

## 2

# A ASSISTÊNCIA SOCIAL NO BRASIL E O BPC

### 2.1 - Uma breve reflexão sobre a história da Assistência Social

A Assistência Social, antes de constituir-se como política pública, foi marcada pela influência da caridade da igreja e pela lógica da doação de auxílios, da benesse e do favor, sendo revestida do imediatismo das ações e da tutela da população empobrecida. Apesar da existência de ações assistenciais de cunho religioso e filantrópico, o Estado só passa a intervir na área da assistência a partir do desenvolvimento do capitalismo no sentido de amenizar os conflitos e atenuar a situação de empobrecimento da força de trabalho.

Segundo Nogueira (2001), a concepção da proteção social sob a responsabilidade do Estado <sup>1</sup> ocorreu lentamente tendo em vista que historicamente foi uma das formas de controle sobre a classe trabalhadora através da igreja ou de organizações religiosas e leigas. A pobreza e a miséria não eram enfocadas como questão social, como decorrência de uma sociedade injusta, mas como “frouxidão moral” e “desígnio divino” cabendo à Igreja e à sociedade ajudar os pobres e desvalidos. Essa concepção “deslocava a origem da desigualdade para o âmbito moral ou religioso, e não para a esfera dos direitos e da responsabilidade pública” (2001, p. 94). O que significa que a questão da assistência historicamente tem sua origem desarticulada de uma perspectiva mais universalista de direito, mas sim baseada em uma perspectiva moral, individualista e culpabilizadora do indivíduo.

O surgimento da necessidade de algum tipo de proteção social para minorar a situação de miséria da população está relacionado ao desenvolvimento da sociedade capitalista. De acordo com Fleury (1994), a emergência da pobreza como questão social faz parte do processo mais geral de desenvolvimento da

---

<sup>1</sup> A autora ressalta que *As Leis dos Pobres*, surgidas na Inglaterra em meados do século XVI, são as primeiras manifestações de controle, ainda que sob a aparência de proteção à força de trabalho incapacitada para as atividades laborativas.

sociedade capitalista, onde as relações sociais e econômicas são afetadas pelo processo de industrialização e urbanização, rompendo com relações tradicionais de autoridade e solidariedade, e dando lugar a constituição de novas classes e de uma nova ordem social e econômica.

A resposta do Estado inicialmente era tratar a questão social como caso de polícia, mas aos poucos ele começa a intervir de forma diferenciada, reconhecendo-a como uma questão política a ser resolvida sob sua direção. O Estado passa a intervir na sociedade no sentido de garantir o mínimo de bem-estar e proteção social (saúde, habitação, educação, garantia de renda, etc.), tendo como base os direitos de cidadania.

Nesse sentido destacamos o pensamento de Fleury:

Como sistemas de mediação, as políticas de proteção social expressam ao mesmo tempo, a capacidade das forças sociais de transformar suas demandas em questões políticas a serem inscritas na pauta das respostas governamentais às necessidades sociais que canalizam. As estruturas de proteção social criadas pelo Estado respondem a dada correlação de forças políticas que instituem atores sociais dentro de Estado e na sociedade, na criação de bases de sustentação necessárias à transformação das necessidades sociais em demanda política a ser equacionada no interior do aparato institucional. (FLEURY, 1994, p.131).

A Política Social está inserida na lógica de reprodução social do trabalhador e de amenização dos problemas sociais decorrentes dos conflitos inerentes à sociedade capitalista, mas do ponto de vista desses segmentos, ela se constitui em uma área de extensão de direitos e de visibilidade por parte do Estado das necessidades e demandas sociais.

De acordo com Behring, a política social atende às necessidades do capital e também do trabalho, pois para muitos se trata de uma questão de sobrevivência, configurando-se como “um terreno importante da luta de classes na defesa de condições dignas de existência, face ao recrudescimento da ofensiva capitalista” (2006, p. 24).

A análise das políticas sociais não pode estar dissociada da noção de política pública. O caráter público não é dado apenas pela vinculação ao Estado, mas pelo fato de significar um conjunto de decisões e ações que resultam ao mesmo tempo de ingerências do Estado e da sociedade. A política pública visa

concretizar direitos sociais conquistados pela sociedade e incorporados nas leis, esses direitos só tem aplicabilidade através de políticas públicas que operacionalizam-se por meio de programas, projetos e serviços (PEREIRA, 2008a),

Para Pereira, a política social tem o objetivo de:

atender necessidades sociais cuja resolução ultrapassa a iniciativa privada, individual e espontânea, e requer deliberada decisão coletiva regida por princípios de justiça social que, por sua vez, devem ser amparados por leis impessoais e objetivas, garantidoras de direitos. (PEREIRA, 2008b:171)

Assim, a proteção social em uma sociedade tem sua base na ideia de justiça social e as políticas sociais têm uma forte identificação com a luta coletiva na garantia de direitos e no atendimento às necessidades sociais.

No Brasil a década de 30 é considerada como marco inicial de constituição de um sistema de proteção social, momento marcado por grandes transformações sociais e econômicas e pela passagem do modelo agro-exportador para modelo urbano-industrial. A partir de então, o Estado passa assumir de forma mais atuante a proteção social através de ações no campo da educação, saúde, previdência, saneamento básico, etc. Contudo, essa intervenção foi marcada pelo clientelismo, paternalismo e fragmentação das ações.

O combate aos problemas do cotidiano da população empobrecida em nosso país era principalmente travado no âmbito privado e fortemente centrado no assistencialismo e/ou repressão. De acordo com Arcoverde (2007) em meados do século XIX surgiram as sociedades de auxílio-mútuo, associações voluntárias, fraternidades religiosas, santas casas de misericórdia, dentre outras, de iniciativa operária, da elite local e algumas do Estado, todas de caráter beneficente e filantrópico para enfrentar os problemas sociais. Mas a interpretação da questão social como caso de polícia orientava as intervenções tanto das organizações públicas quanto das organizações da sociedade civil da época. Essas eram marcadas pela fragmentação, imediatismo e inclinação humanista. Já no final do século XIX, a concentração de populações e as demandas sociais passam a receber a atenção dos governantes, numa visão de ordenamento do espaço urbano, saneamento e embelezamento das principais cidades. O aumento da população

nos centros urbanos e a visão de determinados grupos como possíveis focos de conflito, conferiu certa visibilidade às desigualdades sociais colocando em risco a ordem vigente.

A intervenção do estado brasileiro de forma institucionalizada e organizada na área de assistência ocorreu na década de 40 com a criação da LBA (Legião Brasileira de Assistência)<sup>2</sup>. Segundo Sposati (2003), na LBA a assistência social é vista como ação social, ou seja, ato de vontade e não direito de cidadania, do apoio inicial às famílias dos pracinhas essa instituição vai estender sua ação às famílias da grande massa não previdenciária. A LBA passou a ser responsável por toda estrutura assistencial do governo brasileiro: programas de creche, idosos, gestantes, e passou a atender as famílias na ocorrência de calamidades tais como: secas, enchentes, entre outras ocorrências que fragilizam grupos e setores significativos da população. Assim, a LBA demarcava a presença do caráter da urgência e do circunstancial no campo da Assistência Social da época.

De acordo com Pereira entre 1930 e 1964 não houve no terreno social um rompimento decisivo com a estrutura de poder oligárquico da era agro-exportadora e concepção anterior, apesar de sua crescente regulamentação formal tinha-se de fato “uma política social *ad hoc*”. (PEREIRA, 2002, p.130). Assim, a política social brasileira conservou nesse período, apesar de sua regulamentação e organização, o seu formato caso a caso com ênfase na questão setorial e emergencial, sendo caracterizada pela fragmentação das ações pela centralização no âmbito federal.

O Sistema de Proteção Social brasileiro avançou durante a década de 70 até meados dos 80 sob a direção e orientação do governo militar como espécie de compensação pela repressão direta aos movimentos sociais, partidos políticos, expressões artísticas e qualquer outra forma de organização coletiva que pudesse contestar o regime autoritário.

Contudo, a forte repressão do regime militar não conseguiu por muito tempo reter as forças contestadoras no país. Assim, em meados de 70 é iniciado um período de abertura democrática no Brasil. No início da década de 80 há uma

---

<sup>2</sup> Em 1995 o governo Fernando Henrique Cardoso extingue a LBA, mas o reordenamento institucional não ocorre de forma a assegurar a continuidade dos serviços e o debate sobre a nova estrutura a ser implantada.

rearticulação da sociedade civil através da eclosão dos movimentos sociais, estruturação dos sindicatos e reordenamento dos partidos políticos. Esses movimentos lutavam pela redemocratização do país e pela garantia de direitos em sociedade. Assim, a luta pela ampliação dos direitos sociais, consolidação da democracia e ampliação da cidadania se intensifica sendo posteriormente assimilados pela Assembleia Constituinte e pela Constituição de 1988.

Ao observarmos a história da Assistência Social no Brasil até a Constituição de 1988 verificamos duas marcas presentes em sua trajetória: como uma ação social e de ajuda aos pobres e necessitados sob o comando de instituições religiosas e como uma ação paternalista e clientelista do Poder Público, com caráter de “benesse” e frequentemente associada às Primeiras Damas. Em ambas, o usuário era visto na condição de “assistido”, “favorecido” e nunca como um cidadão, um sujeito de direitos.

O assistencialismo reproduzido nas políticas governamentais de corte social, ao contrário de caminhar na direção da consolidação de um direito reforçava os mecanismos seletivos como forma de ingresso das demandas sociais e acentuava o caráter eventual e fragmentado das respostas dadas à problemática social. A forma como o Estado historicamente tratou a questão da pobreza no Brasil, ou seja, sob o viés do assistencialismo, escamoteou o contexto das desigualdades sociais e desmobilizou o potencial da noção de cidadania. Porém, esse mecanismo é que de alguma forma vai garantir o atendimento das necessidades desses segmentos sociais e sua sobrevivência. Segundo Sposati, as Políticas Sociais são: “mais que a reprodução das condições de vida do trabalhador, são formas de realização de direitos e, conseqüentemente, de cidadania.” (1995, p.35).

Podemos dizer que a Assistência Social no Brasil até a Constituição de 1988 pairava sobre um campo altamente contraditório que se movia entre exclusão e inclusão. Exclusão, enquanto mantinha o pobre na condição de assistido e não de usuário, e inclusão, enquanto possibilitava o acesso a benefícios e serviços a um segmento da população que de outra forma lhes seria negado.

## **2.2 - Assistência Social e as mudanças pós Constituição de 1988: a interface com o BPC enquanto benefício da Assistência Social**

O processo de ampliação de direitos construído no âmbito do avanço democrático culminou na elaboração da Carta Magna de 1988, mais conhecida como *Constituição Cidadã*. Essa expressão foi utilizada para demonstrar as bases pelas quais o texto constitucional havia sido elaborado, ou seja, uma visão de cidadania ampliada e democracia participativa. Tendo em vista o período de repressão anterior vivido no país, a Constituição de 1988 expressou a aspiração por uma sociedade democrática e igualitária incorporando princípios e conceitos tais como: seguridade social, universalização e controle democrático, demonstrando uma direção nova e diferenciada para a política social no Brasil.

Assim, a promulgação da Constituição de 1988 é considerada um marco histórico para as políticas sociais em nosso país. Nela há o reconhecimento da assistência social como política pública integrante da rede de Seguridade Social: “Art. 194. A seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988).

A inserção da Assistência Social no âmbito da Seguridade Social lhe conferiu, finalmente, o estatuto de política social pública configurada no campo do direito e não da ajuda, benesse ou caridade. É importante ressaltar a importância no cenário político brasileiro das forças sociais expressas através dos movimentos sociais urbanos e rurais, do sindicalismo e dos partidos políticos para a ampliação dos direitos sociais e para o estabelecimento das garantias constitucionais. Dessa forma, o protagonismo desses e de outros atores sociais foi fundamental para a inclusão da assistência social no tripé da seguridade social ao lado da saúde e da previdência, ou seja, no campo do direito do cidadão e dever do estado, prestada “a quem dela necessitar independente de contribuição à seguridade social”.

A Constituição de 1988 instituiu um arcabouço jurídico e político favorável a uma concepção baseada nos princípios de universalidade, equidade e justiça social, significando, assim, uma conquista de cidadania. O reconhecimento formal de direitos sociais e o estabelecimento de garantias constitucionais estão

baseados em uma concepção diferenciada de sociedade onde os direitos sociais têm o objetivo de garantir o mínimo de bem estar para todos numa perspectiva de cidadania. A disseminação de direitos e a idéia do “*direito a ter direitos*” (ARENDR, 1991), ainda pouco enraizadas na sociedade brasileira, passam a compor o cenário da política social do país.

Porém, na contramão dessa concepção a década de 90 significou um grande retrocesso, sob orientação da ideologia neoliberal o governo brasileiro adotou um projeto de ajuste estrutural em um contexto de precarização do trabalho, agravamento da questão social e tentativa de desmonte dos direitos conquistados anteriormente.

Em 1993, mesmo em um cenário avesso a consolidação de direitos de cidadania e sob forte pressão dos movimentos sociais<sup>3</sup>, ocorre a promulgação da Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS - Lei 8.742 de 07/12/93<sup>4</sup>):

Art. 2º A assistência social tem por objetivos:

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

II - o amparo às crianças e adolescentes carentes;

III - a promoção da integração ao mercado de trabalho;

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

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

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

A Lei Orgânica da Assistência Social nasceu sob o signo da contradição e o seu conteúdo expressa, por trás da sua face formal, uma arena de conflitos de interesse. Porém, é inegável que a LOAS tem um papel fundamental para a Assistência Social no Brasil pois a partir dela assistência deixa de ser uma não-

<sup>3</sup> Os anos que antecederam a promulgação da LOAS foram marcados por diferentes estágios de mobilização e discussão envolvendo entidades assistências e representantes dos usuários, como idosos e pessoas com deficiência, trabalhadores do setor, universidades, ONG's, etc.

<sup>4</sup> A Lei 12.435 de 06/07/11 alterou os Arts. 2º, 3º, 6º, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 28 e 36 da Lei no 8.742/93

questão para se transformar em uma questão que tem mobilizado diferentes parcelas da sociedade, exigindo assim, a sua inclusão na agenda política do país. (PEREIRA: 1998, p.75).

A partir da LOAS a Assistência Social no Brasil é regulamentada como política pública na esfera da universalização dos direitos sociais e da responsabilização do estado, política 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”. A importância da LOAS para a Assistência Social no Brasil é inegável pois ela ratificou a visão de assistência trazida pela Constituição de 1988. Baseada nos princípios de descentralização político-administrativa, participação da população e primazia da responsabilidade do Estado, a LOAS estabeleceu um conjunto de programas e serviços entre eles os Benefícios Eventuais, Serviços Assistenciais, Programas de Assistência Social, Projetos de Enfrentamento da Pobreza e o BPC.

De acordo com Yazbek, a LOAS estabeleceu uma nova matriz para a assistência social brasileira, iniciando um processo que tem como perspectiva torná-la “visível como política pública e direito dos que dela necessitem”. (2006, p.127). Assim, a LOAS inaugurou um novo período na história da Assistência Social no Brasil a partir do momento em que tornou visível e incluiu no patamar do direito o atendimento às necessidades da população mais empobrecida.

Ressaltamos ainda, o pensamento de Pereira (1998) que ao analisar os *prós* e *contras* da LOAS destaca seis aspectos negativos e o dobro (doze) de aspectos positivos, indicando assim que existem mais questões favoráveis do que desfavoráveis na legislação. Entre os aspectos negativos apontados pela autora enfatizamos a adoção do “princípio do menor elegibilidade”, relativo ao critério de renda tão baixo para acesso ao BPC. Quanto aos *prós* da LOAS destacamos o privilegiamento do status de cidadania, o estabelecimento de mínimos sociais como direito de todos, a instituição de um programa de manutenção da renda, ainda que parcial e limitado (BPC), o rompimento com a cultura da incerteza na prática da política de Assistência Social, a transformação da assistência em um direito reclamável, entre outros. A autora ressalta que a LOAS teve um papel fundamental na inclusão da Assistência Social na agenda política do país, deixando de ser uma não-questão ou um problema crônico e apaziguado para se

transformar em uma questão que tem mobilizado parcelas da sociedade e do Estado (PEREIRA, 1998, p.75).

A LOAS foi responsável por dar visibilidade a questão da assistência social e elevá-la ao status de política pública. Contudo, o seu reconhecimento legal não anula de forma instantânea e mágica os traços históricos já enraizados na cultura política brasileira. Ao estabelecer um aparato legal baseado na lógica do direito e não mais do favor, ajuda ou benesse a LOAS aponta um caminho diferenciado das práticas anteriores na área da assistência já que passa a ser configurada como um direito reclamável, um caminho que necessita ser seguido e pleiteado num espaço de luta e de conquista social.

É importante ressaltar que como pano de fundo da aprovação da Lei Orgânica da Assistência Social havia uma intensa discussão e mobilização através dos movimentos pró-assistência social que passaram a ser articulados com a presença de órgãos da categoria dos assistentes sociais CRESS (Conselho Regional de Serviço Social) e CFESS (Conselho Federal de Serviço Social), dos Gestores Municipais e Estaduais, dos Movimentos pelos Direitos das Pessoas com Deficiência, dos Idosos, das Crianças e Adolescentes e de pesquisadores de várias universidades pleiteando a regulamentação da assistência social.

Segundo Sposati (2003) as negociações e debates sobre texto da LOAS geraram um momento ímpar, conhecido como *a Conferência Zero da Assistência Social*, luta onde “alguns significativos anéis se foram, e que precisam ser retomados: um deles foi a redução de alcance do BPC. O vínculo à renda familiar de 1/2 salário mínimo per capita pretendido foi vetado”. (2003, p. 19). Este ainda é hoje um anel que precisa ser retomado, o limite de renda é ponto de maior debate e crítica em relação à LOAS.

Podemos dizer que uma das críticas mais recorrentes na literatura em relação a LOAS ainda está relacionada ao limite de renda para acesso ao BPC (PEREIRA, 1998; STEIN, 2000; GOMES, 2004; SPOSATI, 2004; BOSCHETTI, 2003). Pereira (1998) caracteriza como um dos dispositivos restritos e arcaicos da LOAS o princípio da “menor elegibilidade”, onde só fazem jus ao BPC os segmentos populacionais em situação de indigência, ficando excluídas parcelas consideráveis de cidadãos pobres mas não indigentes. A autora destaca: “A LOAS

guia-se por uma linha achatadíssima de pobreza que reduz drasticamente a demanda ao benefício e impossibilita o acesso dos assalariados pobres a ele” (1998, p. 71). Dessa forma, o critério de renda per capita inferior (e não igual) a  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo inviabiliza o acesso de idosos e deficientes cujas famílias têm membros inseridos no mercado de trabalho, ainda que recebendo um salário mínimo, que via de regra não é suficiente para o sustento familiar em condições dignas.

A Constituição de 1988 prevê, entre outros, que um dos objetivos da assistência social é a garantia de um salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover à própria manutenção ou de tê-la provida por sua família. Porém, o texto constitucional não definiu de forma objetiva como seria o critério para o acesso a esse benefício. Através da LOAS essa garantia passou a ser interpretada como renda per capita inferior a  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo: “Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a  $\frac{1}{4}$  (um quarto) do salário mínimo”. (BRASIL, 1993b).

Assim, a amplitude do texto constitucional *a quem dela necessitar* foi restringido na LOAS a um atendimento focalizado e definido segundo um limite excludente que tem como referência a linha de pobreza absoluta.

Nesse sentido destacamos o pensamento de Stein:

As ações de assistência social previstas na LOAS apontam para a perspectiva do atendimento emergencial e focalizado, tendo como referência uma linha de pobreza bastante rígida (pobreza absoluta), ou seja,  $\frac{1}{4}$  de salário mínimo per capita, na qual se situa um significativo contingente populacional “excluído” da garantia de atendimento às necessidades mínimas de sobrevivência (o que dirá das necessidades básicas). (STEIN, 2000, p. 39)

A luta pela efetivação da LOAS desencadeou um movimento de sucessivas ações no sentido de garantir direitos sociais por ela estabelecidos. Em 1996, também sob forte pressão social, o BPC começa a ser concedido, em setembro de 2004, o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) aprovou a Política Nacional de Assistência Social, após amplo debate e atendendo ao cumprimento

das deliberações da IV Conferência Nacional de Assistência Social<sup>5</sup> e em 2005 é criado o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

O SUAS tem suas bases de implantação consolidadas por meio da Norma Operacional Básica (NOB/Suas), que apresenta claramente as competências de cada órgão federado. A NOB/SUAS, aprovada em 2005 pelo CNAS, apresenta os eixos estruturantes para a realização do pacto a ser efetivado entre os três entes federados e as instâncias de articulação, pactuação e deliberação, visando à implementação e consolidação do SUAS no Brasil. De acordo com Yazbek, o SUAS ocupa lugar importante na Política Nacional de Assistência Social sendo “considerado como requisito essencial para dar efetividade à assistência social como política pública” (2006, p.129).

O SUAS é um sistema nacional caracterizado pela gestão compartilhada e cofinanciamento das ações pelos governos federal, estadual e municipal. As ações do SUAS são organizadas tendo como referência o território e os programas e projetos são organizados em dois níveis de proteção: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial<sup>6</sup>. Essa divisão se dá de acordo com as situações de vulnerabilidades que se encontrem os indivíduos e famílias. As ações são desenvolvidas e coordenadas pelos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e Centros de Referência Especializados da Assistência Social (CREAS). Em consonância com o estabelecido pela PNAS a partir de 2005 o BPC passou a integrar a proteção social básica no âmbito do SUAS.

As ações no campo da Assistência Social continuam sendo objeto de discussão e de alterações. Recentemente, a legislação da Assistência Social no Brasil sofreu novas modificações através da Lei nº 12.435, de 6 de julho de 2011 que alterou vários artigos e adicionou outros dispositivos à LOAS. As mudanças principais estão relacionadas aos objetivos da assistência social, a definição de entidades e organizações de assistência, a inclusão do SUAS (definição e

---

<sup>5</sup> A IV Conferência Nacional de Assistência Social foi realizada em Dezembro de 2003 em Brasília.

<sup>6</sup> A Proteção Social Básica tem como objetivo a prevenção, por meio do desenvolvimento de potencialidades, aquisições e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. A Proteção Social Especial tem por finalidade proteger de situações de risco as famílias e indivíduos cujos direitos tenham sido violados ou que já tenha ocorrido rompimento dos laços familiares e comunitários.

objetivos), a inclusão dos tipos de proteção social (básica e especial) e dos CRAS e CREAS, a alteração na definição dos Benefícios Eventuais e dos Programas de Assistência (PAIF, Paeti e Peti <sup>7</sup>), e os artigos referentes ao BPC.

No que diz respeito ao BPC as principais alterações são a respeito da abrangência do grupo familiar (incluindo a figura do padrasto e madrasta na ausência de um dos pais) e da alteração do conceito de deficiência (incluindo a concepção de impedimento de longo prazo). Tais alterações, que serão retomadas posteriormente, podem ter desdobramentos significativos na concessão do benefício. A inclusão do padrasto e da madrasta pode significar um aumento na renda per capita familiar e, assim, dificultar ainda mais o acesso da população ao BPC. Por sua vez, a alteração do conceito de deficiência restringe o acesso ao benefício à pessoa com deficiência que tem impedimentos de longo prazo, entendido como prazo mínimo de 2 (dois) anos, essa questão gerou grande repercussão entre os Assistentes Sociais que atuam na Avaliação Social sendo intensamente criticado pelas entrevistadas.

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

O Benefício de Prestação Continuada<sup>8</sup> (BPC) é um benefício individual, não vitalício e intransferível que integra a Política Nacional de Assistência Social e se constitui na transferência mensal e temporária de renda no valor de um salário mínimo destinado ao idoso (com 65 anos de idade ou mais) e à pessoa com deficiência incapacitada para a vida independente e para o trabalho, que comprove não possuir meios de garantir o próprio sustento, nem tê-lo provido por sua família.

Para efeitos de concessão do BPC considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário-mínimo. Para o cálculo da renda

---

<sup>7</sup> PAIF (Serviço de Proteção de Atendimento Integral à Família), Paeti (Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos) e Peti (Programa de Erradicação do Trabalho Infantil)

<sup>8</sup> O BPC foi previsto e instituído pelos artigos 203 e 204 da Constituição Federal e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS (Lei 8742 de 07/12/93), Lei 12435 de 06/07/11, pelos decretos 6.214 (26/09/07), 6.564 (12/09/08) e 7.617 (17/11/11).

per capita a família<sup>9</sup> é composta pelo requerente, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto. Isso significa que apesar de ser um benefício individual o BPC insere o grupo familiar no cálculo da renda e ainda adota um critério de renda per capita bastante excludente, como já foi dito anteriormente.

Apesar da LOAS ter sido promulgada em 1993 o BPC só começou a ser concedido a partir de Janeiro de 1996 através dos “postos”<sup>10</sup> do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS). A data do início da concessão do BPC (02/01/96) foi, coincidentemente, a mesma data em que foi extinta a Renda Mensal Vitalícia (RMV). A RMV era um benefício previdenciário instituído pela Lei 6.179 de 11/12/74 e destinado aos idosos acima de 70 anos ou “inválidos necessitados” que não tinham trabalho remunerado, nem renda superior a 60% do salário mínimo. É importante esclarecer que a RMV foi extinta mas continua sendo paga pelo INSS para os beneficiários que já tinham conseguido o benefício. A partir da Lei Orçamentária Anual de 2004, os recursos para pagamento da RMV e despesas operacionais foram alocados no orçamento do Fundo Nacional de Assistência Social.

O INSS foi escolhido como órgão operacionalizador do BPC viabilizando certa aproximação entre duas políticas integrantes da Seguridade Social: Previdência e Assistência. Segundo Boschetti (2003), a justaposição da previdência e da assistência revela-se pela natureza de complementariedade inerente a estas políticas:

Enquanto a previdência se destinaria aos trabalhadores ‘capazes’ e em condições de exercer uma atividade laborativa e assim assegurar os direitos contributivos, a assistência, em tese, cobriria aqueles que, por ‘incapacidade’ ao trabalho (em decorrência de idade e/ou deficiência) ou por insuficiência de renda (ausência de trabalho ou baixa remuneração) não teriam acesso à previdência. São políticas destinadas a amparar aspectos ou manifestações diferentes de um mesmo fenômeno: a relação do homem com o trabalho (BOSCHETTI, 2003, p. 67).

---

<sup>9</sup> O conceito de família para fins de BPC foi modificado recentemente através da Lei 12.435/06/07/11.

<sup>10</sup> A nomenclatura “posto” foi substituída por “agência” do INSS

Assim, o trabalho é o critério que assegura a inclusão da população na previdência, ou seja, só têm acesso aos benefícios previdenciários aqueles que a partir do trabalho contribuíram para o INSS. Por outro lado, a incapacidade para o trabalho, devido à deficiência ou idade avançada, é o critério que assegura o direito à Assistência Social a partir do BPC, ou seja, os que estão impossibilitados de trabalhar e de contribuir passam a acessar este benefício previsto e financiado pela Assistência Social mas operacionalizado pelo INSS.

Podemos dizer que a operacionalização do BPC pelo INSS sempre foi vista com estranhamento pelos funcionários da Previdência. Esse estranhamento se dá principalmente quanto à questão da não contribuição para o órgão: se a pessoa não contribuiu como poderia ter direito a um benefício? Essa visão está pautada na lógica do seguro social e não na lógica do direito do cidadão e dever do Estado, é a “cidadania regulada”<sup>11</sup> onde só tem acesso aos benefícios aquele que está inserido no mercado de trabalho. Assim, previdência e assistência, marcadas por lógicas distintas, mas cuja base é a questão do trabalho, acabaram se aproximando por conta do BPC.

A escolha do INSS para operacionalização do BPC tinha como justificativa na época a presença do INSS em grande parte dos municípios brasileiros e a experiência acumulada com a organização e controle de benefícios previdenciários a nível nacional. Se por um lado para a população usuária a escolha do INSS como órgão operacionalizador facilitou o acesso devido à presença em todo o país, por outro, gera algumas interpretações equivocadas do benefício. Ainda é muito comum, embora esse quadro já esteja sendo alterado, a população referir-se ao BPC como benefício que conseguiu na Previdência e não na Assistência, confundindo o órgão operacionalizador com a Política que financia e organiza o benefício. Alguns deles de fato já foram segurados da previdência, mas perderam a qualidade de segurado, ou seja, não podem mais acessar os benefícios previdenciários pois pararam de contribuir para o INSS. Assim, o quadro de desemprego aliado a questão da doença e/ou idade acabam

---

<sup>11</sup> Cidadania Regulada (SANTOS, 1979) o conceito de cidadania está baseado não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional. São cidadãos todos aqueles membros da comunidade que estão localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que o trabalhador ocupa no processo produtivo, reconhecido por lei.

levando essa população a procurar o BPC como forma de garantir condições mínimas de sobrevivência.

No período de início da concessão do BPC a comprovação de inexistência da renda e da atividade remunerada <sup>12</sup> poderia ser realizada através da apresentação de declaração dos Conselhos de Assistência Social dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. Sendo admitido, nas localidades onde não existir Conselho de Assistência Social, declaração de profissionais assistentes sociais em situação regular junto aos Conselhos Regionais de Serviço Social, e de autoridades locais identificadas e qualificadas. As autoridades elencadas para este fim poderiam ser as mais diversas (juízes, juízes de paz, promotores de justiça, comandantes militares do Exército, Marinha, Aeronáutica e das Forças Auxiliares e delegados de polícia), uma lista considerável que excluía o próprio requerente. Esta legislação desencadeou uma intensa procura por essas “*autoridades locais*” e um grande número de requerimentos do benefício, porém estava baseada em uma concepção de tutela de terceiros e na não valorização da autonomia dos sujeitos que solicitavam o benefício.

O BPC para Pessoas com Deficiência naquele momento (1996) ainda não passava obrigatoriamente pela análise da Perícia Médica do INSS, a deficiência poderia ser comprovada por avaliação e laudo de equipe multiprofissional do SUS ou do INSS. Tal legislação vigorou da implantação do BPC (02/01/96) até agosto 1997 desencadeando um grande número de concessões do benefício. Essa legislação foi alterada pelo Decreto 1.473/97 convertido em Lei 9720/98 que inseriu obrigatoriamente a figura do médico perito na avaliação do BPC com intuito de “regular” a concessão do benefício ficando o requerente sujeito ao exame médico pericial e laudo realizados pelos serviços de perícia médica do INSS.

O BPC para o Idoso no momento da implantação tinha como critério a idade igual ou superior a 70 anos, a legislação previa que esse limite deveria ser reduzido para 67 anos após 24 meses do início da concessão e para 65 anos após 48 meses. Porém, a Lei 9.720/1998 estagnou o limite de idade em 67 anos por algum tempo o que significou uma redução no número de pessoas que puderam acessar o benefício nesse período. Apenas em 2004, a partir do Estatuto do Idoso

---

<sup>12</sup> Decreto 1744/95 artigo 12.

(Lei 10.741), que o limite de idade passou a ser de 65 anos de idade.

É importante ressaltar que essas reduções no critério de idade do BPC para idoso não se deram de forma simples e naturais, elas ocorreram devido a uma intensa mobilização e pressão dos grupos sociais interessados na questão. Uma grande conquista que merece destaque foi a garantida pelo Estatuto do Idoso que permitiu que dois idosos da mesma residência tivessem direito ao BPC, ou seja, que o benefício de um idoso não fosse computado na renda per capita para efeito de concessão do benefício para outro idoso da mesma residência.

O BPC para pessoas com deficiência também passou por algumas modificações ao longo de sua trajetória. Podemos dizer, de forma sucinta, que essas alterações ocorreram basicamente no que diz respeito ao conceito de deficiência e incapacidade e aos critérios de análise e avaliação para a concessão. O ano de 2009 pode ser considerado um marco para o benefício tendo em vista a introdução de novos parâmetros de avaliação da deficiência e incapacidade baseados na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). Entre as alterações ocorridas nesse período, destacamos a ampliação do conceito de deficiência que passou a ser entendido como fenômeno multidimensional que abrange limitação do desempenho de atividade e restrição da participação e a introdução da Avaliação Social na análise de concessão do BPC.

### **2.3.1 - A Importância do Benefício de Prestação Continuada**

De acordo com dados do MDS no ano de 2011 os recursos destinados para pagamento do benefício chegaram a R\$ 22.854.838.824. Em Janeiro de 2012 o número de BPC's mantidos no Brasil é de 3.618.056 benefícios, sendo 1.922.651 para PcD e 1.695.405 para Idosos. O quadro abaixo demonstra o crescimento do BPC desde sua implantação em 1996 até Janeiro de 2012.

Quadro 1 - Evolução do número de beneficiários do BPC no país (1996-2012)

Ano	Total	PcD	% PcD	Idoso	% Idoso
1996	346.219	304.227	87,87	41.992	12,13
1997	645.894	557.088	86,25	88.806	13,75
1998	848.299	641.286	75,59	207.031	24,41
1999	1.032.573	720.274	69,76	312.299	30,24
2000	1.209.927	806.720	66,68	403.207	33,32
2001	1.339.119	870.072	64,97	469.047	35,03
2002	1.560.854	976.257	62,55	584.597	37,45
2003	1.701.240	1.036.365	60,92	664.875	39,08
2004	2.061.013	1.127.849	54,72	933.164	45,28
2005	2.277.365	1.211.761	53,21	1.065.604	46,79
2006	2.477.485	1.293.645	52,22	1.183.840	47,78
2007	2.680.823	1.385.107	51,67	1.295.716	48,33
2008	2.934.472	1.510.682	51,48	1.423.790	48,52
2009	3.166.845	1.625.625	51,33	1.541.220	48,67
2010	3.401.541	1.778.345	52,28	1.623.196	47,72
2011	3.595.337	1.907.511	53,05	1.687.826	46,95
2012*	3.618.056	1.922.651	53,14	1.695.405	46,86

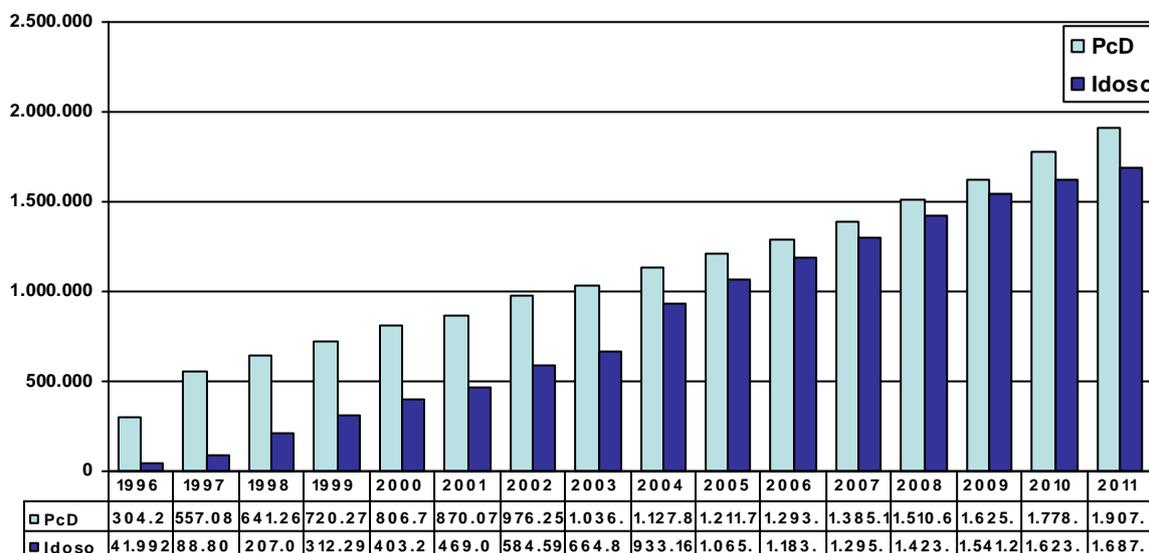
Fonte: [http://www.mds.gov.br/relocrys/bpc/download\\_beneficiarios\\_bpc.htm](http://www.mds.gov.br/relocrys/bpc/download_beneficiarios_bpc.htm)

Elaboração Própria. \* Os dados de 2012 referem-se ao mês de Fevereiro

Estes dados apontam alguns aspectos importantes que nos indicam que em quinze anos de sua implantação, ou seja, de 1996 até 2011, BPC cresceu de 346.219 benefícios em 1996 para um número de 3.595.337 em 2011. Atualmente o benefício tem uma significativa cobertura atendendo mais de três milhões e meio de pessoas em todo o Brasil. No que diz respeito às categorias Idoso e PcD observa-se que no início da concessão o BPC para PcD era predominante, cerca de 87% enquanto que o benefício para o Idoso era de apenas 12% do total de dos BPCs no país. Esse quadro foi sendo alterado ao longo dos anos e hoje o percentual é relativamente mais equilibrado, sendo aproximadamente 53% de benefícios para PcD e 47% de BPCs para idosos. O crescimento do benefício por categoria (idosos e pessoas com deficiência) se deu de forma diferenciada ao longo de sua trajetória tendo em vista mudanças na legislação que serão analisados posteriormente.

A evolução do percentual do BPC por categoria pode ser visualizada de forma mais clara no gráfico a seguir:

Gráfico 1 - Evolução do número de beneficiários do BPC por categoria (1996-2011)



Fonte: [http://www.mds.gov.br/relocrys/bpc/download\\_beneficiarios\\_bpc.htm](http://www.mds.gov.br/relocrys/bpc/download_beneficiarios_bpc.htm)

Elaboração própria.

A prevalência do número de benefícios para pessoas com deficiência é visível, mas o BPC para idoso vem crescendo significativamente desde 1996. O aumento do número de benefícios para idosos em alguns períodos pode ser explicado por mudanças na legislação. Em 1997 foram registrados 88.806 benefícios, tal número dá um enorme salto em 1998 para 207.031 benefícios devido à redução da idade de 70 anos para 67 anos através da Lei 9.720/98. Em 2004 também ocorreu um aumento significativo no número de benefícios tendo em vista a redução do limite de idade para 65 anos através da Lei 10.741 (Estatuto do Idoso).

Embora as críticas e limitações do BPC relacionadas ao limite de renda per capita, já citadas anteriormente, sejam recorrentes na literatura não podemos deixar de considerar esses dados, a magnitude do BPC e sua importância como forma de garantir a sobrevivência e preservar direitos, propiciando um mínimo de dignidade às pessoas atendidas.

Nesse sentido, destacamos alguns estudos que demonstram aspectos importantes do benefício. É importante ressaltar que o nosso objetivo aqui não é realizar uma avaliação da efetiva positividade ou negatividade do programa em si, mas sim trazer alguns argumentos que possam contribuir para uma análise da questão de forma mais produtiva.

O primeiro estudo a ser observado é a pesquisa realizada pelo IPEA em 2006 (Programas de Transferência de Renda no Programas de Transferência de Renda no Brasil: impactos sobre a desigualdade<sup>13</sup>) que indicou a potencialidade do BPC como transferência de renda que contribui para a redução da pobreza. Segundo a referida pesquisa, o BPC é um programa que tem uma surpreendente capacidade de atender aos extremamente mais pobres. Comparando o BPC no mesmo grupo de aposentadorias e pensões vinculadas ao salário mínimo a pesquisa apontou:

enquanto o BPC e as pensões e aposentadorias vinculadas ao salário mínimo são capazes de tirar grande parte das famílias beneficiadas da indigência e da pobreza, os outros programas de transferências de renda melhoram a situação dessas famílias, porém sem necessariamente deslocá-las para acima da linha de pobreza.

(SOARES, F. V. *et al*, 2006, p. 15)

Além disso, no período de 1995 a 2004 a pesquisa também indicou que “as aposentadorias e pensões vinculadas ao piso previdenciário, o BPC e os demais programas de transferência, são diretamente responsáveis por uma redução de 7 pontos percentuais na pobreza e na indigência”. (SOARES, *et al*, 2006, p. 15).

Esses dados demonstram a importância do BPC como forma de garantir uma melhor qualidade de vida aos segmentos atendidos, e sua potencialidade, ao lado de outros benefícios, na redução da pobreza e indigência em nosso país.

Falar em diminuição dos índices de pobreza e de indigência no Brasil parece algo ilusório, porém, essa e outras pesquisas têm demonstrado aquilo que parecia inatingível. Segundo Pochmann (2010), entre os anos de 2004 e 2009 ocorreu “uma ampliação da renda das famílias, sobretudo daquelas situadas na

---

<sup>13</sup> SOARES, F.V.; SOARES, S.; MEDEIROS, M.; OSÓRIO, R.G. Programas de transferências de Renda no Brasil: impactos sobre a desigualdade. Apresentado no encontro da ANPEC em 2006, texto para discussão 1228/IPEA.

base da pirâmide social, em decorrência do papel ativo das políticas públicas.” (2010, p. 642).

O autor ressalta ainda que entre 2003 e 2008 o rendimento médio familiar per capita na base da distribuição da renda no Brasil, ou seja, o grupo dos 10% mais pobres cresceu 9,1% ao ano em média, em primeiro lugar, devido ao aumento do valor do salário mínimo e na sequência devido a política de transferência direta de renda aos diversos segmentos vulneráveis (idosos, portadores de necessidades especiais, desempregados e pobres) por meio da Previdência e Assistência Social. (POCHMANN, 2010, P.643).

Sendo assim, observamos a importância das políticas públicas, em especial as de transferência de renda, no cenário nacional no sentido de possibilitar uma melhora na condição de vida da população mais empobrecida.

De acordo com Silva (2004), os Programas de Transferência de Renda passaram a se constituir no início do século XXI como “a estratégia principal no eixo da Política de Assistência Social do Sistema Brasileiro de Proteção Social na atualidade.” (SILVA, 2004, p.33). Segundo a autora, existem duas orientações para os Programas de Transferência de Renda que vêm inspirando o debate e as experiências brasileiras. Na primeira, os programas de transferência de renda têm características compensatórias e residuais baseadas em fundamentos liberais/neoliberais, com o objetivo de atenuar os efeitos mais perversos da pobreza e da desigualdade e tendo como orientação a focalização na extrema pobreza. Por outro lado, na segunda a transferência de renda é vista enquanto programa de redistribuição de renda, orientada pelo critério da Cidadania Universal com fundamentos redistributivos e visando a garantia de uma vida digna para todos.

Ainda que os níveis de pobreza estejam em declínio e os Programas de Transferência de Renda sejam apontados como fatores importantes para essa redução, eles não podem estar associados a uma focalização nos extremamente pobres de modo a minorar a situação dessa população e exibir níveis de pobreza e indigência mais aceitáveis internacionalmente, ou seja, uma “pobreza controlada” que se baseia apenas no critério de renda.

Para Amartya Sen (2000 e 2001), a pobreza é uma das formas de privação da liberdade humana, ao lado de outras fontes de privação tais como tirania, carência de oportunidades econômicas, destituição social sistemática, negligência dos serviços públicos e intolerância ou interferência excessiva de Estados repressivos. Enquanto forma de privação da liberdade humana, a pobreza é compreendida pelo autor não apenas como inadequação de renda, mas como privação das capacidades fundamentais, da qual a falta de renda é a principal causa, mas não a única. Assim, o conceito de pobreza é muito mais amplo e não se reduz à ausência ou insuficiência de renda, concepção reducionista em que se baseia o estabelecimento de *linhas de pobreza*.

Sabemos que as expressões da questão social (pobreza, exclusão, desigualdade) sempre foram muito presentes na história de nosso país, aqui a problemática da pobreza é visível e está diretamente relacionada com a desigualdade social. De acordo com Henriques (2000), o Brasil não é um país pobre, mas ao contrário, um país injusto com muitos pobres, onde a desigualdade é o principal determinante dos elevados níveis de pobreza com que vivemos.

Assim, reconhecemos a importância do BPC e de outros programas de transferência de renda na implementação da Política de Assistência Social no Brasil e na diminuição da pobreza, mas se a pobreza não é definida única exclusivamente como carência de renda, os Programas de Transferência de Renda devem estar articulados com outras políticas que possibilitem a garantia do acesso à educação e saúde de qualidade, habitação, saneamento básico, etc.

Outro estudo sobre o BPC que merece destaque é a “Pesquisa de Avaliação do BPC” realizada pelo Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da UFF em cumprimento a um acordo com a Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação do MDS. O trabalho de campo foi realizado através de entrevistas com os beneficiários, usuários (pessoas que tiveram o benefício negado), os três segmentos das agências do INSS (responsáveis pelas agências, servidores administrativos e peritos), as gerências executivas do INSS, as Secretarias Municipais de Assistência Social e os Conselhos Municipais de Assistência Social nos estados do Rio de Janeiro, Espírito Santo, Minas Gerais e São Paulo. (LOBATO *et al*, 2007).

Os resultados da pesquisa apontaram a importância do BPC para a manutenção de condições mínimas de vida para segmentos extremamente vulnerabilizados como os idosos e pessoas portadoras de deficiência, chamando a atenção para a importância do benefício como componente central da política de assistência social em anos recentes. Além disso, a pesquisa demonstrou que os agentes do INSS não viam com bons olhos a operacionalização do benefício e preferiam que essa não fosse de sua responsabilidade; destacou o papel irrisório da assistência social nos municípios na atenção aos beneficiários do BPC e que o controle social (praticamente inexistente em relação ao BPC) seria um importante mecanismo na inserção dos beneficiários em uma rede ampla de proteção social prevista no SUAS. Quanto aos beneficiários do BPC, a pesquisa apontou a prevalência de mulheres, negros e indivíduos solteiros. Os problemas mais graves (na época) referiam-se à perícia médica e seus indeferimentos e à falta de clareza quanto aos critérios de incapacidade:

Quanto aos critérios de incapacidade, mesmo entre os peritos, é importante a concordância com sua falta de clareza, o que abre espaço para iniquidades de toda ordem, já que a concessão passa a depender fortemente da avaliação subjetiva do perito. Todos os segmentos envolvidos na gestão e no controle social concordam que a perícia médica não leva em consideração a condição social do indivíduo. E, de fato, nem deveria acontecer, já que seria uma responsabilidade além de sua função (LOBATO *et al*, 2007, p.466).

Assim, a pesquisa demonstrou a importância e a centralidade do BPC na política de Assistência Social, mas não deixou de indicar os problemas graves relativos à perícia médica no que diz respeito a falta de clareza na avaliação dos peritos, possibilitando “*iniquidades de toda ordem*”, problemas esses que foram objeto de críticas intensas que se desdobraram nas mudanças na avaliação da deficiência, que serão discutidas posteriormente. O que nos chama a atenção é que o trabalho aponta que todos os segmentos envolvidos concordam que a perícia médica não leva em consideração a condição social dos indivíduos e, certamente, não seria atribuição desse profissional. Mas então de quem seria? Esses dados demonstram que já estava sendo sinalizado um vácuo na avaliação do BPC, um espaço ainda não ocupado por um saber ou profissão com condições e competência profissionais capazes para analisar a condição social dos requerentes e a relação da deficiência com os aspectos sociais que envolve a vida desses

sujeitos.

Não esquecendo as limitações descritas anteriormente, ressaltamos a importância do BPC dentre os programas de transferência de renda no Brasil, que de fato possibilitam uma melhoria nas condições de vida da população conforme apontados anteriormente. O BPC pode ser considerado um componente importante da política de assistência social na atualidade, principalmente nos que diz respeito à inserção no campo do direito e ao valor da cobertura. O valor do BPC equipara-se ao salário mínimo (embora esse ainda não seja suficiente para a manutenção de uma família com dignidade) e o critério de acesso ao benefício, ainda que seja objeto de críticas, não é regido pelo favor ou clientelismo como na história recente da assistência (antes de 1988), ele é um direito social reclamável e garantido constitucionalmente.

### **2.3.2 - O BPC para pessoas com deficiência**

O BPC para pessoas com deficiência é a garantia de um salário mínimo mensal aqueles que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção nem de tê-la provida por sua família. Em um primeiro momento, quando foi instituído o BPC, pessoa portadora de deficiência era definida como:

aquela incapacitada para a vida independente e para o trabalho em razão de anomalias ou lesões irreversíveis de natureza hereditárias congênitas ou adquiridas, que impeçam o desempenho das atividades da vida diária e do trabalho. (BRASIL, 1995)

Na época da implantação do BPC a deficiência era comprovada por avaliação e laudo de equipe multiprofissional do SUS ou do INSS. Na inexistência de equipe multiprofissional no município, o beneficiário poderia apresentar, no mínimo, dois pareceres técnicos, sendo um emitido por profissional da área médica, e outro por profissional das áreas terapêutica ou educacional.

Essa legislação vigorou desde a implantação do BPC (1996)

desencadeando um grande número de concessões do benefício, mas foi alterada em agosto de 1997<sup>14</sup> quando foi inserida obrigatoriamente a figura do médico perito na avaliação do benefício com intuito de “regular” a concessão. A partir de então, o requerente ao BPC deveria se submeter ao exame médico pericial realizado pelo serviço de perícia médica do INSS para analisar a existência ou não de deficiência e incapacidade para o trabalho e vida independente.

Esse modelo de avaliação médico pericial para do BPC foi intensamente criticado e tornou-se objeto de reivindicações da sociedade civil e deliberações das Conferências Nacionais de Assistência Social. É importante ressaltar o papel significativo das conferências de assistência não apenas em relação ao BPC, mas ao conjunto de conquistas na Política de Assistência Social no Brasil. De acordo com Carvalho (2006), merecem destaque as cinco Conferências Nacionais de Assistência Social, realizadas nos últimos dez anos, que deliberaram, avaliaram e propuseram novas bases de regulação da Política de Assistência Social, contribuindo com a “formação de competências de gestão, consensos e avanços nesta política”.

Além das conferências, levantamentos e pesquisas também apontaram alguns problemas na avaliação da deficiência e incapacidade pela perícia médica do INSS. O Relatório do Encontro Nacional sobre Gestão do Benefício Assistencial de Prestação Continuada, realizado em 2004, ao abordar as questões presentes na avaliação da perícia médica do INSS, apontou: divergência no entendimento de incapacidade para a vida independente e para o trabalho; entendimento distorcido dos médicos peritos quanto ao conceito de incapacidade; necessidade de incluir o parecer do Assistente Social na concessão e revisão do benefício, etc. (BRASIL, 2004:15).

Outro importante estudo a ser destacado é o Levantamento de dados realizado pela SNAS/MDS, em Janeiro de 2005, que constatou que do total de benefícios requeridos pelas pessoas com deficiência, apenas 37,16% foram concedidos. Sendo que dos 62,84% requerimentos negados, 40,93% tiveram como causa o indeferimento pela perícia médica do INSS em função da “não caracterização de existência de incapacidade do requerente” para a vida independente e para o trabalho. O levantamento também apontou um alto grau de

---

<sup>14</sup> MP 1.473/97 convertido em Lei 9720/98

variação na avaliação médica. A percepção dessa ocorrência alertou para a necessidade de realizar estudos para a avaliação das pessoas com deficiência para acesso ao BPC já que o Brasil não dispõe de metodologia unificada para a classificação de deficiências e avaliação de incapacidades com vistas ao acesso aos distintos serviços, programas e benefícios garantidos pelas políticas públicas.

Além do Levantamento de dados realizado pela SNAS/MDS (2005) e do Relatório do Encontro Nacional sobre Gestão do Benefício Assistencial de Prestação Continuada (2004), outros estudos apontam para problemas relativos à avaliação da deficiência para o BPC. O significado de incapacidade para a vida independente das pessoas com deficiência requerentes do BPC foi objeto de discussão e crítica por alguns autores (DINIZ *et al*, 2007; MEDEIROS *et al*, 2006; SQUINCA, 2007; DINIZ *et al*, 2009).

De acordo com Diniz (2009), a perícia médica é uma peça central à avaliação dos contornos dos corpos deficientes para a proteção social. No entanto, o conceito de deficiência não se resume a um catálogo de lesões, deficiências ou doenças para determinar qual corpo é incapaz para a vida independente e para o trabalho:

Deficiência não é apenas um conceito médico ou a corporificação de uma classificação de disfuncionalidade: é principalmente a expressão de uma relação complexa entre corpo e sociedade, em que estigmas, exclusão e opressão operam. (DINIZ *et al*, 2009, p.21).

Para a autora existem gravidades e sutilezas nas condições de saúde e doença que vão além da avaliação puramente biológica, o que demonstra a insuficiência da narrativa biomédica para classificar os corpos e estabelecer critérios de elegibilidade para o benefício.

Diniz *et al* (2007) apresenta uma interessante pesquisa com os médicos peritos do INSS sobre o questionário de avaliação da deficiência e da incapacidade para o BPC, os resultados do estudo demonstraram que 47% deles consideram o questionário de avaliação ineficiente ou menos que eficiente, e somente 5% acreditavam que o questionário é muito eficiente para o processo de

seleção. (DINIZ *et al*, 2007, p. 2594).

A pesquisa também apontou que os médicos peritos do INSS tinham critérios diversificados para realizar a avaliação médico-pericial da deficiência e incapacidade para o trabalho e para a vida independente e que quanto mais padronizada fosse a seleção, maiores seriam as chances de “objetividade” no acesso ao programa.

Quanto ao conceito de deficiência, Medeiros (2009) enfatiza que não há unicidade no que se entende por pessoa com deficiência e muito menos uma definição operacional que permita sua identificação, mas nos últimos anos emerge o entendimento de que: “a deficiência não pode ser identificada apenas por atributos corporais dos indivíduos, devendo sim ser entendida como resultado da interação dos atributos corporais, atributos sócio-econômicos e o meio em que vive a pessoa”. (MEDEIROS, 2009, p.364).

É importante ressaltar que a conceituação de pessoa com deficiência sofre alterações na nomenclatura: pessoa com necessidades especiais, pessoa portadora de deficiência, pessoa com deficiência. Não só a nomenclatura mas o olhar e a conceituação sobre a deficiência também são objeto de análises e de mudanças.

A literatura aponta a existência de dois modelos (visões) sobre a deficiência (DINIZ, 2007; GUEDES *et al*, 2006; BARBOSA *et al*, 2009). No “modelo médico”, a incapacidade é vista como um problema da pessoa, consequência direta de uma doença, de um traumatismo ou de outro problema de saúde. Já no chamado “modelo social”, a incapacidade é entendida, principalmente, como um problema criado pela sociedade e uma questão de inclusão completa dos indivíduos. Assim, a incapacidade não é vista como um atributo da pessoa, mas uma consequência de um conjunto complexo de situações que podem ser criadas pelo ambiente social.

As principais críticas em relação a avaliação da perícia médica para o acesso ao BPC era de que o modelo de avaliação da deficiência e da incapacidade, baseado no “modelo médico”, mostrava-se inadequado ao enfatizar a deficiência como atributo da pessoa, sem considerar outras dimensões presentes no estado de saúde e com insuficiente grau de uniformização.

Além disso, cabe destacar a ação civil pública movida pelo Ministério

Público Federal e pela Defensoria Pública da União contra o INSS, em 2007, que apontou que a capacidade para praticar os atos da vida diária (banhar-se, comer, vestir-se), por si só, não é determinante para o indeferimento do benefício. (BRASIL, 2007a). O que significou uma interferência do poder judiciário na interpretação da legislação e na avaliação da perícia médica de forma a garantir o direito da população.

Dessa forma, tendo em vista as críticas, reivindicações e estudos citados anteriormente, foi recomendada a constituição de um grupo de trabalho e pesquisa sobre classificação de deficiências e avaliação de incapacidade com vistas à proposição de parâmetros e procedimentos unificados de avaliação das pessoas com deficiência para o acesso ao BPC.

O Ministério de Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e o Ministério da Previdência Social (MPS) instituíram um grupo de trabalho interministerial (GTI)<sup>15</sup> composto por técnicos do MDS e do INSS, médicos, assistentes sociais, bem como especialistas nas áreas de políticas públicas e atenção às pessoas com deficiência. O GTI realizou estudos sobre a legislação deste benefício e suas alterações. Após análise, concluiu que a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF - era o instrumento mais moderno e mais abrangente, e o único capaz de atender à avaliação do maior conjunto de variáveis envolvidas com o binômio deficiência/incapacidade. Esse novo modelo incorporou uma abordagem multidimensional da funcionalidade, da incapacidade e da saúde. Considerou também, a acessibilidade e a participação da pessoa com deficiência na sociedade, em consonância com a tendência mundial de atentar para os fatores biopsicossociais, sendo a saúde compreendida sob uma perspectiva biológica, individual e social. (BRASIL, 2007c).

Isso significou uma mudança na conceituação de deficiência e nos fundamentos da própria legislação que norteia o BPC. O olhar sobre a pessoa com deficiência passou a contemplar não apenas a estrutura do corpo afetada mas também a sua relação com o contexto socioambiental em que os sujeitos estão inseridos.

Farias e Buchalla (2005), explicam a origem da CIF a partir da revisão da

---

<sup>15</sup> Através da por meio da Portaria Interministerial nº 001, de 15 de junho de 2005.

classificação anterior utilizada pela Organização Mundial de Saúde (Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID)). Em 2001, a OMS aprovou a atual classificação (CIF) com o objetivo de fornecer uma linguagem padronizada e um modelo para a descrição da saúde e dos estados relacionados à saúde. O modelo da CIF substituiria o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade como atributo da pessoa, considerando o contexto ambiental onde as pessoas vivem. A CIF representaria uma mudança de paradigma para se pensar e trabalhar a deficiência e a incapacidade, constituindo um instrumento importante para avaliação das condições de vida e para a promoção de políticas de inclusão social.

A CIF permite classificar, em nível mundial, a funcionalidade, a saúde e a deficiência do ser humano, estabelecendo outros paradigmas em contraposição às ideias tradicionais sobre saúde e deficiência. A CIF foi aceita como uma das classificações sociais da Organização das Nações Unidas (ONU), incorpora as Normas Uniformes sobre a Igualdade de Oportunidades para Pessoas com Deficiência e é adotada por 191 países, entre os quais o Brasil, como nova norma internacional para descrever e avaliar a funcionalidade, a incapacidade e a saúde (BRASIL, 2007c, p. 31). Essa nova classificação propõe um mecanismo para identificar o impacto do ambiente social e físico sobre a funcionalidade da pessoa.

As mudanças propostas pelo GTI e a indicação da CIF como instrumento que nortearia a avaliação da deficiência para o BPC foram publicadas em um documento chamado “*Avaliação de pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – Um novo instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde*”. Considerando o ambiente social em que os sujeitos estão inseridos, essa nova visão não se restringe a analisar a questão da deficiência e incapacidade pura e simples, mas também o impacto dos aspectos ambientais e sociais na definição dos níveis de incapacidades para a vida independente e para o trabalho.

Medeiros (2009) partindo da concepção mais ampla da deficiência propõe uma definição de incapacidade para o trabalho e para a vida independente que além de levar em conta os atributos corporais das pessoas, tenta considerar também sua interação com o meio em que vivem. O autor analisando a conceituação da deficiência para acesso ao BPC considera que o benefício está em

consonância com o debate atual, pois “a legislação determina que a definição de incapacidade leve em conta a interação entre a pessoa e seu ambiente físico e social” (MEDEIROS, 2009, p.364). Assim, podemos dizer que a adoção de novos parâmetros de avaliação para o acesso ao BPC baseados na CIF está articulada com a discussão atual da literatura sobre deficiência.

A proposição de novos parâmetros e procedimentos unificados de avaliação das pessoas com deficiência para o acesso ao BPC foi traduzida em lei através do decreto 6.214/07:

Art. 16 A concessão do benefício à pessoa com deficiência ficará sujeita à avaliação da deficiência e do grau de incapacidade, com base nos princípios da Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde - CIF, estabelecida pela Resolução da Organização Mundial da Saúde no 54.21, aprovada pela 54a Assembléia Mundial da Saúde, em 22 de maio de 2001.

§ 1o A avaliação da deficiência e do grau de incapacidade será composta de avaliação médica e social.

§ 2o A avaliação médica da deficiência e do grau de incapacidade considerará as deficiências nas funções e nas estruturas do corpo, e a avaliação social considerará os fatores ambientais, sociais e pessoais, e ambas considerarão a limitação do desempenho de atividades e a restrição da participação social, segundo suas especificidades.

§ 3o As avaliações de que trata o § 1o serão realizadas, respectivamente, pela perícia médica e pelo serviço social do INSS.

§ 4o O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o INSS implantarão as condições necessárias para a realização da avaliação social e a sua integração à avaliação médica. (BRASIL: 2007b)

O Art. 50 do Decreto 6.214/2007 previa que o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o INSS teriam até 31 de julho de 2008 para implementar a avaliação da deficiência e do grau de incapacidade prevista no art. 16. Contudo, as alterações trazidas pelo Decreto nº 6.564/2008 alteram esse prazo para 31 de Maio de 2009.

Como o quadro do INSS não contava com profissionais de Serviço Social suficientes para realizar a avaliação social a nível nacional, em 2008 foi realizado

um Concurso Público para o cargo de Analista do Seguro Social com formação em Serviço Social com a oferta de 900 vagas <sup>16</sup>.

Podemos ressaltar outras mudanças introduzidas pela legislação tais como: no caso do requerente ser pessoa em situação de rua deve ser adotado como referência o endereço do serviço socioassistencial ou na falta deste, de pessoas com as quais mantém relação de proximidade (Artigo 13 § 6º); a possibilidade de acumulação do BPC com pensão de natureza indenizatória (Artigo 5º); a compatibilidade do BPC com o desenvolvimento de capacidades e habilidades (Art. 24); a possibilidade de retorno ao BPC após experiência de participação no mercado de trabalho (Art. 25), etc.

Essas mudanças significam um avanço na legislação apresentando um pouco mais de flexibilidade na norma. O atendimento às pessoas em situação de rua que, na maioria das vezes não tem endereço fixo, é um problema muito comum no âmbito da assistência, agora a rede socioassistencial ou pessoas próximas podem ser utilizadas como endereço de referência para o benefício (correspondência, comunicação com o beneficiário, etc.). Além disso, a possibilidade de retorno ao BPC após uma experiência no mercado de trabalho faz com que o beneficiário em condições de desenvolver capacidades laborativas se sinta mais seguro ao tentar uma inserção no mercado de trabalho, caso não consiga permanecer nele, por vários motivos ou se a limitação se agravar, ele tem a possibilidade de requerer novamente o BPC.

As mudanças previstas no Decreto 6214/07 foram finalmente implementadas em 2009. A partir daí, a avaliação para o BPC passou a considerar os fatores ambientais, a limitação do desempenho e a participação social, preconizando assim um novo olhar sobre as pessoas com deficiência.

Art. 4º Para os fins do reconhecimento do direito ao benefício, considera-se:

.....  
 II - pessoa com deficiência: aquela cuja deficiência a incapacita para a vida independente e para o trabalho;

<sup>16</sup> A realização do concurso de assistentes sociais para o INSS foi objeto de mobilizações do CFESS e CRESS. Por força dos decretos 6.214 e 6.564 e espera pela chegada e treinamento dos novos assistentes sociais provenientes do concurso, a avaliação do BPC para pessoas com deficiência ficou estagnada de maio a agosto de 2009, só retornando em primeiro de setembro do referido ano.

III - incapacidade: 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)

Porém, a legislação da assistência tem uma dinâmica muito intensa, quando ainda pairava no ar a “novidade” a respeito das mudanças na conceituação e avaliação da deficiência e da incapacidade para acesso ao BPC novas alterações surgiram. Em 2011, como já foi citado anteriormente, ocorreram outras alterações na legislação referente ao BPC: o Decreto nº 7.617 de 17/11/11 que alterou o Regulamento do BPC, ou seja, o Decreto nº 6.214/2007 e a Lei 12.435 de 06/07/11 que alterou a LOAS.

Na nova legislação, apesar do conceito de incapacidade não ter sido modificado, a pessoa com deficiência, para fins de reconhecimento do direito ao BPC, passou a ser definida tendo como base o conceito de impedimento de longo prazo:

Art. 4º Para os fins do reconhecimento do direito ao benefício, considera-se: .....

II - 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, 2011).

É considerado impedimento de longo prazo “*aqueles que incapacitam a pessoa com deficiência para a vida independente e para o trabalho pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos*”. O avanço da legislação anterior no que diz respeito à conceituação de pessoa com deficiência parece ter sido restringido a uma definição: impedimento de longo prazo. Assim, o requerente que se enquadre em uma deficiência que possa produzir efeitos por dois anos tem acesso ao BPC e os outros não. A questão central é como a análise pericial pode caracterizar e, de certa forma “prever” um impedimento de curto, médio ou longo prazo de forma tão exata, principalmente se esta informação pode ser considerada crucial para o deferimento ou não do benefício, para a concretização ou não do direito. A introdução do conceito de impedimento de longo prazo tem sido objeto de críticas pelos assistentes sociais, ela pode significar um retrocesso na avaliação do BPC a

partir do momento em que retoma para as mãos do médico perito o poder decisório na concessão do benefício.

A nova legislação também alterou o conceito de família<sup>17</sup> para cálculo da renda per capita para efeito do BPC:

Art. 20. ....

§ 1o Para os efeitos do disposto no caput, a família é composta pelo requerente, o cônjuge ou companheiro, os pais e, na ausência de um deles, a madrasta ou o padrasto, os irmãos solteiros, os filhos e enteados solteiros e os menores tutelados, desde que vivam sob o mesmo teto. (BRASIL, 2011b).

O novo conceito de família incluiu a figura do padrasto e da madrasta para o cômputo da renda no caso de ausência de um dos pais. Essa inclusão pode gerar um aumento na renda familiar e dificultar ainda mais o acesso da população a um benefício que já está pautado em um limite bastante excludente como a renda per capita abaixo de ¼ do salário mínimo.

As últimas alterações na legislação do BPC não podem ser consideradas tão positivas quanto as de 2007 que introduziram uma visão mais ampla da deficiência e novos parâmetros de avaliação. Muito pelo contrário, o conceito de pessoa com deficiência baseado no impedimento de longo prazo e a alteração do conceito de família podem ser consideradas medidas na norma legal com uma direção clara de restrição do acesso. São outros elementos de restrição do acesso ao BPC que vão se somar ao critério de renda, que por si só já está definido de acordo com padrões bastante excludentes.

Falar de renda per capita inferior a ¼ do salário mínimo parece algo um pouco abstrato, mas quando traduzimos isso em valores a questão ganha uma clareza que nos auxilia melhor na análise. Considerando o valor do salário mínimo atual, em Janeiro de 2012, de R\$ 622,00 (seiscentos e vinte e dois reais) a renda mensal por membro da família para ter acesso ao BPC deve ser inferior a R\$ 155,50, ou seja, cada membro da família deve sobreviver por todo o mês com

---

<sup>17</sup> O conceito de família anterior disposto no Decreto 6214/07 era: conjunto de pessoas que vivem sob o mesmo teto, assim entendido, o requerente, o cônjuge, a companheira, o companheiro, o filho não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido, os pais, e o irmão não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido.

uma quantia inferior a R\$155,50. Em outras palavras, seria um salário mínimo para cinco pessoas sobreviverem por todo o mês garantindo o sustento, alimentação, moradia, vestuário, etc. Consideramos que o critério de renda per capita é muito seletivo, uma pequena modificação no termo inferior para igual já significaria um pequeno avanço. Assim, se o critério de renda per capita fosse igual a  $\frac{1}{4}$  do salário, ou seja, um salário para quatro pessoas já haveria uma ampliação do acesso ao benefício.

Segundo Sposati, o critério seletivo adotado para a operacionalização do BPC termina por diluir o caráter universal constitucionalmente estabelecido, torna o benefício a garantia de um mínimo operacionalmente tutelado, um quase direito, na medida em que o seu acesso é submetido a forte seletividade de meios comprobatórios que vão além da manifesta necessidade do cidadão. (2004, p.126).

Nesse sentido, observamos que os critérios estabelecidos para a concessão do benefício implicam em mecanismos que dificultam o acesso e impõe barreiras àqueles que teriam direito ao BPC. O alto grau de seletividade reproduz a lógica da diminuição do direito e da restrição do acesso.