

# **ANÁLISE DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA: UMA GARANTIA DE PROVIMENTO À PESSOA COM DEFICIÊNCIA**

ALEXANDRE MIRANDA DE CASTRO

Instituição: UNITINS

**Resumo:** Trata-se de um estudo teórico acerca do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e o novo modelo de avaliação social para o reconhecimento inicial do direito da pessoa com deficiência. O BPC se constitui numa provisão de transferência de renda, livre de contribuição, garantindo um padrão básico de atendimento de necessidades à idosos e Pessoas com Deficiência (PcD) incapazes de uma vida independente e que se encontram em situação pobreza. De acordo com o “Novo Modelo de Avaliação Social” baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) a incapacidade é baseada na integração do modelo médico e social, fornecendo uma visão mais ampla do estado de saúde, através do modelo biopsicossocial.

**Palavras-Chave:** Assistência Social, Deficiência, Avaliação Social, Provisão.

## **Introdução:**

A Constituição Federal de 1988 concebe a assistência social como política de seguridade social de responsabilidade do Estado e direito do cidadão (Artigos 203 e 204). Rompe com a concepção de assistência como benemerência social e seus usuários como tutelados.

Através da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) – Lei 8.742 de 07/12/1993 – a assistência social à população é assegurada como um direito de cidadania. Essa lei representa a maioria jurídica da assistência social. Pela primeira vez na história do Brasil, os excluídos aparecem como cidadãos, titulares de direitos e sujeitos do processo jurídico-político (SIMÕES, 2007). As pessoas deixaram de ser assistidas ou favorecidas para se tornarem usuários e beneficiários. Portanto, “A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado, é política de Seguridade social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa

pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas” (art. 1º da LOAS).

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) se constitui numa provisão de transferência de renda mínima, livre de contribuição, garantindo um padrão básico de atendimento de necessidades. Este benefício assegura uma transferência de renda mensal, no valor de um salário mínimo aos seus beneficiários: idosos acima de 65 anos<sup>[1]</sup> e pessoas com deficiência incapacitadas para a vida independente e para o trabalho. Trata-se, portanto, de um direito incondicional. Sua gestão é feita pelo órgão gestor federal responsável pela Política de Assistência Social (MDS) e sua operacionalização é realizada pelo Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). Segundo a LOAS, o BPC deve passar por um processo de revisão a cada dois anos, para que seja verificada a permanência ou não das condições que deram origem ao benefício.

Este trabalho analisa o atual modelo de avaliação para acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) destinado à pessoas com deficiência (PcD). Com o objetivo de tornar mais justo o acesso a esse direito, em 2009, inicia-se um novo processo de avaliação para o ingresso no BPC. Trata-se do “Novo Modelo de Avaliação Social” baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A CIF tem seu modelo de incapacidade baseado na integração do modelo médico e social, fornecendo uma visão mais ampla do estado de saúde, chamado de modelo biopsicossocial. Dessa forma, a pessoa com deficiência é entendida a partir de sua limitação em atividade, bem como em sua restrição na participação, indicando aspectos que dificultam a relação entre indivíduo e fatores contextuais.

## **1- Breves considerações históricas sobre o Benefício de Prestação Continuada**

A partir de 1990, o governo FHC assume o Estado brasileiro com orientação neoliberal, extremamente crítica à Constituição, vista como populista. Dessa forma, a agenda governamental seguiu os preceitos do

Consenso de Washington aplicando um receituário de medidas práticas liberalizantes e condições para que o país ingressasse na nova ordem global. Assim, a história recente da seguridade social no país é fortemente marcada pelo contexto das contra-reformas neoliberais, na contramão das conquistas democráticas (BEHRING, 2003).

As políticas de seguridade têm sido especialmente atingidas pela baixa destinação do orçamento público e seu freqüente corte para atender a uma política econômica voltada para a sustentação dos compromissos internacionais com o mercado financeiro. Isso implica a privatização, a focalização e a descentralização das ações, que segundo Boschetti (2001) compreende um mero repasse de responsabilidades para entes da federação ou para instituições privadas.

Na atual lógica do capitalismo contemporâneo, a configuração de padrões universalistas e redistributivos de proteção social têm sido fortemente tensionada por tendências: extração de superlucros, com a flexibilização das relações de trabalho; privatização explícita de setores de utilidade pública e principalmente, pelo condicionamento burguês a não importância do pacto social dos anos dourados da política social.

Por isso, Mota (2008, p. 141) assegura que “As classes dominantes invocam a política de Assistência Social como solução para combater a pobreza relativa e nela imprimem o selo do enfrentamento da desigualdade ao tempo que exercitam a sua condição de classe dirigente”.

Yasbek (apud SILVA, 2004, p.20) afirma que “chegamos ao século XXI com um sistema de proteção social precário, inacabado, descontínuo, com baixíssima efetividade, e, sobretudo, injusto e distante das demandas dos segmentos mais vulneráveis da população”.

Tal lógica põe em xeque o legado constitucional previsto na carta magna de 1988. Nesta, a assistência social é declarada direito social, de responsabilidade pública. Trata-se de um direito sem contrapartida, para atender as necessidades sociais, as quais têm primazia sobre a rentabilidade econômica. Porém, não esse princípio que é seguido no contexto atual.

O Benefício de Prestação Continuada não fica isento da lógica de contenção. Inserido num contexto de cortes, a história demonstra que o benefício é restrito e limitado. De acordo com Gomes (2001) o limite da

sobrevivência do BPC refere-se tão somente às necessidades de alimentação com uma ração precária, insuficiente para sustentação durante um mês.

A referida autora ainda chama a atenção para o condicionamento do benefício a renda familiar. Apenas nos casos em que a renda per capita se encaixa em  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo é que a pessoa tem direito ao benefício. O Estado tem, portanto, um caráter subsidiário na manutenção dos dois segmentos requerentes ao BPC. A família exerce o papel central no trato da questão.

É interessante destacar que no caso do Benefício de Prestação Continuada, seus requerentes vivem em situação de vulnerabilidade, seja pela idade avançada, seja pela deficiência que o incapacita para a vida independente e para o trabalho. Em ambos os casos, há uma necessidade especial de renda para elevar as condições de vida e diminuir as barreiras que são colocadas no cotidiano. Além de ser uma questão de justiça social.

A concessão do BPC foi iniciada em 1996, três anos após a Lei Orgânica da Assistência Social. Porém, o benefício teve seu pagamento adiado por um ano, no início do Governo de Fernando Henrique Cardoso. Este fato já demonstra a lógica perversa que perpassa qualquer iniciativa de implementação de direito social.

Gomes (1999) ao estudar a trajetória inicial do BPC retrata importantes acontecimentos:

- O Decreto 1.744/95 impõe que o beneficiário deve comprovar a inexistência de atividade remunerada. Tal imposição se constitui como uma exigência ilegal uma vez que o corte para o acesso é  $\frac{1}{4}$  do SM per capita. A autora ainda destaca que em 1997 o governo constata que os gastos estavam além do previsto, devendo haver alterações nas condições de acesso. Assim, para conter os gastos e principalmente para atender as prescrições internacionais, a solução foi efetuar arranjos, restringindo novos acessos.

- A Medida Provisória n° 1473/34, convertida em Lei n° 9720/98 modifica a LOAS nos seguintes aspectos: adoção de um conceito de família impróprio e mais excludente<sup>[2]</sup> ; medidas restritivas as pessoas com deficiência, extinguindo a avaliação multidisciplinar, ficando a critério exclusivo do medico perito do INSS<sup>[3]</sup> ; antecipação da avaliação dos benefícios.

Tais mudanças dificultaram o acesso dos requerentes ao BPC. Para o enquadramento da pessoa com deficiência, foi criado um instrumento técnico utilizado pelo médico perito que se chamava “Acróstico avaliemos: tabela de dados para avaliação da deficiência”. Tratava-se de um instrumento rigoroso composto por pontuações destinado a avaliar a deficiência a partir de critérios médicos e físicos. Interessante destacar que Gomes ao analisar este instrumental alerta para as suas limitações. A autora afirma que o mesmo corre o risco de nem sempre dar conta da diversidade das situações, especialmente quando tratado por profissionais não-especializados e que não acompanham a problemática da deficiência<sup>[4]</sup>.

Todos esses acontecimentos deixam claro a oposição do princípio da LOAS que determina a “supremacia do atendimento às necessidades sociais sobre as exigências de rentabilidade econômica”.

No que se refere a articulação intersetorial, atualmente, após a aprovação da Política Nacional da Assistência Social (PNAS) e da implantação do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) o BPC passou a integrar a proteção social básica. Mas, o que isto significa? Essa integração significa um avanço para os beneficiários, uma vez que estes são acompanhados e “assistidos” pelos técnicos dos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS).

Conforme preconiza a PNAS, o BPC compõe o conjunto da proteção social básica não sendo um fim em si mesmo. Para alcançar sua eficácia estará integrada ao conjunto das demais ações socioassistenciais, destacando-se a garantia do direito à convivência familiar e comunitária e, sobretudo, ao trabalho social com a família dos beneficiários, contribuindo assim, tanto para atender às suas necessidades quanto para desenvolver suas capacidades e sua “autonomia”.

Veremos no próximo tópico a inovação advinda com a CIF.

## **2- Uma nova visão da Deficiência: as contribuições do Modelo de Atenção Biopsicossocial**

A legislação vigente em nosso país demonstra que o Brasil tem acompanhado os preceitos internacionais no que se refere ao direito das pessoas com deficiência de participação efetiva na sociedade. O Brasil encontra-se dentro de um terço de países membros da ONU que dispõe de legislação para as pessoas com deficiência.

A mudança de paradigma introduzida pela Constituição Federal de 1988 e legislações subseqüentes no tocante às pessoas com deficiência enseja a promoção dos direitos individuais e coletivos para a efetivação da inclusão social.

A inclusão social no Brasil é ainda um desafio, principalmente pela alta concentração de renda e o conseqüente acirramento das desigualdades sociais. Essa conjuntura agudiza os quadros de dependência econômica de alguns segmentos pobres da população. No que se refere às pessoas com deficiência, a pobreza material limita as suas capacidades, ocasionando a exclusão e a permanência do indivíduo apenas no ambiente familiar, restringindo a sua participação social e política.

O número de pessoas com deficiência pode ser constatado através de estatísticas. Segundo o Censo do IBGE (2000) 24,5 milhões de brasileiros têm alguma deficiência, correspondendo a 14,5% da população; mais de 9 milhões de pessoas com deficiência tem renda de 0 a 5 salários mínimos; A maior concentração ocorre nos estados do nordeste: Maranhão, Alagoas e Piauí.

Num contexto marcado pelo desemprego estrutural e com o aumento exponencial das situações de risco e vulnerabilidade social, o Novo Modelo de Avaliação do BPC visa ampliar o conceito de deficiência e dessa forma, estabelecer novos critérios de inclusão social. Segundo Romeu Sasaki (2003, p.160),

O paradigma da inclusão social consiste em tornarmos a sociedade toda, um lugar viável para a convivência entre pessoas de todos os tipos e condições na realização de seus direitos, necessidades e potencialidades. Neste sentido, os adeptos e defensores da inclusão, chamados de inclusivistas, estão trabalhando para mudar a sociedade, a estrutura dos seus sistemas sociais comuns, as suas atitudes, os seus produtos e bens, as suas tecnologias etc. em todos os aspectos: educação, trabalho, saúde, lazer, mídia, cultura, esporte, transporte etc.

Baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), o novo modelo de avaliação social integra o modelo médico e social, fornecendo uma visão mais ampla do estado de saúde sendo chamado de **Modelo biopsicossocial**. Há interação entre os atributos da pessoa e os do contexto geral que a pessoa vive, e uma visão coerente em diferentes perspectivas da saúde: biológica, individual, econômica e social.

A CIF foi aceita por 191 países como a nova norma internacional para descrever e avaliar a saúde e a deficiência. A CIF pertence à Família das Classificações Internacionais desenvolvidas pela Organização Mundial de Saúde (OMS), para aplicação em vários aspectos da saúde. A publicação da CIF, pela Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2001, é considerada um marco no debate sobre deficiência<sup>[5]</sup>. O documento é uma revisão da International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps (ICIDH), primeira tentativa da OMS de organizar uma linguagem universal sobre lesões e deficiências, publicada em 1980 e a ICDH2 em 1998. Dentre as várias modificações propostas pela CIF, uma das mais desafiantes foi o novo significado do termo "deficiência". De uma categoria estritamente biomédica na ICIDH, deficiência assumiu um caráter também sociológico e político.

A CIF renovou a noção de deficiência: não é mais o problema de um grupo minoritário e não se limita unicamente às pessoas com deficiência visível (por exemplo, em cadeiras de rodas). Uma pessoa afetada pelo HIV pode ficar incapacitada em termos de oportunidades de participação ativa na sua profissão, ou até mesmo nem se quer ser aceito no mercado de trabalho, uma vez que ainda existe discriminação. Neste caso, a CIF apresenta diferentes perspectivas para criar medidas possibilitando que essa pessoa possa continuar integrada na vida ativa e participar plenamente da vida em comunidade. Daí a importância da adoção da CIF na avaliação do requerente ao BPC.

As Deficiências são definidas na CIF como problemas nas funções<sup>[6]</sup> ou nas estruturas<sup>[7]</sup> do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda.

Assim, a CIF estabelece diferença entre *funcionalidade* e *incapacidade*.

Funcionalidade é um termo genérico para as funções do corpo, estruturas do corpo, assim como para as atividades e participação. Indica os

aspectos positivos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e os seus fatores contextuais (ambientais e pessoais).

Incapacidade (Disability) também é um termo genérico para deficiências, limitação de atividades e restrição na participação desse indivíduo. Indica os aspectos negativos da interação entre um indivíduo (com uma condição de saúde) e seus fatores contextuais (ambientais e pessoais).

Resumidamente, a CIF objetiva registrar os diferentes perfis de funcionalidade, incapacidade e saúde dos indivíduos, passíveis de comparação com registros similares efetuados em qualquer parte do mundo, através de um esquema de codificação sistemática, cuja aplicação é universal.

Historicamente a avaliação para o acesso e/ou permanência no BPC foi marcado por limitações e restrições. A avaliação do médico perito do INSS mostrou-se ao longo dos últimos anos inadequada e insuficiente para tratar do acesso da pessoa com deficiência ao BPC. Foi observado também insuficiente grau de uniformização. Dessa forma, propostas de alterações desse modelo foram objetos de reivindicações da sociedade civil, presentes inclusive, em deliberações das Conferências Nacionais da Assistência Social.

O Decreto 6.214/2007 estabeleceu a avaliação social para o reconhecimento inicial do direito ao Benefício de Prestação Continuada às pessoas com deficiência. No artigo 4º do referido decreto, pessoa com deficiência “é aquela cuja deficiência a incapacita para a vida independente e para o trabalho”; e por capacidade o decreto conceitua como “um fenômeno multidimensional que abrange limitação de desempenho de atividade e restrição da participação, com redução efetiva e acentuada da capacidade de inclusão social, em correspondência à interação entre pessoa com deficiência e seu ambiente físico e social”.

Por isso, o artigo 16 deste decreto aponta que “A concessão do benefício à pessoa com deficiência ficará sujeita à avaliação da deficiência e do grau de incapacidade, com base nos princípios da Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde – CIF”, e ainda esclarece que “A avaliação médica da deficiência e do grau de incapacidade considerará as deficiências nas funções e nas estruturas do corpo, e a avaliação social considerará os fatores ambientais, sociais e pessoais, e ambas considerarão a

limitação do desempenho de atividades e a restrição da participação social, segundo suas especificidades”. (parágrafo 2º).

Assim, a avaliação social contida nesse novo modelo entende a incapacidade como um problema social criado e não totalmente um atributo do indivíduo, por isso, demanda uma resposta política, considerando que a situação é criada por um ambiente não adequado, decorrente de atitudes e outras características ambientais. Temos, portanto, algo novo na avaliação.

Essa novidade deve estar associada a um perfil profissional do assistente social antenado com as mudanças e disposto a colocar em prática a dimensão técnico-operativa, teórico-metodológica e ético-política de sua formação, embasados nos princípios que regem o Projeto Ético-político da profissão. Isto nos leva a refletir sobre os limites que a profissão enfrentou ao longo dos anos e a recente ampliação que a mesma vem vivenciando. Em um contexto marcado pela crise e pela consolidação do “capital fetiche”, onde os direitos sociais não são prioridades na ótica do capital financeiro, significa pensar num horizonte de lutas e disputas em torno da ampliação da assistência social, como direito do cidadão e dever do Estado.

### **Conclusão:**

As sociedades contemporâneas passam por profundas transformações que alcançam praticamente todos os âmbitos da vida social, redesenhando velhas questões e impondo novos desafios. A pobreza e a desigualdade social presentes nas sociedades e o seu enfrentamento subordinado às políticas neoliberais de estabilização da economia, vêm resultando em ações estatais erráticas e seletivas, incapazes de atender às demandas sociais que pressionam crescentemente na perspectiva da inclusão social.

Nesse sentido, a Introdução da Avaliação Médica e Social para o reconhecimento inicial ao BPC, embasada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), mostra-se coerente com o novo conceito de deficiência e com de garantia de provimento uma vez que objetiva mostrar que algumas doenças, mesmos que não tenham visibilidade física, podem incapacitar o indivíduo para a vida social e gerar impossibilidades de sobrevivência.

O novo modelo de avaliação permite acompanhar a evolução da deficiência e da incapacidade avaliando cada indivíduo, trazendo uma nova abordagem, que traz maior objetividade e justiça ao BPC e também pelo fato de levar em consideração a comunidade na qual o deficiente está inserido. Traz contribuições para a averiguação de acessibilidade, assim como acompanha o cumprimento dos direitos e dos preceitos legais.

Essa abordagem multidimensional – da saúde, da funcionalidade e da incapacidade, baseada na CIF, que abrange um conjunto de aspectos físicos e sociais para a inserção de pessoas com deficiência ao benefício, significa um avanço no acesso a esse direito, uma vez que as condições materiais são requisitos no momento da avaliação. Ampliam-se as possibilidades de inclusão de uma parcela significativa da sociedade que passa por situações de vulnerabilidade social em decorrência da fragilidade e, em muitos casos, da fratura dos vínculos sociais, comunitários e familiares.

O BPC é o ponto inicial para avançarmos na conquista de maior igualdade, com respeito aos diferentes e garantia de tratamento igual: não é a pessoa com deficiência que deve ser adaptada, mas a sociedade que deve organizar-se para facilitar a inserção/participação dessas pessoas na sociedade, assegurando direitos e garantindo oportunidades.

### **Referências:**

Avaliação de pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social; Relatório elaborado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e o Ministério da Previdência Social (MPS) Brasília – DF 2007.

BEHRING, Elaine Rossetti. Contra-reforma do Estado, seguridade social e o lugar da filantropia. **Revista Serviço Social e Sociedade n 73**. São Paulo: Ed. Cortez, 2003.

BOSCHETTI, Ivanete. **Assistência Social no Brasil: um Direito entre Originalidade e Conservadorismo**. 2ª Edição. Brasília: Editora Kaco, 2003.

Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - OMS/2002.

Convenção Internacional da Pessoa com Deficiência. Aprovado pela ONU. 2006.

GOMES, Ana Lúcia. Assistência Social e Benefício de Prestação Continuada (em tempos de revisão): um direito garantido? **Revista Katálysis**. Florianópolis, abril, 1999.

GOMES, Ana Lúcia. O benefício de Prestação Continuada: Uma trajetória de retrocessos e limites. **Revista Serviço Social e Sociedade n 68**. São Paulo: Ed. Cortez, 2001.

Guia para principiantes: Rumo a uma linguagem comum para Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF -Organização Mundial de Saúde, Genebra 2002.

IAMAMOTO, Marilda. **O Serviço Social na Contemporaneidade: Trabalho e formação Profissional**. 7ª Edição. São Paulo: Cortez, 2004.

IAMAMOTO, Marilda. **Serviço Social em tempo de capital fetiche: capital financeiro, trabalho e questão social**. 2ª Edição. São Paulo: Cortez, 2008.

MOTA, Ana Elizabete. (Org.). **O Mito da Assistência Social: ensaios sobre Estado, Política e Sociedade**. 2ª Edição, revista e ampliada. São Paulo: Cortez, 2008.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão: Construindo uma Sociedade para Todos**. 5.ed. Rio de Janeiro: WVA, 2003.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social**. 2 ed. rev. e atual. São Paulo: Cortez, 2008. (Biblioteca Básica do Serviço Social; v.3).

YASBEK, Maria Carmelita. “Prefácio”. IN: SILVA, Ademir Alves da. **A gestão da seguridade social brasileira: Entre a política pública e o mercado**. São Paulo: Cortez, 2004.

[1] Inicialmente, a partir de 70 anos, depois a partir de 67 anos (1998), sendo atualmente, a partir de 65 anos (2004), conforme garantido pelo Estatuto do Idoso.

[2] Baseado no conceito de família previdenciário (Lei 8213/91).

[3] Hoje, essa avaliação é realizada de modo integrado entre médicos e assistentes sociais do INSS, conforme mudança na avaliação que veremos no próximo item deste trabalho.

[4] Esta análise é preciosa, uma vez que hoje o Novo Modelo de Avaliação integra a visão biopsicossocial, compartilhando as visões médica e social.

[5] Estabelecida pela Resolução nº 5421/2001 da Organização Mundial da Saúde –OMS.

[6] São as funções fisiológicas dos sistemas orgânicos, incluindo as funções psicológicas.

[7] São as partes estruturais ou anatômicas do corpo, tais como, órgãos, membros e seus componentes, classificados de acordo com os sistemas orgânicos.