os itens que são levados em consideração. Depois eu faço a entrevista, vejo se a pessoa tem alguma dúvida, fico com tudo registrado e, por último, faço a avaliação no SIAV/BPC [...] (AS2);
- A gente costuma fazer a avaliação social aqui, caso a gente sinta falta de alguma caracterização - pois às vezes a pessoa não tem condição de informar, ou às vezes vem sozinha e não conseguimos conversar com um familiar, com um cuidador -, a gente acaba fazendo a visita domiciliar ou indo na instituição que essa pessoa é atendida para buscar novos elementos, ou ainda fazemos em hospital ou em casa quando a pessoa não consegue se locomover. [...] O instrumento eu sei de cor, então, primeiro eu conversei com a pessoa, explico o

que é o benefício - isso é muito importante - como funciona a avaliação, quais direitos a pessoa tem, e depois vou conversando com a pessoa, e na conversa ela me responde todo o instrumento [...] (AS5);

- A avaliação social é a segunda etapa. Para a pessoa acessar o Benefício de Prestação Continuada tem três etapas: a administrativa, a avaliação social e a perícia médica. Na primeira etapa, a administrativa, o usuário entrega toda a sua documentação, ele requer o benefício e depois é agendada a avaliação social, ela pode ser realizada na agência da previdência social ou em algum outro local se a pessoa não puder se locomover até aqui. Existe um documento, um formulário padrão, em que são avaliados diversos domínios, que vai desde o acesso à política de saúde até as habilidades e habilidades que a pessoa tem para desempenhar determinadas funções. Sempre utilizada uma entrevista baseada no sigilo, na escuta sensível [...] (AS6).

Como se pode perceber, surgem das falas vários elementos importantes quanto à operacionalização da avaliação social. Aponta-se que, para a realização da avaliação, é necessário haver coerência, ou melhor, é preciso comprometimento técnico-operativo, ético-político e teórico-metodológico para se estabelecer uma análise abrangente da deficiência e do contexto social, que é dependente, como bem salientou o AS1, do olhar de cada profissional, da formação, do conhecimento e da percepção de realidade que apresenta.

Outro fator significativo, refere-se à importância de outros instrumentais técnicos para auxiliar na realização da avaliação social. Assim, são utilizadas a entrevista, a fala, a escuta sensível, a visita domiciliar e institucional, quando necessárias.

E ainda, quanto ao local onde a avaliação é realizada, destaca-se que na maioria das vezes é feita nas Agências do INSS, porém quando necessário, pode ocorrer também na residência do requerente ou no local onde este está institucionalizado. Em relação à visita domiciliar três profissionais assistentes sociais manifestaram-se:

- [...] A questão da visita domiciliar como instrumento do serviço social, a gente tem ainda muito mito, porque ao mesmo tempo que eu não quero utilizar este instrumento como uma forma de vigilância, de fiscalização, de verificar a veracidade dos fatos, eu preciso ter segurança para concluir um trabalho, porque envolve recursos do governo; então, no momento que vêm informações pra mim, se não me sinto segura para entender o contexto em que aquela pessoa vive, a gente faz, mas o número de visitas domiciliares que se faz ainda é muito pouco, geralmente conseguimos concluir e ter subsídios suficientes para concluir a avaliação social sem a visita domiciliar; quando é necessário se faz (AS1);
- No início eu tinha um pouco de resistência quanto à necessidade de fazer muita avaliação domiciliar, as informações da avaliação são declaratórias, então não podemos cair no erro de fiscalizar isso, mas, agora, meio que eu estou mudando minha opinião, pois vejo que às vezes (n)uma avaliação em contato com a instituição (em) que a pessoa é atendida ou na residência conseguimos ter elementos que consigam elucidar melhor a avaliação, acho que temos que ter uma mescla das duas (AS5);

- têm algumas avaliações sociais que não podem ser concluídas em uma só entrevista e precisam ser complementadas com visita domiciliar ou visita institucional. Geralmente, quando [...] a pessoa que vem para a entrevista não consegue prestar todas as informações pela sua própria dificuldade ou algumas informações que ela traz pode estar prejudicando, por exemplo, uma pessoa declara que mora com a família e, na entrevista, ela explica que não mora com a família, que mora nos fundos, nesses casos, a gente faz visita domiciliar para garantir o acesso, por que se não a renda daquela família entraria e teria o benefício indeferido [...] (AS6).

Verifica-se, deste modo, a importância de se conhecer a realidade da pessoa requerente do benefício, para, assim, ser possível perceber e identificar outros elementos que também se constituem em barreiras e que, às vezes, podem não ser revelados em uma entrevista. Porém, ao mesmo tempo, deve se ter um grande cuidado com a visita domiciliar, de forma a não inverter a sua intencionalidade, que deve estar direcionada à garantia do acesso ao benefício.

Este instrumento de trabalho do assistente social é bastante relevante se utilizado com o intuito de se aproximar do contexto social em que a pessoa com deficiência está inserida, para, assim, poder identificar as barreiras físicas, estruturais, sociais e atitudinais. Deve-se ter o cuidado de não utilizá-la como uma forma de fiscalizar a veracidade dos fatos ou para verificar a questão da renda *per capita*, uma vez que as informações prestadas são declaratórias.

Ao lado disso, cabe ressaltar que avaliação social no novo modelo de avaliação de deficiência tem o propósito de avaliar as desvantagens sociais que provocam a deficiência. Já a questão da renda *per capita* familiar é constatada na parte administrativa.

No que tange aos componentes/domínios que o instrumento apresenta, a totalidade dos profissionais assistentes sociais consideram que o instrumento de avaliação social precisa de ajustes, uma vez que este não contempla algumas situações. Deste modo, seguem algumas expressões dos profissionais:

- Tem alguns componentes que são bem completos e têm alguns que necessitariam de ajuste. Dependendo do tipo de doença ou deficiência que a pessoa tem, nem sempre se enquadra naquilo que exatamente está ali no instrumento, às vezes temos que recorrer ao manual de procedimentos de avaliação da CIF para tentar compreender de forma mais abrangente a avaliação e, não só específico, o que consta ali no SIAV/BPC (AS2);
- Faltam algumas coisas, podia ser mais completo, por exemplo, se você vai fazer uma avaliação de uma pessoa que tem problema de audição, quando você colocar o que ela tem, você vai ver problemas visuais, e não tem problemas auditivos, não aparece. Tem algumas coisas que poderiam melhorar no instrumento, até deu uma melhorada do primeiro instrumento para agora, mas acho que ainda faltam mais coisas (AS3);

- O instrumento pode ser considerado bastante abrangente, pois, foi pensado através dos critérios da CIF, no entanto, ainda precisaria ser mais especificado em alguns itens que apresentamos dificuldades de julgar, pois, nem todos os tipos de deficiência podem ser avaliados da mesma forma (AS4);
- Eu acho que ele tem ainda muito que evoluir. No início havia meio que uma queixa generalizada que o instrumento era fechado, que não contemplava algumas coisas, mas ele também é um norte, uma coisa que eu tenho que preencher, que vai me dar a direção da minha avaliação, mas a minha avaliação não depende exclusivamente daquilo, então tenho que saber que a minha avaliação é muito mais que aqueles critérios, que eu não posso me engessar nessas perguntas, nestes critérios (AS5);
- [...] ele podia ter algum espaço para as especificidades que não têm, a não ser na história social, mas a parte da história social não pontua, então, por mais que eu consiga trazer toda a análise socioeconômica, política, na história social, na hora da avaliação o que conta são aqueles itens que já estão no instrumento, e isso, às vezes, nos atrapalha um pouco, têm alguns especificidades que ficam fora [...] (AS6).

Identifica-se a partir destas falas que o instrumento precisa de algumas mudanças, considerando que se torna difícil avaliar a diversidade corporal da mesma maneira e com critérios pré-estabelecidos. Destaca-se também que há domínios completos, porém, há outros que precisariam ser ajustados, pois nem sempre a situação avaliada se enquadra exatamente no que consta no instrumento.

Outro importante elemento mencionado refere-se à crítica em relação ao instrumento por este ser fechado, o que pode proporcionar limitações à avaliação profissional e talvez, até mesmo, à avaliação mais complexa das desvantagens que provocam a deficiência. Entretanto, conforme mencionado, a avaliação profissional é muito mais abrangente do que os critérios que o instrumento apresenta e não poderia se limitar a ele. Contudo, na prática, é o que ocorre, pois somente a parte dos domínios pontua; e a parte da história social, em que é possível acrescentar outros elementos, acaba sendo desconsiderada, uma vez que não é quantificável.

Em relação à avaliação médica, da mesma forma, será descrita a história clínica também de maneira sucinta, e se dará a avaliação do componente **funções e estrutura do corpo** e a outra parte do componente **atividade e participação**. Quanto à operacionalização da avaliação médica seguem algumas expressões dos profissionais médicos peritos para dar visibilidade ao processo:

- Há um questionário no SABI que preenchemos de acordo com a história clínica, análise do aspecto biológico e físico (MP1);
- Ela é feita após a avaliação social e é feita baseada nos critérios da CIF; ali são colocadas pontuações, que é a parte técnica. Temos que ter acesso à parte social

para lermos, ter uma visão da situação social da pessoa e aí vamos marcando para cada deficiência a pontuação de acordo com a CIF (MP2);

- Tu faz uma entrevista, coloca uma história, vê qual é a idade, com quem mora, - um pouco utilizamos da avaliação social - quais as doenças que a pessoa alega, refere; a pessoa traz atestado médico, é baseado em documentos. Preenchemos um instrumento eletrônico, tem um questionário, tem avaliação da cognitiva, se ele tá lúcido, da doença, estrutura de todos os órgãos, se tem alguma deficiência (MP5);
- É geralmente uma entrevista, normalmente com a pessoa que está sendo analisada, se é criança, tem que estar com a mãe junto, no mais a história clínica, o exame físico e, eventualmente, quando tem algum exame complementar que a gente acha importante que a pessoa tenha. Daí vamos respondendo àquele monte de quesitos que o computador abre para, no final, dar o parecer (MP7).

Pode-se notar diante das expressões dos entrevistados, que a operacionalização da avaliação médica também ocorre com base na avaliação profissional e posterior preenchimento do instrumento eletrônico. Para isso, é a entrevista para coletar as informações necessárias; além disso, realiza-se o exame físico e a avaliação dos exames complementares e laudo médico. Ainda pode-se perceber nestas expressões que ocorre uma avaliação técnica da questão biológica da pessoa com deficiência, considerando, quase que exclusivamente a questão do impedimento corporal.

No que concerne à avaliação sobre os componentes/domínios que o instrumento apresenta, verifica-se que não há um consenso entre os profissionais médicos peritos. Assim, destaca-se que: 25% (2 de 8) dos profissionais não responderam ao que foi indagado; 25% (2 de 8) referiram que houve uma significativa evolução, que melhorou bastante, comparado-se ao instrumento anterior, e que este facilitou a avaliação, uma vez que discrimina o que tem de ser avaliado em cada domínio; e 50% (4 de 8) dos profissionais salientam que, mesmo tendo melhorado bastante, ainda são necessárias algumas alterações.

Quanto aos problemas que identificam, salientaram:

- Penso que os questionamentos apesar de serem bastante abrangentes são muito subjetivos [...] (MP1);
- Ele, por ser baseado na CIF, é um pouco mais confiável, tem algumas limitações no sentido que ainda tem algumas coisas que temos que adaptar ali na hora, poderia melhorar ainda um pouco mais [...] (MP2);
- Já tá melhor do que foi, ainda tem, como qualquer modelo, algumas falhas, alguns pontos você ainda não consegue determinar bem, há limitação na avaliação, algumas coisas ainda poderiam ser ajustadas, principalmente a avaliação para crianças (MP6);

- Algumas perguntas do formulário, acho que são desnecessárias, principalmente na avaliação de crianças, tem crianças que são muito pequeninhas de um ano, um ano e pouco, perguntas sobre participação social da criança, sobre avaliação de certas coisas, acho que não precisaria ter, porque (sobre) a criança naquela fase ainda não tem como avaliar isso; acho que tem coisa demais, ainda dá para simplificar (MP7).

Evidencia-se nestas falas que o instrumento apresenta algumas limitações em relação aos domínios que apresenta, não abrangendo determinadas situações, da mesma forma como ocorre com o instrumento de avaliação social. Destaca-se a necessidade de ajustá-lo, uma vez que estas limitações interferem e condicionam a avaliação profissional.

Finalmente, em relação ao resultado final da avaliação, ocorre uma combinação de qualificadores entre a avaliação do assistente social e do médico perito, que evidenciará se a pessoa com deficiência avaliada é elegível ou não ao benefício. Esta combinação de qualificadores dos três componentes é feita pelo sistema, o qual já está programado para realizar tal procedimento, que é de difícil compreensão até para os técnicos que realizam as avaliações, mesmo após o treinamento a que foram submetidos.

A respeito de como ocorre a combinação da avaliação médica com a social, 73,33% (11 de 15) dos profissionais salientaram apenas que esta se dá através do próprio sistema, isto é, este faz a soma das pontuações atribuídas pelo assistente social e pelo médico perito que resultará em um determinado valor, que indicará, por sua vez, o resultado final. Porém, estes profissionais não mencionaram nada sobre como ocorre este cálculo e também sobre o peso que cada avaliação apresenta.

Já 26,66% (4 de 15) dos profissionais entrevistados destacaram alguns apontamentos significativos em relação à combinação das duas avaliações:

- A combinação da avaliação médica e social nem sempre é como a gente gostaria, uma pelo ponto negativo, que eu já falei, que é a questão da deficiência de curto prazo, que acaba por desconsiderar a avaliação social - ela não combina nada, só desconsidera toda a avaliação social que foi feita anteriormente, e outra por que nem sempre é levado muito em conta a avaliação social na parte da avaliação da perícia médica, então, a combinação é feita somente no final mesmo. Ela é feita pelo sistema, levando em conta a avaliação de cada profissional, mas como fizemos a avaliação social inicialmente, o médico perito tem acesso a ela, então ele pode saber - através da avaliação social - se o benefício tende a ser concedido ou indeferido, mas só no final, quando o médico perito conclui, (é) que se dá a combinação [...] (AS2);
- [...] a avaliação teria que ser conjunta, não “eu faço depois ele faz e soma os pontos que cada um deu”- e a vida segue. Para ser minimamente sério, eu tinha que fazer a minha avaliação ele a dele e a gente sentar e ver: “ olha este cara tem essa deficiência e é leve, mas ele mora no interior do município, lá não tem nada, para ele conseguir um médico tem que vir até a cidade, o ônibus vai lá



duas vezes por semana”. Continua separado, na nossa parte aparece essa discussão dos fatores ambientais, mas na do médico aparece menos, isso não pesa muito para eles, se for olhar o que pesa, na verdade, é só a questão da estrutura do corpo [...] (AS3);

- Por deboche, eu ia dizer que não existe combinação, que o sistema vai lá soma e pronto, mas ainda tem que evoluir nisso também, a gente tenta ter um diálogo maior com os médicos para que essa soma não seja só um fator numérico, que seja também de divisão sobre o benefício, que a gente possa ter um diálogo, que se possa somar saberes, concepções, mas é difícil, isto é uma luta constante que a gente tenta fazer que não seja só no papel essa forma de avaliação. Também não dá pra dizer que seja uma opção dos médicos, pois eles, às vezes, sofrem tanto como nós a questão de não ter tempo para refletir sobre o que fazem, tentar se dedicar mais afundo a um caso porque tem uma agenda gigantesca, tem que cumprir metas, enfim, tudo que a gente também sofre aqui (AS5);
- Elas são feitas separadas e é feito uma média das avaliações que eu nunca sei de cor, existe uma tabelinha, que é de acordo com as barreiras enfrentadas, então - para cada domínio do instrumento - a gente pontua de 0 a 4, 0 é nenhuma barreira e 4 é barreira total. Da mesma forma, na perícia médica, isso também é feito com base nas funções do corpo e o conjunto desses domínios vai se ter uma avaliação favorável ou não para a concessão do benefício, é o próprio sistema que faz. Operacionalmente, a maioria das avaliações se dá muito separadas, até, às vezes, no tempo tem uma distância, raríssimas exceções, a não ser casos muito graves, em que se tenha um trabalho mais conjunto com a perícia médica. Infelizmente, acho que esse é um desafio importante para o trabalho (AS6).

Aponta-se nas falas determinado descontentamento e discordância referente à maneira como ocorre esta combinação e à forma como está estruturado o instrumento no sistema. Na prática, quem na verdade combina, isto é, quem integra a avaliação social e a médica é o sistema, que já está preparado para isso; é simplesmente um cálculo.

O modelo de avaliação foi pensado e criado com o intuito de integrar as duas avaliações, a questão médica e a social, mas como se pode perceber, isso não se efetiva. As avaliações são realizadas separadamente por meio eletrônico, ou seja, cada profissional a realiza isoladamente com seus conhecimentos, não estabelecendo uma troca de saberes.

A respeito dos componentes do instrumento de avaliação, o profissional AS3 destaca que os componentes/domínios avaliados pelo assistente social pouca tem relevância para a avaliação médica, e o que realmente é considerada é a questão da função e da estrutura do corpo. Deste modo, afirma-se a necessidade de aprimoramento deste processo avaliativo.

Ainda cabe mencionar que estes profissionais reconhecem que a avaliação ocorre separadamente e que essa situação é um importante desafio para as duas categorias profissionais. Aponta-se a importância de se realizar a avaliação conjuntamente, com vistas a somar saberes e concepções para, de fato, estabelecer-se um avaliação integral e abrangente da deficiência.

Nessas circunstâncias, torna-se imprescindível rever a maneira como se dá a combinação das duas avaliações e também dos modelos médico e do social. Entretanto, evidencia-se que com o novo modelo de avaliação

o corpo com impedimentos não é mais a medida solitária para a definição de deficiência, pois tão decisivo quanto os impedimentos corporais é o ambiente social que impõe restrições e barreiras à plena participação na sociedade. (BARBOSA; DINIZ; SANTOS, 2010, p. 46).

Sabe-se, que durante dois séculos, o modelo médico dominou a discussão sobre deficiência. No entanto, outra questão relevante que se destaca na operacionalização do novo modelo de avaliação da deficiência refere-se à disputa entre a afirmação do modelo médico e a introdução do modelo social de compreensão da deficiência, além do fato que ainda os saberes biomédicos possam estar apresentando centralidade na avaliação. Isso foi reiterado nas seguintes falas:

- Embora no início tivemos muitos peritos manipulando o benefício pois eles sabiam que se colocassem o que é com a parte social ia ser concedido o benefício. Tivemos realidade assim, mas mudou muito, até mesmo no próprio olhar dos profissionais, mas no início foi bem complicado, porque eles queriam ter o poder de decisão do benefício (AS1);
- Na verdade, no fundo, nem todos os médicos levam em consideração o que apresentamos como resultado, isso é uma dificuldade (AS3);
- [...] Ainda tem que evoluir, mesmo que a gente interfira na avaliação, e a gente interfere, ao fim, ainda quem decide é avaliação médica. Tem algumas pessoas que justificam isso dizendo que a condicionalidade do benefício é ser doente ou deficiente, então, por isso a avaliação médica é determinante, mas eu acho que não. Houve esse avanço na concessão do benefício, mas, ao mesmo tempo, a operacionalização deste modelo de avaliação fez com que ainda a decisão cabal seja médica, embora eles digam que não, que nós interferimos, que nós decidimos, mas objetivamente já foi feita análise e (quem) decide (é) a avaliação médica (AS5);
- Dependendo da avaliação social carrega um pouco da nossa questão. E tudo ruim, ele mora num barraco, tudo é ruim, parece que é para conceder [...] mas tu vê que, para as atividades habituais, ele não vai precisar daquele benefício, não tem nenhuma lesão no corpo, daí parece que fica sobrevalorizada aquela questão e tu acaba não concedendo [...] (MP5).

Aponta-se, por meio destas falas, que os saberes biomédicos ainda são determinantes na avaliação na avaliação da deficiência para acesso ao BPC e que talvez os médicos peritos possam conseguir manipular o instrumento. Ao mesmo tempo, afirma-se - na operacionalização do modelo - uma disputa entre o modelo médico e o social.

A avaliação médica, em sua operacionalização, pouco evoluiu, continuando-se a considerar quase que exclusivamente aspectos clínicos e biológicos. Percebe-se uma grande dificuldade para os profissionais deixarem de afirmar o modelo médico na operacionalização da avaliação médica, passando a compreender deficiência com base na perspectiva do modelo social.

Porém, mesmo sabendo que o modelo médico dominou as discussões sobre deficiência por um período significativo, ocorreu a introdução de uma nova perspectiva que vem conquistando espaço e trazendo uma forma diferenciada e bastante coerente de compreender a deficiência, a qual está sendo utilizada para se pensar as políticas sociais às pessoas com deficiência. Sabe-se que muitos profissionais continuam a agir e a realizar sua avaliação tal como era feita anteriormente, mesmo tendo ocorrido todas estas alterações na forma de avaliar a deficiência para acesso ao BPC. No entanto, indaga-se por quanto tempo persistirá esta resistência ao modelo social.

Nessas circunstâncias, evidencia-se que o novo modelo de avaliação da deficiência para acesso ao BPC apresenta um grande entrave devido à existência de divergência de entendimentos e de postura profissional. A CIF, teoricamente, quando criada tomou como referência aspectos dos dois modelos, porém na prática, percebe-se que não há uma integração destes, ou melhor, não está ocorrendo uma integração da avaliação médica e da social. A sua operacionalização e a intencionalidade das avaliações estão sendo guiadas por perspectivas teóricas diferentes.

Em nenhum momento se apresentam dúvidas sobre o quanto se avançou com as alterações ocorridas, iniciou-se um importante processo que, principalmente, impulsionou a discussão sobre deficiência e BPC. Contudo, cabe ainda resolver um relevante problema do benefício que se refere à imprecisão conceitual de deficiência que está proporcionando entraves para a operacionalização do benefício, mesmo após a utilização da CIF, tendo em vista que esta também apresenta problemas quanto à conceituação de deficiência.

### **4.3 A compreensão dos profissionais médicos peritos e dos assistentes sociais sobre deficiência**

No processo avaliativo, conforme já referido no capítulo anterior, destacam-se três importantes elementos que norteiam e possibilitam a realização da avaliação profissional, quais sejam, o aspecto ético-político, o técnico-operativo e o teórico-metodológico. No entanto, este último é fundamental para se compreender a realidade presente e direcionar a

avaliação profissional, a qual é condicionada pela concepção de mundo, política e teórica de cada especialista.

Cabe salientar que a direção de uma política social é dependente de diversos fatores, entre eles pode-se destacar a percepção apresentada pelos profissionais que trabalham seja na gestão, na implementação e/ou na operacionalização. Assim,

mesmo quando guiadas por diretrizes amplas, as políticas podem se tornar restritivas em sua operacionalização a depender de como se especificam certos elementos necessários a sua implementação. As micro decisões daqueles encarregados de operacionalizar e gerenciar um benefício têm uma dimensão política, podendo aproximar ou afastar a implementação real do benefício de seus objetivos gerais e, por isso, merecem também a atenção dos analistas (MEDEIROS; DINIZ; BARBOSA, 2010, P. 12).

Entendendo que a concepção teórica e política são importantes fatores que implicam diretamente sobre a avaliação profissional e, considerando que os conceitos são fundamentais para o entendimento das práticas sociais, pois eles moldam as ações e permitem analisar os programas, serviços e políticas sociais (SASSAKI, 1999), buscou-se conhecer como os profissionais assistentes sociais e médicos peritos compreendem deficiência.

Sabe-se que “a definição de deficiência é objeto de controvérsia, para não dizer de incertezas quanto às suas fronteiras” (MEDEIROS; DINIZ; BARBOSA, 2010, p. 12). Assim, com o propósito de saber como os profissionais compreendem deficiência a partir do novo modelo de avaliação, emergem das suas falas as seguintes categorizações: deficiência como incapacidade, deficiência como impedimento corporal, deficiência baseada na CIF e deficiência como desigualdade social.

Em relação ao entendimento de deficiência como incapacidade, três profissionais referiram:

- Deficiência trata-se de incapacidade para a vida social, atos comuns da vida diária, limitações para o trabalho de forma definitiva e não temporária; incapacidade plena para a vida e o trabalho (MP1);
- Não mudou muito a compreensão da deficiência em relação ao modelo anterior, só tem mais quesitos, o que me possibilita avaliar melhor a incapacidade, como incapacidade; não mudou nada [...] (MP3);
- A pessoa tá incapacitada para as atividades e para a vida independente, a pessoa tem alguma doença, que o que ela fazia habitualmente, ela não consegue ou tem alguma coisa no momento, alguma doença, alguma patologia, a gente analisa que provavelmente nos próximos dois anos [...] ela vai estar impossibilitada [...] (MP5).

Como se pode perceber, estes três profissionais médicos peritos, ao apresentarem a compreensão de deficiência como incapacidade, ainda possuem como referência o conceito estabelecido pela LOAS, e reafirmado no Decreto n°. 6214, de 26 de setembro de 2007. Nestes documentos normativos, define-se pessoa com deficiência como aquela incapacitada para o trabalho e para a vida independente (BRASIL, 2007), definição esta que se caracteriza por ser bastante restritiva, uma vez que a pessoa precisa estar em uma condição que vai além da deficiência.

Destaca-se que o referido conceito impossibilitava a garantia da proteção social por meio da Política de Assistência Social a um grande número de pessoas com deficiência por não apresentarem condições de obter sua própria manutenção, assim, ficava falha a garantia constitucional de que tal política deveria ser prestada a quem dela necessitar. Sabe-se, conforme já referido, que não havia nos documentos normativos do BPC uma definição de incapacidade, utilizava-se os mesmos parâmetros considerados na avaliação do Benefício por Incapacidade da Previdência Social até a instituição do novo modelo de avaliação, o qual adotou o conceito de incapacidade utilizado pela CIF.

Contudo, mesmo permanecendo ainda a questão da incapacidade na avaliação da deficiência a partir do novo modelo de avaliação, introduziram-se aspectos que se constituíram em inovações, porém, estes se quer foram referidos nas respostas daqueles sujeitos. Salienta-se ainda que ocorreu, em agosto de 2011, a alteração do conceito de pessoa com deficiência, que passou a considerar a definição instituída pela Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência. No entanto, tanto a adoção desta nova definição, como a discussão do modelo social da deficiência ainda parece estar na obscuridade para estes profissionais.

A respeito da compreensão da deficiência como impedimento corporal, três profissionais exprimiram:

- [...] eu não vejo a deficiência como uma doença, embora eu tenha falado muito em doença no início, a deficiência é uma condição, todas as pessoas tm uma deficiência ou não, geralmente as pessoas tem algum tipo, [...] é difícil definir minha concepção de deficiência; é alguma função do corpo que fica prejudicada [...] (AS6);
- A deficiência apresenta um conceito amplo, ela pode ser restrita ou global na pessoa, então é deficiência para alguma coisa [...] (MP2);
- A minha compreensão é a mesma, é a limitação daquele órgão ou sistema que aquela pessoa apresenta. Agora (n) o novo modelo, o que amplia é observar o contexto, o quanto essa limitação é barreira para essa pessoa viver em sociedade, acho que isso melhorou, (por) que não é só o indivíduo, mas também o entorno dele (MP4).

Como se pode observar, estes três entrevistados mencionam o entendimento de deficiência como impedimento corporal, percebendo-a como uma limitação em determinado órgão ou parte do corpo e, ainda, como um problema individual, referindo que pode ser restrita ou global na pessoa. Assim, verifica-se uma afirmação do modelo médico, uma vez que a compreensão explicitada se limita à questão do corpo com impedimento.

Evidencia-se esta afirmação também por se entender a deficiência como uma desvantagem natural, isto é, como um problema presente na pessoa. No entanto, nota-se que estes profissionais apresentam um entendimento bastante reducionista, pois

a deficiência não é mais uma simples lesão que impõe restrições à participação de uma pessoa na sociedade. Deficiência é um conceito complexo que reconhece o corpo com lesão, mas que também denuncia a estrutura social que oprime a pessoa deficiente (DINIZ, 2007, p.10).

A fala expressa pelo entrevistado MP4, destaca-se em relação às outras duas, pois avança ao fazer referência à proposta do novo modelo de avaliação e também ao mencionar a importância de se avaliar o contexto social. Contudo, percebe-se que não há um avanço referente à compreensão da deficiência, pois ela é entendida, apenas como resultado de um impedimento corporal, afirmando também o modelo médico.

Ainda é possível extrair de sua fala outra importante questão, que se refere ao fundamento do novo modelo de avaliação e, conseqüentemente, da própria CIF, uma vez que esta foi a referência para a construção do modelo. Aponta-se claramente uma sobrevalorização do modelo médico, que pode ser percebida quando o entrevistado refere que é possível avaliar a partir do novo modelo na medida em que considera “o quanto a limitação é barreira para a pessoa viver em sociedade” (MP4).

Nota-se a superposição do modelo médico ao se priorizar a questão do impedimento corporal, do “problema que a pessoa apresenta”, deste modo, parte-se da desvantagem individual para se avaliar a desvantagem social. Assim, verifica-se uma aproximação do entendimento da deficiência como uma condição de saúde, e um distanciamento da compreensão da deficiência como desigualdade social, como resultado de um corpo que é visto de forma desigual, devido ao não reconhecimento da diversidade corporal e ao padrão de normalidade presente na sociedade.

Sobre a compreensão da deficiência baseada na CIF, três profissionais expressaram:

- Não é a minha concepção, tem um novo modelo de avaliação do benefício por incapacidade que é baseado na CIF, minha concepção tem que ser em cima disso, é baseado na CIF, então é através dela que eu vou fazer minha avaliação, tem que ter todo um contexto que as funções do corpo tem a ver com a situação social da pessoa, as condições de moradia, o acesso. [...] A questão da deficiência é baseada no que está na CIF, então é em cima disso que trabalhamos (AS1);
- Acho que a deficiência engloba realmente todos estes aspectos que são avaliados no instrumento de avaliação, [...] mas a deficiência realmente compreende diversos fatores e não somente a questão da doença em si. Diversos fatores que influenciam diretamente sobre a deficiência, se é uma doença, a situação social da pessoa vai agravando cada vez mais, por isso é muito complicado avaliar isoladamente a questão médica ( AS2);
- Houve uma ampliação da forma de avaliar, já que a própria CIF traz essa ideia de avaliar a pessoa não estaticamente quanto à deficiência que ela possui, mas no meio em que ela se encontra, com tudo que ela recebeu e com tudo que ela possa desfrutar no seu meio para se integrar, procura avaliar uma coisa dinâmica (MP8).

Evidencia-se que estes três profissionais apontaram que a compreensão de deficiência deve estar baseada na CIF, por esta ter sido utilizada como referência para a construção do novo modelo de avaliação. Destaca-se nas falas a importância de se avaliar não somente o funcionamento do corpo, mas a interação da pessoa que apresenta algum impedimento com o meio social e as suas condições de participação na sociedade.

Diante disso, não percebem a deficiência apenas como um impedimento corporal ou como uma doença, mas sim, entendem que ela engloba diversos fatores. Assim, se pode notar que foi extremamente significativa a contribuição da CIF para a avaliação da deficiência para acesso ao BPC. A adoção do modelo de Incapacidade e do conceito de incapacidade possibilitou considerar, no processo avaliativo, as barreiras físicas, sociais e atitudinais, as limitações para a execução de atividades e a restrição da participação social.

Entretanto, na CIF está explicitado que para a construção do modelo de incapacidade foram utilizados aspectos do modelo médico e do modelo social, tendo como resultado a criação de um modelo biopsicossocial, que envolve aspectos biológicos, individuais e sociais. Dito isso, surge o questionamento sobre qual é a importância atribuída aos aspectos do modelo social na CIF, de que maneira se deu a combinação destes dois modelos distintos e talvez indagar se é possível essa combinação, qual é de fato o fundamento que está implícito na CIF, e qual a compreensão de deficiência que utiliza.

Conforme já referido, a CIF avança somente quanto à definição de incapacidade, mas não de deficiência. Posto conceituá-la como problemas que o indivíduo apresenta nas funções ou na estrutura do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda (OMS, 2004).

Assim, percebe como um problema que está na pessoa, em sua estrutura corporal, afirmando visivelmente o modelo médico. Seguem, abaixo, algumas considerações da CIF sobre deficiência:

(4) As deficiências de estrutura podem consistir numa anormalidade, defeito, perda ou outro desvio importante relativamente a um padrão das estruturas do corpo. As deficiências foram definidas de acordo com os conhecimentos biológicos atuais ao nível de tecidos ou das células e ao nível sub-celular ou molecular. Por motivos práticos, no entanto, esses níveis não estão classificados. As bases biológicas das deficiências orientaram essa classificação e é possível expandir a classificação para incluir os níveis celular ou molecular. Do ponto de vista médico, deve-se ter em mente que as deficiências não são equivalentes às patologias subjacentes, mas sim a manifestações dessas patologias.

(5) As deficiências correspondem a um desvio relativamente ao que é geralmente aceito como estado biomédico normal (padrão) do corpo e das suas funções. A definição dos seus componentes é feita essencialmente por pessoas com competência para avaliar a funcionalidade física e mental, de acordo com esses padrões.

(6) As deficiências podem ser temporárias ou permanentes; progressivas, regressivas ou estáveis; intermitentes ou contínuas. O desvio em relação ao modelo baseado na população, e geralmente aceito como normal, pode ser leve ou grave e pode variar ao longo do tempo. Estas características são consideradas posteriormente em descrições adicionais, principalmente nos códigos, através de um qualificador que se acrescenta ao código e do qual fica separado por um ponto.

(7) As deficiências não têm uma relação causal com a etiologia ou com a forma como se desenvolveram. Por exemplo, a perda da visão ou de um membro pode resultar de uma anormalidade genética ou de uma lesão. A presença de uma deficiência implica necessariamente uma causa, no entanto, a causa pode não ser suficiente para explicar a deficiência resultante. Da mesma forma, quando há uma deficiência, há uma disfunção das funções ou estruturas do corpo, mas isto pode estar relacionado com qualquer doença, perturbação ou estado fisiológico.

(8) As deficiências podem ser parte ou uma expressão de uma condição de saúde, mas não indicam, necessariamente, a presença de uma doença ou que o indivíduo deva ser considerado doente (OMS, 2004, p. 15).

Como pode ser observado, evidencia-se que a CIF apresenta um conceito limitado de deficiência que fica extremamente distante da compreensão defendida pelo modelo social, estabelece-a apenas como uma desvantagem individual causada pelo impedimento corporal. Os aspectos do modelo social, a questão da desvantagem social e das barreiras presentes no ambiente social só aparece na definição de incapacidade. Como já afirmado, esta conceituação apresenta um olhar mais amplo considerando as limitações no desempenho de atividades e as restrições de participação social, indicando os aspectos negativos da interação entre um indivíduo e seus fatores contextuais (OMS, 2004).

Cabe ressaltar que a CIF apresenta domínios para descrever a saúde e os estados relacionados com a saúde. Dessa forma, a deficiência é percebida mais em termos de saúde do que em termos sociais, ratificando, assim, um distanciamento do modelo social, pois este



“sustenta que a exclusão não é resultado dos impedimentos corporais, mas das barreiras sociais” (BARBOSA; DINIZ; SANTOS, 2010, p.05).

Devido a esta questão, e também à alteração do conceito de pessoa com deficiência, que a define como “aquela que tem impedimentos de longo prazo de natureza física, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade com as demais pessoas” (BRASIL, 2011 d), torna-se imprescindível rever o modelo de avaliação baseado exclusivamente na CIF, que se proponha a avaliar a questão da funcionalidade e da incapacidade.

Quanto ao entendimento de deficiência como desigualdade social, três profissionais entrevistados verbalizaram:

- A minha compreensão de deficiência é uma pessoa com limitação multifuncional em conjunto com seu contexto social que limite o ser humano de participar em situação (de) igualdade com os demais (AS4);
- Acho que a deficiência tem que ser avaliada também como um fator social, como a sociedade em que essa pessoa está inserida se organiza. Não tem como dizer que uma pessoa que tem uma deficiência, como uma cegueira, tenha as mesmas possibilidades de emancipação, de uma vida plena de direitos, [...] isso faz parte de onde ela está inserida, e também de como a sociedade se organiza. Podemos dizer que muitas das pessoas que tem uma doença, como a cegueira, têm condições de ingressar no mercado de trabalho, de fazer uma educação formal, no entanto, a sociedade, o mundo do trabalho, se organiza de forma a excluir essas pessoas do mercado de trabalho, e isso também tem que ser analisado na hora de avaliar a concessão do benefício (AS5);
- A deficiência não é entendida mais como impedimentos corporais. Segundo a Convenção Internacional sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência consideram-se, além dos aspectos físicos, os ambientais e a participação social (AS7).

É possível perceber com base nessas falas, a compreensão de deficiência como um tipo desigualdade que resulta de ambientes sociais opressivos e pouco sensíveis ao reconhecimento da diversidade corporal. Com este entendimento, depreende-se a deficiência de uma forma mais ampla, como uma desvantagem social, que advém da interação de uma pessoa com impedimento corporal com o contexto social na medida em que se tenha obstruída sua participação em igualdade de condições na sociedade.

Compreender a deficiência como uma desvantagem social, implica entender que as barreiras não estão presentes somente na pessoa devido ao impedimento corporal que apresenta, mas, principalmente, na sociedade, devido às barreiras físicas, ambientais e atitudinais existentes. O modelo social considera a relação que estabelece entre a pessoa e a

sociedade, possibilita olhar a deficiência de uma forma ampla e complexa, que vai além da barreira biológica.

É importante ressaltar que a proposta do modelo social

não é a de que todas as restrições de atividades vividas pelas pessoas com impedimentos corporais são causadas por barreiras sociais, mas de que a deficiência passa a existir quando aspectos da prática e da estrutura social contemporânea geram desvantagens e excluem os corpos com impedimentos. O potencial dos impedimentos em limitar as atividades não é ignorado, mas os impedimentos não constituem a deficiência (BARBOZA; DINIZ; SANTOS, 2010, P. 50).

Cabe fazer referência ao discurso expresso pelo AS5, uma vez que afirmou claramente o modelo social da deficiência. Destaca-se, por perceber a deficiência como um fator social, atentando para importantes fatores como: a maneira como a sociedade se organiza; as possibilidades de emancipação; a efetivação de uma vida plena de direitos; o acesso às políticas, como trabalho e educação; e a importância de se verificar o contexto social onde a pessoa está inserida. Salienta, ainda, a relevância de se analisar o mundo do trabalho, que se direciona a excluir as pessoas do mercado, dando, então, visibilidade para as questões atitudinais, vinculadas ao preconceito e à exclusão.

De uma maneira geral, pode-se verificar que 40% (6 de 15) dos profissionais continuam a apresentar uma percepção bastante limitada de deficiência, afirmando o modelo médico, uma vez que a consideram como incapacidade e impedimento corporal. Contudo, evidencia-se um considerável avanço na compreensão de deficiência apresentada por 40% (6 de 15) dos profissionais, que entendem deficiência baseada nos aspectos apontados na CIF e como desigualdade social, sendo possível perceber a introdução de aspectos defendidos pelo modelo social da deficiência. Salienta-se ademais, que 20% (3 de 15) dos profissionais não responderam à indagação, porém fizeram referência a outras questões, tangenciando o assunto em foco.

Percebe-se, considerando as concepções expressões, que muito ainda precisa avançar, uma vez que o resultado da avaliação é condicionado principalmente pela compreensão de deficiência que cada profissional apresenta. Não é suficiente, para imprimir uma nova direção na avaliação da deficiência, somente realizar alterações na legislação e na operacionalização, como construir um novo modelo de avaliação que diz apresentar aspectos do modelo médico e aspectos do modelo social, conceituar incapacidade, e, principalmente alterar o conceito de pessoa com deficiência. É necessário que os profissionais percebam a amplitude destas mudanças e que permitam também transformarem suas próprias noções acerca do tema,

possibilitando a introdução de novas concepções e a efetivação de uma avaliação diferenciada.

Destaca-se ainda que este progresso deve ocorrer especialmente entre os profissionais médicos peritos, pois como pode ser observado, estes, em sua maioria, referiram uma visão limitada de deficiência como incapacidade e como impedimento corporal. Apenas um profissional médico perito a compreendeu tendo como referência os aspectos apontados na CIF.

No que se tange aos profissionais assistentes sociais, merece destaque a afirmação do modelo social, evidenciada pelos três profissionais que entenderam deficiência como um tipo de desigualdade, que resulta da interação do corpo com impedimentos em ambientes sociais pouco sensíveis à diversidade corporal. Porém, o fato de somente três sujeitos apresentarem este entendimento é importante para evidenciar a necessidade de progresso a respeito da compreensão da deficiência como desigualdade social também entre os profissionais assistentes sociais.

Considerando que a CIF afirma a deficiência como uma condição de saúde e não como desigualdade social, aponta-se como desafio utilizar como referência a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência para se aprimorar o modelo atual e, talvez, até mesmo para uma possível reformulação, uma vez que esta afirma o modelo social da deficiência. Ainda é significativo referir a necessidade de estudo e a reflexão sobre o modelo social, assim como é fundamental que este modelo seja utilizado como base para se pensar as políticas, as ações e os benefícios direcionados à pessoa com deficiência.

De fato, a Convenção é um importante instrumento que traz uma compreensão de deficiência ampla, ao reconhecer tanto as barreiras individuais como as barreiras sociais. Percebe que a deficiência vai muito além do impedimento corporal, envolve obstáculos que se devem aos ambientes sociais opressivos. Nesse sentido, a Convenção, ao entender a deficiência como desigualdade social, busca a garantia da igualdade, da inclusão social, dos direitos humanos e a eliminação das barreiras sociais e de todas as formas de preconceito.

Tudo isso remete a reafirmar o desafio ressaltado por Santos (2010), que é “superar a compreensão da deficiência apenas como uma questão de saúde para problematizá-la como desigualdade social” (SANTOS, 2010, p.189). Desafio este que se torna imenso diante das circunstâncias. Porém, para isso, é necessário que se reflita sobre a questão da deficiência, sobre a perspectiva defendida pelo modelo social e sobre a possibilidade de se utilizar a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência para serem propostas as políticas de proteção social às pessoas com deficiência.

Deste modo, evidencia-se que profundas alterações ainda são necessárias. Portanto, cabe aos profissionais que trabalham na operacionalização contribuir para se imprimir uma nova direção à avaliação da deficiência para acesso ao BPC. É importante ressaltar que estes profissionais, são sujeitos atuantes e imprescindíveis ao processo que está em construção, de mudança na forma de avaliar e, principalmente, quanto a introdução de um olhar diferenciado sobre a questão da deficiência, de modo a afirmá-la a enquanto desigualdade social.

## 5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Benefício de Prestação Continuada é um importante meio de se garantir a proteção social às pessoas idosas e às pessoas com deficiência, com o intuito de se reduzir as desigualdades e a opressão experimentada pelas últimas. Em vista disso, um grande número de pessoas tem garantido o acesso ao benefício, porém, este número não é maior devido aos dois critérios limitadores que apresenta, quais sejam, o critério renda *per capita* familiar e a avaliação da pessoa com deficiência elegível ao benefício.

Diante das reflexões realizadas, destaca-se que o benefício foi alvo de algumas alterações e está em um processo de construção e de transformações no que diz respeito à avaliação da deficiência, que se diz estar direcionado a ampliar a cobertura do benefício. Revela-se que ocorreu um significativo avanço em relação à maneira como antes era avaliada a pessoa com deficiência. Anteriormente, eram considerados somente os aspectos biológicos, e, devido à influência do modelo social e da CIF, buscou-se introduzir um novo olhar sobre a questão da deficiência, possibilitando considerar outros fatores que compõem a experiência da deficiência, que produzem grandes barreiras e impedimentos, além de, principalmente, impulsionar a realização da discussão sobre BPC e deficiência.

Com a introdução do novo modelo de avaliação deve-se reconhecer que ocorreram grandes inovações, uma vez que se possibilitou realizar uma avaliação mais abrangente dos aspectos que interferem na condição de deficiência a partir da avaliação médica e da social. Nos achados da pesquisa, vários aspectos positivos foram identificados: o novo modelo possibilita: olhar a deficiência de uma forma diferenciada; a realização de uma avaliação mais ampla da deficiência; avaliar as barreiras individuais, físicas, ambientais e sociais; o desempenho de atividades e participação; e, ainda, destaca-se a introdução da avaliação social.

O novo modelo de avaliação da deficiência foi instituído com o propósito de avaliar as desvantagens individuais e também as sociais que provocam a deficiência. A Classificação

Internacional de Incapacidades, Funcionalidades e Saúde, documento utilizado como referência para a construção do novo modelo, busca integrar aspectos do modelo médico e do modelo social. Entretanto, ao se estudar o conteúdo da CIF, identifica-se a existência da sobrevalorização dos aspectos do modelo médico e um problema em relação à definição de deficiência devido ao reconhecimento somente da desvantagem individual.

No momento em que foi criada, a CIF inovou com a conceituação de incapacidade e com a criação do Modelo de Incapacidade, introduzindo elementos do modelo social. Porém, afirma deficiência enquanto uma questão de saúde e, no Modelo de Incapacidade, para avaliar as barreiras ambientais e sociais parte-se do impedimento corporal, como se estas barreiras presentes no ambiente fossem resultado somente do aspecto individual. Contrariamente, o modelo social reconhece a barreira individual, e vai além, percebendo as desvantagens presentes na sociedade, que provocam a deficiência.

Estes problemas evidenciados na CIF quanto à compreensão de deficiência e combinação dos modelos médicos e dos sociais são transmitidos para o novo modelo de avaliação e condicionam a avaliação profissional. Efetivamente, comparada à maneira como antes era feita a avaliação da pessoa com deficiência, houve certamente significativos avanços, entretanto, ainda se percebe a existência de grandes desafios para a gestão do BPC e para os profissionais que trabalham na sua operacionalização.

Do lado de vários aspectos positivos constatados, há limites que precisam ser superados. Deste modo, a partir dos resultados da pesquisa, verificaram-se algumas falhas no novo modelo de avaliação, na maneira como está estruturado e, principalmente, em relação à maneira como este é operacionalizado. Assim, afirma-se a necessidade de dar continuidade ao processo de aprimoramento da avaliação da deficiência para acesso ao BPC.

No que se refere à operacionalização, verifica-se que não é mais somente a questão do impedimento corporal que define quem é elegível ao benefício, mas também os impedimentos sociais presentes no ambiente físico, social e atitudinal que impõem barreiras à participação da pessoa com deficiência na sociedade em igualdade de condição com os demais. Nesse sentido, o assistente social pode contribuir para o acesso da pessoa com deficiência ao BPC, realizando através da avaliação social a apreensão da realidade social, de modo a identificar as desvantagens sociais.

Tendo em vista que os saberes biomédicos dominaram a discussão sobre o tema por um longo período, talvez, ainda possam estar sendo determinantes na avaliação da deficiência. Assim, evidencia-se nos achados da pesquisa, a suspeita de que os médicos peritos possam conseguir manipular a operacionalização do instrumento, uma vez que possuem acesso à

avaliação do assistente social. De fato, essa situação não pode ser confirmada, é ainda apenas uma suposição, entretanto, pode ser investigada mais a fundo.

Considerando a complexidade de elementos que envolvem a questão da deficiência, evidencia-se, quanto aos componentes/domínios que o instrumento apresenta que alguns precisam ser revistos e aprimorados. Além disso, outro aspecto importante refere-se ao fato de não ser permitido que os critérios pré-estabelecidos no instrumento possam limitar e condicionar a avaliação profissional.

Entre os desafios, aponta-se como principal o fato de compreender a deficiência enquanto desigualdade social e não somente ligada à questão da saúde. Ressalta-se que grande parte dos médicos peritos não avançou em relação ao entendimento da deficiência, continuando a entendê-la como resultado do impedimento corporal, isto é, apenas como impedimento individual. Deste modo, na perícia médica consideram-se, quase que exclusivamente, aspectos clínicos e biológicos, ou seja, pouco se avançou na análise da interação da pessoa com deficiência junto ao meio social e em relação as diferenças existentes no que diz respeito ao ambiente social ao se avaliar pessoas que apresentam o mesmo impedimento corporal.

Acerca da concepção teórica sobre deficiência que norteia a avaliação profissional, evidencia-se uma divergência de postura entre os profissionais assistentes sociais e os médicos peritos. Há, por parte dos últimos, a afirmação do modelo médico e certa resistência à introdução dos aspectos do modelo social. Já em relação aos profissionais assistentes sociais, percebe-se uma maior aproximação com a perspectiva defendida pelo modelo social, talvez, muito, devido à própria formação de ambas as categorias profissionais.

Portanto, quanto à compreensão de deficiência, os profissionais que trabalham na operacionalização do benefício ainda precisam avançar bastante para alcançar o entendimento de deficiência como desigualdade social. Além disso, é importante ressaltar que de nada adianta mudar a legislação e alterar o conceito de pessoa com deficiência que tem direito de acessar o benefício se os profissionais continuarem considerando como critério de elegibilidade a questão da incapacidade para o trabalho e para a vida independente, que impõe tamanha restrição ao acesso da pessoa com deficiência ao BPC.

Outro importante desafio refere-se ao fato de serem superados os problemas em relação à integração das avaliações médicas e das sociais. Atualmente a combinação das duas avaliações é feita pelo sistema, porém, considerando a pessoa com deficiência em sua totalidade, a avaliação precisa ser realizada conjuntamente e não dividida em partes. Deve-se, de fato, integrá-las em um só momento, possibilitando ser realizada uma troca de saberes

entre os profissionais assistentes sociais e os médicos peritos, para assim, então ser estabelecida uma avaliação integral da deficiência.

Para finalizar, apontam-se breves sugestões para contribuir com a revisão e com o aprimoramento do novo modelo de avaliação. Logo, destaca-se a necessidade de os profissionais que trabalham na gestão e na operacionalização realizarem contínua capacitação e permanentes estudos sobre todos os elementos envolvidos neste processo avaliativo. É importante refletirem sobre o modelo médico, o modelo social, a CIF, de maneira saber o seu conteúdo, o que ela realmente propõe, bem como conhecerem sobre o novo modelo de avaliação, a maneira como foi estruturado, os seus componentes, as legislações e as respectivas alterações que ocorreram, além das possibilidades de aperfeiçoamentos.

Tendo em vista a alteração do conceito de pessoa com deficiência para acesso ao BPC, a imprecisão conceitual de deficiência e a falha na integração dos aspectos do modelo médico e do social presentes na CIF e na própria operacionalização do novo modelo de avaliação da deficiência propõe que se utilize a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência como referência para o aprimoramento desse processo avaliativo. Cabe destacar que pode haver uma complementação destes dois documentos, considerando, dessa maneira, as desvantagens individuais e sociais.

Ainda é importante ressaltar que a Convenção sobre os Direitos da Pessoa com Deficiência deve ser utilizada para se pensar, revisar e criar políticas sociais voltadas às pessoas com deficiência, uma vez que o documento afirma a perspectiva do modelo social, reconhecendo as desvantagens presentes na sociedade, evidenciando que esta precisa se transformar de maneira a reconhecer a diversidade corporal. Para isso, é imprescindível que a sociedade passe a compreender a deficiência como um tipo de desigualdade que resulta tanto dos impedimentos corporais, como dos impedimentos presentes no ambiente social.

## REFERÊNCIAS

ABNT. Associação Brasileira de Normas Técnicas, **NBR 14724**: informação e documentação – trabalhos acadêmicos – apresentação. 3ª edição, Rio de Janeiro: ABNT, 2011. Disponível em: <[http://www.ufpe.br/decon/.../ABNT\\_NBR\\_14724\\_Trabalhos\\_Academicos.pdf](http://www.ufpe.br/decon/.../ABNT_NBR_14724_Trabalhos_Academicos.pdf)>. Acesso em janeiro de 2013.

BAPTISTA, Myriam Veras. **Planejamento social**: intencionalidade e instrumentação. 2.ed. São Paulo: Veras, 2007.

BARBOSA, Livia; DINIZ, Debora; SANTOS, Wederson. Diversidade Corporal e perícia médica: novos contornos da deficiência para o Benefício de Prestação Continuada. **Revista Textos e Contextos**. Porto Alegre, v. 8, n.2, p.377-390, jul./dez. 2009.

\_\_\_\_\_. **Diversidade Corporal e perícia médica: novos contornos da deficiência para o Benefício de Prestação Continuada**. In: DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo; BARBOSA, Livia (Orgs.). **Deficiência e Igualdade**. Brasília: Letras Livres: Universidade de Brasília, 2010.

BARBOSA, Maria Madalena Martins; SILVA, Maria Ozanira da Silva e. O Benefício de Prestação Continuada – BPC: desvendando suas contradições e significados. **Revista Serviço Social**: Revista do Programa de Pós-Graduação/Universidade de Brasília. Departamento de Serviço Social. V.1, n.1(1º semestre, 1998). Brasília, Serviço Social, UnB, 1998.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70. 1979.

BRASIL. **Ação Civil Pública n. 2007. 30.00.000204.-0, de 11 de abril de 2007**. Proposta pelo Ministério Público Federal e Defensoria Pública Federal contra o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), que trata dos critérios de elegibilidade do Benefício de Prestação Continuada. Brasil, 2007 a.

\_\_\_\_\_. **Constituição Federativa Brasileira**. Brasília: Gráfica do Senado Federal. Brasil, 1988.

\_\_\_\_\_. **Decreto n. 1744 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 nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e dá outras providências. Brasil, 1995.

\_\_\_\_\_. **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 o idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003,



acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1, e da outras providenciais. Brasil, 2007 b.

\_\_\_\_\_. **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, 2009b.

\_\_\_\_\_. **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. Brasil, 2011c.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 8.742, de 07 dezembro de 1993.** Dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social /LOAS. Diário Oficial da União. Brasil, 1993.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 9729, de 30 de novembro de 1998.** Dá nova redação a dispositivos da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, e dá outras providências. Brasil, 1998.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 10.741, de 01 de outubro de 2003.** Dispõe sobre o Estatuto do Idoso. Brasília: 2003. Brasil, 2003.

\_\_\_\_\_. **Lei n. 12.470, de 31 de agosto de 2011.** Altera os arts. 21 e 24 da Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre o Plano de Custeio da Previdência Social, para estabelecer alíquota diferenciada de contribuição para o microempreendedor individual e do segurado facultativo sem renda própria que se dedique exclusivamente ao trabalho doméstico no âmbito de sua residência, desde que pertencente a família de baixa renda; altera os arts. 16, 72 e 77 da Lei nº 8.213, de 24 de julho de 1991, que dispõe sobre o Plano de Benefícios da Previdência Social, para incluir o filho ou o irmão que tenha deficiência intelectual ou mental como dependente e determinar o pagamento do salário-maternidade devido à empregada do microempreendedor individual diretamente pela Previdência Social; altera os arts. 20 e 21 e acrescenta o art. 21-A à Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 - Lei Orgânica de Assistência Social, para alterar regras do benefício de prestação continuada da pessoa com deficiência; e acrescenta os §§ 4º e 5º ao art. 968 da Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 - Código Civil, para estabelecer trâmite especial e simplificado para o processo de abertura, registro, alteração e baixa do microempreendedor individual. Brasil, 2011b.

\_\_\_\_\_. **Lei n.12.435, de 06 de junho de 2011.** Altera a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social. Brasil, 2011d.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e combate à Fome (MDS). **Política Nacional de Assistência Social.** Brasília, DF: MDS, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e combate à Fome (MDS). **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social**. Brasília, DF: MDS, 2005.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a 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 Funcionalidades, Incapacidade e Saúde**. Brasília, DF: MDS, 2007 c.

\_\_\_\_\_. **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. 6214, de 26 de setembro de 2007, alterado pelo Decreto n. 6.564, de 12 de setembro de 2008. Brasil, 2008. Brasil, 2009a.

\_\_\_\_\_. **Portaria Conjunta MDS/INSS n. 1, de 24 de maio de 2011**. Estabelece os critérios, procedimentos e instrumentos para a avaliação social e médico-pericial da deficiência e do grau de incapacidade das pessoas com deficiência requerentes do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social, revoga com ressalva a Portaria Conjunta MDS/INSS nº 01, de 29 de maio de 2009, e dá outras providências. Brasil, 2011a.

\_\_\_\_\_. **Resolução INSS/PR Nº 435, de 18 de maio de 1997**. Estabelece normas e procedimentos para a operacionalização do Benefício de Prestação Continuada Devido à Pessoa Portadora de Deficiência e ao Idoso e dá outras providências. Brasil, 1997.

CADERNO DO PARTICIPANTE. **Curso “Novo Modelo de Avaliação do Benefício de Prestação Continuada da Pessoa com Deficiência”**. Brasília: 2009, p. 01-121.

CASTEL, Robert. As transformações da questão social. 2º edição. In: **Desigualdade e a questão social**. São Paulo: EDPUC, 2000.

COSTA, Lucia Cortes da. O dilema brasileiro da desigualdade social. In: SOUZA, M. A.; COSTA, L. C. (orgs.). **Sociedade e Cidadania: desafios para o século XXI**. Ponta Grossa: UEPG, 2005.

COSTA, Nilson do Rosário. A proteção social no Brasil: universalismo e focalização nos governos FHC e Lula. **Ciência e saúde coletiva** [online]. 2009, vol.14, n.3, pp. 693-706. ISSN 1413-8123. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232009000300002&script=sci_arttext)>. Acesso em dezembro de 2012.

COUTO, Berenice Rojas. **O direito social e a Assistência Social na Sociedade Brasileira: uma equação possível?** São Paulo: Cortez, 2010.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: Métodos qualitativo, quantitativo e misto.** Porto Alegre: Artmed, 2010.

CRESS. **Coletânea de Leis.** Revista e ampliada. Porto Alegre: CRESS 10º Região, 3º ed. 2005.

DINIZ, Débora. **O que é a deficiência.** São Paulo: Brasiliense, 2007. (Coleção Primeiros Passos; 324)

\_\_\_\_\_; MEDEIROS, Marcelo; BARBOSA, Livia (Orgs.). **Deficiência e Igualdade.** Brasília: Letras Livres: Universidade de Brasília, 2010.

DRAIBE, Sonia Miriam. Qualidade de vida e reforma de programas sociais: o Brasil no cenário latino-americano. **Lua Nova: Revista de Cultura e Política**, nº 31, São Paulo, 1993.

FARIAS, Norma; BUCHALLA, Cassia Maria. A classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde da organização mundial da saúde: conceitos, usos e perspectivas. **Revista Brasileira Epidemiol.** [online]. 2005, vol.8, n.2, pp. 187-193. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2005000200011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000200011)>. Acesso em dezembro de 2012.

FÁVERO, Eunice T. O Estudo social – fundamentos e particularidades de sua construção na Área Jurídica. In: CFESS (org). **O Estudo social em Perícias, Laudos e Pareceres Técnicos: Contribuição ao debate no Jurídico, Penitenciário e na Previdência Social.** 8.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

FERNANDES, Idilia. **A diversidade da condição humana: deficiências/diferenças na perspectiva das relações sociais.** Tese (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/PUCRS, Porto Alegre, 2002.

\_\_\_\_\_. Interdições Sociais e a Diversidade. In: LIPPO, Humberto (org.). **Sociologia da acessibilidade e reconhecimento político das diferenças.** Canoas: Ulbra, 2012.

\_\_\_\_\_. Relações Sociais no convívio com as diferenças e deficiências numa perspectiva histórica. In: LIPPO, Humberto (org.). **Sociologia da acessibilidade e reconhecimento político das diferenças.** Canoas: Ulbra, 2012.

FERREIRA, Monica Daniele Maciel Ferreira. **A Focalização do Benefício de Prestação Continuada na Pobreza Absoluta:** Um estudo de caso com famílias de deficientes auditivos do CEAL/LP. Trabalho de Conclusão de Curso. Brasília, UnB, julho de 2009.

FRIGOTTO, Gaudêncio. O enfoque da dialética materialista histórica na pesquisa educacional. In: FAZENDA, Irani. **Metodologia da Pesquisa Educacional.** São Paulo: Cortez, 1994.

GOMES, Ana Lígia. O Benefício de Prestação Continuada: Uma trajetória de retrocessos e limites – Construindo possibilidades de avanço? In: SPOSATI, A. (org.). **Proteção Social de Cidadania:** inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

HOLANDA, Sérgio Buarque de. **Raízes do Brasil.** São Paulo: Cia das Letras, 1995.

HURTADO, Carlos N. **A educação popular:** conceito que se define na práxis. Universidade Federal do Ceará. Disponível em: <[www.ca12demaio.ufc.br/textos/EDUCACAO\\_POPULAR](http://www.ca12demaio.ufc.br/textos/EDUCACAO_POPULAR)>. Acesso em: setembro de 2011.

IAMAMOTO, Marilda Vilela. A questão social no capitalismo. In: **Revista Temporalis -** Ano II, N° 3, Jan./jul.2001. Brasília: ABEPSS; Graflin, 2001.

\_\_\_\_\_. **O Serviço Social em Tempos de Capital Fetiche:** Capital financeiro, trabalho e questão social. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. **O Serviço Social na contemporaneidade:** trabalho e formação profissional. 16 ed. São Paulo: Cortez, 2009.

LIPPO, Humberto (org.). **Sociologia da acessibilidade e reconhecimento político das diferenças.** Canoas: Ulbra, 2012.

KONDER, Leandro. **O que é a dialética.** 12 ed. São Paulo: Brasiliense S.A., 1985.

MAGALHÃES, Selma Marques. **Avaliação e Linguagem:** relatórios, laudos e pareceres. 3.ed. São Paulo: Veras Editora, 2011.

MANTEGA, Guido. **A economia política brasileira.** Petrópolis – RJ: Vozes, 1984.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**. São Paulo: Atlas, 1996.

\_\_\_\_\_. **Técnicas de Pesquisa**: planejamento e execução de pesquisas, amostragens e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 5. Ed. São Paulo: Atlas, 2002.

MEDEIROS, Marcelo; DINIZ, Debora; BARBOSA, Livia. Deficiência e igualdade: o desafio da proteção. In: DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo; BARBOSA, Livia (Orgs.). **Deficiência e Igualdade**. Brasília: Letras Livres: Universidade de Brasília, 2010.

MINAYO, Cecília de Souza (org.); DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis, RJ: Vozes, Ed. 26, 2007.

NETTO, José Paulo. **A ordem social contemporânea é o desafio central**. Ponência na 33 Conferência Mundial das Escolas de Serviço Social. Santiago do Chile, agosto de 2006. Mimeo.

OMS. **CIF**: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Lisboa:OMS, 2004.

PEREIRA, Potyara A. **Política Social**: temas e questões. 2. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

\_\_\_\_\_. **Necessidades humanas**: Subsídio a crítica dos mínimos sociais. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2011.

PERUZZO, Juliane Feix. **O Sistema de Proteção Social no contexto da reestruturação produtiva no município de Caxias do Sul no período de 1990-2000**. Tese (Doutorado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul/PUCRS, Porto Alegre, 2004.

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. Biblioteca Central Ir. José Otão. **Modelo para apresentação de trabalhos acadêmicos, teses e dissertações elaborado pela Biblioteca Central Irmão José Otão**. 2011. Disponível em: <[www.pucrs.br/biblioteca/trabalhosacademicos](http://www.pucrs.br/biblioteca/trabalhosacademicos)>. Acesso em janeiro de 2013.

SANTOS, Wederson Rufino dos. Pessoas com deficiência: nossa maior minoria. **Revista de Saúde Coletiva**. vol.18, no.3, Rio de Janeiro, 2008.

\_\_\_\_\_. **Deficiência e democracia:** A interpretação do Poder Judiciário sobre o Benefício de Prestação Continuada. Dissertação (Mestrado em Política Social). Universidade de Brasília (UnB), 2009.

\_\_\_\_\_. Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas?. **Ciência e Saúde Coletiva** [online]. V. 16, suppl.1, pp. 787-796. ISSN1413 – 8123, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700009)>. Acesso em: dezembro de 2012.

SANTOS, Wederson. O que é incapacidade para a proteção social brasileira? In: DINIZ, Débora; MEDEIROS, Marcelo; BARBOSA, Livia (Orgs.). **Deficiência e Igualdade**. Brasília: Letras Livres: Universidade de Brasília, 2010.

SASSAKI, Romeu Kazuni. **Inclusão:** Construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

SILVA, Alan Teles da. **Os desafios da Avaliação Social para acesso ao BPC**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Serviço Social). UnB, Brasil, 2010.

SPOSATI, A. (org.). **Proteção Social e cidadania:** inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2011.

\_\_\_\_\_. Benefício de Prestação Continuada como Mínimo Social. In: SPOSATI, A. (org.). **Proteção Social e cidadania:** inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal. 3.ed. São Paulo: Cortez, 2011. p 125-178.

YASBECK, Maria Carmelita. Pobreza e Exclusão Social: expressões da questão social no Brasil. In: **Revista Temporalis** - Ano II, N° 3, Jan./jul.2001. Brasília: ABEPSS, Graflin, 2001.

## APÊNDICE A – Caracterização do sistema de proteção social brasileiro: periodização, legislações e garantias

**Quadro 1 – Trabalho**

<b>Ano:</b>	<b>Programa/ Lei/Regulamentação:</b>
1923	Departamentos Nacionais do Trabalho e Saúde
1927	Código de Menores
1932	Jornada Diária de oito horas; Instituição da Carteira de Trabalho.
1933-1934	Direito a férias
1940	Salário Mínimo
1943	Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT); Férias renumeradas; Segurança e Medicina do Trabalho; Salário-Maternidade.
1949	Repouso semanal renumerado
Década de 60	Criação do Estatuto do Trabalhador e da Confederação dos Trabalhadores da agricultura (CONTAG);
1962	Gratificação de Natal
1963	Salário Família
1964	Direito a greve
1966	Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS)
1972	Programa de Integração Social (PIS); Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público (PASEP).
1976	Programa de Alimentação do Trabalhador
1985	Vale - transporte
1986	Seguro - desemprego
A partir da Constituição Federal de 1988	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Redução de horas semanais de trabalho;</li> <li>- Jornada diária de seis horas para turnos ininterruptos;</li> <li>- Férias com acréscimo de renumeração;</li> <li>- Extensão do FGTS a todos os trabalhadores;</li> <li>- Extensão de direitos a empregados domésticos;</li> <li>- Ampliação do direito de greve e liberdade sindical;</li> <li>- Projeto de flexibilização dos direitos trabalhistas.</li> </ul>

**Fonte:** Quadro adaptado pela pesquisadora a partir de Pereira (2011) e Couto (2010).

**Quadro 2 – Previdência**

<b>Ano</b>	<b>Programa/ Lei/Regulamentação</b>
1923	Lei Eloy Chaves, criação das Caixas de Aposentadoria e Pensões (CAPs)
1933	Criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão
Década de 40	Serviço de Alimentação da Previdência Social (SAPS)

1953	Unificação das CAPs dos ferroviários
1960	Lei Orgânica da Previdência Social (LOPs)
1967	Instituto Nacional de Previdência Social (INPS)
1971	Programa do Trabalhador Rural (PRORURAL); Fundo do Trabalhador Rural para a Previdência Social (FUNRURAL).
1972	Empregadas Domésticas
1973	Autônomos
1974	Ministério da Previdência e Assistência Social; Criação do Dataprev; Criação da Renda Mensal Vitalícia.
1977	Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS) – unificação; Criação do Fundo de Previdência e Assistência Social.
1982	Elevação das alíquotas de Contribuição Social – Finsocial
1985-1987	-Elevação do piso dos benefícios -Ampliação dos tipos de benefícios rurais -Seguro Desemprego
A partir da Constituição Federal de 1988	- Ampliação do conceito de seguridade social; - Fixação do orçamento para a seguridade social; - Vinculação da aposentadoria ao salário mínimo; - Equiparação e direitos entre urbano e rural; - Irredutibilidade no valor dos benefícios; - Extensão aos aposentados, dos benefícios concedidos aos trabalhadores ativos; -Reforma da Previdência Social; - Introdução da seletividade dos benefícios;

**Fonte:** Quadro adaptado pela pesquisadora a partir de Pereira (2011) e Couto (2010).

### Quadro 3 – Assistência Social

Ano	Programa/ Lei/Regulamentação
1940	Plano de Alimentação dos Trabalhadores
1942	Legião Brasileira de Assistência (LBA)
1950	Programa de alimentação de Gestantes e Programa de Alimentação Escolar
1964	Fundação Nacional do Bem-Estar do Menor (Funabem)
1972	Inam
1973	Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN)
1975	PNS
1976	II Programa Nacional de Alimentação e Nutrição (PRONAN)
1977	PCA; PAT.
1985	Programa de Suplementação Alimentar (PSA)
1986	Seac; Programa Nacional de Leite para Crianças Carentes (PNLCC); Paie.
A partir da	-Reconhecida como uma política social integrante da seguridade social



Constituição Federal de 1988	-Instituição do direito a proteção da família, da maternidade, da infância, da adolescência e da velhice; -Benefício de um salário mínimo a idosos e pessoas com deficiência; -Criação do Programa de Combate a Fome e a Miséria e o Programa Comunidade Solidária.
------------------------------	---

**Fonte:** Quadro adaptado pela pesquisadora a partir de Pereira (2011) e Couto (2010).

#### QUADRO 4 – Saúde

Ano	Programa/ Lei/Regulamentação
1930	Criação do Ministério de Educação e Saúde
1942	Instituição do Serviço Especial de Saúde Pública
1953	Ministério da Saúde
1956	Departamento de Endemias Rurais
1971	Central de Medicamentos (CEME)
1974	Plano de Pronto Ação
1976	Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento (PIASS)
1977	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)
1984	Ações integradas de Saúde
1987	Implantação dos convênios do Sistema Único e Descentralizado de Saúde (SUDS)
1988	- Criação do Sistema Único de Saúde (SUS) - O Acesso a todos os serviços de saúde, com os princípios da universalidade e da equidade.

**Fonte:** Quadro adaptado pela pesquisadora a partir de Pereira (2011) e Couto (2010).

#### QUADRO 5: Educação

Ano	Programa/ Lei/Regulamentação
1931	Reforma de Francisco Campos e organização do ensino secundário
1942	Reforma Capanema para o ensino secundário
1953	Ministério da Educação
Década de 60	Programa de alfabetização de adultos
1961	Lei das Diretrizes e Bases da Educação Nacional e Conselho Federal de Educação
1964	Salário-educação
1968	Reforma Universitária
1970	Mobral (programa de alfabetização)
1971	Extensão da escolaridade básica para cinco anos
1972	Livro Didático
1983	Vinculação de receita tributária
A partir da Constituição Federal de 1988	- Extensão do direito a creches e pré-escola; - Tentativa de tornar as universidades públicas em fundações; - Prioridade ao ensino fundamental; - Gratuidade do ensino público em todos os níveis;

	- Desestruturação das universidades públicas, com aposentadoria de inúmeros professores.
--	--

**Fonte:** Quadro adaptado pela pesquisadora a partir de Pereira (2011) e Couto (2010).

**Quadro 6 – Habitação**

<b>Ano</b>	<b>Programa/ Lei/Regulamentação</b>
1946	Fundação da Casa Popular
1966	Cohabs como agentes promotores
1973	Plano Nacional de Habitação Popular
1975	Programa de Financiamento de Lotes Urbanizados
1977	Ficam
1979	Programa de Erradicação da Sub-habitação
1984	Financiamento da autoconstrução
1986	Extinção do Banco Nacional de Habitação

**Fonte:** Quadro adaptado pela pesquisadora a partir de Pereira (2011) e Couto (2010).

## APÊNDICE B – Roteiro de entrevista estruturada para os profissionais assistentes sociais



**Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul**  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

### ROTEIRO DE ENTREVISTA – ASSISTENTES SOCIAIS

- 1- Qual a sua percepção sobre o Benefício de Prestação Continuada?
- 2- Como avalia esta mudança na avaliação da deficiência para o acesso da pessoa com deficiência ao BPC?
- 3- Quais aspectos positivos o(a) senhor(a) identifica?
- 4 - Quais aspectos negativos o(a) senhor(a) identifica?
- 5- De que forma ocorre a operacionalização da avaliação social?
- 6- Qual a sua compreensão da deficiência a partir do novo modelo de avaliação?
- 7- Em sua opinião, o novo modelo proporciona uma avaliação mais objetiva e completa da deficiência? Justifique.
- 8- Como o(a) senhor(a) avalia o instrumento de avaliação social quanto aos componentes que apresenta?
- 9- Qual é a importância de avaliar fatores ambientais e a participação social?
- 10- Há dificuldade na avaliação de algum aspecto apontado no instrumento?
- 11- Como se dá a combinação da avaliação médica e social no novo modelo de avaliação?
- 12- O novo modelo de avaliação da deficiência tem contribuído para ampliar o acesso da pessoa com deficiência ao benefício?
- 13- Quais aspectos o(a) senhor(a) aponta como necessários para aprimorar este novo instrumento de avaliação?

## APÊNDICE C – Roteiro de entrevista estruturada para os profissionais médicos peritos



**Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul**

FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

### ROTEIRO DE ENTREVISTA – MÉDICOS PERITO

- 1 - Qual a sua percepção sobre o Benefício de Prestação Continuada?
- 2 - Qual é o seu entendimento da mudança na avaliação da deficiência para acesso da pessoa com deficiência ao BPC?
- 3 - Que aspectos positivos o(a) senhor(a) identifica?
- 4 - Que aspectos negativos o(a) senhor(a) identifica?
- 5 - De que forma ocorre a operacionalização da avaliação médica?
- 6 - Qual a sua compreensão da deficiência a partir do novo modelo de avaliação?
- 7 - A integração da avaliação médica e social neste novo modelo proporciona uma avaliação mais objetiva e completa da deficiência?
- 8 - Que novidades o novo modelo trouxe para a avaliação médica?
- 9 - Como o(a) senhor(a) avalia o instrumento de avaliação médica quanto aos seus componentes?
- 10 - Foi importante a introdução da avaliação social neste processo. Por quê?
- 11 - Como se dá a combinação da avaliação médica e social no novo modelo de avaliação?
- 12 - O novo modelo de avaliação da deficiência tem contribuído para ampliar o acesso da pessoa com deficiência ao benefício?
- 13 - Quais aspectos o(a) senhor(a) aponta como necessários para aprimorar este novo instrumento de avaliação?

## APÊNDICE D – Termo de consentimento livre e esclarecido



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SERVIÇO SOCIAL

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

#### **PROJETO DE PESQUISA: O novo modelo de avaliação da deficiência para o acesso ao Benefício de Prestação Continuada: uma avaliação dos profissionais que interagem no processo.**

O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “O novo modelo de avaliação da deficiência para o acesso ao Benefício de Prestação Continuada: uma avaliação dos profissionais que interagem no processo” (nome do projeto), de responsabilidade do pesquisadora Susana Vieira.

Eu, \_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_, abaixo assinado, declaro que, de livre e espontânea vontade e de forma gratuita, aceito participar da pesquisa “O novo modelo de avaliação da deficiência para o acesso ao Benefício de Prestação Continuada: uma avaliação dos profissionais que interagem no processo” realizada pela mestranda Susana Vieira, orientada pelo Prof. Dr. Carlos Nelson dos Reis, autorizando o uso do conteúdo das informações dadas para que seja utilizado parcial ou integralmente. Fui informado (a) dos objetivos da pesquisa que consiste em “Estudar como ocorre a avaliação da deficiência, através da integração da avaliação médica e social, necessária para o acesso da pessoa com deficiência ao Benefício de Prestação Continuada e analisar como os profissionais, assistentes sociais e médicos peritos, avaliam o novo modelo implantado para verificar a deficiência, com vistas a identificar se o mesmo tem contribuindo para proporcionar uma avaliação mais completa da deficiência e para ampliar o acesso da pessoa com deficiência ao benefício.”

As entrevistas serão realizadas a partir de um roteiro contendo questões abertas para os profissionais Médicos Peritos e Assistentes Sociais que atuam no âmbito da Gerência Executiva do Instituto Nacional de Seguro Social em Pelotas através de visita às Agências da Previdência Social, retirando quaisquer informações identificatórias dos sujeitos pesquisados. As entrevistas serão gravadas e transcritas pelo pesquisador e terão a duração aproximada de uma hora e eu poderei interromper a qualquer momento, não sendo obrigado a responder qualquer pergunta que julgar inconveniente.

Estou plenamente ciente de minha participação nesse estudo e sobre a preservação do meu anonimato. Fico ciente, ainda, sobre a minha responsabilidade em comunicar ao pesquisador qualquer alteração pertinente a esse estudo, podendo dele sair a qualquer momento, sem que isso acarrete em prejuízos.

Os dados coletados poderão ser utilizados para elaboração de Dissertação de Mestrado, publicação de artigos, apresentação em seminários e similares. Declaro, outrossim, que este Termo foi lido e recebi uma cópia.

Quaisquer dúvidas em relação à pesquisa podem ser esclarecidas pela Pesquisadora Susana Vieira através do fone (51) 8572-5699 e pelo Pesquisador Carlos Nelson dos Reis através do fone (51) 99640311 ou pela entidade responsável – Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS através do fone (51) 3320-3345, e-mail [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br).

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Entrevistado (a)

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora Mestranda

## ANEXO A – Parecer de aprovação do Comitê de Ética da PUCRS



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF. CEP- 042/12

Porto Alegre, 09 de janeiro de 2012.

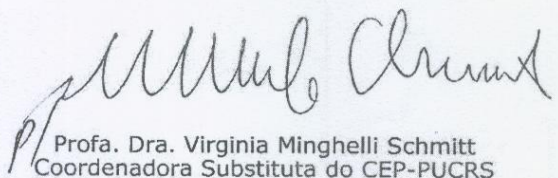
Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa registro CEP 11/05690 intitulado **"O novo modelo de avaliação da deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada: uma avaliação dos profissionais que interagem no processo"**.

Salientamos que seu estudo pode ser iniciado a partir desta data.

Os relatórios parciais e final deverão ser encaminhados a este CEP.

Atenciosamente,



Prof. Dra. Virginia Minghelli Schmitt  
Coordenadora Substituta do CEP-PUCRS

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider  
Coordenador  
Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS  
CEP - PUCRS

Ilmo. Sr.  
Prof. Carlos Nelson dos Reis  
FSS  
Nesta Universidade

**PUCRS**

Campus Central  
Av. Ipiranga, 6690 - 3º andar - CEP: 90610-000  
Sala 314 - Fone Fax: (51) 3320-3345  
E-mail: [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br)  
[www.pucrs.br/prppg/cep](http://www.pucrs.br/prppg/cep)

## ANEXO B – Instrumento “Avaliemos”

Parâmetros de avaliação de pessoa com deficiência requerente do BPC, a partir do formulário “Avaliemos”.

A	Aptidão para o Trabalho	Sim	0	
		Não	6	
V	Visão, Audição e Palavra	Sem alterações	0	
		Com alterações	3	
A	Atividades da Vida Diária	Sem alterações	0	
		Com alterações	higiene	2
			alimentação	2
			vestuário	2
L	Locomoção	Marcha livre e normal	0	
		Utilização de órtese	2	
		Utilização de prótese de membro inferior	3	
		Utilização definitiva de cadeira de rodas	4	
		Sem nenhuma possibilidade de locomoção	6	
I	Instrução	Com escolaridade	0	
		Sem escolaridade	3	
E	Excretores	Normais	0	
		Sem controle esfinteriano	3	
M	Manutenção (permanente de cuidados médicos, de enfermagem ou terceiros)	Não necessita	0	
		Necessita	3	
O	Oligofrenia e Deficiência Mental	Leve	1	
		Moderada	4	
		Grave (profunda)	6	
S	Síndrome e Quadros Psiquiátricos	Leve (inicial)	1	
		Moderada	4	
		Grave (definitiva)	6	
<b>Interpretação</b>				
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		

## ANEXO C – Instrumento “O novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade”

**ANEXO I**  
**PORTARIA CONJUNTA MDS/INSS Nº 1, DE 24 DE MAIO DE 2011**  
*(Publicado no DOU nº 100, de 26.5.2011 e republicado, com correções, no DOU nº 110, de 9.6.2011)*

**AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA E DO GRAU DE INCAPACIDADE**  
**PESSOA COM DEFICIÊNCIA - 16 ANOS OU MAIS**  
**BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – BPC - ESPÉCIE 87**

GEX \_\_\_\_\_ APS \_\_\_\_\_

### DADOS PESSOAIS DO REQUERENTE

Requerimento:						NB:					
Nome do Requerente:								Apelido:			
Nome do Responsável ou Representante legal: ( ) Mãe / Pai ( ) Tutor ( ) Curador ( ) Procurador											
Sexo	Idade:	Data de Nascimento:	Certidão de Nascimento:	Livro:	Folhas:	Cartório:	NIT principal:	CPF:			
M ( ) F ( )	/ /	/ /									
Carteira de Identidade:	Órgão expedidor:	Data da expedição:	CTPS nº:	Série:	UF:	Título de Eleitor:					
Escolaridade:											
( ) não alfabetizado			( ) fundamental completo			( ) médio ( ) completo			( ) superior ( ) completo		
( ) fundamental incompleto			( ) 1ª a 4ª série			( ) incompleto			( ) incompleto		
( ) 5ª a 8ª série											
Estado Civil:											
( ) Solteiro		( ) Casado		( ) União Estável		( ) Divorciado		( ) Separado de fato		( ) Viúvo	
Onde o requerente vive ?:											
( ) Residência		( ) Em situação de rua				( ) Instituição					
( ) Instituição carcerária				( ) Instituição para cumprimento de medida socioeducativa							
( ) Regime aberto				( ) Regime de semiliberdade							
( ) Regime fechado				( ) Regime fechado							
Nome da Instituição:				CNPJ ou CEI:				Nome do representante:			
Endereço Residencial ou Institucional (citar pontos de referência):								Bairro:			
Cidade:				UF:		CEP:		Tel.:			
Endereço para Correspondência:								Bairro:			
Cidade:				UF:		CEP:		Tel.:			

### RESULTADO DA AVALIAÇÃO BASEADA NA CIF

COMPONENTE ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO								
d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9

CONCLUSÃO		
Fatores Ambientais (e)	Atividades e Participação (d)	Funções do Corpo (b)

### DECISÃO SOBRE A INCAPACIDADE

Com base em pareceres técnicos-social e médico-pericial e em critérios fundamentados na Lei 8.742/93, no Decreto 6.214/07 e suas alterações e na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, aprovado pelo Decreto Legislativo 186/08 e promulgado pelo Decreto 6.949/09:

- ( ) O requerente preenche os requisitos estabelecidos pelo Art. 20, § 2º, da Lei 8.742/93, de incapacidade para a vida independente e para o trabalho.
- ( ) O requerente não preenche os requisitos estabelecidos pelo Art. 20, § 2º, da Lei 8.742/93, de incapacidade para a vida independente e para o trabalho.
- ( ) Trata-se de impedimento de curto/médio prazo, que não se enquadra na definição de pessoas com deficiência da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, aprovados pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e promulgados pelo Decreto nº 6.949/2009, pelo que não se aplicam os requisitos estabelecidos pelo Art. 20, § 2º, da Lei 8.742/93, de incapacidade para a vida independente e para o trabalho.



**AValiação Social da Pessoa com Deficiência - 16 ANOS OU MAIS - ESPÉCIE 87 - BPC / LOAS**

**Cobertura da Previdência e/ou da Assistência Social:** (é possível assinalar mais de uma condição)

( ) Já foi beneficiário do BPC ( ) Teve vínculo empregatício após ter sido beneficiário do BPC ( ) Dependente de segurado  
 ( ) Nunca foi segurado ( ) Perdeu a qualidade de segurado ( ) Tem qualidade de segurado ( ) Segurado sem carência ( ) Outros

**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.

Considerar na avaliação dos fatores ambientais:

**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: órteses/prótese, bolsa coletera, sonda nasogástrica, nasoesférica 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					
<b>Qualificador de e1</b>					

**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 da 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					
<b>Qualificador de e2</b>					

**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?) - e310 / e315					
9. Apoio e relacionamentos com conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e 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 idosos 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 à pessoa com deficiência?) - e398					
<b>Qualificador de e3</b>					

**IV - ATITUDES - e4:** Refere-se às atitudes que são as consequências observáveis dos costumes, práticas, ideologias, valores e normas. Essas atitudes influenciam o comportamento individual e a vida social em todos os níveis, dos relacionamentos interpessoais e sociais às estruturas políticas, econômicas e legais.

**Indicadores** = atitudes preconceituosas, discriminatórias e/ou negligentes, que influenciam o comportamento 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					
<b>Qualificador de e4</b>					

**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 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.					
<b>Qualificador de e5</b>					

**Fatores Ambientais**

e1	e2	e3	e4	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.

Considerar na análise o impacto/influência dos fatores ambientais na avaliação do **desempenho** para atividades e participação.

**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 domésticas 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					
<b>Qualificador de d6</b>					

**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 autorrepresentação 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					
<b>Qualificador de d7</b>					

**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 em participar e executar determinada tarefa.

QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
26. Tem dificuldade em obter acesso, realizar ou participar de atividades e cumprir as 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 as 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					
<b>Qualificador de d8</b>					

**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					
<b>Qualificador de d9</b>					

Atividade e Participação – Parte Social			
d6	d7	d8	d9

**CASO SEJAM OBSERVADOS INDÍCIOS DE RISCO SOCIAL QUE DEMANDEM ACOMPANHAMENTO SOCIAL PRIORITÁRIO** (violência física e/ou psicológica; abandono familiar; abusos e/ou exploração sexual, crianças e/ou adolescentes fora da escola; exploração de trabalho infantil; ausência de proteção social, familiar e/ou comunitária, entre outros), ASSINALE ABAIXO E ENCAMINHE EM FORMULÁRIO PRÓPRIO.

**OBSERVAÇÕES DO AVALIADOR:** [ \_\_\_\_\_ TEXTO \_\_\_\_\_ ]

Local e data

Assistente Social (assinatura, matrícula e CRESS)

**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; obnubilção; 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 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					
<b>Qualificador de X-b1</b>					

**XI – FUNÇÕES SENSORIAIS DA VISÃO - b2**

QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
41. Funções da visão – b210					
<b>Qualificador de XI-b2</b>					

**XII – FUNÇÕES SENSORIAIS DA AUDIÇÃO - b2**

QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
42. Funções auditivas – b230					
<b>Qualificador de XII-b2</b>					

**XIII – FUNÇÕES DA VOZ E DA FALA - b3**

QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
43. Funções da voz (produção e qualidade da voz, disfonía, afonia, rouquidão) – b310					
44. Funções da articulação (produção de sons da fala, disartria e anartria) – b320					
<b>Qualificador de XIII-b3</b>					

**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					
<b>Qualificador de XIV-b4</b>					

**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					
<b>Qualificador de XV-b4</b>					

**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					
<b>Qualificador de XVI-b4</b>					

**XVII – FUNÇÕES DO SISTEMA RESPIRATÓRIO - b4**

QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
48. Funções respiratórias (frequência, ritmo, profundidade e dificuldades - ex.: dispnéia, espasmo brônquico, enfisema pulmonar) – b440					
<b>Qualificador de XVII-b4</b>					

**XVIII – FUNÇÕES DO SISTEMA DIGESTIVO - b5**

QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
49. Funções do sistema digestivo (ingestão, digestão, absorção e defecação) - b510 / b515 / b525					
<b>Qualificador de XVIII-b5</b>					

**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 hidroeletrólito, níveis hormonais no corpo) – b540/ b545/ b555/ b560					
<b>Qualificador de XIX-b5</b>					

**XX – FUNÇÕES GENITURINÁRIAS - b6**

QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
51. Funções relacionadas à filtração ou eliminação da urina (insuficiência renal, anúria, bexiga hipotônica e outros) – b610 / b620					
<b>Qualificador de XX-b6</b>					

**XXI – FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS 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 / b765					
55. Funções relacionadas ao padrão da marcha (deficiências como marcha espástica, hemiplégica, paraplégica, entre outras) – b770					
<b>Qualificador de XXI-b7</b>					

**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					
<b>Qualificador de XXII-b8</b>					

Funções do Corpo												
X-b1	XI-b2	XII-b2	XIII-b3	XIV-b4	XV-b4	XVI-b4	XVII-b4	XVIII-b5	XIX-b5	XX-b6	XXI-b7	XXII-b8

b1	b2	b3	b4	b5	b6	b7	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.

Considerar a análise e influência dos fatores ambientais na avaliação do **desempenho** para atividades e participação.

**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.

**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					
<b>Qualificador de d1</b>					

**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 com o estresse e outras demandas psicológicas (lidar com responsabilidades, gerenciar e controlar crises) – d240					
<b>Qualificador de d2</b>					

**XXV – 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) – d315					
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 braille (revistas, livros, jornais e outros) – d325					
66. Fala (produção de palavras, frases ou 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 idéias, usando qualquer forma de linguagem) – d350					
<b>Qualificador de d3</b>					

**XXVI – 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 equipamento ou dispositivo específico para facilitar a movimentação (andador, cadeira de rodas, muletas e outros) – d465					
<b>Qualificador de d4</b>					

**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					
<b>Qualificador de d5</b>					

**Atividades e Participação – Parte Médica**

d1	d2	d3	d4	d5

**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 )**

(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).

Sim

Não é possível prever neste momento, mas há chances dos impedimentos se estenderem por longo prazo

Não → Justifique: [ \_\_\_\_\_ TEXTO \_\_\_\_\_ ]

**CASO SEJAM OBSERVADOS INDÍCIOS DE RISCO SOCIAL QUE DEMANDEM ACOMPANHAMENTO SOCIAL PRIORITÁRIO** (violência física e/ou psicológica; abandono familiar; abusos e/ou exploração sexual; crianças e/ou adolescentes fora da escola; exploração de trabalho infantil; ausência de proteção social, familiar e/ou comunitária, entre outros), ASSINALE ABAIXO E ENCAMINHE EM FORMULÁRIO PRÓPRIO.



**OBSERVAÇÕES DO AVALIADOR:** [ \_\_\_\_\_ TEXTO \_\_\_\_\_ ]

Local e data

Perito Médico (assinatura, matrícula e CRM)

**ANEXO II**  
**PORTARIA CONJUNTA MDS/INSS Nº 1, DE 24 DE MAIO DE 2011**  
*(Publicado no DOU nº 100, de 26.5.2011 e republicado, com correções, no DOU nº 110, de 9.6.2011)*

**AVALIAÇÃO DA DEFICIÊNCIA E DO GRAU DE INCAPACIDADE**  
**PESSOA COM DEFICIÊNCIA - CRIANÇA E ADOLESCENTE MENOR DE 16 ANOS**  
**BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DA ASSISTÊNCIA SOCIAL – BPC - ESPÉCIE 87**

GEX \_\_\_\_\_ APS \_\_\_\_\_

**DADOS PESSOAIS DO REQUERENTE**

Requerimento:						NB:	
Nome do Requerente:							Apelido:
Nome do Responsável ou Representante legal: ( ) Mãe / Pai ( ) Tutor ( ) Curador ( ) Procurador							
Sexo	Idade:	Data de Nascimento:	Certidão de Nascimento:	Livro:	Folhas:	Cartório:	NIT principal:
M ( ) F ( )	/ /	/ /					
Carteira de Identidade:	Órgão expedidor:	Data da expedição:	CTPS nº:	Série:	UF:	CPF:	
Escolaridade:							
( ) não alfabetizado		( ) fundamental ( ) completo		( ) médio ( ) completo			
		( ) incompleto ( ) 1ª a 4ª série		( ) incompleto			
		( ) 5ª a 8ª série					
Estado Civil:							
( ) Solteiro		( ) Casado		( ) União Estável		( ) Divorciado ( ) Separado de fato ( ) Viúvo	
Onde o requerente vive ?:							
( ) Residência		( ) Em situação de rua		( ) Instituição		( ) Instituição para cumprimento de medida socioeducativa	
						( ) Regime de semiliberdade	
						( ) Regime fechado	
Nome da Instituição:			CNPJ ou CEI:		Nome do Representante:		
Endereço Residencial ou Institucional (citar pontos de referência):							Bairro:
Cidade:		UF:	CEP:	Tel.:			
Endereço para Correspondência:							Bairro:
Cidade:		UF:	CEP:	Tel.:			

**RESULTADO DA AVALIAÇÃO BASEADA NA CIF**

COMPONENTE ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO									CONCLUSÃO		
d1	d2	d3	d4	d5	d6	d7	d8	d9	Fatores Ambientais (e)	Atividades e Participação (d)	Funções do Corpo (b)

**DECISÃO SOBRE A INCAPACIDADE**

Com base em pareceres técnicos social e médico-pericial e em critérios fundamentados na Lei 8.742/93, no Decreto 6.214/07 e suas alterações e na Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, aprovado pelo Decreto Legislativo 186/08 e promulgado pelo Decreto 6.949/09:

- ( ) O requerente preenche os requisitos estabelecidos pelo Art. 20, § 2º, da Lei 8.742/93, de incapacidade para a vida independente e para o trabalho, observado o disposto no § 2º do Art. 4º do Anexo do Decreto 6.214/07.
- ( ) O requerente não preenche os requisitos estabelecidos pelo Art. 20, § 2º, da Lei 8.742/93, de incapacidade para a vida independente e para o trabalho, observado o disposto no § 2º do Art. 4º do Anexo do Decreto 6.214/07.
- ( ) Trata-se de impedimento de curto/médio prazo, que não se enquadra na definição de pessoas com deficiência da Convenção Internacional sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, aprovados pelo Decreto Legislativo nº 186/2008 e promulgados pelo Decreto nº 6.949/2009, pelo que não se aplicam os requisitos estabelecidos pelo Art. 20, §2º, da Lei 8.742/93, de incapacidade para a vida independente e para o trabalho, observado o disposto no § 2º do Art. 4º do Anexo do Decreto 6.214/07.

**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.

*Considerar na avaliação dos fatores ambientais:*

**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, brinquedos e 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					
<b>Qualificador de e1</b>					

**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 da 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					
<b>Qualificador de e2</b>					

**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?) - e310/ e315					
9. Apoio e relacionamentos com conhecidos, companheiros, colegas, vizinhos e 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 idosos 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 à pessoa com deficiência?) - e398					
<b>Qualificador de e3</b>					

**IV – ATITUDES – e4:** Refere-se às atitudes que são as consequências observáveis dos costumes, práticas, ideologias, valores e normas. Essas atitudes influenciam o comportamento individual e a vida social em todos os níveis, dos relacionamentos interpessoais e sociais às estruturas políticas, econômicas e legais.

**Indicadores** = atitudes preconceituosas, discriminatórias e/ou negligentes, que influenciam o comportamento 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					
<b>Qualificador de e4</b>					

**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, Tribunaux, 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 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.					
<b>Qualificador de e5</b>					

**Fatores Ambientais**

e1	e2	e3	e4	e5

ATIVIDADES E PARTICIPAÇÃO – PARTE SOCIAL					
<b>Qualificadores a serem usados:</b> 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>					
<b>Atividade:</b> é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Representa a perspectiva individual da funcionalidade.					
<b>Participação:</b> 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 domésticas 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)					
<b>Qualificador de d6</b>					

**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 autorrepresentação 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)					
<b>Qualificador de d7</b>					

**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 em participar e executar determinada tarefa.

QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
27. Tem dificuldade em obter acesso e participar da 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 as 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)					
<b>Qualificador de d8</b>					

**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? (Parques, praças, áreas públicas) - 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)					
<b>Qualificador de d9</b>					

Atividades e Participação – Parte Social			
d6	d7	d8	d9

**CASO SEJAM OBSERVADOS INDÍCIOS DE RISCO SOCIAL QUE DEMANDEM ACOMPANHAMENTO SOCIAL PRIORITÁRIO** (violência física e/ou psicológica; abandono familiar; abusos e/ou exploração sexual; crianças e/ou adolescentes fora da escola; exploração de trabalho infantil; ausência de proteção social, familiar e/ou comunitária, entre outros), ASSINALE ABAIXO E ENCAMINHE EM FORMULÁRIO PRÓPRIO.

**OBSERVAÇÕES DO AVALIADOR:** [ \_\_\_\_\_ TEXTO \_\_\_\_\_ ]

Local e data

Assistente Social (assinatura, matrícula e CRESS)

**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.

<b>X - FUNÇÕES MENTAIS - b1</b>					
QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
34. Funções da consciência (vigília, obnubilção, coma, estado vegetativo e estado de alerta) – b110					
35. Funções de orientação (conhecimento e determinação da relação da pessoa consigo própria, com outras pessoas, objetos, espaço, tempo e/ou ambiente, de forma compatível com a faixa etária) – b114 <i>(a partir de 6 meses)</i>					
36. Funções intelectuais (várias funções mentais integradas, incluindo as funções cognitivas e seu desenvolvimento ao longo da vida, compatíveis com a faixa etária. Verificar: retardo intelectual, retardo mental e demência) – b117 <i>(a partir de 6 meses)</i>					
37. Funções psicossociais globais (capacidades interpessoais necessárias para o estabelecimento de interações sociais recíprocas, em termos de significado e finalidade, adaptabilidade, responsividade, previsibilidade, persistência e acessibilidade, relacionamentos interpessoais compatíveis com a faixa etária) – b122, b125 <i>(a partir de 1 ano)</i>					
38. Funções do sono (início, manutenção, quantidade e qualidade do sono) – b134					
39. Funções da atenção (concentração, distração), compatíveis com a faixa etária – b140 <i>(a partir de 6 meses)</i>					
40. Funções psicomotoras (controle e coordenação de partes do corpo, de forma compatível com a faixa etária) – b147 <i>(a partir de 3 meses)</i>					
41. Funções da emoção (funções mentais específicas relacionadas com a adequação, regulação e amplitude da emoção) – b152 <i>(a partir de 7 anos)</i>					
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 <i>(a partir de 3 meses)</i>					
43. Funções do pensamento (delírios, obsessões e compulsões) - b160 <i>(a partir de 7 anos)</i>					
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 <i>(a partir de 3 anos)</i>					
45. Funções cognitivas superiores (pensamento abstrato, tomada de decisão, planejamento e execução, flexibilidade mental, de forma compatível com a faixa etária) – b164 <i>(a partir de 10 anos)</i>					
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 <i>(a partir de 2 anos)</i>					
<b>Qualificador de X-b1</b>					
<b>XI – FUNÇÕES SENSORIAIS DA VISÃO - b2</b>					
QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
47. Funções da visão – b210					
<b>Qualificador de XI-b2</b>					
<b>XII – FUNÇÕES SENSORIAIS DA AUDIÇÃO - b2</b>					
QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
48. Funções auditivas – b230					
<b>Qualificador de XII-b2</b>					
<b>XIII – FUNÇÕES DA VOZ E DA FALA - b3</b>					
QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
49. Funções da voz (produção e qualidade da voz, dislalia, afonia, rouquidão) – b310					
50. Funções da articulação (produção de sons da fala, disartria e anartria) – b320					
<b>Qualificador de XIII-b3</b>					
<b>XIV – FUNÇÕES DO SISTEMA CARDIOVASCULAR - b4</b>					
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					1.
<b>Qualificador de XIV-b4</b>					
<b>XV – FUNÇÕES DO SISTEMA HEMATOLOGICO - b4</b>					
QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
52. Funções do sistema hematológico (relativas ao sangue, medula óssea e coagulação) – b430					
<b>Qualificador de XV-b4</b>					
<b>XVI – FUNÇÕES DO SISTEMA IMUNOLÓGICO - b4</b>					
QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
53. Funções do sistema imunológico (imunidade celular e humoral, deficiência autoimune, alterações no sistema linfático) – b435					
<b>Qualificador de XVI-b4</b>					
<b>XVII – FUNÇÕES DO SISTEMA RESPIRATÓRIO - b4</b>					
QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
54. Funções respiratórias (frequência, ritmo, profundidade e dificuldades - ex.: dispnéia, espasmo brônquico, enfisema pulmonar) – b440					
<b>Qualificador de XVII-b4</b>					
<b>XVIII – FUNÇÕES DO SISTEMA DIGESTIVO - b5</b>					
QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
55. Funções do sistema digestivo (ingestão, digestão, absorção e defecação) - b510 / b515 / b525					
<b>Qualificador de XVIII-b5</b>					
<b>XIX – FUNÇÕES DOS SISTEMAS METABÓLICO E ENDÓCRINO - b5</b>					
QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
56. Funções metabólicas gerais e das glândulas endócrinas, inclusive as associadas à puberdade (metabolismo dos nutrientes, equilíbrio hidroeletrólito, níveis hormonais no corpo) – b540/ b545/ b555/ b560					
<b>Qualificador de XIX-b5</b>					
<b>XX – FUNÇÕES GENITURINÁRIAS - b6</b>					
QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
57. Funções relacionadas à filtração ou eliminação da urina (insuficiência renal, anúria, bexiga hipotônica e outros) – b610 / b620					
<b>Qualificador de XX-b6</b>					
<b>XXI – FUNÇÕES NEUROMUSCULOESQUELÉTICAS E RELACIONADAS AO MOVIMENTO - b7</b>					
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 / b761 / b765					
61. Funções relacionadas ao padrão da marcha (deficiências como marcha espástica, hemiplégica, paraplégica, entre outras) – b770					
<b>Qualificador de XXI-b7</b>					
<b>XXII – FUNÇÕES DA PELE - b8</b>					
QUALIFICADORES	0	1	2	3	4
62. Funções da pele (função protetora, de reparo, produção do suor) – b810 / b820 / b830 / b840					
<b>Qualificador de XXII-b8</b>					

Funções do Corpo												
X-b1	XI-b2	XII-b2	XIII-b3	XIV-b4	XV-b4	XVI-b4	XVII-b4	XVIII-b5	XIX-b5	XX-b6	XXI-b7	XXII-b8

b1	b2	b3	b4	b5	b6	b7	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.

Considerar na análise a influência dos fatores ambientais na avaliação do **desempenho** para atividades e participação.

**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.

**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 a 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					
69. Aplicação do 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)					
<b>Qualificador de d1</b>					

**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)					
<b>Qualificador de d2</b>					

**XXV – 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 a faixa etária, o significado de uma frase) – d310 (a partir de 1 ano)					
74. Recepção de mensagens não verbais (compreender, de forma compatível com a 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 braille (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 ou 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 idéias, de forma compatível com a faixa etária, usando qualquer forma de linguagem) – d350 (a partir de 3 anos)					
<b>Qualificador de d3</b>					

**XXVI – 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 a 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 equipamento ou dispositivo específico para facilitar a movimentação (andador, cadeira de rodas, muletas e outros) – d465 (a partir de 3 anos)					
<b>Qualificador de d4</b>					

**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)					
<b>Qualificador de d5</b>					

**Atividades e Participação – Parte Médica**

d1	d2	d3	d4	d5

**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 )

(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).

( ) Sim

( ) Não é possível prever neste momento, mas há chances dos impedimentos se estenderem por longo prazo

( ) Não → Justifique: [ \_\_\_\_\_ TEXTO \_\_\_\_\_ ]

**CASO SEJAM OBSERVADOS INDÍCIOS DE RISCO SOCIAL QUE DEMANDEM ACOMPANHAMENTO SOCIAL PRIORITÁRIO** (violência física e/ou psicológica; abandono familiar; abusos e/ou exploração sexual; crianças e/ou adolescentes fora da escola; exploração de trabalho infantil; ausência de proteção social, familiar e/ou comunitária, entre outros), ASSINALE ABAIXO E ENCAMINHE EM FORMULÁRIO PRÓPRIO.

**OBSERVAÇÕES DO AVALIADOR:** [ \_\_\_\_\_ TEXTO \_\_\_\_\_ ]

Local e data

Perito Médico (assinatura, matrícula e CRM)