

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS, AMBIENTAIS E BIOLÓGICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DE POLÍTICAS  
PÚBLICAS E SEGURANÇA SOCIAL  
CURSO DE MESTRADO PROFISSIONAL

**BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC) PARA PESSOAS  
COM DEFICIÊNCIA EM CRUZ DAS ALMAS-BA: UMA ANÁLISE  
SOBRE OS DESAFIOS DA INTERSETORIALIDADE ENTRE AS  
POLÍTICAS DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL**

ELINE PEIXOTO DE SANTANA

CRUZ DAS ALMAS – BAHIA  
FEVEREIRO – 2016

ELINE PEIXOTO DE SANTANA

**BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC) PARA  
PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM CRUZ DAS ALMAS-BA: uma  
análise sobre os desafios da intersectorialidade entre as políticas de  
Previdência e Assistência Social**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), no curso Mestrado Profissional, como requisito final para a obtenção do título de mestre.

Professor Orientador: Dr. Edgilson Tavares de Araújo

CRUZ DAS ALMAS - BA  
FEVEREIRO - 2016

## FICHA CATALOGRÁFICA

S232b	<p>Santana, Eline Peixoto de.</p> <p>Benefícios de prestação continuada (BPC) para pessoas com deficiência em Cruz das Almas-BA: uma análise sobre os desafios da intersectorialidade entre as políticas de Previdência e Assistência Social / Eline Peixoto de Santana._ Cruz das Almas, BA, 2015. 163f.; il.</p> <p>Orientador: Edgilson Tavares de Araújo.</p> <p>Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências Agrárias, Ambientais e Biológicas.</p> <p>1.Deficientes – Política na assistência social. 2.Deficientes – Benefícios previdenciários. 3.Serviço social – Avaliação. I.Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências Agrárias, Ambientais e Biológicas. II.Título.</p> <p>CDD: 364.442</p>
-------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS, AMBIENTAIS E BIOLÓGICAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM  
GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E SEGURANÇA SOCIAL**

**COMISSÃO EXAMINADORA DA DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE  
ELINE PEIXOTO DE SANTANA**

---

Prof. Dr. Edgilson Tavares de Araújo  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB (Orientador)

---

Profa. Dra. Susana Couto Pimentel  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB

---

Profa. Dra. Sílvia de Oliveira Pereira  
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB

Dissertação homologada pelo Colegiado do Curso de Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social em ...../...../....., conferindo o Grau de Mestre em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social.

*Podemos acreditar que tudo que a vida nos oferecerá no futuro é repetir o que fizemos ontem e hoje. Mas, se prestarmos atenção, vamos nos dar conta de que nenhum dia é igual a outro. Cada manhã traz uma benção escondida; uma benção que só serve para esse dia e que não se pode guardar nem desaproveitar. Se não usamos este milagre hoje, ele vai se perder. Este milagre está nos detalhes do cotidiano; é preciso viver cada minuto porque ali encontramos a saída de nossas confusões, a alegria de nossos bons momentos, a pista correta para a decisão que tomaremos. Nunca podemos deixar que cada dia pareça igual ao anterior porque todos os dias são diferentes, porque estamos em constante processo de mudança.*

Paulo Coelho

## AGRADECIMENTOS

O processo que envolveu a construção desta dissertação foi marcado por uma trajetória difícil, em que os obstáculos que se apresentaram em meu caminho só foram possíveis de serem superados com a contribuição de pessoas especiais. Por isso, o agradecimento é uma necessidade imperiosa.

Inicialmente, agradeço a Deus por ter me concedido força e coragem para enfrentar as barreiras e pela oportunidade de chegar até aqui.

À minha querida mãe, Riso, pelo amor incondicional, incentivo e dedicação que sempre me ofertou. Meu eterno agradecimento, pois você é exemplo de fé e coragem que me incentiva a prosseguir.

Ao meu noivo, Fábio, pelo apoio, compreendendo a minha ausência e minhas dificuldades. Agradeço-lhe, carinhosamente, por tudo.

A todos os meus familiares, pelas orações, torcida e palavras de incentivo.

A meu orientador Edgilson Tavares de Araújo, pela condução desse processo com maestria, paciência, carinho, firmeza, respeito, enorme sabedoria e competência. Minha eterna gratidão e admiração!

Aos demais docentes da UFRB que contribuíram para minha formação acadêmica.

A todos os meus amigos pela atenção e vibrações positivas, em especial minha querida amiga Nara Souza que sempre me ajudou com palavras de fé e incentivo, encorajando-me a prosseguir. Sua contribuição e apoio foi primordial para a construção e finalização deste trabalho.

Aos recentes, mas não menos importantes, amigos do mestrado, os quais muito contribuíram para o meu aprendizado. Em particular a Emanuelle Silva, Valéria Freitas, Leandro Moura e Jânio Alves pela atenção na escuta, na elucidação das dúvidas, enfim pelo apoio nesta jornada.

À Fapesb por incentivar a produção científica e tecnológica no Estado da Bahia confiando a mim durante o período do mestrado uma bolsa de estudos que viabilizou a minha permanência e dedicação ao mestrado.

Aos professores da banca por aceitarem o convite de avaliar e colaborar com este processo tão valioso para mim.

Aos participantes da pesquisa, pelas contribuições neste trabalho.

Enfim, a todos aqueles que contribuíram para esta conquista, muito obrigada!

## RESUMO

Esta dissertação teve como objetivo geral analisar os desafios no processo de intersetorialidade das políticas de Assistência Social e Previdência Social para a efetividade do Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoa com deficiência no município de Cruz das Almas-BA. O BPC é um dos primeiros instrumentos de política pública não-contributiva no Brasil, implementado desde 1996, tendo como premissa o combater às desigualdades e a garantia a proteção aos cidadãos com deficiência em qualquer faixa etária e idosos acima de 65 anos ou mais que não tenham condições de prover a própria manutenção ou tê-la provida por sua própria família. Com o BPC, o Estado, pela primeira vez, assume a corresponsabilidade pelos direitos de renda dos cidadãos com deficiência, ao reconhecer este benefício individual pelas condições de incapacidade e impedimentos físicos e sociais que estes possuem para o trabalho e para a vida independente. Desde o início de sua implementação, o BPC, um benefício não-contributivo, é gerido e financiado pela Assistência Social, mas é operacionalizado pelo INSS, órgão vinculado ao Ministério da Previdência Social, centrado no direito contributivo. Deste modo, a intersetorialidade entre estas políticas no trato com o BPC deveria ser intrínseca. Buscou-se desvelar os paradoxos do *modus operandi* do BPC apoiando-se na teoria da instrumentalização das políticas públicas (LASCOURMES, LÉ GALÉS, 2007, 2012) buscando identificar as discrepâncias entre os discursos explícitos e implícitos. Trata-se de um estudo de caso realizado com pesquisa bibliográfica, análise de dados quantitativos secundários e realização de 08 entrevistas semiestruturadas com gestores e técnicos da Rede de Proteção Social Básica do SUAS e a Agência da Previdência Social (APS) do INSS. Foi feita análise categorial temática dos discursos explícitos nas normativas e dos discursos implícitos (vivenciados) captados a partir das declarações dos entrevistados. Os resultados apontam para quatro macro-categorias que são detalhadas no estudo: 1) compreensões sobre as gramáticas: acesso, atendimento e acompanhamento; 2) disfunções burocráticas: interpretações implícitas e explícitas; 3) equívocos sobre a concepção de pessoa com deficiência e incapacidade; 4) fragmentação entre gestão e operacionalização do BPC.

**Palavras-chave:** Benefício de Prestação Continuada (BPC); pessoas com deficiência; intersetorialidade; SUAS; INSS.

## ABSTRACT

This work has as main objective to analyze the challenges in the intersectoral process of social assistance policies and Social Security for the effectiveness of the Benefício de Prestação Continuada (BPC) for person with disabilities in Cruz das Almas, Bahia. BPC is one of the first instruments of public policy non-contributory in Brazil, implemented since 1996 with the premise of combating inequalities and ensuring the financial protection for disabled citizens at any age, the elderly (over 65) whom can't provide for themselves or their families. With BPC the state for the first time, takes on the responsibility for the income rights of citizens with disabilities, recognizing this individual benefit by disabling conditions and physical and social obstacles that they have to work and for independent living. Since its inception, the BPC is managed and financially supported by the Social Security, but is operated by INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), an agency attached in the Ministry of Social Security, focused on contributory law. Thus, the intersectionality between these policies in dealing with the BPC should be intrinsic. Sought to unravel the paradoxes of the modus operandi of the BPC relying on the theory of instrumentalization of the public policy, LASCOUMES, LÉ GALÉS (2007, 2012) seeking to identify the discrepancies between the explicit and implicit discussions. This research is a case study, carried out a literature search, analysis of secondary quantitative data and conducting 08 semi-structured interviews with managers and technicians of Basic Social Protection Network of SUAS (Sistema Único de Assistência Social) and the Agency of Social Security (APS – Agência da Previdência Social) belonging to INSS. A categorical thematic analysis was made about the explicit discourse in the normative and implicit discourse (experienced) obtained from the statements of the respondents. The results point to four macro-categories that are detailed in the study: 1) insights into the grammars: access, care and monitoring; 2) bureaucratic dysfunctions: implicit and explicit interpretations; 3) misconceptions about the concept of person with disabilities and disability; 4) fragmentation between management and operation of the BPC.

**Keywords:** Benefício de Prestação Continuada (BPC), people with disabilities, intersectoral, SUAS, INSS.

## **LISTA DE TABELAS E QUADRO**

### **TABELAS**

TABELA 01 – Quantidade de beneficiários do BPC em dezembro 2015.....	18
TABELA 02: População residente com alguma deficiência em 2010 (Cruz das Almas – BA) .....	94
TABELA 03: Pessoas de 10 anos ou mais de idade, por existência ou não de pelo menos uma das deficiências investigadas não ocupadas, por sexo, em 2010, em Cruz das Almas – BA de acordo com o Censo IBGE (2010).....	95
TABELA 04: Número de pessoas com deficiência beneficiárias do BPC e recursos investidos (em R\$) entre os anos de 2010 e 2015 no Brasil com os respectivos percentuais de crescimento anual (BRASIL) .....	97
TABELA 05: Número de beneficiários do BPC para pessoa com deficiência e recursos gastos (em R\$) entre os anos de 2010 a 2015 (Cruz das Almas – BA) .	98
TABELA 06: Motivos e quantidades de indeferimentos do BPC para pessoa com deficiência entre os anos de 2007 a 2015 na APS de Cruz das Almas-BA.	98

### **QUADRO**

QUADRO 01 – Evolução histórica do conceito de deficiência .....	29
-----------------------------------------------------------------	----

## LISTA DE SIGLAS

AIPD	Ano Internacional das Pessoas Deficientes
APS	Agência da Previdência Social
BE	Benefícios Eventuais
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CadÚnico	Cadastro Único para Programas Sociais
CFESS	Conselho Federal de Serviço Social
CMAS	Conselho Municipal de Assistência Social
CMDCA	Conselho Municipal da Criança e do Adolescente
CNAS	Conselho Nacional de Assistência Social
CRAS	Centro de Referência de Assistência Social
CID	Classificação Internacional de Doença
CIDI	Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNAS	Fundo Nacional de Assistência Social
GTI	Grupo de Trabalho Interministerial
IAPAS	Instituto de Administração Financeira da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
LBA	Legião Brasileira de Assistência
LBI	Lei Brasileira da Inclusão
LISMI	Lei de Integração Social de Pessoas com Deficiência
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MAS	Ministério da Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome
MTPS	Ministério do Trabalho e Previdência Social
NOB	Norma Operacional Básica
PBF	Programa Bolsa Família
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PNC	Prestações não Contributivas

PL	Projeto de Lei
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
RGPS	Regime Geral de Previdência Social
RI	Relatórios de Informações
RMV	Renda Mensal Vitalícia
SAGI	Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência Social
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
URSS	União das Repúblicas Socialistas Soviéticas

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>12</b>
<b>1.BPC PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEITUAIS E LEGAIS</b> .....	<b>26</b>
1.1 PESSOA COM DEFICIÊNCIA: DA CONCEPÇÃO MÉDICA-ASSISTENCIAL A LÓGICA DE CIDADÃO DE DIREITOS .....	27
<b>1.1.1 Conceitos e paradigmas sobre a deficiência e incapacidade</b> .....	<b>31</b>
<b>1.1.2 Instrumentos contemporâneos para fortalecer a garantia de direitos da pessoa com deficiência</b> .....	<b>37</b>
1.2 A ASSISTÊNCIA SOCIAL E PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL NO CONTEXTO DA SEGURIDADE SOCIAL: INFLUÊNCIAS HISTÓRICAS .....	40
1.3 - A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA: A CONCEPÇÃO DO DIREITO .....	47
<b>1.3.1 Critérios conceituais e seletivos do BPC</b> .....	<b>53</b>
1.4 - O BPC NO LÓCUS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: A TRAJETÓRIA DA OPERACIONALIZAÇÃO .....	55
<b>2. A INTERSETORIALIDADE NO ÂMBITO DO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRO</b> .....	<b>63</b>
2.1 A SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL: UMA COMPLEMENTARIDADE CONTRADITÓRIA? .....	64
2.2 A FRAGMENTAÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA E SEUS EFEITOS NO TRABALHO INTERSETORIAL.....	70
2.3 A INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS SOCIAIS: UM DEBATE NECESSÁRIO .....	77
<b>3. O BPC NA PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA DO SUAS E NA AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (APS) DE CRUZ DAS ALMAS-BA: OS DESAFIOS DO TRABALHO INTERSETORIAL</b> .....	<b>86</b>
3.1 A EVOLUÇÃO DO BPC NO BRASIL E EM CRUZ DAS ALMAS-BA.....	93
3.2 COMPREENSÕES SOBRE AS GRAMÁTICAS: ATENDIMENTO, ACESSO E ACOMPANHAMENTO .....	100

3.3 DISFUNÇÕES BUROCRÁTICAS: INTERPRETAÇÕES IMPLÍCITAS E EXPLÍCITAS .....	110
<b>3.3.1 Rigidez no processo de concessão do benefício na APS de Cruz das Almas-BA .....</b>	<b>110</b>
<b>3.3.2 Alto grau de seletividade no critério renda <i>per capita</i> .....</b>	<b>112</b>
<b>3.3.3 O critério do não acúmulo com outros benefícios .....</b>	<b>115</b>
3.4 EQUÍVOCOS SOBRE A CONCEPÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE .....	117
3.5 FRAGMENTAÇÃO ENTRE GESTÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DO BPC PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: AS PRÁTICAS EM CRUZ DAS ALMAS – BA .....	123
<b>3.5.1 Problemas de comunicação e interação: o desafio no âmbito interno de cada instituição .....</b>	<b>125</b>
<b>3.5.2 Desigualdades institucionais históricas.....</b>	<b>127</b>
<b>3.5.3 Falta de iniciativas promotoras da intersectorialidade .....</b>	<b>129</b>
<b>4. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>133</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>139</b>
<b>APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA .....</b>	<b>153</b>
<b>APÊNDICE B – TERMO DE ANUÊNCIA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE....</b>	<b>156</b>
<b>APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO.....</b>	<b>157</b>
<b>APÊNDICE D - ORIENTAÇÃO PARA PRODUÇÃO DE UM PLANO DE TRABALHO INTERSETORIAL LOCAL .....</b>	<b>159</b>

## INTRODUÇÃO

*Todo começo é difícil: isso vale pra qualquer ciência.*

K. Marx  
(In: MARX, 1983, p.11)

A garantia de direitos de Seguridade Social, na Constituição brasileira de 1988, incorporou princípios de dois modelos europeus (bismarckiano, baseado no seguro prévio, e beveridgiano, de caráter mais universal), formando um *mix* de complementaridade e subsidiaridade entre proteção social contributiva e não-contributiva, tendo como base o tripé de políticas de Previdência Social, Saúde e Assistência Social.

A política de Previdência Social ocorre desde a segunda década do século XX, pressupondo o foco no seguro social, de contribuição tripartite (Estado, patrão e empregado), para aqueles que podem exercer suas capacidades para o trabalho e a produção do capital. A garantia da Saúde, apesar de todas as críticas existentes, é preconizada no texto constitucional e vem sendo executada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e de abrangência nacional, que convive com o setor privado, com oferta de seguros (individuais e coletivos) e serviços lucrativos, principalmente, a partir da década de 1990. A Assistência Social tem caráter não-contributivo sem a necessidade de prévia contribuição financeira, ofertando e dando acesso a benefícios e serviços socioassistenciais de modo gratuito e universal a todo e qualquer cidadão que deles necessitem, sendo melhor institucionalizada recentemente por meio do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) (ARAÚJO et. all., 2014).

Enquanto, os benefícios e serviços assegurados pelo modelo bismarckiano, predominante na Previdência Social, se destinam a proteção aos trabalhadores em momentos de risco social pela ausência de trabalho, o modelo beveridgiano, que orienta o atual sistema público de Saúde e da Assistência Social, tem como principal objetivo o combate a pobreza, dispondo de uma rede protetiva de atenção e cuidado aos segmentos mais vulneráveis.

Assim, a Seguridade Social brasileira, que fica entre o seguro e a assistência social, foi arquitetada na perspectiva de políticas sociais articuladas, trazendo a ideia da intersectorialidade como forma de ratificar os direitos sociais e superar as enormes desigualdades sociais presentes, historicamente, no país.

A Constituição de 1988 pautada na concepção de Estado<sup>1</sup> democrático de direito trouxe, entre outras prerrogativas, a consolidação da ideia da Assistência Social como política pública de direito, que se fortaleceu, sobretudo, ao longo das décadas de 1990 e 2000, com mais ênfase na responsabilização precípua do Estado desenvolvendo políticas de proteção social que preconizam o enfrentamento das situações de risco e vulnerabilidade, principalmente, a pobreza, as desigualdades e a exclusão, inclusive com caráter preventivo.

Neste contexto que surge o Benefício de Prestação Continuada (BPC), como um dos primeiros instrumentos de política pública não-contributiva no Brasil, implementado desde 1º de janeiro de 1996. Este é previsto nos artigos 203 e 204 da Constituição Federal de 1988, sendo detalhado na Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), Lei 8.742/93 e regulamentado Decreto nº 1.744/1995. Seu objetivo é combater às desigualdades e garantir a proteção aos cidadãos com deficiência (física, intelectual, sensorial, múltipla e autismo) e idosos acima de 65 anos ou mais

---

<sup>1</sup> Entende-se aqui o Estado como um fenômeno histórico e relacional, afastando-se das percepções que direcionam a noções parciais e/ou mesmo estereotipadas, ora o relacionando sempre ao bem e a prosperidade coletiva e ora voltado a servir a uma só classe (burguesia) (PEREIRA, 2009). Como fenômeno histórico envolve todo um processo que articula passado, presente e futuro, ou seja, “não existe de forma absoluta e inalterável” (id, p. 291). Assim, tem caráter relacional, não sendo um fenômeno fechado, mas imbuído em práticas dialéticas, “no sentido de que propicia um incessante jogo de oposições e influências entre sujeitos com interesses e objetivos distintos” (id., 291). É neste conjunto histórico e de relações dialéticas com a sociedade, abrigando *antagonismos* e *reciprocidade*, que o Estado se forma. Sendo assim, dividido por interesses diversos, o seu objetivo precípua é administrar estes interesses, respondendo as demandas reivindicatórias de toda a sociedade. Contudo, o Estado tem o seu caráter de classe, o qual se predispõe mais aos interesses da classe dominante, mas faz concessões e incorpora as demandas da classe dominada para que este se legitime e ao mesmo tempo mantenha sua dominação, num jogo contraditório de dominação ideológica. Assim, considera-se neste estudo que Estado tem seus interesses ambivalentes voltados ao desenvolvimento capitalista, privilegiando a segmentos restritos da sociedade e, ao mesmo tempo, intervém nas desigualdades sociais para evitar que estas se transformem em lutas políticas que possam desestabilizar a ordem social e política vigente.

que não tenham condições de prover a própria manutenção ou tê-la provida por sua própria família<sup>2</sup>.

Em ambos os casos, o beneficiário deve ter renda familiar *per capita* inferior a ¼ do salário mínimo. O BPC garante transferência mensal de um salário mínimo para estes cidadãos, sendo um benefício intransferível, não vitalícia e que não pode ser acumulado com outro benefício no âmbito da Seguridade Social.

Com o BPC, o Estado, pela primeira vez, assume a corresponsabilidade pelos direitos de renda dos cidadãos com deficiência, ao reconhecer este benefício individual pelas condições de impedimentos físicos e sociais que estes possuem, incluindo as incapacidades/impedimentos para o trabalho.

Desde o início de sua implementação o BPC vem sendo gerido e financiado pela Assistência Social, atualmente sob a responsabilidade do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome / Secretaria Nacional de Assistência Social – MDS/SNAS, dentro de uma lógica da política não-contributiva. Porém, é operacionalizado pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), órgão vinculado ao Ministério da Previdência Social, que executa políticas contributivas. Deste modo, a intersectorialidade entre estas políticas no trato com o BPC, ao mesmo do ponto de vista regulamentar, é intrínseca, requerendo articulação harmônica de ações e serviços.

Após 20 anos de execução do BPC e diante das prerrogativas estipuladas pela política de Assistência Social, a criação do SUAS foi fundamental para delinear um novo modo de conceber e gerir este benefício. Inaugurou-se, neste sentido, no país um novo modelo de gestão, com foco na integração entre benefícios, os diversos serviços socioassistenciais e instrumentos de outras políticas públicas setoriais, na perspectiva de ampliar a proteção a idosos e pessoas com deficiência e suas famílias.

Assim, a imbricação entre Assistência e Previdência Social, que abarca o BPC, deve ser compreendida dentro de uma lógica que envolve duas políticas

---

<sup>2</sup> Atualmente, existem ainda o Programa BPC Trabalho e Programa BPC Escola. O BPC Trabalho foi instituído pela Portaria Interministerial nº 2, de 02 de agosto de 2012, e destina-se as pessoas com deficiência beneficiárias do BPC à qualificação profissional e ao mundo do trabalho (BRASIL, 2014a). Já o BPC Escola foi criado pela Portaria Normativa Interministerial nº 18, de 24 de abril de 2007, com o objetivo de desenvolver ações intersetoriais, visando garantir o acesso e a permanência na escola de crianças e adolescentes com deficiência, de 0 a 18 anos, beneficiários BPC (BRASIL, 2014b).

teoricamente antagônicas em termos de princípios, as quais neste plexo devem coadunar para um propósito comum: a garantia do direito social.

Neste sentido, é imperativo o debate da intersectorialidade necessária ao BPC de modo que este seja de fato um efetivo instrumento para o combate as desigualdades sociais. Para isso, supõe a articulação entre os sujeitos das duas lógicas setoriais que tem suas especificidades e diversidades, buscando a proteção social como princípio. Ou seja, é preciso estabelecer formas de gestão social deste instrumento de política pública de modo que haja relações mais dialógicas e intersectoriais.

Tais questões podem ser percebidas por mim para além das análises teóricas, pela aproximação prática ao SUAS por meio do estágio acadêmico curricular obrigatório no curso de Serviço Social (UFRB), realizado na Secretaria Municipal do Trabalho e Assistência Social de Cruz das Almas-BA entre 2011 e 2013. Nesta experiência tive o prévio contato, com as solicitações, encaminhamentos e reclamações dos usuários da Política de Assistência Social, inclusive requerentes ao BPC. Começam, assim, a emergir, questionamentos e curiosidades sobre os posicionamentos dos servidores do INSS frente às demandas negadas, visto que cotidianamente, na Secretaria, eram presenciadas reclamações dos usuários, em sua maioria com deficiência, quanto ao indeferimento do BPC.

Outro contexto motivador do presente estudo se materializou a partir da experiência vivenciada no desenvolvimento do meu Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) em Serviço Social (UFRB), em 2013, intitulado “O Serviço Social na Previdência Social: uma análise do trabalho profissional na Gerência Executiva de Santo Antônio de Jesus – BA. Neste entrevistei 04 (quatro) assistentes sociais, em diferentes Agências da Previdência Social, todas da área de abrangência da Gerência Executiva de Santo Antônio de Jesus. Mesmo não fazendo parte do objeto do TCC foram documentados profícuos relatos dos profissionais de Serviço Social quanto as suas insatisfações em torno da concepção que os demais trabalhadores do Instituto fazem do BPC, assemelhando-o aos outros serviços do INSS, perdendo, portanto, a compreensão de benefício assistencial.

Toda essa aproximação com a temática despertou minhas inquietações em saber como seria realizado o trabalho de gestão e operacionalização do BPC na

esfera municipal, tendo em vista que se trata de ambientes distintos e com políticas antagônicas. Assim, os questionamentos foram sendo construídos em distintos momentos acadêmicos e práticos sobre a lógica dual da gestão pela Assistência e operacionalização pela Previdência, que subscreve o BPC, a qual ora parece complementares, ora excludentes.

A partir destas motivações teóricas e práticas foi definido o recorte do objeto de estudo desta dissertação, a intersetorialidade na execução do BPC para pessoa com deficiência. O lócus de análise tem referência a realidade do município de Cruz das Almas-BA<sup>3</sup>, em virtude da minha pretérita aproximação com os serviços da Rede Socioassistencial do SUAS e com a Agência da Previdência Social<sup>4</sup> desta cidade, que atende também os municípios circunvizinhos.

Cabe salientar que, de acordo com os dados disponibilizados pela Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI) (BRASIL, 2015a), do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS), o Nordeste é a região com o maior quantidade de famílias inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico)<sup>5</sup>, e a Bahia se destaca entre os estados no pioneirismo deste cadastramento. Não obstante, no que tange a quantidade total de beneficiários do BPC, o Nordeste e Bahia também se destacam. Nesta perspectiva, o município de Cruz das Almas<sup>6</sup> também tem significativos números de beneficiados do BPC, o que adensou o interesse pela investigação.

---

<sup>3</sup> O município de Cruz das Almas está situado no Recôncavo Sul da Bahia com distância de 149 quilômetros da capital do estado, Salvador.

<sup>4</sup> O INSS, de acordo com dados do Ministério da Previdência Social (2009), divide-se em 05 (cinco) Gerências Regionais, 100 (cem) Gerências Executivas (GEX) e mais de 1.403 (mil quatrocentos e três) Agências da Previdência Social (APS) distribuídas por todo o território nacional. Dentro desta lógica, a Agência da Previdência Social de Cruz das Almas está na Regional Nordeste e sobre o comando da GEX de Santo Antonio de Jesus/BA (BRASIL, MPS, 2009c).

<sup>5</sup> O Decreto n.º. 6.135/ 2007 define o Cadastro Único como uma base de dados nacional que identifica as características sociais e econômicas das famílias brasileiras mais pobres. Ele deve ser obrigatoriamente utilizado para selecionar beneficiários e integrar os programas sociais do Governo Federal voltados ao atendimento desse público (BRASIL, 2007a).

<sup>6</sup> A última atualização do Relatório de Informações Sociais da SAGI feita em novembro de 2015, consta que o Brasil possui um total de 27.150.567 famílias inscritas no Cadastro Único para Programas Sociais (CadÚnico), dentro deste universo o Nordeste se destaca com 11.752.137, a Bahia 3.028.090, e Cruz das Almas, por sua vez, possui 10.569 famílias cadastradas (BRASIL, 2015a).

O recorte de análise para o BPC para a pessoa com deficiência foi dado considerando que a concessão do BPC idoso é de certa forma menos burocrática, comparado ao reservado a pessoa com deficiência, pois necessita de comprovação da idade e da renda família. O BPC para pessoa com deficiência além da verificação da renda é realizado a Avaliação Social, feita pelos (as) assistentes sociais do INSS, que permite identificar fatores que impedem ou mesmo dificultam o acesso dessas pessoas a uma vida com qualidade, colocando-os em uma situação de dependência e vulnerabilidade social. Também são feitos testes para avaliar a condição de deficiência dos requerentes, exame médico pericial, que comprove a incapacidade para a vida independente e para o trabalho, se considera, neste caso, as deficiências nas funções e estruturas do corpo.

A Avaliação Médico Pericial é realizada pelo médico perito do INSS após a Avaliação Social que, neste caso, tem por objetivo subsidiá-la com informações sobre o impacto das condições econômicas, sociais, pessoais e de infraestrutura que envolve a vida do requerente, no agravamento do seu nível de incapacidade (BRASIL, 2011b). Em ambas as avaliações serão consideradas a limitação do desempenho de atividades e a restrição da participação social.

Contudo, a avaliação conjunta para averiguar a incapacidade para a vida independente e para o trabalho das pessoas com deficiência solicitantes do BPC, nem sempre foi nestes moldes. A hegemonia do discurso biomédico ao longo dos anos, na orientação das ações no campo da deficiência, norteou também, a avaliação para a concessão do BPC e deixou muitos resquícios.

Atualmente, pelo menos do ponto de vista do discurso explícito, o modelo que deve prevalecer na avaliação das pessoas com deficiência requerentes do BPC é o *modelo social*, que considera a deficiência como resultante da interação entre o corpo com impedimentos e o ambiente que impõem limites a diversidade corporal.

Deste modo, passa-se por uma mudança de paradigma na avaliação para a concessão ao benefício, subsidiada pela adoção da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), que foi implementada no Brasil em 2007, por meio do Decreto nº 6.214, que incorpora uma abordagem multidimensional na avaliação da deficiência e do grau de incapacidade, passando a

ser feita em conjunto pela avaliação médica e social, analisando, agora, os fatores biopsicossociais.

Logo, o foco no BPC para pessoa com deficiência, se deu por reconhecer as imbricações que perpassam a própria concepção de deficiência, além do processo de operacionalização deste tipo de benefício ter mais procedimentos avaliativos para a concessão, bem como o maior quantitativo de beneficiados desta modalidade no país e no município de Cruz das Almas-BA, como se observa na Tabela 01.

**TABELA 01** – Quantidade de beneficiários do BPC em dezembro 2015

<b>Localização</b>	<b>Idoso</b>	<b>Pessoa com deficiência</b>
<b>Brasil</b>	1.918.918	2.323.808
<b>Nordeste</b>	590.502	865.466
<b>Bahia</b>	187.792	219.580
<b>Cruz das Almas</b>	420	949

Fonte: Elaboração própria a partir de Relatórios de Programas e Ações MDS/SAGI (BRASIL, 2015a)

A percepção sobre os paradoxos que se estabelecem em torno do BPC, buscou-se o aprofundamento analítico nesta pesquisa, sobretudo no que se refere à dualidade que abrange os próprios dispositivos legais que regem tal benefício.

Neste sentido, o estudo apresenta o seguinte problema de pesquisa: *Quais os desafios na gestão e operacionalização do BPC para pessoa com deficiência em Cruz das Almas-BA, no que diz respeito à intersectorialidade das políticas de Assistência Social e Previdência Social?*

O objetivo geral foi analisar os desafios no processo da intersectorialidade das políticas de Assistência Social e Previdência Social na gestão e operacionalização do BPC para pessoa com deficiência no município de Cruz das Almas-BA. Os objetivos específicos foram:

- Avaliar a cobertura do BPC para pessoa com deficiência em Cruz das Almas e como este vem fortalecendo o sistema de proteção social;
- Identificar as percepções dos técnicos da Proteção Social Básica do SUAS e do INSS sobre a intersectorialidade do BPC para pessoa com deficiência e suas condicionalidades;
- Conhecer o posicionamento dos profissionais da rede de Proteção Social Básica do SUAS e do INSS sobre diferentes aspectos que envolve o entendimento

sobre deficiência e incapacidade na avaliação para a concessão do BPC para pessoa com deficiência;

- Analisar a lógica da garantia do acesso, gestão e manutenção do BPC para pessoa com deficiência a partir do trabalho conjunto, intersetorial do INSS e dos órgãos gestores da Assistência Social.

Assim, em outros termos a pesquisa buscou compreender a efetividade do BPC para pessoa com deficiência em Cruz das Almas-BA. É importante destacar que o conceito de efetividade em políticas públicas é bastante polissêmico confundindo-se com as ideias de eficiência (meios para atingir objetivos) e eficácia (resultados alcançados). Para fins deste estudo compreende-se como efetividade do BPC a garantia do acesso, cobertura, gestão e manutenção do benefício para pessoa com deficiência a partir do trabalho conjunto, intersetorial do INSS e dos órgãos gestores da Assistência Social.

Para alcançar os objetivos traçados foi preciso assumir algumas posturas teórico-metodológicas para análise do objeto em questão. Assim, considera-se que política pública (*policy*) não é sinônimo de instrumentos de políticas públicas (*policy instrument*), ainda que exista entre eles uma forte relação de metonímia (BOULLOSA, 2013).

O BPC, portanto, não é uma política pública, mas, sim, um instrumento de políticas públicas. Neste sentido representa um “dispositivo simultaneamente técnico e social que organiza as relações sociais específicas entre o poder público e seus destinatários em função de representações e de significações de que ele é portador” (LASCOUMES, LE GALÈS, 2007 apud LASCOUMES, LE GALÈS, 2012, p. 200). Esta diferença é fundamental na análise apresentada nesta dissertação, uma vez que a política pública em si pode ser compreendida como uma diretriz ou um fluxo de ações multitoriais em contextos de governo de problemas públicos e oferta de bens e serviços públicos (BOULLOSA, 2014; SECCHI, 2012). Assim, a análise se apoia na teoria da instrumentalização das políticas públicas dos franceses Pierre Lascoumes e Patrick Lè Gales (2007, 2012) que remete

ao conjunto de problemas apresentados pela escolha e o uso de instrumentos (técnicas, formas de operar, dispositivos) que permitem materializar e operacionalizar a ação governamental. Trata-se de compreender, não apenas as razões que levam a escolher um instrumento

em detrimento de outro, mas também verificar os efeitos produzidos por essas escolhas (LASCOUMES, LÉ GALÈS, 2007 apud LE GALES, 2012, p. 200).

Com esse aporte, optou-se por caminhos analíticos qualitativos, a partir dos discursos dos diferentes atores envolvidos na execução do BPC. Buscou-se, assim, compreender gradualmente o sentido do fenômeno social, sem reduzi-lo a pura descrição e organização, ao contrário, sendo (re)construído no decorrer da pesquisa, por meio das mediações que envolvem o par dialético teoria e prática. Trabalhou-se com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser restringidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2010).

Trata-se de um estudo de caso realizado no contexto municipal de Cruz das Almas-BA, considerando que o contato direto com os sujeitos envolvidos, possibilitou levantar informações sobre o objeto de estudo, aprimorando a sua compreensão, sobre como se materializa a intersetorialidade entre as políticas envolvidas.

Na construção metodológica, ou seja, o “caminho pelo qual o pesquisador se guia para ter aproximações sucessivas da realidade” (BEHRING, BOSCHETTI, 2010, p. 46) foi adotado de modo complementar os seguintes procedimentos:

a) Pesquisa bibliográfica, com análise de investigações anteriores sobre intersetorialidade em políticas públicas, BPC e pessoas com deficiência, por meio de ampla revisão da literatura existente em livros, periódicos dissertações e tese;

b) Pesquisa documental, sobre marcos regulatórios das políticas de Assistência e Previdência Social no tocante ao BPC;

c) Pesquisa de campo com coleta de dados por meio da realização de entrevistas semiestruturada<sup>7</sup> (Apêndice A), com 08 (oito) sujeitos diretamente envolvidos com o objeto em questão:

- 01 (um) Gerente da Agência da Previdência Social (APS);

---

<sup>7</sup> A pesquisa por envolver contato direto com seres humanos, através das entrevistas, foi previamente aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRB, vinculado a Plataforma Brasil, em cumprimento a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

- 01 (um) Coordenador (ar) do Centro de Referência de Assistência Social (CRAS);
- 02 (dois) Assistentes Sociais da Secretária de Assistência Social
- 01 Assistente Social do CRAS;
- 01 (um) Assistente Social (a) da Agencia da Previdência Social (APS);
- 02 (dois) técnicos da APS responsáveis pelo atendimento das pessoas requerentes ao BPC<sup>8</sup>.

O critério de escolha para estabelecer a seleção desses profissionais ancorou-se na justificativa que são estes que mais lidam, cotidianamente, com o BPC pessoa com deficiência. Esta escolha permitiu uma maior interação com os profissionais que rotineiramente fazem os encaminhamentos/solicitações, orientações, operacionalização e concessão do BPC.

Com este procedimento metodológico, buscou-se conhecer o posicionamento dos profissionais da rede de Proteção Social Básica do SUAS<sup>9</sup> e da APS<sup>10</sup> sobre diferentes aspectos que envolve o entendimento sobre deficiência, incapacidade, intersectorialidade e a garantia ao BPC para as pessoas com deficiência diante da imbricação de duas políticas antagônicas. As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos profissionais, no período de 17/11/2015 a 30/11/2015, o que possibilitou uma aproximação diferenciada ao objeto de estudo, pois contribuiu para a captação das percepções individuais dos gestores, analistas e técnicos, de forma mais ampla, possibilitando a análise de conteúdos que não se encontram explícitos nos documentos oficiais.

---

<sup>8</sup> Inicialmente, foi estabelecido que a entrevista também seria realizada com o(a) Secretário(a) Municipal de Assistência Social, mas devido a falta de agenda deste(a) não foi possível, sendo feita, em seu lugar, com outro (a) assistente social da própria Secretaria que trabalha diretamente com as orientações e encaminhamentos do BPC. A outra entrevista essencial a este estudo seria com o médico perito, chegou-se a agendar datas, porém, em virtude da suspensão generalizada das atividades desses profissionais no INSS, devido a greve que durou mais de 04 (quatro) meses, não foi possível.

<sup>9</sup> Além do CRAS que constitui a rede de proteção Social Básica do SUAS foi privilegiado no presente estudo também a pesquisa na Secretaria de Assistência Social do município, pois a organização dos serviços socioassistenciais depende diretamente do trabalho de gestão desenvolvido na Secretaria. Assim, quando for abordado proteção Social Básica do SUAS, ou mesmo de forma abreviada rede SUAS, a Secretaria também fará parte dessa análise.

<sup>10</sup> A Secretaria Municipal do Trabalho e Assistência Social de Cruz das Almas foi criada no ano de 1997, e hoje esta localizada na Rua Afrânio Peixoto, s/n, Parque Sumaúma. E a APS do município foi inaugurada em 07 de dezembro de 2007, e esta localizada na Rua 31 de Agosto, s/n, Centro.

Para a realização das entrevistas foi previamente assinado, pelos responsáveis institucionais<sup>11</sup>, o *Termo de Anuência de Instituição Coparticipante* (Apêndice B), autorizando a realização das entrevistas e ratificando a ciência da corresponsabilidade das instituições enquanto coparticipante da pesquisa. Durante a realização da pesquisa foi utilizado gravador de voz, com o consentimento dos participantes, autorizada, previamente, via assinatura do *Termo de Consentimento Livre Esclarecido* (Apêndice C)<sup>12</sup>.

As entrevistas foram transcritas, com todo rigor ético sendo fidedignas as transcrições dos dados coletados, seguida de leitura e análise qualitativa em profundidade das informações levantadas. Foi utilizada a análise de conteúdo (BARDIN, 1977) para o levantamento de categorias sobre os desafios para a efetividade do BPC em Cruz das Almas – BA. Assim, não se partiu de categorias previamente estabelecidas, mas foram consideradas categorias a partir de temas recorrentes nas falas dos participantes da pesquisa.

Nos procedimentos de análise partiu-se, assim, do arcabouço teórico-metodológico para o estudo das políticas públicas que assume a independência entre discursos implícitos e explícitos (LASCOUMES, LÉ GALES, 2007, 2012), buscando identificar como o BPC é definido enquanto alternativa de solução de um problema público, inclusive por meio de instrumentos normativos e prescritivos (discurso explícito) e como vem sendo praticados e vividos (discurso implícito).

Assim, assume-se que há uma teoria implícita que mais diz respeito as ações de *politic* que são vivenciadas. Isso faz com que se busque um modo de raciocínio que vá além da divisão entre a *politic* (política) e a *policy* (política pública) (ARAÚJO, BOULLOSA, 2015), considerando, neste caso, que o BPC é um instrumento, enquanto uma instituição que estrutura e influencia o modo como os atores devem se comportar; cria incertezas sobre a balança do poder; como os atores e interesses

---

<sup>11</sup> O Termo de Anuência da Secretaria do trabalho e Assistência Social de Cruz das Almas foi assinado por mais de uma vez por diferentes Secretários (as), em virtude de mudanças do cargo de gestor.

<sup>12</sup> Dos 08 (oitos) entrevistas, apenas 01 (um) não permitiu que a entrevista fosse gravada.

serão privilegiados em detrimento de outros; como os problemas públicos serão representados (LASCOUMES, LÈ GALÉS, 2007, 2012).

Por estas razões, optou-se por uma análise mais argumentativa (*policy argumentative*)<sup>13</sup> sobre o BPC para pessoa com deficiência, no sentido de vencer as limitações epistemológicas das análises racionais e “neopositivas” baseadas apenas nas perspectivas normativas-prescritivas ou na empiria das decisões tecnocráticas (FISCHER, 2007). Busca-se assim, o fornecimento de “conhecimento útil” para decisões políticas, a partir da análise dos discursos dos sujeitos inter-relacionando sistematicamente fatos e valores, práticas e normas, no quadro empírico das deliberações políticas.

A partir desta perspectiva, é o argumento de que constitui a unidade básica de análise política do mundo real (ibid). O trabalho do analista de políticas públicas consiste assim, em grande parte de produção de provas e argumentos a serem usados no curso do debate público. Em vista desta natureza discursiva de análise política, a própria política é a melhor entendida como “argumento trabalhado” (STONE apud FISCHER, 2007).

Para além de verificar se o BPC atinge seus objetivos explícitos de modo mais eficiente possível ou mesmo os seus efeitos secundários, buscou-se a partir da verificação empírica dos processos e resultados do BPC, a partir da argumentação técnica e política de primeira ordem que leva a questões de validação. A linguagem da lógica informal leva a relevância situacional, validando e examinando as conceituações e os pressupostos subjacentes a situação problema que originou o BPC. Ou seja, busca-se analisar quais as compreensões sobre o problema público em si e a alternativa do BPC; se existem circunstâncias em que a situação exige “exceção” a ser feita aos objetivos; quais são os reais critérios para a concessão do BPC, tendo em vista o problema que busca enfrentar.

---

<sup>13</sup> A análise de políticas públicas (*policy analysis*) nasce dentro de uma compreensão estadunidense que reconhece a exclusividade da ação pública ao ator governo, determinando visões mais estadocêntricas, desde Lasswell (1931) para quem as políticas públicas eram o *governo em ação* após (grandes) tomadas de decisão que aconteceriam no plano da política (*politic*) ou mesmo para Dye (1972) para quem a *policy* diz respeito ao que os governos fazem ou deixam de fazer. Outras abordagens são pluricêntricas nascem principalmente na Itália e França, tais como a *policy inquiry* (REGONINI, 2001 apud BOULLOSA, 2013) e *policy argumentative* (FISCHER, 2007) a partir de perspectivas teóricas e práticas. Esta última, que uso neste trabalho tem influências teóricas da análise da linguagem comum britânica, da teoria social crítica da Escola de Frankfurt, do pós-estruturalismo francês, e de uma renovada apropriação do pragmatismo americano.

Cabe salientar que a validação do discurso é um modo de interpretação de raciocínio que ocorre dentro dos quadros dos sistemas de crenças normativas exercidas sobre a situação problema. Inspira-se em particular sobre métodos qualitativos, tais como os desenvolvidos para a investigação sociológica e antropológica interpretativa voltada para a situação (FARR, 1987 apud FISCHER, 2007). Assim, não significa que neste trabalho se abre mão das análises de leis, decretos e normas. Mas, ao contrário, busca-se analisá-las numa perspectiva mais crítica, que vá além da mera descrição como sendo o sentido absoluto para a efetividade da *policy*.

Por buscar analisar os desafios que perpassam a efetivação do BPC, a pesquisa desvelou sua relevância, pois contribui para adensar as referências concernentes a temática. Sua importância está na contribuição ao debate e produção de conhecimento sobre o tema de modo a possibilitar a elaboração de estratégias profissionais para ampliar o conhecimento sobre a operacionalização desse direito social, bem como auxiliar na consolidação ou criação de estratégias que possibilitem a ratificação do trabalho intersetorial.

Acrescenta-se a relevância da investigação do tema o seu papel político, pois, ao posicionar-se teoricamente e publicizar os resultados da análise da intersetorialidade do BPC, mostrando os posicionamentos e desafios enfrentados pelos sujeitos envolvidos neste processo bem como, as contradições das políticas de Previdência e Assistência Social colabora para traçar e agregar forças de ações que confirma o pressuposto de universalidade previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS).

Além desta introdução que contem o detalhamento metodológico da pesquisa, a dissertação está estruturada em três capítulos.

O primeiro capítulo, **BPC para pessoa com deficiência: aspectos históricos, conceituais e legais**, apresenta os fatos históricos que marcaram a trajetória do BPC para pessoa com deficiência nas Políticas de Previdência e Assistência Social, trazendo para o debate as principais legislações e concepções que influenciaram para o seu desenvolvimento. Para tanto, faz, a princípio, uma análise histórica sobre o conceito de deficiência e da evolução da proteção social para as pessoas com deficiência. Também aborda os principais modelos

internacionais de proteção social - bismarkiano e beveridgiano - que contribuíram para a constituição do atual sistema da Seguridade Social brasileiro.

O segundo capítulo, **A intersetorialidade no âmbito do sistema de proteção social brasileiro**, além, de trazer uma revisão bibliográfica da literatura sobre a intersetorialidade, busca enfatizar a lógica da complementaridade, da Previdência e Assistência Social na Seguridade Social, buscando inferir até que ponto, estas políticas dentro da realidade brasileira, são antagônicas ou complementares. Faz-se, assim, uma reflexão dos elementos que intensificam a fragmentação da Seguridade Social e que, conseqüentemente, interferem nos processos avaliativos para a concessão do BPC.

O terceiro capítulo, **O BPC na Proteção Social Básica do SUAS e na Agência da Previdência Social (APS) de Cruz das Almas-BA: os desafios do trabalho intersetorial**, discute o *modus operandi* do BPC, de gestão pela Assistência Social e operacionalização pela Previdência, centrando a análise em averiguar se existe o lidar cotidiano intersetorial entre estas políticas em âmbito local. Neste são apresentados os resultados da pesquisa de campo, com a análise de conteúdo das entrevistas.

Por fim, são feitas considerações finais que reafirma a importância do tema trabalhado e aponta os possíveis caminhos para superar os desafios encontrados na consolidação da intersetorialidade entre a rede SUAS e a APS de Cruz das Almas com o BPC. Neste sentido, intencionado contribuir propositivamente com as duas esferas em estudo deixo sugestões para agenda de pesquisa e de proposta de trabalho (Apêndice D), que delineiam algumas ações que poderão ser desenvolvidas coletivamente, para se criar os iniciais vínculos institucionais e profissionais, que reverberará, futuramente, na consolidação de ações intersetoriais com o BPC para as pessoas com deficiência.

## 1. BPC PARA PESSOA COM DEFICIÊNCIA: ASPECTOS HISTÓRICOS, CONCEITUAIS E LEGAIS

*As diversidades humanas são  
desconsideradas não pela mal  
interpretada razão elevada da igualdade  
dos seres humanos, mas pela inferior  
razão pragmática da necessidade de  
simplificação.*

Amartya Sen  
(In.:SANTOS, 2007, p.07)

No transcorrer da história, a deficiência foi concebida sobre diferentes prismas de entendimento, ora identificando-se como castigo divino, ora como tragédia de responsabilidade individual, sendo subjugada ao confinamento ou aos cuidados familiares.

Essa realidade de desrespeito e ausência de direitos para com as pessoas com deficiência, no Brasil, começa a se transformar principalmente a partir da promulgação da Constituição Federal de 1988, que passa a reconhecer estas como sujeitos de direitos, buscando a garantia de renda mínima, numa perspectiva não-contributiva.

Neste sentido, a partir da Constituição Federal desvela-se um novo horizonte propício para reflexões e mudanças, inaugurando assim, um padrão de proteção social alicerçado em direitos capazes de superar as práticas assistenciais e clientelistas.

Esse sistema ainda que restrito a Assistência Social, Previdência Social e Saúde, teve o mérito de cindir com o formato contratual contributivo. A proteção social passa a ser incondicional, destoando do sistema até então vigente, o qual para se ter acesso aos serviços e benefícios deveria existir um vínculo formal de emprego para que houvesse os descontos das devidas contribuições.

Inscreveu-se, assim, novos direitos sociais para a população desprotegida que se encontra em situação de vulnerabilidade social. Entre eles, o direito ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) para a pessoa com deficiência anunciado na Constituição de 1988 e na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), sendo

regulamentado pelo Decreto nº 1.744, de 5 de dezembro de 1995 e só é executado em janeiro de 1996, quase uma década depois de sua provisão constitucional. Se por um lado tem-se sua importância histórica em termos de conquista de direitos, por outro, percebe-se possíveis “desvirtuamentos” quanto ao seu potencial de proteção social (NOGUEIRA, 2015).

Neste sentido, é importante resgatar alguns aspectos históricos, conceituais e institucionais que interferiram na sua concepção e implementação enquanto instrumento de política pública da Assistência Social que é executado pela Previdência Social. Para compreender os desafios atuais é necessário ter uma ampla visão sobre como se configuraram os diferentes atores, representações, instituições, processos e resultados (LASCOUMES, LÈ GALÉS, 2012).

Neste capítulo busca-se apresentar os fatos históricos que marcaram a trajetória do BPC para pessoa com deficiência nas Políticas de Previdência a Assistência Social, trazendo para o debate as principais legislações e concepções que influenciaram para o seu desenvolvimento.

Para compreender a lógica que embasou estas institucionalidades é preciso antes de tudo conhecer o próprio conceito de pessoa com deficiência vigente ao longo da história e que influenciou na atualidade, bem como os modelos internacionais de proteção social - bismarkiano e beveridgiano - que contribuíram para a constituição do atual sistema da Seguridade Social brasileiro mesclando a lógica contributiva e não-contributiva. Busca-se, assim, uma visão ampliada das institucionalidades constitutivas da Previdência e Assistência Social, compreendendo a lógica as quais emergiram, e que influenciam no trato com o BPC.

## **1.1 PESSOA COM DEFICIÊNCIA: DA CONCEPÇÃO MÉDICA-ASSISTENCIAL A LÓGICA DE CIDADÃO DE DIREITOS**

Assim como outros instrumentos de políticas públicas, para compreender o BPC é necessário analisar não apenas os meios e alternativas escolhidas, mas os problemas públicos que os originaram. Para isso, é preciso um entendimento sobre as diferentes concepções a respeito do *policytaker*<sup>14</sup> em questão, neste caso, a

---

<sup>14</sup> Aquele que é destinatário da política pública.

pessoa com deficiência que passa historicamente de situações de completa invisibilidade e exclusão a uma lógica de equidade e inclusão enquanto cidadão de direitos.

O conceito de deficiência e a concepção sobre pessoas com deficiência nem sempre foram abordados na perspectiva de direito. Períodos antes e posteriores a Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a qual representou um importante marco no debate sobre a igualdade de direitos para todas as pessoas, assinalam a trajetória pela busca de um entendimento que se adéque ao sentido de um padrão social e estético imposto pelas sociedades e as necessidades das pessoas com deficiência.

No mundo, a despeito de qualquer época, sempre existiram indivíduos com algum tipo de deficiência, seja física, sensorial ou cognitiva. Neste sentido, Silva (1987, p. 21) afirma que “anomalias físicas ou mentais, deformações congênitas, amputações traumáticas, doenças graves e de consequências incapacitantes, sejam elas de natureza transitória ou permanente, são tão antigas quanto a própria humanidade” (p.21). Entretanto, mesmo existindo pessoas com deficiência desde o mundo primitivo até a contemporaneidade, a trajetória de exclusão e estigma sempre fez parte da vida desse grupo.

As análises predominantes no passado não abordavam a deficiência pelo viés dos limites impostos pelo próprio meio, ou seja, na perspectiva de exigir das sociedades mudanças estruturais para receber as pessoas com algum tipo de deficiência, sem impor barreiras que prejudiquem seu acesso, inclusão e permanência. Ao contrário, a temática sempre foi permeada por culpabilização do indivíduo, preconceitos e termos pejorativos.

Tal constatação é possivelmente comprovada quando nos debruçamos em estudar os diferentes períodos da história. Menecucci (1999) apud Araújo (2006) traz um panorama geral sobre a evolução histórica da compreensão sobre a deficiência e suas implicações para a vida das pessoas com deficiência, dividido-a em quatro fases, conforme se observa no quadro 01.

**QUADRO 01** – Evolução histórica do conceito de deficiência

<b>Fases</b>	<b>Concepção Deficiência</b>	<b>Características</b>	<b>Procedimentos</b>	<b>Consequências Implicações Sociais</b>
Idade Média Século XVI e XVII  <b>Extermínio Mística / religiosa</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Deformação humana</li> <li>▪ Manifestação das forças dos deuses ou do demônio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Negação direito à vida</li> <li>▪ Condição imutável de anormalidade</li> <li>▪ Crenças sobrenaturais demoníacas e supersticiosas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Extermínio, eliminação</li> <li>▪ Exorcismo, bruxaria, encarceramento</li> </ul>	Ignorância
<b>Século XVIII</b>  <b>Humanista / Cristã</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Manifestação da natureza humana</li> <li>▪ Homem ⇒ imagem e semelhança de Deus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A deficiência está no corpo. Oportunidade de purificação para ganhar o reino de Deus.</li> <li>▪ Conformismo piedoso</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Cuidados, assistência, benevolência. Internação, abrigos, casas de caridade</li> </ul>	Assistencialismo, Filantropia, Voluntariado
<b>Século XIX</b>  <b>Científica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Sequela, lesão, diminuição da capacidade de um órgão em consequência de doenças</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A deficiência pode ser passível de tratamento, evitada ou controlada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tratamento médico, psicológico, início dos estudos científicos</li> </ul>	Pesquisas genéticas, avanços tecnológicos
<b>Século XX</b>  <b>Direito</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Perda total ou parcial, temporária ou permanente, de uma função psicológica fisiológica ou anatômica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Integração</li> <li>▪ Inclusão</li> <li>▪ Convivência Social</li> <li>▪ Cidadania</li> <li>▪ Garantia de direitos</li> <li>▪ Equidade</li> <li>▪ Igualdade de Direitos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Organização da sociedade para o atendimento das necessidades especiais.</li> <li>▪ Políticas Públicas</li> </ul>	Declarações internacionais, acordos, cartas de intenção, legislações, resgate do sentido de filantropia

FONTE: ARAÚJO, E. T. Parcerias Estado e Organizações Especializadas: discursos e práticas em nome da integração/inclusão educacional das pessoas com deficiência. **Dissertação de Mestrado** em Serviço Social. PUC-SP, 2006.

A primeira fase assinala da antiguidade até o século XVII sendo marcada pelo extermínio, embasando-se em crenças religiosos; a segunda, século XVIII fase do humanismo/cristã, as ações filantrópicas emergem com força; a terceira, século XIX é marcada pela cientificidade, a ideia de deficiência tratável se inicia; e por fim o

século XX em diante, emerge os direitos, insurge, com mais ênfase, as políticas públicas.

A primeira fase é caracterizada pela negação do direito à vida (MENEUCCI, 1999). Ancorado na justificação do corpo perfeito<sup>15</sup> e posteriormente na filosofia religiosa às pessoas com algum tipo de deficiência eram sacrificadas, sendo o extermínio uma prática comum e aceitável. Assim, houve em todo o período e até o século XVII, o predomínio de concepções místicas, mágicas e misteriosas sobre a população com deficiência. A qual representava a verdadeira face demoníaca, sendo sua causa concebida como um castigo, e deveriam ser eliminados do convívio social.

A segunda fase, marca a passagem de um momento de extrema ignorância para o nascer de novas ideias (GUGEL, 2008). Deste modo, o novo trato para com as pessoas com deficiência passou a ser no sentido do enclausuramento, para que não perturbasse e/ou atrapalhasse a emergente ordem capitalista que passou a vigorar<sup>16</sup>. O entendimento religioso, que continua a influenciar as ações da vida cotidiana, ancora-se agora na ideologia do homem como a “imagem e semelhança de Deus” o que trouxe uma nova forma de ver a deficiência, a qual está no corpo e não na alma, ou seja, o corpo deficiente é apto a salvação, a partir do instante que a alma é purificada, conseqüentemente, este ser deficiente ganhará o reino de Deus (ARAÚJO, 2006). Como se observa, a narrativa religiosa fazia da assistência as pessoas com deficiência uma prática de redenção e caridade.

A terceira fase, a científica, inicia-se uma atenção especializada e não só institucional como os hospitais, asilo e abrigos, surgem, os modelos de atendimento médico assistencial, com estudos individualizados para cada deficiência (MENEUCCI, 1999). É nesta fase que o modelo biomédico emerge e retira a

---

<sup>15</sup> Na Grécia Antiga, por exemplo, o culto ao corpo belo e forte, apto para lutar bravamente nas guerras, fez com desenvolvesse toda uma aversão ao corpo deficiente. Assim, as pessoas com deficiência eram lançadas em abismos, pois contrariavam as expectativas dessa sociedade que tinha na estética corporal a ideia de perfeição (SASSAKI, 1997).

<sup>16</sup> "O que ocorreu, na verdade, foi o isolamento daqueles que interferiam e atrapalhavam o desenvolvimento da nova forma de organização social, baseada na homogeneização e na racionalização" (SILVEIRA BUENO, 1993, p. 63). Nestes termos, as pessoas com deficiência passaram a ser internadas em asilos, manicômios e hospícios caracterizando as primeiras ações segregadoras de viés caritativo, o que claramente demonstra os valores da ordem social e os mecanismos opressores de controle social.

deficiência do campo religioso e, “desde então, o corpo deficiente passou a ser catalogado como uma variação indesejada e patológica do corpo considerado normal” (SANTOS, 2010, p. 82). Inicia-se a reunião de esforços coletivos na área biológica para aprofundar os conhecimentos e descobrir as explicações fisiológicas e anatômicas das diferentes deficiências e os possíveis tratamentos.

Na quarta fase, chega-se ao século XX com mudanças profundas de paradigmas, fase da proeminência dos direitos. Com os avanços no campo da medicina têm-se, por um lado, importantes progressos no entendimento sobre a deficiência, mas que por outro, fortalecem alguns paradigmas e preconceitos relacionados às possibilidades e potencialidades dessas pessoas. Em termos de nomenclatura a designação pessoa portadora de deficiência começa a minimamente ser aceitável, substituindo outros termos depreciativos e pejorativos. Nesta fase<sup>17</sup> surgem várias convenções e declarações internacionais, acordos e legislações abordando sobre a pessoa com deficiência em uma perspectiva mais inclusiva e de igualdade de direitos.

Em meio ao celeiro histórico trabalhado por Menecucci (1999) pode-se constatar que o desenvolvimento do conceito sobre deficiência e a concepção sobre pessoas com deficiência, e as diferentes formas de lidar com estes, são reflexos do modo de se organizar de cada sociedade e dos valores vigentes nos distintos tempos.

### **1.1.1 Conceitos e paradigmas sobre a deficiência e incapacidade**

O conceito de deficiência e as designações ligadas a este entendimento por muito tempo esteve associada à concepção médica e suas classificações padronizadas. Assim, a Classificação Internacional de Doença (CID)<sup>18</sup>, que foi

---

<sup>17</sup> O período também é assinalado pela criação de metodologias, equipamentos e tecnologias que passaram a facilitar a locomoção das pessoas com deficiência a exemplo de cadeira de rodas, muletas, bengalas, coletes, próteses e veículos adaptados. Inicia-se na sociedade processos de organização coletiva para compreensão dos problemas públicos e das necessidades em torno das pessoas com deficiência.

<sup>18</sup> Em 1893, após várias tentativas, é criada em Paris uma *Classificação de Causas de Morte* a qual surge da necessidade de conhecer e comparar as causas de morte entre regiões e/ou países de forma uniforme. Esta classificação vem sendo periodicamente revisada, e a partir da sexta à atual décima revisão passou-se a denominar Classificação Internacional de Doença (CID), que além de

parâmetro por um período relativo na avaliação para a concessão do BPC, ao catalogar as causas de morte e as estatísticas de morbidade tem por objetivo agrupar ou classificar, de acordo com determinados critérios, a frequência de doenças na população segundo características comuns, para que sejam analisadas estatisticamente. Fornecendo, neste sentido, elementos para a melhor compreensão sobre a doença, a tipificando de maneira universal, com um diagnóstico e código único. Neste sentido,

Uma classificação de doenças é um instrumento que agrupa as doenças segundo características comuns e serve, basicamente, para finalidades estatísticas de descrição e análise quanto a distribuição das doenças em uma população definida. É uma sistematização das doenças, sintomas, sinais e motivos de consultas (LAURENTI, 1994, p. 113).

Este modelo médico centrado em classificações foi passível de críticas, sobretudo, quanto ao seu aspecto conceitual e aplicabilidade para as diversas manifestações que envolvia a relação saúde e doença. Pois havia a necessidade de também analisar outras áreas, tão importante para a saúde quanto o diagnóstico da doença, a exemplo das incapacidades.

As próprias inquietudes vivenciadas pela população usuária dos serviços de saúde, em que se constatou que uma classificação de doenças não dava conta de todas as questões relacionadas à saúde, fez como que se repensasse, e chegasse a conclusão que seria necessário o desenvolvimento de outras classificações para subsidiar a CID. Pois esta apresentava algumas restrições, sobretudo,

[...] quanto ao fato de que segue um esquema "biologicista" e por não apresentar nenhum compromisso quanto a ser um instrumento que favorece uma análise mais profunda do processo saúde-doença. Nesse sentido Breilh e Granda comentam que não se pode negar a validade da CID para a clínica e, particularmente, para algumas áreas da administração em saúde, porém, questionam a adoção deste instrumento como o padrão para estudo do processo saúde-doença. Para eles a observação do processo saúde-doença, sob o ângulo da epidemiologia, não se limita apenas à verificação de alterações biológicas ou psíquicas em uma série de indivíduos, afirmando que uma das categorias básicas para estabelecer uma classificação epidemiológica é a classe social (LAURENT, 1991, p. 415).

---

classificar as causas de morte passou a catalogar mundialmente as doenças e os regulamentos para a compilação e publicação de estatísticas de morbidade e mortalidade. Para mais informações ver Di Nubila (2007).

É neste momento que surge à primeira versão, em 1980 da Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID), ainda em carácter experimental, mas que aparece para cobrir as questões que não eram alcançadas pela CID, neste caso, às consequências duradouras das doenças. Após pesquisas, estudos de campo e consultas internacionais a CIDID, transforma-se em uma classificação de componentes de saúde, passando a ser conhecida pela sigla CIF e tem sua aprovação em 2001 para uso internacional<sup>19</sup> (OMS, 2004).

Esta mudança é significativa, pois para a CIF, “os ‘componentes da saúde’ identificam o que constitui a saúde, enquanto que as ‘consequências’ se referem ao impacto das doenças na condição de saúde da pessoa” (OMS, 2004, p. 08). Assim, a CIF inova ao trazer para a análise da saúde-doença uma lista de fatores ambientais que apresentam o contexto em que vive o indivíduo como influenciadores das condições de vida. O objetivo geral da CIF é,

[...] proporcionar uma linguagem unificada e padronizada assim como uma estrutura de trabalho para a descrição da saúde e de estados relacionados com a saúde. A classificação define os componentes da saúde e alguns componentes do bem-estar relacionados com a saúde (tais como educação e trabalho). Os domínios contidos na CIF podem, portanto, ser considerados com os domínios da saúde e domínios relacionados com a saúde. (OMS, 2004, p. 07).

Como classificação, a CIF congrega sistematicamente diferentes aspectos de uma pessoa com uma determinada condição de saúde, a sua estrutura lógica se divide em duas partes, cada uma com dois componentes que podem ser apresentados em termos positivos ou negativos. A primeira parte é referente à Funcionalidade e Incapacidade, composta por Funções do Corpo e Estruturas do Corpo e, Atividades e Participação; a segunda agrupa os Fatores Contextuais, que por sua vez, possui por componente os Fatores Ambientais e Fatores Pessoas (OMS, 2004).

---

<sup>19</sup> A versão final da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), foi disponibilizada nos seis idiomas oficiais na página da família de classificações da OMS e publicada na língua portuguesa para todos os países lusófonos em novembro de 2003 (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008, p.327).

Enquanto a CID apresenta os códigos para mortalidade e morbidade, a CIF fornece os códigos que descreve a funcionalidade e a incapacidade associados aos estados de saúde.

A CIF passa a servir como parâmetro para OMS para as questões relacionadas à saúde e incapacidade, dispondo de uma base conceitual que auxilia na formulação e avaliação de políticas voltadas para os aspectos da deficiência ou incapacidade.

A deficiência passa a ser considerada como “problemas nas funções ou nas estruturas do corpo, tais como, um desvio importante ou uma perda” (OMS, 2004, p.13), porém, mesmo as deficiências podendo ser parte ou uma expressão da condição de saúde, esta não indica necessariamente a presença de uma doença, e nem que o indivíduo deva ser considerado doente. Neste mesmo sentido a incapacidade,

é caracterizada como o resultado de uma relação complexa entre a condição de saúde do indivíduo e os factores pessoais, com os factores externos que representam as circunstâncias nas quais o indivíduo vive. Assim, diferentes ambientes podem ter um impacto distinto sobre o mesmo indivíduo com uma determinada condição de saúde (OMS, 2004, p.19).

Com estas inovações conceituais, a aplicação da CIF é importante não só no setor saúde, mas em outros setores que necessitam avaliar o estado funcional das pessoas, como é o caso, por exemplo, da Previdência Social. Outro ponto importante é a abordagem dada ao entendimento sobre a deficiência e incapacidade, que agora ganha uma conotação universalista, ou seja, todos os indivíduos são passíveis de apresentar alguma doença crônica, deficiência ou a incapacidade (DI NUBILA; BUCHALLA, 2008).

A CIF ao permitir classificar a funcionalidade e a incapacidade das pessoas, fornece as bases de estudo para que os utilizadores analisem os diferentes aspectos do processo saúde/doença, a exemplo dos requerentes do BPC, em uma abordagem multidimensional. Assim, o atual conceito de pessoa com deficiência adotado na legislação que rege os critérios de elegibilidade do BPC no Brasil tem como base a CIF, o qual é ratificado pelo Decreto nº 6.949/2009, que dispõe em seu artigo 1º que,

**Pessoas com deficiência** são aquelas que têm impedimentos de longo prazo de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdades de condições com as demais pessoas (BRASIL, 2009a, p. 01) – grifo meu.

O Decreto inova ao considerar o processo histórico e as suas multideterminações – social, cultural, política, econômica e biológica – em torno do conceito de deficiência. Também adota a nomenclatura “pessoa com deficiência” estabelecendo uma terminologia, coerente e em conformidade a bandeira de luta dos movimentos sociais<sup>20</sup>, anulando o uso de termos não mais aceitáveis devido a carga negativa e discriminatória que carregam, tais como anormal, doente, incapaz, aleijado e defeituoso ou mesmo considerações ao se referir às pessoas a exemplo de portador de deficiência, portador de necessidades especiais, os quais foram amplamente utilizados e difundidos até meados do século XX.

As modificações dos termos ao se referirem as pessoas com deficiência acompanham o próprio movimento histórico, que tem em diferentes épocas, conforme já analisadas, a referência para cada nomenclatura adotada, representando, em sua maioria, confusões conceituais que ratificam a situação de preconceito vivida por estas pessoas. Entretanto,

Ao se organizarem como movimento social, as pessoas com deficiência buscaram novas denominações que pudessem romper com essa imagem negativa que as excluía. O primeiro passo nessa direção foi a expressão “pessoas deficientes”, que o movimento usou quando da sua organização no final da década de 1970 e início da década de 1980, por influência do Ano Internacional das Pessoas Deficientes (AIPD). A inclusão do substantivo “pessoa” era uma forma de evitar a coisificação, contrapondo-se à inferiorização e desvalorização associada aos termos pejorativos usados até então. Posteriormente, foi incorporada a expressão “pessoas portadoras de deficiência”, com o objetivo de identificar a deficiência como um detalhe da pessoa. A expressão foi adotada na Constituição Federal de 1988 e nas estaduais, bem como nas demais leis e políticas pertinentes ao campo das deficiências. Conselhos, coordenadorias e associações passaram a incluí-la em seus documentos oficiais (SOCHACZEVSKI; TAVARES, 2013, p. 147).

---

<sup>20</sup> Os movimentos sociais dos últimos anos agregaram esforços, sobre tudo, no sentido de reafirmar conceitos e mudar paradigmas, criando uma base sólida para a construção de uma nova perspectiva sobre a deficiência.

Assim, o conceito *peessoa com deficiência* substitui a expressão *portador de deficiência* que aparece em vários documentos oficiais, inclusive em normas que regem o objeto deste estudo, o BPC.

Sasaki (2003) corrobora ao pontuar, enfaticamente, sobre o equívoco na utilização do termo portador de deficiência. Assim, “tanto o verbo portar como o substantivo (portador), como adjetivo ‘portadora’ não se aplicam a uma condição inata ou adquirida que faz parte da pessoa. Por exemplo, não dizemos nem escrevemos que uma pessoa porta olhos verdes ou pele morena” (SASSAKI, 2003, p. 04). Acrescenta ainda que outro motivo para se evitar o uso do termo *portador* diz respeito ao desejo das pessoas com deficiência de serem chamadas de forma equivalente em várias partes do mundo, desta forma, é consensual, entre vários países, a utilização desta nomenclatura.

Nestes termos, a terminologia passou a ser questionada pelos movimentos sociais em decorrência da relação direta que se faz quando ao portar uma deficiência, ou seja, a idéia alude como sendo a deficiência como algo portátil, e só se porta o que se deseja, como se a deficiência não fizesse parte da pessoa.

A mudança de terminologia – pessoa com deficiência, criança e/ou adolescentes com deficiência, aluno com deficiência, etc. – dá uma conotação mais identitária, enfatizando que a deficiência faz parte do corpo, ou seja, não tenta camuflar nem esconder a deficiência, mostrando com dignidade a realidade da deficiência e combatendo os neologismos e estigmas que por muito tempo persistiram. Não se pode esquecer que ser *peessoa com deficiência* é, antes de tudo, ser pessoa humana na condição de cidadão (BRASIL, 2010a).

A evolução do conceito de deficiência resultou na valorização dos potenciais e possibilidades das pessoas e não nas suas limitações. A utilização do modelo da CIF nas políticas constitutivas da Seguridade Social brasileira forneceu as bases para se formular políticas públicas mais inclusivas em relação à população com deficiência, pois mudou o foco do problema da natureza biológica individual para a interação entre a disfunção apresentada e o contexto ambiental onde as pessoas estão inseridas.

Assim, o país deu um importante passo ao adotar a CIF como modelo de avaliação das pessoas com deficiência solicitantes do BPC, seguindo, desta forma, as orientações do debate internacional dos direitos das pessoas com deficiência.

Nesta perspectiva, o tema da deficiência é emergente para as políticas públicas, particularmente as de caráter distributivo e de proteção social (MEDEIROS *et. all*, 2006). O BPC é uma das expressões mais concretas desta constatação, visto que, é um exemplo paradigmático do avanço na relação incapacidade/deficiência e renda.

### **1.1.2 Instrumentos contemporâneos para fortalecer a garantia de direitos da pessoa com deficiência**

De modo recente, o país ganhou dois reforços na luta pela garantia de direitos das pessoas com deficiência. O primeiro com a criação do Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, o Decreto nº 7.612/2011 – Plano Viver sem Limite. Esse plano organiza as ações em quatro eixos: acesso à educação, acessibilidade, atenção em saúde e inclusão social.

O MDS integra o Plano Viver sem Limite no eixo da educação e da inclusão social. No que tange a educação as ações referem-se à facilitação do acesso dos beneficiários do BPC à escola (BPC Escola); e no da inclusão social com o BPC Trabalho, a implantação das residências inclusivas para jovens e adultos e dos Centros-dia de Referência<sup>21</sup> em cuidado diurno das pessoas com deficiência em situação de dependência.

---

<sup>21</sup> “O Centro-dia de Referência é uma unidade especializada de oferta do Serviço de Proteção Social Especial de Média Complexidade do SUAS que presta atendimento, durante o dia, a jovens e adultos com deficiência em situação de dependência e suas famílias. Realiza um conjunto variado de atividades de convivência grupal, social e comunitária; cuidados pessoais; fortalecimento de vínculos e ampliação das relações sociais; apoio e orientação aos cuidadores familiares; acesso a outros serviços no território e às tecnologias assistivas de autonomia e convivência, contribuindo para aumentar a autonomia e evitar o isolamento social da pessoa com deficiência e do cuidador familiar” (BRASIL, 2013a, p 35).

O segundo foi a promulgação da Lei nº 13.146<sup>22</sup>, de 6 de julho de 2015, Lei Brasileira da Inclusão (LBI), ou Estatuto da Pessoa com Deficiência, que prevê garantias e direitos a todas as pessoas com deficiência. Após mais de doze anos de tramitação no Congresso Nacional, desde a apresentação do Projeto de Lei do Senado nº 6/2003 (PL 7699/2006 na Câmara dos Deputados), a LBI consolida as leis existentes no tocante as pessoas com deficiência e avança nos princípios de cidadania.

Mesmo a proteção integral para as pessoas com deficiência sendo uma garantia constitucional, portanto previsto desde 1988, até os dias atuais se necessitava de um estatuto que regulamentasse a condição de deficiência no Brasil. A LBI, neste sentido, visa à superação desta lacuna, prevendo, de forma sistemática, um marco na proteção jurídica das pessoas com deficiência. E ratifica o conceito de pessoas com deficiência promulgada no Brasil pelo Decreto nº 6.949/2009, como supracitado.

A partir do Estatuto da Pessoa com Deficiência aproximadamente 46 milhões de brasileiros que possuem algum tipo de deficiência (IBGE, 2010), estão sendo beneficiados nas mais diversas áreas<sup>23</sup>: saúde, educação, moradia, trabalho, habilitação e reabilitação profissional, assistência social, previdência social, transporte, turismo, lazer e acessibilidade.

O texto prevê ainda a criação de um Cadastro Nacional de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Cadastro-Inclusão), constituído por base de dados administrado pelo Poder Executivo. O Cadastro-Inclusão é um registro público

---

<sup>22</sup> Esta Lei tem como base a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e seu Protocolo Facultativo, em vigor para o Brasil, no plano jurídico externo, desde 31 de agosto de 2008, e promulgados pelo Decreto nº 6.949, de 25 de agosto de 2009, data de início de sua vigência no plano interno (BRASIL, 2015c).

<sup>23</sup> “Nos seus 127 artigos, há os que penalizam quem o descumprir, imprimindo maior coerção à legislação. Alguns pontos em destaque: atendimento prioritário em situação de socorro; disponibilização de pontos de parada, estações e terminais acessíveis de transporte coletivo de passageiros e garantia de segurança no embarque e no desembarque. Mais: as frotas de empresas de táxis devem reservar 10% de veículos acessíveis, sem cobrança de tarifa adicional; as locadoras de automóveis devem oferecer 1 veículo adaptado a cada 20; hotéis e pousadas devem disponibilizar 10% de seus dormitórios com acessibilidade; reserva de 3% das unidades habitacionais que utilizarem recursos públicos; estímulo ao empreendedorismo e ao trabalho autônomo com disponibilidade de linhas de crédito; oferta de ensino em libras e braille no sistema público; espaços culturais e esportivos devem atender as normas de acessibilidade; entre outros. Tudo isso representa um enorme avanço na qualidade de vida dessas pessoas” (PAIM, 2015, p.07).

eletrônico que tem por “finalidade coletar, processar, sistematizar e disseminar informações georreferenciadas que permitam a identificação e a caracterização socioeconômica da pessoa com deficiência, bem como das barreiras que impedem a realização de seus direitos (BRASIL, Art. 92, 2015c).

Além desses indubitáveis avanços trazidos pela LBI<sup>24</sup> para a qualidade de vida das pessoas com deficiência, acrescenta-se a criação do “auxílio-inclusão”, que consiste em uma renda, acrescida no salário, para os beneficiários do BPC que passem a exercer alguma atividade remunerada filiada ao Regime Geral de Previdência Social (RGPS). Versa a Lei,

Art. 94. Terá direito a auxílio-inclusão, nos termos da lei, a pessoa com deficiência moderada ou grave que:

I - receba o benefício de prestação continuada previsto no art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e que passe a exercer atividade remunerada que a enquadre como segurado obrigatório do RGPS;

II - tenha recebido, nos últimos 5 (cinco) anos, o benefício de prestação continuada previsto no art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e que exerça atividade remunerada que a enquadre como segurado obrigatório do RGPS (BRASIL, 2015c).

Tal medida incentiva as pessoas com deficiência beneficiárias do BPC a inserir-se no mercado formal de trabalho, rompendo com uma lógica que parecia consolidada, a inserção, quase que automática e perene, das pessoas com deficiência pobres na Política de Assistência Social, agora essas pessoas podem, através de incentivos legais, protagonizar sua inserção na Política previdenciária.

A promulgação da LBI é um marco na defesa e garantia de direitos para as pessoas com deficiência, que, até então, eram esquecidas pela diversidade da própria história, e importante na reafirmação de seus direitos quanto à proteção social. Nas palavras de Paulo Paim, relator do projeto inicial, é abordado que,

As pessoas com deficiência sempre estiveram à margem da sociedade, pois historicamente suas diferenças vêm sendo associadas à incapacidade. O

---

<sup>24</sup> “Parágrafo único. É assegurado à pessoa com deficiência atendimento domiciliar pela perícia médica e social do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), pelo serviço público de saúde ou pelo serviço privado de saúde, contratado ou conveniado, que integre o SUS e pelas entidades da rede socioassistencial integrantes do SUAS, quando seu deslocamento, em razão de sua limitação funcional e de condições de acessibilidade, imponha-lhe ônus desproporcional e indevido” (BRASIL, Art. 95, 2015c).

Estatuto da Pessoa com Deficiência – Lei brasileira de inclusão retira o manto de invisibilidade sob o qual essa parcela da população viveu ao longo da história (PAIM, 2015, p. 100).

No processo de aperfeiçoamento das políticas públicas e da legislação que abarcam a temática da deficiência, chegamos ao século XXI com inquestionáveis avanços, como é observado no supracitado. Neste contexto presenciamos a intensificação dos movimentos de defesa dos direitos das pessoas com deficiência, buscando atender suas necessidades e melhorar sua qualidade de vida, bem como a evolução no próprio conceito, que traz nos marcos normativos novas abordagens, em que a deficiência deixa de ser tema de responsabilidade individual e passa a agregar a alçada da justiça social, que implica no esforço coletivo em garantir os direitos básicos para todos as pessoas.

Traçado um panorama geral que descreve a trajetória história que envolve a temática da deficiência, com seus conceitos, paradigmas e lutas das pessoas com deficiência, a seguir busca-se analisar as influências histórias da Assistência e Previdência Social na constituição do atual sistema de proteção social brasileiro, voltado para este público, bem como, o arcabouço legal que subscreve o BPC.

## **1.2 A ASSISTÊNCIA SOCIAL E PREVIDÊNCIA SOCIAL NO BRASIL NO CONTEXTO DA SEGURIDADE SOCIAL: INFLUÊNCIAS HISTÓRICAS**

A partir da Constituição Federal de 1988 que os direitos a Assistência Social, Previdência Social e Saúde no Brasil, passam a configurarem-se enquanto sistemas de políticas públicas, os quais visam assegurar melhores condições de sobrevivência aos cidadãos, formando o tripé da Seguridade Social<sup>25</sup>.

---

<sup>25</sup> A definição de Seguridade Social da Constituição brasileira, 1988, remete ao conceito adotado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), aprovado em Genebra, através da Convenção 102, 1952, que trás que: “Seguridade Social é a proteção que a sociedade proporciona à seus membros mediante uma série de medidas públicas contra as privações econômicas e sociais que de outra forma derivam no desaparecimento ou em forte redução de sua subsistência como consequência de enfermidade, acidente de trabalho ou enfermidade profissional, desemprego, invalidez, velhice e morte, e também, à proteção em forma de assistência médica e de ajuda às famílias com filhos” (OIT, 1952).

Contudo, a trajetória que remete a garantia e lutas pelos direitos assistenciais e previdenciários não se inicia e mesmo se restringe ao século XX, é remetendo-nos ao passado, mais precisamente nos anos de 1880 – final do século XIX –, que encontramos as bases da proteção social, as quais influenciaram o arcabouço da Seguridade Social brasileira (SANTANA, 2013).

A Alemanha tem um protagonismo consensual entre a maioria dos autores que se debruçam a estudo sobre a proteção social, pois este país teve um papel fundante na formulação e evolução da proteção social na Europa. Neste foi instituído, pela primeira vez, as iniciativas de benefícios previdenciários, as quais contribuíram para a constituição da seguridade social contemporânea (SANTANA, 2013).

Foi por meio da instituição de um sistema de proteção social, em 1883 no governo do Chanceler Otto Von Bismarck, que se criou uma série de medidas públicas que passaram a contemplar “o seguro-saúde, o seguro acidente do trabalho e a aposentadoria por invalidez e velhice” (SILVA, 2012, p. 127) substituindo, assim a renda do trabalho em momentos de ausência da capacidade laborativa, em consequência de doença, incapacidade para o trabalho ou idade.

O sistema alemão ou modelo bismarckiano, como também ficou conhecido, é baseado no seguro social, ou seja, o acesso aos benefícios contributivos garantidos em situações de incapacidade laboral temporária ou por aposentadoria restringe-se, quase que exclusivamente, aos trabalhadores assalariados e seus dependentes.

A lógica do seguro social identificava-se com os seguros privados, visto que o acesso era condicionado a previa contribuição. Quanto ao financiamento, além do desconto direto no salário dos empregados, os empresários também contribuía. A gestão era feita pelo Estado com participação dos empregados e empregadores (BOSCHETTI, 2009). Isso configurou a lógica tripartite da contribuição para o seguro social, por parte do empregado, empregador e Estado (SANTANA, 2013).

A instituição do seguro social alemão foi uma estratégia política encontrada pelo governo, em resposta as pressões e greves dos trabalhadores que se encontravam descontentes com as inseguranças, explorações e instabilidades vivenciadas no universo do trabalho. Destarte,

Diante das pressões dos sindicatos e do partido da social-democracia, que ganhavam peso e expressão política na Alemanha naquele período, o sistema alemão incorporou reivindicações dos trabalhadores por proteção social, na perspectiva de transformá-la em meios de subordiná-los e de conter o avanço de suas lutas (SILVA, 2012, p.127).

Neste mesmo sentido, percebe-se que os objetivos e efeitos da legislação bismarckiana,

foram, de fato, muito mais políticos do que sociais. Os problemas de maior urgência para os assalariados alemães, naquela oportunidade (inspeção das condições de trabalho, regulamentação da jornada de trabalho, fiscalização dos contratos de trabalho), não foram tocados. Bismarck compartilhava com os liberais (e com os empresários) a firme opinião de que qualquer interferência nos negócios privados seria nociva ao sistema. Mas, reprimindo reivindicações mais vigorosas, por um lado, e, por outro, oferecendo concessões em termos de política social, infringiu uma derrota ao movimento sindical [...] (VIANA, 2002, p. 4).

Apesar de se comungar da ideia de que o seguro social bismarckiano era uma forma de controle social e as tímidas conquistas efetivadas com os benefícios, por meio das reivindicações e manifestações populares, não serem universais, é inegável, do ponto de vista histórico, que o modelo bismarckiano trouxe à tona a gênese do que se entende hoje por seguro social. Ao mesmo tempo alicerçou as bases do sistema previdenciário, o qual tem em sua lógica estruturante a pretérita contribuição. De todo modo, os seguros sociais compulsórios entram na cena política para minorar os riscos sociais decorrentes do trabalho assalariado, sendo a Alemanha a precursora do modelo dominante de proteção social (SANTANA, 2013).

Vale destacar, que apesar do sistema de proteção social ter sido originado na sociedade capitalista europeia alemã e ter ganhado importância pelo seu pioneirismo e, por ter proporcionado a base aos sistemas de seguridade social observados nas sociedades complexas da atualidade, as formas de proteção social, sejam elas pouco ou muito desenvolvidas, sempre se fizeram presentes nas diferentes organizações societárias. Neste sentido Giovanni afirma que (1998, p. 9) “não existe sociedade humana que não tenha desenvolvido algum sistema de proteção social”.

Assim, mesmo a história dos sistemas de proteção social emergir com mais ênfase na Alemanha do século XIX, como supramencionado, é necessário salientar que quase todos os outros países do continente Europeu, antes mesmo da Primeira

Guerra Mundial, já dispunham de algum sistema próprio de segurança social, a exemplo do seguro contra acidente, contra doença, contra o desemprego e as aposentadorias por velhice e mortes (ALBER, 1982 apud GIOVANNI, 1998). Este desenvolvimento é uma evidência que decorre do processo de industrialização e urbanização que trouxeram o agravamento dos problemas relacionados à pobreza. Houve, assim, uma necessária convicção de que se precisava da regulação estatal para enfrentar estas situações.

Outras confluências também compõem o pano de fundo influenciador para a estruturação do novo contexto da proteção social pública ocidental, entre estas, Viana (2002) aponta a crise econômica dos anos de 1920; a vitória do socialismo na União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS); as transformações ocorridas no padrão de produção capitalista e a Segunda Guerra Mundial.

Sem dúvida, tais acontecimentos proporcionaram várias mudanças no percurso das políticas sociais nos países capitalistas, estabelecendo outras relações entre capital e trabalho e entre estes e o Estado, o que convergiu para uma nova reestruturação da proteção social, como o crescimento de instituições e o aumento das práticas intervencionistas estatais, passando a formular políticas que viessem a garantir os direitos sociais de forma ampla, configurando o que se conhece como *Welfare State* ou Estado de bem-estar social (SANTANA, 2013).

As políticas sociais, entendidas nesta conjuntura, são desdobramentos e respostas as reivindicações e situações de pauperismo vivenciadas pela classe trabalhadora, então o Estado é “chamado” a intervir. Por meio do *Welfare State*, entendido como sistema nacional, são executadas medidas dirigidas diretamente ao bem-estar da população, revelando-se como uma diretriz “efetiva e coerente de serviços sociais que englobam as diversas necessidades humanas e, a partir da perspectiva dos direitos, busca atender a totalidade da população com o intuito de promover sua emancipação” (CARDOSO, 2010, p. 1).

Esta iniciativa ganha maiores proporções no período pós Segunda Guerra Mundial, sobretudo após a publicação em 1942, na Inglaterra, com o Plano Beveridge, que apresenta críticas ao modelo de seguro social bismarckiano, ao passo que defende a universalização dos direitos para todos os cidadãos,

abrangendo não só trabalhadores, mas todos independente da existência de vínculo regulamentado de trabalho, devendo ter as suas necessidades básicas satisfeitas.

O *Welfare State*, concernente ao Plano Beveridge, metamorfoseia-se uma nova forma de assistência social que sai do âmbito estritamente privado para ser objeto de políticas públicas. Para Behring e Boschetti (2010), ao citar Mishra (1995), os princípios estruturantes do *Welfare State* são os mesmos dispostos no Plano Beveridge: universalização e ampliação da rede dos serviços sociais. Assim, o Estado passa a viabilizar a manutenção das condições de sobrevivência dos cidadãos com educação, assistência social, habitação e políticas voltadas para o crescimento do emprego com interferências na economia de mercado.

É certo que estas iniciativas têm como princípio a intervenção estatal para regular o desequilíbrio causado por um sistema que espolia os indivíduos da produção socialmente construída. Em outras palavras, as medidas de concessão estatal dispensadas por meio de políticas públicas, vêm para conter o pauperismo e de certa forma reprimir as mobilizações que, eventualmente, possam chocar com os interesses vigentes, não rompendo necessariamente com a lógica capitalista predominante.

Assim, o modo de produção continua gerando riqueza por um lado, as quais uma ínfima parcela de indivíduos usufruem e, por outro, acirra-se as desigualdades e aumenta a cada dia o número de pessoas a margem destas riquezas. Dentro dessa lógica, pode-se considerar que as pessoas com deficiência sofrem diretamente as consequências desse processo, inclusive por terem pouco acesso ao mercado de trabalho tradicional, seja por sua própria natureza excludente, seja pela ausência de políticas inclusivas e de reparação.

Particularizando o debate, faz-se necessário pontuar que países periféricos como o Brasil, a lógica do *Welfare State* não logrou êxito imediatamente naquele contexto histórico. Ao contrário dos países capitalistas desenvolvidos e industrializados, os quais no pós-guerra passam a oferecer serviços sociais abrangentes, alguns de caráter democrático voltados para a ampliação do direito de cidadania outros, com o objetivo puramente econômico de impulsionar o consumo, o Brasil devido as suas condições históricas não desfrutou do desenvolvimento desta política.

Assim, países como o Brasil que não viveram o pacto do *Welfare State* fundado no modelo beveridgiano caracterizam-se, como bem pontua Sposati (2002), em sociedades de regulação social tardia<sup>26</sup>, são, portanto “sociedades carentes de um contrato social alargado, o que torna uma tensão contínua a construção universal da cidadania e a superação do divisor entre pobres e não pobres” (id., p.3). É óbvia a dificuldade de montagem de um sistema de proteção social, devido às dificuldades sociais e os traços conservadores da cultura brasileira. Ademais a situação agrava-se por longos períodos de autoritarismo político, que só recentemente, ainda de forma incipiente, se descortinou práticas democráticas, sobretudo no aspecto social.

A despeito de todas as críticas, principalmente a centrada na dívida social impagável acumulada em anos de ínfimos ou nenhum investimento do poder público no setor social, a *regulação social tardia*, emerge para minorar a situação de pauperismo vivenciada em diversos países da América Latina, cuja formação histórica e social diverge da Européia, berço do modelo original do welfare state.

Assim, ao combinar o *desejo* e a *luta por direitos sociais*, advindos da classe menos abastada, a “nova” regulação social ainda que tardia vai se aproximar das regulações sociais de tradição beveridgianas (SPOSATI, 2002). Neste contexto, as políticas sociais adotadas são um conjunto de provisões de responsabilidade pública para o atendimento das necessidades sociais básicas dos cidadãos. Uma característica das ações do Estado no campo social em países de regulação social tardia são os programas sociais voltados para a seleção dos usuários pela ausência de renda, ou seja, com o objetivo é prover renda.

No rastro desse entendimento, as políticas sociais que se aproximam do *welfare state* não podem ser compreendidas apenas em termos de direitos e garantias, agrega-se a estes, o desenvolvimento de atividades estatais, em termos de provisão social, ligados intrinsecamente com o papel do mercado e da família

---

<sup>26</sup> A autora caracteriza como *regulação social tardia* “os países nos quais os direitos sociais foram legalmente reconhecidos no último quartel do século XX e cujo reconhecimento legal não significa que estejam sendo efetivados, isto é, podem continuar a ser direitos de papel que não passam nem pelas institucionalidades, nem pelos orçamentos públicos. Portanto, não cessa a luta dos movimentos pela inclusão de necessidades de maioria e de minorias na agenda pública. Embora estejam inscritos em lei, seu caráter difuso não os torna autoaplicáveis ou reclamáveis nos tribunais” (SPOSATI, 2002, p.2).

(ESPING-ANDERSEN, 1991)<sup>27</sup>. Estes três principais pontos são basilares para a compreensão dos benefícios de transferência de renda mensais tão difundidos na contemporaneidade.

No Brasil, por exemplo, o BPC<sup>28</sup> para as pessoas com deficiência, objeto deste estudo, combina esses fatores. O Estado ao ser provedor, gestor e regulador dos repasses financeiros, garante o direito a uma renda mensal, atendimento as necessidades de consumo básico individual ou familiar. Assim, o BPC como um mecanismo que robustece o sistema de proteção social, associa a transferência monetária a componentes compensatórias que permitem o rompimento do ciclo geracional que envolve grande parte da população brasileira, principalmente as que têm algum tipo de deficiência, nos enlaces da reprodução da pobreza. E ao mesmo tempo favorece as forças de mercado, ao proporcionar uma renda aos beneficiários do BPC faz girar a economia centrada no consumo de bens e serviços.

Enfim, percebe-se como o desenvolvimento do debate internacional sobre o sistema de proteção social influenciou a direção dada à proteção social brasileira. Os dois principais modelos de proteção social – bismarkiano e o beveridgiano – serviram como guias de estruturação das políticas sociais, permeando um ambiente de tensão entre estas duas lógicas – contributiva e não-contributiva –, que contribui

---

<sup>27</sup> Em seu trabalho, Esping-Andersen realiza uma análise comparativa de diferentes regimes de Welfare State em 18 países capitalistas desenvolvidos, sendo orientado pelos critérios de grau de desmercadorização e estratificação produzidos pela política social. A partir desses critérios são classificados diferentes formas de relação entre Estado, mercado e família, originando diferentes tipificações de regimes do welfare state, denominados: 1- Liberal: os direitos sociais são limitados, a baixa atuação do Estado garantindo apenas o mínimo e sobressaem às ações do mercado; 2- Conservador: os direitos sociais nunca foram contestados de maneira ordenada, os benefícios e serviços dependem de contribuição, o acesso é restrito aos segurados, o mercado não é visto como o único responsável pela provisão do bem-estar; 3- Social-democrata: predominância de princípios universalistas na provisão pública, os benéficos e serviços sociais são desvinculados de contribuições e assegurados como direito, o Estado assume a função social substituindo o mercado e a família. Para aprofundar a análise sobre a tipificação do Welfare State proposta por Esping-Andersen ver: ESPING-ANDERSEN, G. **The Three Worlds of Welfare Capitalism**. Princeton: Princeton University Press, 1990. ESPING-ANDERSEN, G. As Três economias políticas do welfare state. In.: **Lua Nova**, Nº 24. Rio de Janeiro, 1991.

<sup>28</sup> Modelos similares e bem sucedidos de proteção social centrado no repasse monetário para as pessoas com deficiência também se observa em outros países. A Espanha, por exemplo, possui um organizado sistema especial de benefícios e serviços estabelecidos pela Lei de Integração Social de Pessoas com Deficiência (LISMI) desenvolvido pelo Real Decreto 383/84, que estabelece um conjunto de benefícios economicos, entre eles, a Prestações não Contributivas (PNC), que se equipara ao BPC. Entre outras características, o direito ao benefício, diferente do brasileiro, não impede o exercício de atividades com ou sem fins lucrativos, condizentes, é claro, com as condições físicas do beneficiário.

para a construção da atual Seguridade Social brasileira, a qual tem entre outras provisões, os programas de repasse monetário, que aqui será particularizado, na sequência, pela descrição sobre BPC para pessoas com deficiência.

### **1.3 - A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL E O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA: A CONCEPÇÃO DO DIREITO**

A política social brasileira e, particularmente, a Política de Assistência Social, tem originalmente suas raízes na filantropia, na caridade e na solidariedade religiosa<sup>29</sup>. Tais práticas envolviam ações paternalistas e/ou clientelistas das entidades públicas, favores cedidos aos indivíduos, pressupondo que estes eram “ajudados” e não cidadãos de direitos. Destarte, a assistência confundia-se com a benesse, ou seja, auxílio aos pobres e necessitados, caracterizando-se mais como práticas pontuais e isoladas, que uma política pública voltada ao enfrentamento de problemas de pública relevância e/ou oferta e manutenção de bens públicos.

Somente no processo de redemocratização do país com os movimentos populares democráticos que assinalaram a década de 1980 e a promulgação da Constituição Federal de 1988, que se descortina um padrão de proteção social ancorado no direito de cidadania.

A Carta Magna define a Assistência Social como direito no âmbito da Seguridade Social, compondo juntamente com a Previdência e a Saúde o tripé estruturador da proteção social brasileira, conforme já citado. A Assistência Social,

---

<sup>29</sup> As bases embrionárias de caráter mais institucionalizado da assistência social, no Brasil, estruturaram-se com a primeira instituição nacional, a Legião Brasileira de Assistência (LBA), que surge em 1942. “A LBA se tornou uma instituição assistencial que atuava nas mais diversas situações sociais, assegurando serviços nem sempre contínuos e sistemáticos, os quais não se situavam na ordem do direito. Isso quer dizer que as ações da LBA decorriam de iniciativas tecnocráticas – não eram asseguradas em legislação, não dispunham de orçamento definido e eram implementadas por funcionários, mas também por grupos voluntários ‘capitaneados’ a partir do apelo humanitário de ajuda ao próximo. A esposa do presidente assumiria a presidência de honra da instituição desde sua criação, exercendo importante papel na condução das ações sob a ótica da benevolência e da ajuda moral. Esse papel era igualmente desempenhado nos estados e municípios pelas ‘primeiras damas’ municipais e estaduais (BOSCHETTI, 2008, p. 52).

[...] pela primeira vez em sua história, foi erigida como uma das três instituições políticas fundamentais da seguridade social, ao lado da saúde e da previdência social. Esse fato expressa a superação do conceito de assistencialismo, da filantropia e da benemerência social, para a profissionalização da atividade pública não somente no atendimento às necessidades básicas da população, como e, sobretudo junto à população em situação de risco e vulnerabilidade social, pela reconstituição das relações familiares, habilitação e reabilitação profissional e por programas e projetos de enfrentamento da pobreza (SIMÕES, 2010, p. 187).

Passa, assim, a ser concebida como política pública de responsabilidade estatal que deve garantir o direito a todos os cidadãos e cidadãs, em parceria com a sociedade civil (BRASIL, 1988, arts. 203 e 204). Este reconhecimento é um importante avanço, principalmente por ratificar os direitos de crianças, adolescentes, jovens, idosos e pessoa com deficiência. Rompe-se, assim, no campo jurídico, com a concepção de assistência como benemerência social e dos seus destinatários como tutelados (SPOSATI, 1992).

Com a Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), regulamentada pela Lei nº 8.742, de 07 de dezembro de 1993, novos conceitos e modelos passaram a vigorar no Brasil. Dispõe-se sobre a organização da Assistência Social o que contribui para a consolidação do caráter de maturidade legal aos serviços socioassistenciais, tendo como instância de gestão (acompanhamento, regulamentação, avaliação e coordenação geral) o atual Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS).

Enquanto marco legal a LOAS,

inova ao afirmar para a Assistência Social seu caráter de direito não contributivo (independentemente de contribuição à Seguridade e para além dos interesses do mercado), ao apontar a necessária integração entre o econômico e o social e ao apresentar novo desenho institucional para a Assistência Social (YASBECK, 2006, p.12).

Neste sentido, a referida lei busca romper com antigas práticas assistenciais destinadas às pessoas que não conseguiam ingressar no mercado formal de trabalho, e, por conseguinte, estavam também desprotegidas pelas políticas trabalhistas. Em consonância com os preceitos constitucionais, a LOAS preconiza a “universalização dos direitos sociais, a fim de tornar o destinatário da ação

assistencial alcançável pelas demais políticas públicas” (LOAS, 1993, art. 4º), sem necessariamente existir contribuição ao sistema de Seguridade Social. A LOAS institucionaliza alguns instrumentos de controle social, como o Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS) enquanto instância máxima de deliberação.

O artigo 18 da LOAS, em seu inciso primeiro, dispõe que compete também ao CNAS a aprovação da Política Nacional de Assistência Social (PNAS) sistematizada em um documento normatizador das ações de assistência social – Resolução nº 145 de 15/10/2004. Cabendo dessa forma, por meio do Estado e suas instituições, concretizarem em rede uma política pública de direito, desfazendo com antigas práticas de benemerência e filantropia.

A PNAS (2004) promove, sobretudo, a defesa e a atenção aos interesses e necessidades das pessoas em situação de risco e/ou vulnerabilidade social, garantindo o desenvolvimento de ações de prevenção, proteção, promoção e inserção social. Também é realizado, a partir da PNAS, um conjunto de garantias e seguranças, a fim de agregar as demais políticas sociais, ponderando as peculiaridades sociais e territoriais<sup>30</sup>, concretizado, neste sentido, a garantia dos mínimos sociais, bem como a universalização dos direitos sociais (BRASIL, 2004).

A LOAS estabelece também, a organização e gestão do sistema de forma descentralizado e participativo, denominado Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Criado a partir das discussões da IV Conferência Nacional de Assistência Social<sup>31</sup>, a fim de promover uma gestão descentralizada no que toca o financiamento e monitoramento dos serviços socioassistenciais, com cooperação técnica entre os

---

<sup>30</sup> Conforme a PNAS (2004) os municípios são divididos em grupos de acordo com o número de habitantes. Assim, para os municípios considerados pequeno porte 1 a população é de até 20.000 habitantes; para os municípios pequeno porte 2 a população é entre 20.001 a 50.000 habitantes; para os municípios de porte médios a população é entre 50.001 a 100.000 habitantes; municípios de porte grandes com população entre 100.001 a 900.000 habitantes e as metrópoles a população é superior a 900.000 habitantes.

<sup>31</sup> A IV Conferência Nacional de Assistência Social foi realizada em Brasília, no período de 7 a 10 de dezembro de 2003, e teve como tema geral a *Assistência Social como Política de Inclusão: uma Nova Agenda para a Cidadania – Loas 10 anos*. E representou um significativo passo na direção da sedimentação dos novos termos da Política de Assistência Social no Brasil. O evento foi coordenado pelo Ministério da Assistência Social (MAS) e pelo Conselho Nacional de Assistência Social (BRASIL, 2003).

três entes federativos, o SUAS teve as bases de implantação consolidadas em 2005, através da Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social (NOB/SUAS) – aprovada pelo CNAS, Resolução nº 130 de 15/07/2005 – que apresenta claramente as competências de cada órgão federado e os eixos de implementação e consolidação da iniciativa.

O Sistema organiza as ações socioassistenciais em uma nova lógica, classificando em níveis de complexidade<sup>32</sup> e três níveis de gestão<sup>33</sup>, que pondera as peculiaridades territoriais e regionais, tem como principais características a proteção social, a defesa de direitos e a vigilância social.

A LOAS, entre outras prerrogativas, prevê a oferta integrada de Serviços<sup>34</sup>, Programas e Benefícios (BPC e Benefícios Eventuais – BE<sup>35</sup>) socioassistenciais.

---

<sup>32</sup> O CNAS aprovou a Tipificação Nacional dos Serviços Socioassistenciais – Resolução nº 109, de 11/11/2009 –, a qual consiste numa matriz padronizada das ações e dos serviços socioassistenciais e os organiza por níveis de complexidade, assim o SUAS se divide em: Proteção Social Básica e Proteção Social Especial de Média e Alta Complexidade.

<sup>33</sup> Os requisitos são: **gestão inicial**, ter conselho, fundo e plano; recursos financeiros no fundo. **Gestão básica** ter conselho, fundo e plano; recursos financeiros no fundo; Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) – em número e capacidade de acordo com o porte; Plano de Inserção e Acompanhamento de Beneficiários do BPC; unidade de recepção para BPC e benefícios eventuais; prioridade de acesso aos beneficiários do PBF; diagnóstico de áreas de risco e maior vulnerabilidade social; manter secretária executiva no conselho; ter conselhos funcionando (CMAS/CMDCA/Conselho Tutelar). **Gestão plena**, ter conselho, fundo e plano; recursos financeiros no fundo; ter CRAS; plano de inserção e acompanhamento de beneficiários do BPC; unidade de recepção para BPC e benefícios eventuais; prioridade de acesso aos beneficiários do PBF; diagnóstico de áreas de risco e maior vulnerabilidade social; manter secretaria executiva no conselho; ter conselhos funcionando (CMAS/CMDCA/Conselho Tutelar); ter sistema municipal de monitoramento e avaliação por nível de proteção social; declarar a capacidade instalada de alta complexidade; cumprir pacto de resultados; ter gestor do fundo nominado e lotado no órgão gestor de assistência social; políticas de recursos humanos com carreira para servidores públicos (BRASIL, 2008b).

<sup>34</sup> Os serviços socioassistenciais são aqueles que garantem: o fortalecimento da convivência familiar e comunitária; a referência para escuta e apoio sócio familiar; a informação para garantir direitos; a geração de trabalho e renda; a orientação para outras políticas públicas; a prevenção; são aqueles que garantam direitos violados ou ameaçados (BRASIL, 2005a).

<sup>35</sup> Os Benefícios Eventuais são assegurados pelo artigo 22 da Lei Nº 8.742/1993, alterado pela Lei Nº 12.435/2011, e integram organicamente as garantias do Sistema Único de Assistência Social-SUAS. São benefícios da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), de caráter suplementar e provisório, prestados aos cidadãos e às famílias em virtude de morte, nascimento, calamidade pública e situações de vulnerabilidade temporária. Os Benefícios Eventuais configuram-se como elementos potencializadores da proteção ofertada pelos serviços de natureza básica ou especial, contribuindo dessa forma, com o fortalecimento das potencialidades de indivíduos e familiares (BRASIL, 2011c).

O BPC é um direito assistencial de abrangência nacional previsto pela Constituição Federal de 1988, que institui o direito ao idoso e à pessoa com deficiência o provimento de renda mínima. Assim, a Constituição de 1988 estabelece que,

Art. 203. A assistência social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social, e tem por objetivos:

[...]

V - 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, conforme dispuser a lei (BRASIL, 1988, p. 60).

Contudo, só após cinco anos da garantia constitucional da assistência provida pelo Estado aos idosos e pessoas com deficiência que comprovem a ausência de meios financeiros para sua própria subsistência ou por meio de sua família, que a Política de Assistência Social é regulamentada. Depois de intensos debates e discussões tem-se por meio da LOAS a regulamentação dos artigos 203 e 204 da Constituição Federal que expressa, de forma mais contundente e detalhada, os contornos que o BPC passaria a assumir<sup>36</sup>. Este novo dispositivo legal aborda em seu artigo 20 que,

O Benefício de Prestação Continuada é a garantia de 1 (um) salário mínimo mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso com 70 (setenta) anos ou mais e que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

§ 3º Considera-se incapaz de prover a manutenção da pessoa portadora de deficiência ou idosa a família cuja renda mensal per capita seja inferior a 1/4 (um quarto) do salário mínimo (BRASIL, 1993).

Apenas em janeiro de 1996 o BPC foi implementado, após a publicação do Decreto nº 1.744/1995 e no mesmo ano tem-se a criação do Fundo Nacional de

---

<sup>36</sup> A adoção de ações centradas no neoliberalismo adotada no país, principalmente a partir de 1990, fez com que muitas garantias constitucionais concernentes a proteção social, sobretudo a não contributiva, fossem restritas ou mesmo negadas. A aprovação da LOAS, por exemplo, esbarrou em forças conservadoras que atravancou o processo, somente sendo aprovada depois de cinco anos de tramitação, e isso só foi possível devido a organização da sociedade que pressionou para que os princípios constitucionais fossem mantidos. O que reflete também, na morosidade da regulamentação do BPC. Com isso, é válido salientar “que a demora na regulamentação da política de Assistência Social ocasionou um grande lapso de tempo entre o anúncio dos direitos e o seu efetivo reconhecimento” (NOGUEIRA, 2015, p. 86).

Assistência Social (FNAS), responsável pelos recursos do financiamento do BPC, o qual provém do orçamento da Seguridade Social. Atualmente o benefício é regulamentado pelo decreto nº 6.214/2007 e nº 6.564/2008, bem como as alterações posteriores pelo Decreto nº 7.617/2011, fazendo parte das ações da Proteção Social Básica<sup>37</sup> no âmbito do SUAS, gerenciado pelo MDS, por meio da Secretária Nacional de Assistência Social (SNAS), também responsável por seu acompanhamento e avaliação (BATISTA, JACCOUD, AQUINO e EL-MOOR, 2008).

Conforme Gomes (2005),

O BPC encontra sua identidade na proteção básica, pois visa garantir aos seus beneficiários o direito à convivência familiar e comunitária, bem como o trabalho social com suas famílias, contribuindo para o atendimento de suas necessidades e para o desenvolvimento de suas capacidades e de sua autonomia (GOMES, 2005, p.61).

A implementação do BPC ocasionou, conseqüentemente, a extinção do auxílio-natalidade, do auxílio-funeral e da Renda Mensal Vitalícia (RMV) do âmbito da Previdência Social (BRASIL, Art. 40, 1993). Este último cabe destacar, configurou-se como base para o BPC no que diz respeito a sua formatação, visto que a RMV, de acordo com a Lei 6.179/1974, repassava um valor monetário “às pessoas idosas e às inválidas que cumprissem algumas exigências circunscritas, necessariamente, a sua incapacidade para o trabalho, destacando-se, entre elas, o critério de renda” (GOMES, 2001, p. 112).

Para ter acesso à extinta RMV, além das rígidas condicionalidades impostas, destacando a idade mínima de 70 (setenta) anos e/ou a condição física que os impossibilitassem para o trabalho, acrescentava-se a exigência que os beneficiários ao longo de sua vida ativa tinham que ter contribuído previamente com a previdência social por no mínimo 12 (doze) meses. O que limitava ainda mais a abrangência da concessão, pois significava que somente as pessoas que já possuíam algum vínculo

---

<sup>37</sup> “A proteção social básica tem como objetivos prevenir situações de risco através do desenvolvimento de potencialidades e aquisições, e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Destina-se à população que vive em situação de vulnerabilidade social decorrente da pobreza, privação e, ou, fragilização de vínculos afetivo-relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras). Os serviços serão executados de forma direta nos Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) e em outras unidades básicas e públicas de Assistência Social, bem como de forma indireta nas entidades e organizações de Assistência Social da área de abrangência dos CRAS” (BRASIL, 2004, p.33).

formal de trabalho tinham direito ao benefício, fato que excluía o acesso ao programa de grande parte das pessoas com deficiência grave e/ou daquelas que nunca ingressaram no mercado de trabalho contributivo.

Esta substituição, em partes, do RMV<sup>38</sup> pelo BPC implicou contrapartida dos cidadãos, visto que à medida que estes não eram mais “obrigados a contribuir por no mínimo doze meses para a previdência social, para ter acesso ao benefício, são obrigados, porém a comprovar ‘a miserabilidade da família, além de sua própria miserabilidade’ (SPOSATI: 2008)” (grifos originais) (JESUS, SILVA e BOAVENTURA, 2012, p. 84).

### 1.3.1 Critérios conceituais e seletivos do BPC

Estão dispostos na LOAS, em seu artigo 20, alguns critérios conceituais e seletivos que devem fazer parte dos procedimentos operacionais para a concessão do BPC, o qual é “individual, não vitalício e intransferível” (BRASIL, 2011b), ou seja, por ser de caráter personalíssimo, não gera direito a pensão<sup>39</sup> e também os beneficiários não recebem abono anual (décimo terceiro salário).

Como exemplos destes critérios, podemos citar:

- compreensão do conceito de família como unidade mononuclear que convivam sobre o mesmo teto e dividam as despesas financeiras;
- alteração da idade mínima para o idoso, que passa a ser de 65 anos<sup>40</sup>, em obediência ao Estatuto do Idoso, Lei nº 10.741/2003;
- definição da pessoa com deficiência;

---

<sup>38</sup> Mesmo com a aprovação da LOAS em 1993, a concessão da RMV só foi extinta em 01 de janeiro 1996, quando entrou em vigor o BPC. Porém, os beneficiários da RMV não foram transferidos para receberem o BPC, assim, o município de Cruz das Almas, de acordo com o Relatório de Informação Social da SAGI em novembro de 2015 ainda possuía 65 pessoas recebendo a RMV, o que correspondeu ao repasse de R\$ 49.952,56 (BRASIL, 2015a).

<sup>39</sup> Embora não gere direito a pensão o Decreto nº 4.360/2002 altera o art. 36 da Lei 1.744/1995 e estabelece que os eventuais valores não recebidos em vida pelo beneficiário serão pagos aos seus herdeiros diretamente pelo INSS.

<sup>40</sup> Inicialmente a LOAS estabeleceu como critério de elegibilidade a idade mínima de 70 anos para a concessão do BPC idoso, idade reduzida para 67 anos ou mais em 1998 com a promulgação da Lei 9.720 e, posteriormente, para 65 anos ou mais em 2003 com a publicação da Lei 10.741 - Estatuto do Idoso.

- estabelecimento da renda mensal *per capita* que demonstra a incapacidade do provimento da manutenção pela família dos beneficiários do BPC cujo renda *per capita* deve ser inferior a  $\frac{1}{4}$  (um quarto) do salário mínimo;

- impedimento do acúmulo pelo beneficiário com outro benefício previdenciário, exceto para os idosos;

- e o laudo de avaliação que atestasse a deficiência poderia ser expedido por equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde (SUS) ou do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS).

Ainda que existam tais critérios de seletividade para o acesso ao BPC, não podemos deixar de considerar que se trata de um benefício que tem como principal atributo o direito, devido a sua cobertura, impacto financeiro, regularidade e segurança no recebimento, distinguindo-se dos demais programas, projetos e serviços da assistência social, os quais são assinalados pela incerteza e descontinuidade (GOMES, 2001).

Ademais, a LOAS previu mais um dispositivo a respeito do BPC, em seu artigo 21,

O benefício de prestação continuada deve ser revisto a cada 2 (dois) anos para avaliação da continuidade das condições que lhe deram origem.

§ 1º O pagamento do benefício cessa no momento em que forem superadas as condições referidas no caput, ou em caso de morte do beneficiário.

§ 2º O benefício será cancelado quando se constatar irregularidade na sua concessão ou utilização (BRASIL, 1993, p. 16).

Através desse artigo fica preestabelecido um processo sistemático de revisão do BPC. Procedimento que tem como objetivo manter os critérios determinados em lei, evitando o repasse para beneficiários falecidos e averiguar se houve a superação das condições que ensejaram a concessão do benefício, impedindo assim, possíveis fraudes.

Para a compreensão sobre os procedimentos para a concessão do BPC, faz-se necessário uma retrospectiva histórica sobre a constituição da operacionalização deste benefício em âmbito previdenciária. E é o que se quer destacar na sequência, apontando-se para como era realizada a avaliação da pessoa com deficiência elegível ao benefício e as alterações posteriores que ocorreram nas legislações, tendo como resultado a introdução do novo modelo de avaliação da deficiência para acesso ao benefício.

## 1.4 - O BPC NO LOCUS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL: A TRAJETÓRIA DA OPERACIONALIZAÇÃO

Com a publicação da LOAS foi instituído que o pagamento de benefícios, que outrora era de responsabilidade da Previdência Social, ficasse por obrigação da Política de Assistência Social e da União. Esta mudança consolidou a distinção entre benefícios contributivos da Previdência Social e não-contributivos da Assistência Social.

A previdência social assegura benefícios “contra riscos de doenças, invalidez e morte, incluindo os que resultam de acidentes ou doenças do trabalho, velhice, reclusão penitenciária e maternidade” (SIMÕES, 2010, p. 153) estendendo-os aos dependentes do segurado em caso de falecimento. Já os benefícios da assistência social<sup>41</sup>, que pode ser acessado por qualquer pessoa desde que carente, são divididos em: BPC e BE.

O íterim compreendido entre 1988 e 1996, foi marcado pelas reivindicações sociais em favor da regulamentação do BPC, as quais começaram a ganhar mais visibilidade, sobretudo, após 1993 com a edição da LOAS. Observa-se que, “sua introdução foi cercada de baixa visibilidade. Os movimentos em prol dos direitos da pessoa com deficiência foram os que mais dialogaram sobre as interposições do governo federal em efetivar o disposto constitucional” (SPOSATI, 2004, p. 128).

O Decreto nº 1.330/1994 traz o marco inicial no tocante a operacionalização do BPC, o qual dispunha sobre a concessão e previa a sua operacionalização para começar em junho de 1995, mantendo sobre responsabilidade da previdência o pagamento da RMV (BRASIL, 1994).

Outra mudança na trajetória do benefício foi a Medida Provisória nº 1.259/1996 que alterou a LOAS no que se refere à regulamentação do BPC, transferindo-o da Previdência Social para a Assistência Social (SIMÕES, 2010), ratificando o supramencionado. Nestes termos, a população que buscava a

---

<sup>41</sup> É válido pontuar que o BPC e BE são os únicos previstos na LOAS, mas os programas de transferência de renda do governo se caracterizam também como benefícios não contributivos, ou seja, fazem parte da Política de Assistência Social, a exemplo do Programa Bolsa Família.

previdência, até 1995, ao completar 70 anos e pessoas com alguma deficiência física e/ou mental sem condições para o trabalho, e ainda possuíam uma renda *per capita* familiar insuficiente para a sua reprodução, passaram a compor o contingente populacional da Assistência Social. Entretanto, mesmo com esta mudança paradigmática o Decreto nº 1.744/1995, o qual regulamentou o BPC, instituiu entre outros pontos, a

[...] definição da data de início da operacionalização do BPC, assim como estabelecia a responsabilidade e a competência de organizar e implementar os meios necessários à consecução da **operacionalização do programa para o Instituto Nacional de Seguro Social – INSS** (MACIEL, 2008, p. 62)  
- grifo meu.

Nestes termos, o Decreto supracitado em seu artigo 43, estabelece que, “compete ao Instituto Nacional do Seguro Social - INSS expedir as instruções e instituir formulários e modelos de documentos necessários à operacionalização do benefício de prestação continuada previsto neste Regulamento” (BRASIL, 1995a). Desta forma, tal normativa regulamenta todo o instrumental indispensável para a execução do benefício no âmbito previdenciário, com isso ocorreu à organização dos procedimentos técnicos internos da instituição, para a efetivação exitosa no que tange a operacionalização do benefício.

Cabe salientar que o INSS<sup>42</sup> é uma autarquia federal que faz parte do Sistema Previdenciário Brasileiro, organizado a partir da lógica do seguro social contributivo, em que para ter acesso aos serviços e benefícios o trabalhador tem que antecipadamente contribuir com o sistema.

A escolha do INSS para a operacionalização do BPC ancora-se nas principais justificativas: por sua presença em grande parte dos municípios brasileiros, por sua experiência na organização e controle dos benefícios previdenciários em âmbito nacional (MACIEL, 2008) e por seu conhecimento acumulada no trabalho com a

---

<sup>42</sup> Em 1990, por meio do Decreto n.º 99.350, foi criado o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) e não da Seguridade Social, vinculado ao Ministério do Trabalho e Previdência Social (MTPS), resultante da junção do Instituto de Administração Financeira da Previdência Social (IAPAS) com o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), o que resultou na consolidação da Previdência como uma forma de seguro. De acordo com Barbosa (2007) propagava-se na mídia como marketing “o slogan: ‘Previdência Social: a seguradora do trabalhador brasileiro’, adotando, portanto, explicitamente a lógica securitária” (p. 46).

RMV. Nesta imbricação, entre Assistência e Previdência, que abarca o BPC, devemos considerar que se trata do envolvimento de duas políticas antagônicas, as quais neste plexo coadunam para um propósito comum, a viabilização de direito.

O BPC deve ser requerido<sup>43</sup> nas agências do INSS, as quais além de operacionalizar a concessão também, repassam o pagamento aos beneficiários, através do cartão magnético bancário que deverá ser usado apenas para sacar o valor do benefício. Para este procedimento foi firmado um convênio, em que o MDS repassa recursos do FNAS para o INSS. Portanto, compete à União a obrigação com o pagamento e ao INSS os tramites administrativos para a concessão ou indeferimento do BPC.

Para a concessão do BPC além da comprovação da renda per capita dos requerentes, via documentos e autodeclaração da condição socioeconômica, tem a avaliação social e compete ao INSS também, a realização da perícia médica sobre a deficiência, ambos hoje, em consonância com os pressupostos da CIF.

De acordo com o Decreto 1.744/1995 a comprovação da deficiência para os requerentes do BPC poderia ser atestada através de laudo pericial sob responsabilidade de uma equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde (SUS) ou mesmo do INSS, este dispositivo prevaleceu do início da concessão do BPC até 11 de agosto de 1997. Tal Decreto dispõe que,

Art. 14. A deficiência será comprovada mediante avaliação e laudo expedido por serviço que conte com equipe multiprofissional do Sistema Único de Saúde - SUS ou do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS.

1º Na inexistência de equipe multiprofissional no município o beneficiário poderá apresentar, no mínimo, dois pareceres técnicos, sendo um emitido por profissional da área médica, e outro por profissional das áreas terapêutica ou educacional, ou ainda laudo emitido por uma entidade de reconhecida competência técnica.

2º Na hipótese de não existirem serviços no município de residência do beneficiário, fica assegurado o seu encaminhamento ao município mais próximo que contar com esses serviços.

3º Quando o beneficiário deslocar-se por determinação do Instituto Nacional do Seguro Social - INSS, para submeter-se a avaliação em localidade diversa da de sua residência, deverá a instituição custear o seu transporte e pagar-lhe diária (BRASIL, 1995a).

---

<sup>43</sup> Para requerer o BPC deve-se, previamente, agendar o atendimento por contato telefônico, ligando gratuitamente para 135, ou pessoalmente nas agências do INSS, ou pela internet, através do site [www.previdenciasocial.gov.br](http://www.previdenciasocial.gov.br).

Com a edição da Medida Provisória nº 1.473/1997, a comprovação da deficiência passa a ser uma atribuição exclusiva da perícia médica do INSS, o que incide negativamente sob a perspectiva da avaliação multidisciplinar, desconsiderando-a.

No primeiro momento a perícia médica ancora-se em uma perceptiva estrita, analisava somente a deficiência, não considerava outros aspectos da vida cotidiana do requerente ao BPC, ou seja, eram irrelevantes a natureza social do processo saúde e doença. Deste modo, a avaliação estava focalizada somente na patologia, conferindo uma dimensão estritamente biológica ao ser humano, descartando o contexto geográfico, social e familiar que os requentes do BPC estavam inseridos.

O modelo biomédico, como ficou conhecido, foi hegemônico por um período relativo na orientação da perícia médica, a qual consiste, sobretudo, em diagnosticar a presença ou ausência de incapacidade laboral, como condição para o acesso ao BPC. Assim, a lógica que predominava na perícia médica previdenciária era baseada no conceito de incapacidade laborativa, entendida neste contexto como,

[...] a impossibilidade temporária ou definitiva do desempenho das funções específicas de uma atividade ou ocupação, em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente, para a qual o examinado estava previamente habilitado e em exercício. O risco de vida para si ou para terceiros, ou o agravamento que a permanência em atividade possa acarretar, está implicitamente incluído no conceito de incapacidade, desde que palpável e indiscutível. Mais especificamente, a capacidade laborativa implica na relação de equilíbrio entre as exigências de uma dada ocupação e a capacidade para realizá-las (BIM; MUROFOSE, 2014, p. 347).

O modelo médico previdenciário nas avaliações para a concessão do BPC vem da ideia, e da própria prática que corroborou para tal noção, de que os médicos peritos eram os mais preparados para a análise das solicitações, visto que, cotidianamente, já avaliavam os aspectos laborativos da pessoa objetivando a concessão de benefícios trabalhistas. Nestes termos, o deferimento ou indeferimento do BPC para pessoa com deficiência acabou se subjugando aos critérios restritos de outras avaliações previdenciária, desconsiderando dimensões relevantes na análise avaliativa da deficiência (SPOSATI, 2004).

Assim, os movimentos envolvidos com a temática da deficiência iniciam um processo de reivindicação que envolve todo um repensar do modelo biomédico baseado no julgamento individual e subjetiva do avaliador, em que a comprovação da elegibilidade ao BPC para as pessoas com deficiência ancorada exclusivamente nos saberes médicos não era mais cabível. Ademais, não se tinha no Brasil uma metodologia unificada que possibilitasse a realização de procedimentos iguais em todas as Agências do INSS para a classificação de deficiências e de incapacidades, ou seja, a avaliação não se processava de forma equânime (BRASIL, 2007c).

Nestes termos, pela inadequação do modelo biomédico e sobre a pressão advinda da sociedade, o Governo Federal designou através da Portaria Interministerial nº 001, de 15 de junho de 2005, um grupo de trabalho (GTI) formada por técnicos do MDS e do INSS, a fim de realizar estudos sobre as legislações que dispõe sobre o BPC. O GTI constatou que os ditames que legislam sobre tal benefício, sobretudo, a Lei nº 8.742/1993 e o Decreto nº 1.744/1995, “provocou divergências de entendimento em relação à incapacidade para a vida independente e para o trabalho, ao introduzir a exigência de incapacidade para a vida diária e irreversibilidade da deficiência, não previstos na lei” (id., p. 21).

O resultado do trabalho do GTI foi à elaboração do documento *Avaliação de Pessoas com Deficiência para o acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social*, publicado em 2007 (BRASIL, 2007c).

Com base nas orientações do documento, o GTI buscando a melhor conceituação e parâmetros que possibilitasse a construção de um novo instrumento de avaliação para a deficiência, optou-se pelo CIF.

A CIF foi adotada no Brasil em 2007, por meio do Decreto nº 6.214, que incorpora uma abordagem multidimensional na avaliação da deficiência e do grau de incapacidade, passando a ser feita em conjunto pela avaliação médica e social<sup>44</sup>.

Estes procedimentos que tem por objetivo emitir a opinião dos profissionais sobre o grau da incapacidade é realizada com os requerentes ao benefício através de entrevistas individuais e em momentos distintos, intencionando obter elementos

---

<sup>44</sup> Embora, a CIF tenha sido adotada em 2007, só foi introduzido, de fato no âmbito previdenciário, somente em agosto de 2009, quando foram efetivadas as contratações de assistentes sociais pelo INSS, profissionais responsáveis pela avaliação social.

relevantes sobre diversos aspectos da vida e da deficiência, o que subsidia o estudo social e pericial.

O novo instrumental de avaliação, *Avaliação Médico-Pericial e Social da Incapacidade para a Vida Independente e para o Trabalho BPC - Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social*, contempla a Avaliação social<sup>45</sup>, com seus componentes *Fatores Ambientais* (barreiras) e *Atividades e Participação* (dificuldades), e ainda a Avaliação Médico Pericial<sup>46</sup> com os qualificadores das *Funções do Corpo* e também *Atividades e Participação*.

Como se observa o domínio *Atividades e Participação*<sup>47</sup> é avaliado tanto pelo assistente social como pelo médico, contribuindo cada um com sua especificidade profissional, abrangendo domínios próprios que irão se complementar em uma avaliação mais ampliada sobre os aspectos que envolvem o desenvolvimento de tarefa e interação social do requerente ao BPC.

O preenchimento de cada componente do formulário, que contém várias unidades de classificação que formam categorias dentro de um domínio específico,

---

<sup>45</sup> Na Avaliação Social os Fatores Ambientais (ambiente social e ambiente físico) analisam os seguintes domínios: acesso a produtos e tecnologia; condições de moradia e mudanças ambientais; apoio físico e emocional, e relacionamentos; atitudes, qualidade das relações e interações interpessoais; acesso a serviços, sistemas e políticas públicas. Os qualificadores a serem usados: 0 – nenhuma barreira, 1 – barreira leve, 2 – barreira moderada, 3 – barreira grave, 4 – barreira completa. Na avaliação das Atividades e Participação são consideradas as influências dos fatores contextuais no desempenho de atividades que abrangem os seguintes domínios: vida doméstica; relação e interações interpessoais; áreas principais da vida (atividades de educação e transações econômicas); vida comunitária, social e cívica. Nesta parte os qualificadores a serem usados: 0 – nenhuma dificuldade, 1 – dificuldade leve, 2 – dificuldade moderada, 3 – dificuldade grave, 4 – dificuldade completa (BRASIL, 2007c).

<sup>46</sup> Para a parte da Avaliação Médico-Pericial as Funções do Corpo são pontuadas os seguintes domínios: Funções Mentais; Funções Sensoriais da Visão; Funções Sensoriais da Audição; Funções da Voz e da Fala; Funções do Sistema Cardiovascular; Funções do Sistema Hematológico; Funções do Sistema Imunológico; Funções do Sistema Respiratório; Funções do Sistema Digestivo; Funções do Sistema Metabólico e Endócrino; Funções Geniturinárias; Funções Neuromusculares e relacionadas ao movimento; Funções da pele. Utilizando os qualificadores: 0 – nenhuma deficiência, 1 – deficiência leve, 2 – deficiência moderada, 3 – deficiência grave, 4 – deficiência completa. Já as Atividades e Participação são ponderados a aprendizagem e aplicação do conhecimento; tarefas e demandas gerais; comunicação; mobilidade; cuidado pessoal. Para os seguintes qualificadores: 0 – nenhuma dificuldade; 1 – dificuldade leve; 2 – dificuldade moderada; 3 – dificuldade grave; 4 – dificuldade completa (BRASIL, 2007c).

<sup>47</sup> “Atividade: é a execução de uma tarefa ou ação por um indivíduo. Participação: é o ato de se envolver em uma situação vital” (BRASIL, 2007c, p. 69).

tem por objetivo apreender diversas situações da vida dos requerentes e se constitui em uma ampla gama de questões a serem analisadas pelos profissionais.

Em ambas as avaliações são pontuados vários aspectos que mensuram a presença ou ausência e gravidade de um problema em funcionalidade nos níveis da vida, pessoal e social, e da própria deficiência do requerente, que variam da escala de qualificadores de 0 (zero) a 4 (quatro).

É importante ressaltar que o resultado final que indicará se aquele requerimento ao BPC foi deferido ou não corresponde à soma dos pontos obtidos nas duas avaliações através de análises combinatórias efetuada pelo sistema. No entanto,

O modelo prevê que sejam propiciados espaços e tempo de interação entre os profissionais objetivando a decisão conjunta sobre a pontuação dos qualificadores. Entretanto, na prática, o que ocorre é que ao final da avaliação médica, o próprio sistema operacional conclui o laudo, através de uma Tabela de Combinações, que prevê os possíveis resultados da avaliação dos três componentes e informa sobre o deferimento ou indeferimento (NOGUEIRA, 2015, p 96).

A Avaliação Social passou a ser realizada no INSS por meio de uma mudança de paradigma, a qual sai do âmbito estritamente biomédico, em analisar a concessão do benefício só pelo viés da deficiência, restringindo o parecer ao perito médico. A avaliação social,

[...] como integrante da avaliação de incapacidade da pessoa com deficiência era uma reivindicação dos movimentos sociais das pessoas com deficiência, do meio acadêmico e dos gestores da política de assistência social (SPOSATI, 2008). Foi, sobretudo, uma luta do Serviço Social do INSS, do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), defendida pelo Conselho Federal de Serviço Social (CFESS). Passou-se, então, a defender uma avaliação social que considerasse as relações sociais e econômicas das pessoas com deficiência em sua totalidade, o que significa reconhecer as condições de vida individuais e familiares, as possibilidades objetivas e subjetivas de acesso ao emprego e à renda e as (im)possibilidades de estabelecimento de uma dinâmica de vida que garanta direitos básicos como trabalho, moradia, lazer, educação (SILVA, 2010, p.10).

Com esta mudança os critérios de definição da pessoa com deficiência foram alterados no Brasil, o entendimento sobre a

Deficiência é agora o resultado da relação entre um corpo com impedimentos e a sociedade, ou seja, a deficiência é avaliada com base na participação de uma pessoa com impedimentos corporais na vida social. O corpo com impedimentos não é mais a medida solitária para a definição da

deficiência, pois tão decisivo quanto os impedimentos corporais é o ambiente que impõe restrições e barreiras à plena participação (BARBOSA; DINIZ; SANTOS, 2009, p. 380).

Passou-se, desta forma, a considerar, além da deficiência os determinantes contextuais (ambiental e pessoal) bem como, o acesso e interação da pessoa com deficiência na sociedade. Ou seja, os fatores biopsicossociais passaram a ser condição *sine qua non* na avaliação para a concessão do BPC, a saúde, agora é compreendida sob uma perspectiva biológica, individual e social (BRASIL, 2007c). Neste sentido,

É importante ressaltar que o modelo social não surgiu para desqualificar a autoridade médica sobre os impedimentos corporais, e sim para defender que tanto os saberes biomédicos devem atuar para melhorar as condições de vida da população com deficiência, quanto os ambientes devem ser modificados e tornados acessíveis a todas as pessoas (NOGUEIRA, 2015, p. 94).

Como consequência de toda essa efervescência do repensar dos critérios de elegibilidade para a concessão do BPC, além da incorporação da CIF, a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (ONU, 2007) foi ratificada pelo Congresso Nacional brasileiro, aprovado por meio do Decreto Legislativo nº 186, de 9 de julho de 2008, ganhado o status de Emenda Constitucional, que passou a ser um marco regulatório para o florescimento de novas políticas sociais relativas à deficiência no país, balizando, também toda a luta da população com deficiência (BRASIL, 2009a).

Malgrado, os seus aspectos positivos trazidos pelas mudanças nas legislações que regem a concessão do BPC, principalmente, no tocante a evolução do processo avaliativo, a promoção de igualdade de oportunidades para todos os que requerem este benefício, se depara com uma lógica regida por critérios divergentes, a saber: a não-contributiva e a contributiva.

Estes dois aspectos apesar de permearem políticas distintas, Assistência Social e Previdência, devem se articular para a efetividade do BPC, o que por um lado, pode trazer profícuas contribuições para o trabalho intersetorial dessas políticas constitutivas da Seguridade Social, mas que por outro, talvez cause uma dubiedade de entendimento quanto à verdadeira essência do BPC, tais incertezas serão alvo de estudo do capítulo que segue.

## 2. A INTERSETORIALIDADE NO ÂMBITO DO SISTEMA DE PROTEÇÃO SOCIAL BRASILEIRO

*Grande coisa é haver recebido do céu uma partícula da sabedoria, o dom de achar as relações das coisas, a faculdade de as comparar e o talento de concluir!*

Machado de Assis  
(In: ASSIS, 2008, p. 216).

A fragmentação das políticas sociais incide negativamente na resolutividade de problemas complexos como a pobreza e a desigualdade social, que requerem a ação coordenada entre diferentes setores para enfrentamento das expressões da questão social.

A partir do processo de descentralização ocorrido após a Constituição de 1988 e intensificado com a Reforma Gerencial do Estado em 1995, a perspectiva da intersectorialidade passa a ganhar maior espaço no cenário público. Fica estabelecido um novo paradigma para a gestão pública buscando a descentralização administrativa e tributária entre os entes federados e o empoderamento dos usuários via do acesso a diferentes benefícios e serviços ofertados por meio de redes de políticas públicas.

Nestes termos, a intersectorialidade pressupõe a articulação coordenada de um conjunto de ações setoriais em busca de resultados mais efetivos. Na prática intersectorial, a conjuntura que se estabelece é o desenvolvimento de mecanismos, seja político e/ou institucional, de cooperação e coordenação entre distintas políticas setoriais almejando o bem coletivo. Esta é sem dúvidas uma pauta recorrente no discurso das políticas de proteção social, visto que é parte intrínseca para seu bom desenvolvimento, dentro das redes estabelecidas pelo SUS e SUAS, por exemplo.

A concretude na prática cotidiana da esfera pública esbarra com alguns limites legais e estruturais, principalmente, no âmbito municipal em que existem dificuldades técnicas e operacionais relacionadas a capacidade de apreensão de determinadas gramáticas e criação de institucionalidades para efetivação dos direitos de proteção social.

Há um protagonismo, ainda que em desenvolvimento, na área da assistência social, que apresenta estratégia em suas normativas/legislações e formulação de programas com desenho intersetorial, notadamente de âmbito federal. Isso se observa na concepção do SUAS, em todos os programas implementados pelo MDS. Como exemplo emblemático do enfrentamento da fragmentação da intervenção do Estado na área social temos o Programa Bolsa Família (PBF)<sup>48</sup>.

Já no campo da Previdência Social, diferente da área de Assistência Social, são ínfimas as produções que discorrem sobre o trabalho intersetorial. A própria trajetória altamente burocratizada, e em certa medida hermenêutica, desfavoreceu o desenvolvimento de ações com as outras áreas que compõe a Seguridade Social. Assim, a intersetorialidade parece estranha ao contexto previdenciário, estabelecendo-se outras arenas setoriais com dificuldades em penetrar no âmbito dessa política.

No presente capítulo além, de trazer uma revisão bibliográfica da literatura disponível sobre a intersetorialidade com foco na necessária complementaridade entre Previdência e Assistência Social, buscando inferir até que ponto, estas políticas dentro da realidade brasileira, são antagônicas e/ou complementares. Aspira também, fazer uma reflexão dos elementos que contribuem para a fragmentação da Seguridade Social, os quais dificultam a implementação da intersetorialidade do BPC para as pessoas com deficiência.

## **2.1 A SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA NO ÂMBITO DAS POLÍTICAS DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL: UMA COMPLEMENTARIDADE CONTRADITÓRIA?**

---

<sup>48</sup> O Programa Bolsa Família resultou da unificação de quatro programas de transferência de renda: Bolsa-Escola, Bolsa-Alimentação, Vale-Gás e Cartão-Alimentação. Foi instituído pela Lei n. 10.836/2004, e regulamentada pelo Decreto n. 5.209/ 2004. Hoje, o programa integra o Plano Brasil Sem Miséria, e efetua a transferência direta de renda que beneficia famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país. As condicionalidades impostas para a manutenção desse benefício integram um rol de ações e serviços nas áreas de educação, saúde e assistência social reforçando o acesso a direitos sociais básicos em um trabalho intersetorial.

A semântica basilar em torno do conceito de Seguridade Social subscreve a noção ampliada de proteção social do indivíduo e os seus direitos provenientes pelo Estado, independentemente da existência de vínculos de trabalho.

A Seguridade Social conforme foi estruturada no país, compreendendo “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, art. 194), tem em sua concepção, pelo menos do ponto de vista normativo, o imperativo da cooperação entre as políticas, objetivando responder à complexidade das demandas sociais contemporâneas. Portanto,

No modelo de seguridade social busca-se romper com as noções de cobertura restrita a setores inseridos no mercado formal e afrouxar os vínculos entre contribuições e benefícios, gerando mecanismos mais solidários e redistributivos [...] O novo padrão constitucional da política social caracteriza-se pela **universalidade** na cobertura, o reconhecimento dos **direitos sociais**, a afirmação do **dever do estado**, a subordinação das práticas privadas à regulação em função da **relevância pública das ações e serviços** nestas áreas, uma perspectiva **publicista** de co-gestão governo/sociedade, um arranjo organizacional **descentralizado** (FLEURY, 2006, p. 03). – grifo da autora.

Com este novo modelo, a Seguridade Social brasileira é organizada sobre os seguintes princípios:

- a) universalidade da cobertura e do atendimento;
- b) uniformidade e equivalência dos direitos às populações urbanas e rurais;
- c) seletividade e distributividade nos benefícios e serviços;
- d) irreduzibilidade do valor dos benefícios e serviços;
- e) equidade no custeio;
- f) diversidade do financiamento e;
- g) caráter democrático e descentralizado da administração (BRASIL, Art. 194, 1988).

Ademais, estabeleceu uma renda mínima de caráter não-contributivo para a sobrevivência de idosos e pessoas com deficiência, comprovadamente pobres, que posteriormente foi instituído como Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Inaugura-se, deste modo, a partir do marco constitucional de 1988 um novo período, no qual a noção de direitos sociais se amplia, ultrapassando a concepção

de Seguro Social<sup>49</sup>, o qual restringia o acesso a benefícios e serviços, só e somente, aos beneficiários e seus dependentes da Previdência Social, passando a universalizar a cobertura com as demais políticas constitutivas da Seguridade Social. Neste sentido,

A incorporação da noção de seguridade no Brasil implicou em um redimensionamento significativo das três políticas que a integram. No caso da saúde, o reconhecimento de que “a saúde é direito de todos e um dever do Estado” (BRASIL, 2002, art. 196) marcou uma mudança significativa com o modelo securitário representado pela medicina previdenciária, ampliando, assim, a própria concepção de direito à saúde. Na assistência social, é preciso reconhecer que, pela primeira vez, esta adquiriu o estatuto de política pública, entendida como área de intervenção do Estado, o que abriu possibilidades de rompimento com o legado assistencialista. E mesmo na Previdência Social, na qual se mantém a lógica contributiva que requer uma base atuarial para garantir sua sustentabilidade, verificou-se o afrouxamento do vínculo contributivo como princípio estruturante do sistema, legitimando programas de transferência de renda do porte da aposentadoria rural (MONNERAT; SOUZA, 2011, p. 42)

Malgrado, o seu caráter inovador e preconizador de uma proteção social vasta, pelo menos do ponto de vista evolutivo sem precedentes no país<sup>50</sup>, a Seguridade Social brasileira incorpora tendências universais, seletivas e contributivas, formando um misto que envolve duas lógicas: a da Assistência Social, de caráter não-contributivo, influenciada pelo modelo Beveridgeano; e a do seguro, de lógica contributiva, moldada pelo modelo Bismarckiano. É válido pontuar que,

Essa imbricação histórica entre elementos próprios à assistência e elementos próprios ao seguro social poderia ter provocado a instituição de uma ousada seguridade social, de caráter universal, redistributiva, pública, com direitos amplos fundados na cidadania. Não foi, entretanto, o que ocorreu, e a seguridade social brasileira, ao incorporar uma tendência de separação entre a lógica do seguro (Bismarckiana) e a lógica da assistência (Beveridgeana), e não de reforço à clássica justaposição existente, acabou materializando políticas com características próprias e específicas que mais se excluem do que se complementam, fazendo com que, na prática, o conceito de seguridade fique no meio do caminho, entre o seguro e a assistência (BOSCHETTI, 2009, p.331).

---

<sup>49</sup> A lógica do Seguro Social estruturou e condicionou o direito a Previdência e a Saúde no Brasil desde o ano de 1923, com a criação da Lei Eloy Chaves, até a Constituição Federal de 1988.

<sup>50</sup> Entendo que a proteção social, amparada pela Seguridade Social, não pode se restringir só a Previdência, Assistência Social e Saúde, visto que as necessidades sociais extrapolam estas três instâncias, a exemplo da habitação, educação, saneamento, etc.

Ao analisar a concepção constitucional da Seguridade Social pode-se afirmar que por vezes essa pode ser contraditória ao Seguro Social, pois prevê a proteção a todos os indivíduos independente de pretérita contribuição. A conformação do que se entende, hoje, por Seguridade Social no Brasil envolve a divisão dos serviços e segmentação da população, como aponta a Matriz Teórico-metodológica do Serviço Social na Previdência Social, em que a “saúde – para todos; previdência – para quem contribui e assistência – para quem necessita, contraria a própria concepção dos direitos sociais [...]” (BRASIL, 1995b, p. 8).

Como se observa a Seguridade Social brasileira acabou se caracterizando como um sistema de proteção social “híbrido” (BOSCHETTI, 2009). Esta situação não é uma particularidade do nosso país. As diferenças dos princípios defendidos pelos modelos bismarckiano e beveridgiano, influenciaram para o surgimento, em várias partes do mundo, entre os países capitalistas, de diversos modelos de Seguridade Social, derivados, sobretudo, da relação entre Estado e as classes sociais. Pressupõe, portanto, analisar um *locus* privilegiado de contradições emergentes da expressão do padrão dominante das relações sociais e seus embates em torno do acesso a bens, recursos e serviços públicos socialmente produzidos (SILVA, 2007).

É a partir dessa relação que o modelo escolhido pode pender mais no sentido social, caso se sobressaiam às demandas populares, ou mais para o lado do seguro, se as relações ancoradas no trabalho formal alcançar um patamar mais elevado de interesse para o Estado. A Seguridade Social, nestes termos,

[...] pode garantir mais, ou menos, acesso a direitos, quanto mais se desvincilhar da lógica do seguro e quanto mais assumir a lógica social. De todo modo, ambas são profundamente dependentes da organização social do trabalho. Nos países em que as duas lógicas convivem no âmbito da seguridade social, elas estabelecem entre si uma relação que venho designando como sendo de **atração e rejeição**. É a ausência de uma dessas lógicas que leva à necessidade e à instauração da outra lógica (BOSCHETTI, 2009, p. 327) - grifos meus

Esta relação de *atração e rejeição* é comum nos países capitalistas que aderiram ao sistema de Seguridade Social, pela sua própria constituição dual. Entretanto, nesta conjuntura dualista que se tem por um lado os direitos provenientes do trabalho e, por outro, direitos derivados da assistência social, não

deve ser concebida como *incompatível* ou *excludente*. Ao contrário, a existência do seguro não anula a importância do espaço da assistência social. O que ocorre é que na maioria das vezes a Previdência é confundida como noção de Seguridade Social, embora esta não se reduza àquela (SILVA, 2007).

Como exemplo desta possível complementaridade tem-se recentemente a criação do “auxílio-inclusão”, descrita na Lei Brasileira da Inclusão (2015), em que as pessoas com deficiência beneficiárias do BPC e, portanto usuárias da Política de Assistência Social, são estimuladas a inserir-se no mercado de trabalho via incentivo financeiro, passando a agregar, neste sentido, a política previdenciária. Percebe-se que, mesmo neste caso pontual em que se busca a ampliação dos direitos para as pessoas com deficiência, a ação de uma política pode reverberar positivamente na outra, o que demonstra que se pode existir um convívio pacífico entre os modelos social e do seguro.

Em sociedades capitalistas que conseguiram desenvolver uma situação de quase pleno emprego, e que implementaram um aparato protecionista público baseado na lógica social de direitos não contributivos, a tensão em torno da Seguridade Social – centrada no trabalho versus na garantia universal de direitos –, é complementar (BOSCHETTI, 2009). Ou seja, a assistência social, nesses países, convive com a lógica securitária, em uma noção harmonia de complementaridade/integralidade, o que contribui, neste sentido, para a redução das desigualdades sociais.

No contexto da Seguridade Social ampliada além de ter todo um aparato de direitos decorrente do trabalho, a exemplo de aposentadorias, pensões, seguros desemprego e saúde; bem como a garantia de trabalho para a maioria dos trabalhadores, tem-se uma eficaz prestação de serviços assistenciais, como: pagamento de aluguel para famílias de baixa renda, assistência mensal para os idosos e pessoas com deficiência, entre outros (BOSCHETTI, 2009).

No Brasil, diferente dos países que aderiram à lógica da garantia universal de direitos, afiançou-se o modelo do seguro sem, contudo, assumir compromissos redistributivos.

Alguns elementos conjunturais e estruturais contribuíram para que este modelo de Seguridade Social não progredisse no sentido da complementaridade. A

adesão ao neoliberalismo a partir da década de 1990 foi determinante neste sentido, ocasionando, sobretudo, a tendência deletéria das conquistas sociais, provocando as agudas desigualdades sociais, as frágeis relações trabalhistas, os salários abaixo do mínimo e os altos índices de desemprego. Assim, a lógica do seguro foi ratificada na escolha de uma política econômica voltada para a rentabilidade econômica em detrimento das políticas sociais (BOSCHETTI, 2009).

Neste mesmo pensamento, pode-se verificar as confusões que existem com relação ao BPC que é muitas vezes entendido como seguro social e não como benefício não-contributivo, garantido devido as condições de vulnerabilidade social de idosos e pessoas com deficiência. Deste modo, a própria condição de idade ou de deficiência, agravadas por situações de incapacidade para o trabalho e ausência de renda, impõe a necessidade da responsabilização estatal em termos da proteção social a estes indivíduos. Tais confusões em termos de concepção do BPC fazem com que muitas vezes os próprios beneficiários o intitulem equivocadamente como “aposentadoria” ou “LOAS”, como comumente é conhecido.

Um ponto que merece destaque é a situação do mercado de trabalho no Brasil, em que o predomínio da informalidade tem deixado de fora da proteção social estatal um grande número de pessoas economicamente ativas. Assim, por não contribuírem estão excluídas do aparato previdenciário e, por estarem com suas capacidades físicas e intelectuais possivelmente aptas ao trabalho também, ficam à margem dos benefícios da Assistência Social.

Nestes termos, a lógica implementada de seguro e assistência social no âmbito da Seguridade Social brasileira é contraditória. Em outras palavras, o social não emerge para subsidiar o seguro, mas sim, para atenuar o que o sistema securitário não conseguir sanar, e mesmo assim, de forma precária e sem universalizar a cobertura.

Ao que se observa no Brasil, a instituição de uma Seguridade calcada no social está longe de ser consolidada. A opção por um sistema lastreado no seguro, só veio ratificar a lógica que por muito tempo já predominava, a saber: a prevalência dos direitos ancorados no trabalho formal. O descompasso que se estabeleceu entre o seguro e a assistência social, fez com que estas políticas se tornassem por vezes

antagônicas, construído uma noção de exclusividade e exclusão – de uma ou de outra, e nunca das duas – no acesso para os usuários.

## **2.2 A FRAGMENTAÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA E SEUS EFEITOS NO TRABALHO INTERSETORIAL**

A Seguridade Social tal como plasmada na Constituição de 1988, ainda não foi implementada conforme planejado (FLEURY, 2006; VIANNA, 2001). Praticamente todos os princípios constitucionais vêm sendo desconsiderados, tornando árdua a empreitada da institucionalização de uma Seguridade Social orgânica, articulada e integrada.

A universalidade, uniformidade e equivalência dos direitos; a gestão democrática e descentralizada; e a diversidade de financiamento intuído transferir recursos do capital para o trabalho<sup>51</sup> vem sendo infligidos, paulatinamente, por tendências contrarreformistas (BERHING, 2008) que incidem diretamente na fragmentação da Seguridade Social.

Apesar das importantes conquistas de 1988, as quais contribuíram para implementar consideráveis reformas democráticas do Estado e das políticas sociais, o contexto econômico da época, com crise fiscal em âmbito nacional e internacional, formaram um ambiente totalmente desvantajoso para a efetivação de tais propostas.

Na contramão dos objetivos traçados para o país após a redemocratização, em que depois de 20 anos de ditadura aspirava-se a radicalização da democracia, o Estado redireciona as conquistas constitucionais, principalmente as da Seguridade Social, e implementa medidas totalmente contrárias ao desenvolvimento das políticas sociais. Por isso as ações do Estado a partir deste momento são denominadas de contrarreformas, pois solapa os direitos historicamente conquistados pela classe trabalhadora.

---

<sup>51</sup> De acordo com Boschetti (2009) todos os princípios da Seguridade Social vêm sendo, gradativamente, derruídos, exceto o de seletividade e distributividade, os quais vem “sendo colocado em prática com bastante rigor” (p. 333).

Essa tendência que se consolidou no Brasil, sobretudo, a partir dos governos Fernando Henrique Cardoso (1995 a 2002), mas já era sinalizado nos governos Collor de Melo e posteriormente com Itamar Franco, adotando políticas reformistas orientadas para o mercado, com ênfase nas privatizações e na estabilização da moeda, sobre a justificativa que os problemas enfrentados pelo Estado derivavam da crise econômica e social que assolaram o país a partir os anos de 1980.

Assim, para que o país se desenvolvesse e atingisse uma economia rentável e forte, que lhe possibilitasse participar dos processos econômicos mundiais, propagava-se a necessidade de aderir aos princípios exigidos pelo Fundo Monetário Internacional (FMI) e do Banco Mundial, o que consolidam as orientações recomendadas pelo Consenso de Washington e ratifica a ideia de que a reformatação do Estado, seguindo suas premissas, seria indispensável para atingir o objetivo preconizado.

Neste sentido, passa-se a integrar a agenda política de prioridades a “estabilização da moeda, privatização das empresas estatais, redução do papel regulador do Estado, saneamento da dívida pública, desregulamentação do mercado de trabalho, minimização das políticas sociais mediante corte nos gastos sociais” (RAICHELIS, 2008, p. 102), formando o receituário balizador das modificações reformistas que foram implementadas, especialmente, a partir da era FHC e que perduram até os dias atuais.

Ao “reformatar” o Estado de modo gerencialista, buscando aumentar a eficiência e eficácia, às políticas da Seguridade Social são também reformadas, ocasionando, assim, maior fragmentação dos direitos sociais, acentuando critérios de focalização e testes de meios para acesso e garantia de tais direitos.

Estes fatos incidiram negativamente na lógica do trabalho intersetorial, principalmente, entre as Políticas de Previdência e Assistencial Social, que passaram a se individualizar, cada vez mais, na busca desmedida por financiamentos, visto que o arrocho de investimentos na área social é uma das características marcantes da política neoliberal. Isso impacta diretamente a lógica de implementação do BPC que já vinha sendo financiado pela Assistência Social e executado pela Previdência Social, conforme já relatado.

Tal fragmentação pode ser vista inclusive a partir da instituição dos órgãos gestores federais das políticas. Para a política de Assistência Social, atualmente, tem-se o MDS, e para a Previdência o Ministério da Previdência Social<sup>52</sup>, ambos alicerçados na mesma base, que é a Seguridade Social, mas, com objetivos próprios e modos de atuação distintos guiados pelas lógicas não-contributiva e contributiva.

Além de Ministérios específicos, cada uma das políticas possui seus próprios Conselhos e Conferências, não se estruturando instâncias deliberativas e de controle social conjuntas, ratificando a tendência da segregação dentro da Seguridade Social.

O Conselho Nacional de Previdência Social é um exemplo emblemático, em que mesmo formado por trabalhadores, empregadores, aposentados e pensionistas, não se alcançou, na prática, a efetiva participação da sociedade no planejamento da Previdência. Ao contrário,

[...] no âmbito da previdência, um dos principais paradoxos é a exclusão quase que total dos trabalhadores e empregadores (principais "financiadores") da gestão da política. Ainda que sustentada predominantemente e direcionada especificamente a uma parcela precisa da população - os contribuinte diretos e seus dependentes -, as decisões a respeito do conteúdo e abrangência dos direitos e modalidade de financiamento (só para citar alguns elementos) são tomadas pelo aparato tecno-burocrático estatal, baseadas em análises e cálculos técnicos pretensamente neutros que, falsamente, tentam impingir o mito da "*seguridade social como matéria de natureza técnica*" (BOSCHETTI, 2003, p.76) – grifos da autora.

Ademais, os Conselhos estaduais e municipais de Previdência Social foram extintos<sup>53</sup>, centralizando as decisões no Conselho Nacional de Previdência Social. O

---

<sup>52</sup> É válido salientar que a Previdência e Assistência Social já compuseram o mesmo Ministério, Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) criado em 1974 – Lei n. 74.274 –, resultado da desvinculação do Ministério do Trabalho e da Previdência Social, com isso ocorreu à separação dos serviços de prevenção a saúde coletiva que ficou a cargo do Ministério da Saúde, criado em 1953. O MPAS foi extinto em 1992, pela Lei nº 8.490, quando é restabelecido o Ministério da Previdência Social, e em 2003 a assistência social ganha o estatuto de Ministério da Assistência Social, passando a ser denominado de Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), no ano de 2004.

<sup>53</sup> Entre 1993 e 1999, existiram no Brasil, como determinação do artigo 7º da Lei no 8.213/91, conselhos de Previdência Social no âmbito dos estados e dos municípios. Nesse período, estiveram em funcionamento 27 Conselhos Estaduais de Previdência Social (Ceps) e 300 Conselhos Municipais de Previdência Social (CMPS), os quais foram extintos em 1999 por meio da MP nº 1.799 - 5/1999, a

que afastou, ainda mais, as deliberações provenientes dos segurados, infligindo um duro golpe a participação social e nas decisões intersetoriais locais, as quais poderiam convergir a partir de problemas comuns.

Na Assistência Social, avançou-se na implementação de um sistema descentralizado e participativo nas três esferas governamentais. Porém, percebe-se que a ausência de uma cultura política participativa e de controle social acaba descentralizando as atividades administrativas e executivas da política, mas centralizando o poder decisório nos órgãos gestores, principalmente, no MDS gerando efeitos *top-down* na implementação dos instrumentos de políticas públicas.

As instâncias de participação e controle social institucionalizadas na política de Assistência Social, tais como as conferências e conselhos, destarte a sua atuação regular são muito frágeis ainda têm que avançar, tendo em vista as ameaças que sofrem devido a “cultura política autoritária, patrimonial e clientelista da sociedade brasileira” (RAICHELLIS, 2000, p. 186).

Esta segregação da Seguridade Social em diferentes Ministérios, Conselhos e Conferências, também incide sobre o BPC. Visto que, por perpassar diferentes instâncias, uma na gestão – Assistência – e outra na operacionalização – Previdência – acaba impregnada por lógicas diferentes e excludentes, pois, cada uma possui suas normativas e objetivos específicos que muitas vezes não dialogam.

Além disso, cabe destacar a diversidade orçamentária que geram e mantêm tais instrumentos de política social.

A Constituição Federal estabelece as fontes de financiamento, neste sentido, dispõe em seu artigo 195 que,

A seguridade social será financiada por toda a sociedade, de forma direta e indireta, nos termos da lei, mediante recursos provenientes dos orçamentos da União, dos Estados, do distrito Federal e dos Municípios, e das contribuições sociais:

---

mesma que extinguiu o Conselho Nacional de Seguridade Social. Os conselhos estaduais e municipais exerceram papel de importância fundamental na fiscalização da Previdência e funcionaram como ouvidoria, principalmente para aqueles que não tinham muito espaço no jogo político, como alguns segmentos de trabalhadores ativos e aposentados. Assim, os problemas enfrentados pelas comunidades locais chegavam ao Conselho Nacional de Previdência Social por intermédio desses conselhos locais, de forma que ficou claro que a extinção dos conselhos estaduais e municipais acabou gerando impactos negativos, pois eliminou esse canal de mediação (IPEA, 2004).

- I – dos empregadores, incidente sobre a folha de salários, o faturamento e o lucro;
- II – dos trabalhadores;
- III – sobre a receita de concursos de prognósticos (BRASIL, 1988)

Historicamente, as contribuições dos empregadores, empregados e autônomos são os grandes pagadores da conta da Seguridade Social, seja sobre a folha de salário e/ou pela via do consumo<sup>54</sup>. Portanto, “do ponto de vista das fontes de financiamento, podemos afirmar que a seguridade social tem caráter regressivo, pois não transfere renda do capital para o trabalho” (BOSCHETTI, 2009, p. 334).

Outro elemento importante na análise da fragmentação da Seguridade Social, ainda no âmbito orçamentário, é a desigualdade no destino dos recursos. Em 2009 o orçamento da Seguridade Social, em média, 60% ficou com a Previdência, a mais abastada, 14% foram para a Saúde, e aproximadamente 6% para a Assistência, a menos investida. Nesta análise, mesmo com dados não atualizados, pode-se notar a disparidade, constata-se, assim, que em média 80% dos recursos, mesmo sem equivalência na distribuição, vão para as políticas da Seguridade, e os 20% restante são investidos em outras políticas sociais (BOSCHETTI, 2009). Assim,

A não operacionalização do Orçamento da Seguridade Social significou uma continuidade no insulamento das finanças das áreas componentes da Seguridade Social. Como consequência, cada área buscou definir uma fonte cativa de financiamento, terminando por constitucionalizar estas vinculações, o que impede a integração efetiva das ações da Seguridade. A tendência ao insulamento ultrapassou o âmbito do financiamento, manifestando-se na inexistência de qualquer outro mecanismo integrador das políticas nas três áreas, com grande prejuízo de possíveis sinergias e ganhos em eficiência e eficácia (FLEURY, 2006, p.09)

Esta tendência na órbita do financiamento é mais um dos elementos sabotadores a materialização das políticas sob a forma de Seguridade Social. A dessemelhança de repasses de recursos acaba por distanciar a ideia de se desenvolver um trabalho intersetorial entre as políticas constitutivas da Seguridade, pois intensifica-se as disputas e rivalidades dentro do sistema. Portanto,

---

<sup>54</sup> Boschetti (2009) acrescenta que as contribuições sociais baseadas no lucro (CSLL) e faturamento das empresas (Cofins) são repassadas para as mercadorias onerando os consumidores.

A forte concorrência entre as áreas de política que deveriam compor a Seguridade Social também contribuiu para o fracasso de sua implementação. Como consequência disso, ocorre a especialização das fontes de financiamento da seguridade por área de política social, o que acaba de vez com a pretensão constitucional de se criar um orçamento único, cuja gestão se daria através de um ministério próprio. Com efeito, não houve por parte das três áreas envolvidas nenhum tipo de mobilização para lutar pelo orçamento unificado e tampouco pelo referido ministério, tal como previsto na Constituição (MONNERAT; SOUZA, 2011, p. 43).

No bojo desta discussão, faz-se necessário ressaltar que mesmo com os avanços no processo de ampliação da cobertura da Seguridade Social, se comparada aos anos antes da sua institucionalização, o princípio de universalidade ainda não foi concluído, pois “a cobertura da Previdência Social fica limitada pelo tamanho do mercado formal de trabalho (em 2002, a previdência cobria apenas 45% dos trabalhadores), a Assistência é limitada pelos restritivos critérios de inclusão e pela escassez de recursos”. (FLEURY, 2006, p. 9).

Cabe destacar que, no caso do BPC, tais acontecimentos incidiram para que nos últimos anos não se observasse um quantitativo crescente de beneficiários. Isso se deve, entre outros motivos, a burocratização do processo de deferimento do benefício, tornando mais exigentes os trâmites institucionais, tal quantidade de benefícios ainda não é suficiente se comparado ao número da população de idosos e pessoas com deficiência no país.

É válido ratificar, que as mudanças nos procedimentos institucionais, que tem tornado mais enrijecidos os mecanismos operacionais do BPC são provenientes dessas medidas de contrarreforma, que tem assolado a Seguridade Social, e principalmente, o âmbito previdenciário. Assim,

É possível crer que a racionalidade institucional faz parte das políticas de Estado, notadamente daquelas destinadas à reprodução social do indivíduo. Portanto, as políticas sociais podem conter, em seu processo constituidor, certos elementos da racionalidade institucional e, assim, terem seus objetivos e finalidades afetadas pela forma e pelo conteúdo presentes em seus programas, serviços e projetos. Particularmente, cremos que a operacionalização do programa de benefício de prestação continuada contém alguns componentes da racionalidade institucional, que irradia as suas características no corpo dos instrumentos e técnicas destinadas à consecução do benefício. **Essa irradiação fundamenta o estabelecimento de parâmetros bastante rígidos quanto ao conteúdo dos instrumentos e técnicas operativas do BPC.** Via de regra, são parâmetros que cristalizam as conceituações e classificações formais que são esvaziadas dos movimentos históricos da realidade objetiva dos seus destinatários (MACIEL, 2008, p. 120) - grifos meus.

Não obstante, Gomes (2004) em análise e depoimentos de técnicos que lidam com a concessão do BPC, revela em sua pesquisa que,

[...] trata-se de um direito além de restrito, sujeito a arbitrariedade no julgamento do acesso. Ainda que normatizado, submete-se a interpretações arbitrárias das regras, bem como a julgamentos diferenciados por parte dos agentes concessionários. Ao que parece a lógica que predomina é a da exclusão e da contenção do acesso (GOMES, 2004, p.217).

Tal situação cria uma realidade intrigante e contraditória, uma vez que o BPC por ter em sua gênese o trabalho conjunto entre a Previdência e Assistência Social deveria primar pela complementaridade das ações. Entretanto, nesta imbricação, os requerentes ao BPC deparam-se com as imposições de critérios que se revelam distintos da lógica da Assistência Social enquanto política pública não-contributiva.

Com efeito, observa-se que o caráter universal primado pela Lei Orgânica da Assistência Social impregna-se pela presente imposição do trabalho baseado na prova, no teste de meios, na exclusão assentada na lógica contributiva. Neste sentido,

Por ser operacionalizado pelo INSS, **o BPC teve uma trajetória inicial apartada da assistência social e desarticulada das demais ações, experimentando um distanciamento do ponto de vista da condução da política**, sem visibilidade e sem sua apropriação. (NOGUEIRA, 2011, p. 30) – grifos meus.

Este quadro de fragmentação, desvela as óbices para a efetiva implementação da Seguridade Social. A tendência endógena das áreas componentes da Seguridade Social, com uma institucionalidade própria, que fragmenta a organização, gestão e desenvolvimento das políticas, é intensificada pela adoção de medidas sectárias.

A compatibilidade agregada à defesa e ampliação dos direitos conquistados, mais a negação das reformas neoliberais são desafios permanentes, principalmente para instrumentos de políticas com desenho intersetorial, como o BPC. Para tanto, é preciso ter clareza quanto ao real significado e objetivo da intersetorialidade em políticas sociais conceitos que serão mais aprofundados a seguir.

### 2.3 A INTERSETORIALIDADE NAS POLÍTICAS SOCIAIS: UM DEBATE NECESSÁRIO

O debate sobre a intersectorialidade tem sido pauta de discussão entre os estudiosos das políticas públicas em várias perspectivas, sobretudo, na defesa da superação dos traços históricos de fragmentação e desarticulação das políticas sociais. Esta trajetória em que os serviços e ações do setor público não se comunicam sendo desenvolvidos isoladamente, só obstaculiza o atendimento na integralidade das necessidades e demandas públicas e sociais.

Na literatura nacional há importantes publicações que discorrem sobre os significados e características do que seja a intersectorialidade. Assim, identificar as suas concepções e interpretações, embora tenha sua complexidade conceitual e normativa, é fundamental para a compreensão do seu real sentido, bem como, indispensável para se traçar estratégias de ações que venham a garantir os direitos assentados na noção de cidadania. Trata-se, portanto, de algo que deve ser analisado mais da lógica dos discursos implícitos (vividos e experienciados) que explícitos (planejados e expostos em leis e programas, por exemplo) (LASCOURMES, LÈ GALÉS, 2012).

Em se tratando do objeto aqui estudando, assume-se que legalmente está explícito que o financiamento e gestão do BPC para pessoas com deficiência é feito pelo MDS e órgãos gestores municipais da Assistência Social, e que a execução é das agências da Previdência Social (INSS), pressupondo uma relação intersectorial nata. Porém, busca-se analisar os discursos implícitos sobre os fatores que dificultam a efetividade do BPC. Assim, percebe-se o quanto difícil é a empreitada de conceituar e concretizar a intersectorialidade, principalmente, de alguns instrumentos de políticas públicas como o BPC.

Por se tratar de um termo com *várias significações e possibilidades de aplicações*, sem uma definição *precisa* (PEREIRA, 2014), sua conceituação não é tarefa fácil. Nesse sentido,

[...] o discurso corrente sobre a intersetorialidade ora se refira a esta como *articulação, soma, síntese, unidade, rede*, ora como *superação* da fragmentação desses “setores”. E embora as palavras *síntese, unidade* e *superação* sejam usadas na linguagem dialética, o seu significado no atual discurso da intersetorialidade geralmente é outro: significa *integração* de “setores”, reforçando, implicitamente, à permanência destes. É em meio a essa imprecisão terminológica que a intersetorialidade nas políticas sociais é definida, revelando ambiguidades e incoerências (PEREIRA, 2014, p.26) – grifos da autora.

A defesa da autora subscreve, além da afirmação da polissemia do conceito da intersetorialidade, a superação da segmentação dos diferentes setores do campo de conhecimento e de ação, mas não no sentido de negar a idéia da existência da setorialidade. A intersetorialidade não é antagonica ou substitutiva da setorialidade, mas complementar (SPOSATI, 2006).

A noção de setor já é intrínseca a própria dinâmica constitutiva das políticas públicas e, dentro destas, das políticas sociais. Isso porque se convencionou a chamar de setores as partes que constituem as políticas sociais, a exemplo da Previdência e Assistência Social, mas, na verdade, são componentes de um todo indissociado, unido, em que uma possui elementos da outra política e se relacionam reciprocamente. Assim,

[...] se o termo “setor” não corresponde à realidade, é lícito inferir que ele é um arranjo técnico ou burocrático criado para facilitar a gestão das demandas que pululam no universo complexo da política social e nas arenas de conflitos de interesses que se processam nesse universo (PEREIRA, 2014, p.26).

Pereira (2014, p. 37) ainda chama atenção para que “a divisão da política social em ‘setores’ é procedimento técnico ou burocrático; é só neste sentido que essa divisão tem cabimento”. Tal divisão se por questões estruturais é necessária, acaba se acirrando por questões de poder gerando barreiras de comunicação e diálogo, inclusive sob a égide de uma possível anulação da “expertise” setorial. Corroborando neste sentido,

[...] esse modo, a intersetorialidade não anula a singularidade do fazer setorial pela instituição de uma polivalência impossível; ao contrário, reconhece os domínios temáticos, comunicando-os para a construção de uma síntese. A ação intersetorial, para ser conseqüente, implica tomar problemas concretos, de gentes concretas, em territórios concretos (MENDES, 1996, p. 94)

Frente a tais percepções, a imposição de relações intersetoriais na implementação de políticas públicas, vem criando novas arenas políticas em torno da necessária mudança de paradigma que envolve conceitos, posicionamentos políticos e culturais na oferta de bens e serviços sociais, e na própria relação entre Estado e a sociedade (PEREIRA, 2014).

Monnerat e Souza (2014) corroboram ao analisar os significados atribuídos ao tema apesar da diversidade de abordagens, definindo a intersectorialidade como **estratégia de gestão,**

[...] voltada para a construção de interfaces entre setores e instituições governamentais (e não governamentais), visando o enfrentamento de problemas sociais complexos que ultrapassem a alçada de um só setor de governo ou área de política pública (p.42).

Nesta direção, a urgência de articulação entre distintas arenas se comprova com a persistência histórica dos problemas públicos complexos estruturais que afetam a sociedade brasileira. Para Bronzo (2011, p. 127), “a intersectorialidade é uma decorrência lógica da concepção da pobreza como fenômeno multidimensional. Este é o primeiro registro sob o qual se deve examinar o tema da intersectorialidade”. Na mesma direção pode-se afirmar que, “o combate à fome, à pobreza e a miséria pode ser considerado como objetivo propulsor do diálogo intersectorial e da articulação entre atores governamentais e societários em diversos contextos históricos brasileiros” (BURLANDY, 2014, p. 110).

A adoção de estratégias intersectoriais se mostra assim, mais eficazes no combate a ineficiência das políticas sociais setoriais. Visto que se percebe rotineiramente, diferentes políticas sociais atuando sobre a mesma população e no mesmo território isoladamente, sem dialogar, e com resultados ínfimos. Há muitas vezes sobreposição ou falta de acesso a bens e serviços públicos em territórios que são hiper ou hipoativados por diferentes instrumentos de políticas públicas setoriais, demonstrando que a “ação setorial é insuficiente para romper com ciclo de reprodução intergeracional da pobreza” (FAUSTINO, 2014, p.181).

O trabalho conjunto, com total interlocução das ações e serviços, obterá resultados mais positivos, tanto para a população, receptora das políticas, que será atendida em sua integralidade, ou seja, em suas diversas dimensões; quanto para o

Estado, agente promotor das políticas, que otimizará recursos humanos e financeiros, tornando mais eficaz suas alocações. Nesta lógica da totalidade que a intersectorialidade surge como “uma **possibilidade de solução integrada** dos problemas do cidadão, considerando-o na sua totalidade” (JUNQUEIRA, 1998, p.12).

Nestes termos, pode-se aventar que as políticas setoriais encontram dificuldades na promoção de um atendimento equânime e integral ao cidadão. Além disso, tendo em vista as dificuldades para eficiência, eficácia e efetividade na implementação de tais políticas, a intersectorialidade passou a ser mister e palavra de ordem nas agendas governamentais, sendo um dos requisitos necessários para a efetividade das ofertas públicas pelas instituições públicas estatais e não-estatais (NASCIMENTO, 2010).

Outro ponto a ser observado na intervenção de problemas públicos complexos, como a pobreza, é a questão territorial que tanto nos textos legais como nas orientações técnicas aparecem associadas a intersectorialidade. Cabe destacar, porém, que além da referência teórica por vezes confusa ou equivocada, pouco tem se aprofundado em termos metodológicos sobre a utilização destes conceitos.

Monnerat e Souza (2014) observam que a divisão em região geográfica para cada campo de política, acaba sendo um empecilho para o trabalho intersectorial. O coerente é compreender o território em termos mais amplos para a implementação das diversas políticas setoriais. Nesta direção,

A atuação orientada para o território requer, para além de um cardápio flexível de ações e serviços, a pactuação e construção de objetos de intervenção comum entre diferentes setores com vistas à consecução de planejamento integrado para enfrentamento dos problemas prioritários identificados (ANDRADE, 2006). Este novo objeto deve estar referido aos problemas complexos que se manifesta no território. Sendo assim, o ponto forte da proposta da intersectorialidade é a possibilidade de se construir uma visão de complexidade dos problemas tendo como requisito o aporte de diferentes acúmulos setoriais. Trata-se, pois, de construir objeto e objetivos comuns, o que difere das propostas que se traduzem na mera sobreposição ou justaposição de ações setoriais (MONNERAT, SOUZA, 2014, p. 50).

O termo território aparece constantemente como pano de fundo para a maioria das políticas públicas. Nos instrumentos da Política de Assistência Social, por exemplo, aparece inclusive enquanto princípio da PNAS e do SUAS. Porém, percebe-se que a ideia de território e territorialização parece ainda não ter ganhado

tanta materialidade, dada a fluidez existente nos próprios fluxos e demandas dos usuários da Assistência Social. Para isso, basta, por exemplo, observarmos como se dá o grau de integração entre os próprios serviços ofertados pelos equipamentos públicos e entidades privadas ou mesmo os encaminhamentos por estes para que pessoas com deficiência tenham acesso ao BPC.

O fato é que a territorialização ganhou um significado de um novo pacto de gestão para redistribuição do poder entre as instâncias centrais, regionais e locais (SPOSATI, 2008). Pode-se, assim, interpretar que na prática, mais se trata de um conceito visto apenas como categoria analítica que como instrumento de gestão da Política de Assistência Social.

A lógica da intersetorialidade implementada de modo descentralizado e territorializado, busca romper com uma gestão historicamente centralizadora e hierarquizada, que fragmentava a atenção às necessidades sociais e trazia a cena pública uma confusão de objetivos quanto ao papel desempenhado por cada área setorial. Sobre isso Junqueira (1999, p. 57) argumenta que,

A qualidade de vida demanda uma visão integrada dos problemas sociais. A gestão intersetorial surge como uma nova possibilidade para resolver esses problemas que incidem sobre uma população que ocupa determinado território. Essa é uma perspectiva importante porque aponta uma visão integrada dos problemas sociais e de suas soluções. Com isso busca-se otimizar os recursos escassos procurando soluções integradas, pois a complexidade da realidade social exige um olhar que não se esgota no âmbito de uma única política social (JUNQUEIRA, 1999, p.57).

Para tanto, a gestão intersetorial pressupõe vontade, decisão e respeito a diversidade de cada setor ou participantes, demandando a criação de espaços de comunicação, capacidade de negociação e busca de soluções para conflitos (YASBEK, 2014).

A conexão das políticas e programas setoriais, das instâncias governamentais, da sociedade civil e do mercado, descortinando-se como um novo arranjo institucional e organizacional indispensável. As ações intersetoriais vão além do trabalho articulado entre os atores envolvidos, abarcando, principalmente, a *busca por resultados integrados* (INOJOSA, 2001), objetivando a garantia dos direitos sociais para os cidadãos.

Sobre outro prisma de análise, também pode-se conceituar a intersetorialidade enquanto **processo de aprendizagem** situada como articulação de saberes e experiências em busca de resultados sinérgicos desenvolvendo novas dinâmicas para os governos com base nas distintas configurações territoriais (FERNANDES, CASTRO, MARON, 2013).

Assim, envolve o planejamento, a execução e o controle social no atendimento das demandas sociais, dando novas respostas a antigos problemas sociais.

Esta inovação na gestão, com ações articulados para a obtenção de resultados integrados satisfatórios na promoção de práticas sociais mais eficazes, nos trás a idéia de trabalho em rede. Deste modo, a compreensão sobre a intersetorialidade remete a **relações em rede**, como observa Pereira e Teixeira (2013),

A noção de intersetorialidade surgiu ligada ao conceito de rede, a qual emergiu como uma nova concepção de gestão contrária à setorização e à especialização, propondo, por outro lado, integração, articulação dos saberes e dos serviços ou mesmo a formação de redes de parcerias entre os sujeitos coletivos no atendimento às demandas dos cidadãos (PEREIRA, TEIXEIRA, 2013, p. 221).

Entretanto, a construção de redes não é tarefa nada trivial, visto que, antes de qualquer coisa envolve decisão política, interesses divergentes e causas coletivas. Portanto, trata-se do compartilhamento de relações de saberes e poderes (CAMERLATTO, 2007).

A intersetorialidade conjuga esforços de um conjunto amplo de sujeitos sociais, e é perpassada por decisões e relações que abrangem várias instâncias, seja em âmbito local, que envolve as instituições na área de abrangência de um mesmo território, ou em âmbito maior, como Secretarias, Ministérios, e demais esferas de governo.

Nessa perspectiva, ponderando e respeitando as particularidades de cada política social, mas não desconsiderando as relações conflituosas entre interesses contrários que perpassam as arenas públicas pode-se inferir que a intersetorialidade é a síntese da unidade dessas divergências. Que resulta da **capacidade política de negociação e intermediação de conflitos**. Logo, não se trata de uma

[...] estratégia técnica, administrativa ou simplesmente de boa prática gerencial. Pelo contrário. É um processo eminentemente político e, portanto, vivo e conflituoso. A intersectorialidade envolve interesses competitivos e jogo de poderes que, na maior parte das vezes, se fortalecem na sua individualidade, ao cultivarem castas intelectuais, corporações, linguagem hermética e auto-referenciamento de seus pares (PEREIRA, 2014, p. 37).

Na direção deste debate, as relações intersectoriais são perpassadas por reciprocidades e conflitos, e isso indica a existência, ao mesmo tempo, de ações complementares e antagônicas, em um meio dinâmico que transcende a especificidade de um único setor. Ora, se por um lado, o trabalho intersectorial, no contexto aqui estudado, tem por desígnio comum a superação de problemas sociais, por outro lado, há a prevalência, mesmo que implícita, de disputas por recursos técnicos, tecnológicos e financeiros o que caracteriza o aspecto contraditório da intersectorialidade entre a Assistência e Previdência Social.

Na emergência desses pólos que se assentam as possibilidades e limites para a implementação do BPC para a pessoa com deficiência. Diante disso, há avanços consideráveis na gestão deste instrumento de políticas públicas, a exemplo do reconhecimento legal da importância deste benefício não-contributivo, bem como do crescente debate teórico, e do próprio desenvolvimento de serviço e ações coletivas integrando diferentes políticas. Mas, há também as dificuldades no que diz respeito a cultura institucional engessada na excessiva burocracia, o paralelismo das ações, os saberes técnicos próprios, a existência de mecanismos que interferem na execução das políticas e as relações/disputas político-partidárias que acabam privilegiando uma política em detrimento de outra. Trata-se, assim, de reconhecer obstáculos, relacionados, entre outros fatores,

[...] às diversas lógicas organizacionais que regem as arenas setoriais, à disputa por recursos e status entre os setores envolvidos e à complexidade do processo de intermediação de interesses distintos com capacidades também distintas de influência na arena decisória (SENNA; GARCIA, 2014, p. 280).

Corroborando no sentido de uma análise mais argumentativa da *policy*, Araújo (2015) propõe três níveis de problematização para análise de instrumentos de política de Assistência Social que podem ser aplicados a lógica da intersectorialidade:

a) **gramática**, no qual estão os conjuntos de definições, de práticas, de rotinas que são, quase sempre primeiramente, descritas e, posteriormente, vividas, experienciadas;

b) **institucionalização**, compreende-se todos os esforços descritivos e depois experienciados de definição e encaixe de uma nova institucionalidade em um contexto precedente de outras institucionalidades;

c) **recursos**, compreende toda sorte de recursos cognitivos, pessoais, organizacionais, tecnológicos, temporais, financeiros e econômicos que esperam ser ativados (discurso explícito) e os que, posteriormente, são efetivamente ativados (discurso implícito). Estas categorias, certamente estão presentes nos casos de intersectorialidade, inclusive no BPC, objeto de deste estudo.

Cabe salientar, ainda, que este cenário não se refere apenas aos arranjos institucionais, mas incide, também, e, sobretudo, nos cidadãos, objeto e objetivo das práticas intersectoriais, que tem como premissa o desenvolvimento social. Nesta lógica, o aparente distanciamento da população em torno desse debate, se metamorfoseia em demandas que afloram de distintos indivíduos e grupos, passando a ser prioridade para a intervenção pública. “Por isso, são necessárias negociações entre os diferentes atores sociais presentes na arena política, que devem ser sensibilizados e comprometidos com as mudanças” (SENNA, GARCIA, 2014, p. 281).

Sob este prisma é coerente afirmar que a intersectorialidade é promissora, mas também é desafiadora e complexa do ponto de vista técnico e político, principalmente por ser marcada pela existência de “um consenso discursivo e um dissenso prático” (ANDRADE, 2006, p. 280), herdado da carga histórica patrimonialista e corporativista que permeia as relações entre Estado e a sociedade no país, principalmente, nas gestões locais das políticas de Assistência e Previdência Social.

É perfeitamente aceitável conviver com os conflitos e fazer desses, meios de aprendizagem e de obtenção de resultados mais positivos e integradores. De fato “[...], a tarefa de intersectorializar as políticas sociais não é fácil, mas também não é impossível, desde que a maioria esteja consciente de que vale a pena persegui-la em prol do interesse público” (PEREIRA, 2014, p. 37). Trata-se de perseguir,

portanto, objetivos republicanos em torno de soluções para problemas de pública relevância e oferta de bens e serviços sociais.

Apesar de reconhecer a importância da intersetorialidade para a concretização dos direitos sociais, prefiro manter o cuidado de não centrar os argumentos em torno da efetividade do BPC. Compreendo sim, que a intersetorialidade, implementada de fato, é uma das maneiras para a ampliação da cidadania, o que não é possível de modo segregada, mas articulando as perspectivas política, equânime e republicana em todo o processo constitutivo das políticas sociais.

Constata-se assim, por meio do aparato teórico analisado até aqui, que a implementação de instrumentos de políticas sociais articuladas e integradas no Brasil estão em desenvolvimento, incluindo o BPC que é talvez o caso mais antigo de demanda compulsória pela intersetorialidade. Este aspecto, bem como os desafios e possibilidades no trabalho intersetorial com o benefício destinado as pessoas com deficiência serão alvo do próximo capítulo, que irá particularizar o debate trazendo a discussão para o âmbito local, a cidade de Cruz das Almas-BA.

### **3. O BPC NA PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA DO SUAS E NA AGÊNCIA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL (APS) DE CRUZ DAS ALMAS-BA: OS DESAFIOS DO TRABALHO INTERSETORIAL**

*Grandes descobertas e progressos  
invariavelmente envolve a cooperação de  
várias mentes.*

Alexander Graham Bell  
(In.: Bulletin, 1961, p. 33)

Como vem sendo tratado nesta dissertação, o tema deficiência é desafiante no âmbito das políticas públicas de proteção social, principalmente, no caso da implementação dos benefícios não-contributivos como o BPC voltado a esta população, que passa por questões de vulnerabilidade e risco social associados à questão da pobreza, incapacidades e impedimentos.

O objeto desta pesquisa, portanto, trata de um dos primeiros benefícios não-contributivos constitucionalmente garantido, o BPC para pessoa com deficiência que, embora tenha lógica não-contributiva, ainda é concebido sob uma égide imperante do trabalho enquanto fonte de dignificação do ser humano. Neste caso, concebe que pessoas com deficiência pobres e incapazes para o mundo do trabalho passam a ter o direito a segurança de renda garantida pelo Estado.

Contudo, para que o BPC tenha efetividade em seu alcance, protegendo os segmentos mais vulneráveis que estão fora da cobertura previdenciária e que, portanto, necessitam de um aparato protecionista público, é imperativo o repensar de alguns aspectos que envolvem a gestão, operacionalização e acesso ao benefício.

Com esta intenção, este capítulo consiste em apresentar e discutir os resultados da pesquisa de campo que revelam como ocorre a gestão e operacionalização do BPC, centrando em averiguar se existe o lidar cotidiano intersetorial entre a Proteção Social Básica do SUAS e a APS de Cruz das Almas. Busca-se, assim, responder ao problema de pesquisa, o qual cabe lembrar: *Quais os desafios na gestão e operacionalização do BPC para pessoa com deficiência em*

*Cruz das Almas-BA, no que diz respeito à intersetorialidade das políticas de Assistência Social e Previdência Social?*

Cabe pontuar que legalmente e em termos de execução existe a divisão entre gestão e operacionalização do BPC, que são realizadas respectivamente pelo MDS/órgãos gestores da Assistência Social e pelo Ministério da Previdência Social via INSS. Tal divisão fragmenta a concepção sobre gestão de instrumentos de política pública, visto que a operacionalização faz parte do processo de gestão e ambos se complementam fazendo com que o benefício se materialize e alcance os fins desejados. Desta forma, mesmo entendendo que a operacionalização faz parte dos procedimentos de gestão de Políticas Públicas, a análise levará em consideração esta divisão, buscando observar as percepções dos atores que estão na gestão e dos que estão na operacionalização do BPC.

Buscou-se, assim, a partir do trabalho empírico de coleta de dados, refutar e organizar as teorias de modo multidisciplinar, para entender e organizar as observações sobre o BPC para pessoa com deficiência em Cruz das Almas-BA. Assim, primeiro pode-se considerar “um quadro geral da vida social e, depois, pesquisar um aspecto particular dele para testar e forçar nossas teorias” (MAY, 2004, p. 47).

Partiu-se de um modelo metodológico previamente proposto no projeto de investigação, que foi sendo aprimorado e adaptado a partir das realidades que foram sendo encontradas no campo.

Os resultados da pesquisa de campo aqui apresentados buscam dialogar com a realidade em foco, interagindo, de forma crítica, com os dados obtidos na pesquisa documental e bibliográfica. Correlaciona-se, assim, os discursos explícitos e implícitos no instrumento de política pública BPC, conforme assumido do ponto de vista teórico-metodológico neste estudo. Deste modo, cabe aqui compreender os porquês e como ocorrem o planejamento, financiamento e gestão do BPC pela Assistência e Previdência Social, buscando identificar seus dilemas e desafios. Logo, assume-se a independência entre discursos implícitos e explícitos (LASCOUMES, LÉ GALES, 2007, 2012), buscando saber quais os problemas públicos que originaram o BPC, quais soluções para implementação foram definidas e como vem sendo praticadas (vivas).

Cabe lembrar que a instrumentalização de políticas públicas revela uma razoavelmente explícita teorização entre governantes e governados (LASCOUMES, LÉ GALES, 2007). Isso ocorre de modo explícito, principalmente, por meio de leis, programas, projetos etc. Por outro lado, há uma teoria implícita que mais diz respeito às ações de *politic* (política) que são vivenciadas. Isso faz com que se busque um modo de raciocínio que vá além da divisão entre a *politic* (política) e a *policy* (política pública), considerando, neste caso, que o BPC é um instrumento, enquanto uma instituição que estrutura e influencia o modo como os atores devem se comportar; cria incertezas sobre a balança do poder; como os atores e interesses serão privilegiados em detrimento de outros; como os problemas públicos serão representados (*ibid*).

O foco de análise aqui são os discursos implícitos (vivenciados) que possam, por vezes, estar expressos pelos diferentes atores em suas falas, mesmo que de maneira não muito direta. Assim, têm-se os *gaps* (lacunas) existentes entre os discursos explícitos nas leis, normas, programas e procedimentos, com os implícitos nas práticas cotidianas vivenciadas na execução do BPC.

A pesquisa de campo foi realizada entre 17/11/2015 a 30/11/2015, buscando informações diretamente *in loco* junto aos atores que gerem e executam o BPC nos equipamentos da Rede Socioassistencial do SUAS e na APS ambas localizadas em Cruz das Almas-BA.

Utilizou-se metodologia qualitativa com realização de entrevistas semiestruturadas e análise de Relatórios de Informações Sociais da Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação – SAGI/MDS, contendo séries históricas sobre o BPC.

Inicialmente foi planejado realizar 09 (nove) entrevistas com informantes-chave. A seleção destes considerou que deveriam estar exercendo cargos de gestão ou na equipe técnica diretamente envolvida com a concessão do BPC e acompanhamento do beneficiário e suas famílias, sendo definidos:

- 01 gerente da APS;
- 01 médico perito da APS;
- 01 assistente social da APS;
- 02 técnicos em seguro social da APS;

- 01 gestor municipal da Assistência Social;
- 01 diretor de órgão gestor municipal da Assistência Social.
- 01 coordenador do CRAS;
- 01 assistente social do CRAS;

Durante o trabalho de campo não se conseguiu realizar as entrevistas com o gestor municipal e diretor ligado a Assistência Social, bem como com o médico perito. Este último era considerado essencial para o trabalho, ponderando que é um ator decisivo na concessão do BPC. Porém, apesar das inúmeras tentativas e agendamentos de entrevistas não foi possível. Esta negativa a princípio foi justificada pela forma de trabalho que, durante o período de greve, estava sendo feito em escalas por grupos de profissionais. Depois houve a suspensão generalizada das atividades, ficando estes profissionais mobilizados entre o período de 4 de setembro de 2015 a 25 de janeiro de 2016.

Já a impossibilidade do gestor municipal e do diretor de Assistência Social foi devido às alegações de falta de agenda, sendo indicado, em seu lugar, dois assistentes sociais da própria Secretaria que trabalham diretamente com as orientações e encaminhamentos do BPC, mas que não exercem cargo de direção. Por isso, concluiu-se o levantamento de dados na pesquisa de campo com a realização de 08 (oito) entrevistas.

Foi utilizado o mesmo roteiro de entrevista semiestruturada para todos os participantes, contendo 22 (vinte duas) questões, sendo as 04 (quatro) iniciais sobre o perfil profissional e as demais buscando captar diferentes aspectos que envolvem o entendimento sobre deficiência, incapacidade, intersetorialidade e a garantia ao BPC para as pessoas com deficiência (Apêndice A).

A técnica de entrevista foi escolhida buscando aprofundar o estudo já que estas permitem a expressão das percepções individuais dos gestores e técnicos de forma mais ampla, possibilitando que os entrevistados possam expressar e acrescentar conteúdos que não estejam explícitos (LÜDKE; ANDRÉ, 2003). Todos os entrevistados foram casos julgados exemplares ou típicos da população-alvo ou de uma parte desta (LAVILLE; DIONNE, 1999). Levou-se em consideração a

acessibilidade, a cognição e a motivação dos entrevistados, facilitando assim a *igualdade e comparabilidade* durante a análise (MAY, 2004).

As entrevistas foram 07 (sete) gravadas totalizando 6h45min (seis horas e quarenta e cinco minutos) de gravação. Um técnico em seguro social da APS não autorizou que fosse gravada. As entrevistas foram transcritas e feita à análise de conteúdo, seguindo análise categorial temática, com os procedimentos de leitura flutuante, identificação de conteúdos, junção dos conteúdos em temas e posterior agregação destes em categorias temáticas (BARDIN, 1977).

A partir das falas dos diferentes sujeitos que participaram da pesquisa buscou-se qualitativamente analisar o discurso público explícito e implícito buscando compreender o complexo jogo de interações, os objetivos e os interesses dos grupos de poder e dos aparatos políticos (MELUCCI, 2001 apud ARAÚJO, 2006) e como estes influenciam a consolidação da instituição do BPC.

Visando garantir o anonimato dos gestores e técnicos entrevistados optou-se por caracterizá-los da seguinte forma:

1. Gestor APS;
2. Gestor CRAS<sup>55</sup>;
3. Técnico SUAS 1;
4. Técnico SUAS 2;
5. Técnico SUAS 3;
6. Técnico APS 1;
7. Técnico APS 2;
8. Técnico APS 3.

A formação profissional de 07 (sete) dos entrevistados é de nível superior, sendo 05 (cinco) graduados em Serviço Social, 01 (um) em Engenharia Química e 01 (um) em Ciências Contábeis. Dois destes fizeram especialização. Quanto ao vínculo de trabalho, 06 (seis) são servidores estatutários e 02 (dois) são contratados. Os anos que trabalham nas instituições compreendem de 01 (um) a 17 (dezessete) anos, sendo os que trabalham a menos tempo (1 e 3 anos) são os servidores

---

<sup>55</sup> Na estrutura do SUAS, concebe-se formalmente a nomenclatura de gestor apenas para aqueles que ocupam cargos de Secretário ou Superintendentes. Mas, entendo que os cargos de direção e coordenação do CRAS e CREAS são também cargos de gestão. Por isso, nesta pesquisa considera-se o coordenador do CRAS como gestor do CRAS.

contratados. Logo, a maioria possui estabilidade, o que demonstra, a princípio, certa continuidade no trabalho desenvolvido. Todos possuem carga horária de trabalho que variam entre 30 horas a 40 horas/semanais.

É importante destacar que todos os entrevistados revelam que para lidar com os encaminhamentos, orientações ou concessões do BPC para a pessoa com deficiência não lhes foi proporcionado nenhum tipo de treinamento ou curso preparatório via instituições. Seus saberes foram desenvolvidos no lidar com o benefício por meio das suas formações acadêmicas e da própria prática de trabalho cotidiano.

Os resultados apresentados neste capítulo buscam destacar quatro macrocategorias de análise que estão presentes nos discursos dos entrevistados:

- 1) **Compreensões sobre as gramáticas: atendimento, acesso e acompanhamento** - diz respeito às compreensões ora corretas, ora distorcidas sobre o que vem a ser acesso, atendimento e acompanhamento. Comumente são gramáticas vivenciadas enquanto sinônimos no âmbito do BPC. Entende-se por **atendimento** as ações voltadas à prestação de informações/ orientações e elucidação de dúvidas e preenchimento dos requerimentos necessários a concessão do benefício; o **acesso** diz respeito a viabilidade nos procedimentos que envolve os encaminhamentos até a APS e as avaliações social e médico-pericial, ou seja, todo o processo que é voltado diretamente para a concessão; já o **acompanhamento** é a etapa após o deferimento do benefício, em que será desenvolvido um trabalho sistemático junto aos beneficiários e suas famílias para a promoção social dos mesmos, por meio de visitas domiciliares, inserção em grupos no CRAS, cuidando para que o direito da pessoa com deficiência em usufruir do benefício não seja violado, viabilizando o acesso a outras políticas de atenção e cuidado para com estas pessoas.
- 2) **Disfunções burocráticas: interpretações implícitas e explícitas** - Por **disfunções burocráticas** entende-se como o desvirtuamento dos requisitos normativos para o acesso ao BPC para a pessoa com deficiência, deixando de atender o princípio de universalidade que rege o benefício assistencial. Assim,

nas disfunções burocráticas há um exagero no esforço de conformar a burocracia aos princípios institucionais; isto é, as distorções burocráticas muitas das vezes têm se tornado um entrave para o acesso ao benefício. A partir desta categoria se analisou os conteúdos: rigidez no processo de concessão do benefício na APS; alto grau de seletividade no critério renda per capita; e o critério do não acúmulo com outros benefícios.

- 3) ***Equívocos sobre a concepção de pessoa com deficiência e incapacidade*** – diz respeito às confusões de entendimentos existentes entre os atores envolvidos com a gestão e execução do BPC quanto aos conceitos de deficiência e incapacidade, impactando todo o processo de concessão e acompanhamento deste. Salienta-se aqui, mais uma vez, que deficiência é entendida como uma condição do indivíduo, mas que, muitas vezes não impede totalmente a pessoa de desenvolver suas atividades pessoais e/ou profissionais. A incapacidade é compreendida como a relação entre as condições de saúde do indivíduo e as limitações impostas pelo meio ambiente. A deficiência pode ser afetada e gerar alguns tipos de incapacidade, mas estas não são sinônimas.
  
- 4) ***Fragmentação entre gestão e operacionalização do BPC***: diz respeito à falta de diálogo e aprendizagem colaborativa entre os equipamentos do SUAS, responsáveis pela gestão, e a APS, responsável pela operacionalização, incidindo negativamente no trabalho intersetorial. Suscitou-se os seguintes conteúdos: problemas de comunicação e interação; desigualdades institucional históricas; falta de iniciativas promotoras da intersetorialidade.

A análise destas categorias elenca os principais desafios no trabalho conjunto e intersetorial, buscando responder o problema de pesquisa proposto. A seguir são inicialmente apresentados resultados dos dados secundários coletados, traduzindo a evolução em termos quantitativos do BPC no Brasil e em Cruz das Almas. Em seguida, retorna-se as análises das quatro categorias citadas anteriormente.

### 3.1 A EVOLUÇÃO DO BPC NO BRASIL E EM CRUZ DAS ALMAS-BA

De acordo com o Relatório Mundial sobre a Deficiência (2012), as pessoas com deficiência, em todo o mundo e, principalmente, em países em desenvolvimento, estão em maior situação de pobreza. Assim, conseqüentemente, sobre estas pessoas tem suas vulnerabilidades aumentadas, principalmente, no que diz respeito ao acesso a direitos básicos a saúde, educação, assistência social, transporte, moradia e renda.

Para além dos indicadores relacionados a renda, usufruto de serviços e bens socialmente produzidos, a pobreza é fenômeno *multidimensional* (YAZBEK, 2001). Como categoria política envolve ausências de direitos, de possibilidades, de esperanças e de seguranças. Assim, a problemática da pobreza tem “implicações éticas, econômicas e políticas de primeira ordem porque atenta contra os direitos humanos, mantendo setores amplos da população em situação de desemprego, desnutrição e exclusão” (KAMEYAMA, 2001, p. 01). As situações de pobreza experimentadas por grande parte a população que têm alguma deficiência, adensa a demanda por proteção social pública, impondo ao Estado, a partir das pressões advindas destes segmentos, a estruturação de instrumentos de políticas públicas eficazes para a promoção da equidade.

O BPC é o programa mais visível e de maior impacto nas condições de vida das pessoas com deficiência consideradas pobres. Assim, pelo seu impacto econômico e social, pois retira as pessoas do patamar da indigência, o benefício contribui para o desenvolvimento dos beneficiários e ajuda a romper com a exclusão experimentada pela maioria das pessoas com deficiência.

É válido salientar, que Cruz das Almas - BA apresentava em 2010, de acordo com os Relatórios de Informação Social (RI) da SAGI/MDS embasando-se no Censo IBGE (2010), uma população de 6.536 com renda per capita abaixo de R\$ 70,00. O número total de famílias cadastradas no CadÚnico no município, em dezembro de 2015 com renda per capita mensal de R\$ 0,00 até R\$ 77,00 foi de 2.759 (BRASIL, 2015a). Estes dados demonstram números consideráveis de pessoas vivendo em situação de extrema pobreza no município.

A seguir, apresento uma análise baseada nos dados mais recentes sobre a quantidade de pessoas residentes em Cruz das Almas que declararam algum tipo de deficiência, de acordo com os dados do Censo IBGE (2010); e dados relacionados ao quantitativo de beneficiários e valores em Reais (R\$) investidos no benefício, entre os anos de 2010 e 2015, a partir dos RI (BRASIL, 2015a).

A Tabela 02 demonstra a população residente em Cruz das Almas que se declarou com alguma deficiência.

**TABELA 02:** População residente com alguma deficiência em 2010 (Cruz das Almas – BA)

<b>PESSOAS QUE DECLARARAM ALGUM TIPO DE DEFICIÊNCIA</b>	<b>QUANTIDADE</b>
Deficiência visual - não consegue de modo algum	153
Deficiência visual - grande dificuldade	2.000
Deficiência visual - alguma dificuldade	8.428
Deficiência auditiva - não consegue de modo algum	60
Deficiência auditiva - grande dificuldade	666
Deficiência auditiva - alguma dificuldade	2.310
Deficiência motora - não consegue de modo algum	163
Deficiência motora - grande dificuldade	1.341
Deficiência motora - alguma dificuldade	2.794
Deficiência mental/intelectual	1.129
<b>TOTAL</b>	<b>19.044</b>

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do IBGE (2010).

De acordo com o Censo Demográfico do IBGE (2010), existem no Brasil 45,6 milhões de pessoas (23,9% da população nacional), em diferentes faixas etárias e em processo de aumento de longevidade, que foram excluídas de vários processos sociais (ARAÚJO et al., 2014).

Algo que chama a atenção no Censo é um aumento significativo no número de pessoas com deficiência apresentado, tendo em vista que, em levantamentos anteriores o percentual da população brasileira que declarava possuir algum tipo de deficiência correspondia a apenas 2%, a explicação para tal aumento não está vinculado ao crescimento de números de casos de deficiência, mas sim a nova forma de coleta utilizada, a qual segue recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), conforme esclarece Vital (2007),

em seu questionário amostral, utiliza um critério baseado em dois esquemas distintos: o primeiro, formado a partir de um modelo centrado nas características corporais, como no Censo de 1991 e pesquisas anteriores; o segundo, montado sobre uma escala de gradação de dificuldades na realização de tarefas pelo indivíduo. A captação de dados, assim, evolui, em sua concepção, para uma semelhança com outros instrumentos de pesquisas mais modernos utilizados atualmente (VITAL, 2007, p. 01).

Existem autores que criticam esta nova forma de compilação dos dados, pois o modelo das perguntas tem como foco as atividades, levando em consideração, parcialmente a Classificação Internacional de Funcionalidades (CIF)<sup>56</sup>, da Organização Mundial de Saúde (OMS). Existem também críticas aos critérios de definição da deficiência utilizados pelo IBGE por definir a deficiência apenas pelas limitações funcionais, confundindo com o conceito de incapacidade. Deste modo, os critérios que são utilizados pelo Censo consideram apenas as questões biomédicas.

Mesmo com tais questões, considerando que estes são os dados oficiais, de acordo com o Censo do IBGE (2010), em Cruz das Almas existem 19.044 pessoas com algum tipo de deficiência. Este quantitativo mostra sua expressividade quando comparado com o total de habitantes do município, que no mesmo ano registrou 58.606 pessoas (IBGE, 2010). Logo, Cruz das Almas possui 32,5% da população com algum tipo de deficiência em diferentes faixas etárias, conforme demonstrado na Tabela 03, a seguir

Dentro deste universo de 19.044 pessoas declaradas com algum tipo de deficiência, temos a divisão por faixa etária e por sexo, descrita na Tabela 03.

**TABELA 03:** Pessoas de 10 anos ou mais de idade, por existência ou não de pelo menos uma das deficiências investigadas não ocupadas, por sexo, em 2010, em Cruz das Almas – BA de acordo com o Censo IBGE (2010).

<b>Faixa Etária das Pessoas com Deficiência</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>TOTAL</b>
10 a 14	279	312	<b>591</b>
15 a 19	147	359	<b>506</b>
20 a 24	113	234	<b>347</b>
25 a 29	134	321	<b>455</b>

<sup>56</sup> A OMS até 2001, também restringia a deficiência a uma linguagem biomédica com base na CID (Classificação Internacional de Doenças). Neste ano com a publicação da CIF tem-se uma mudança na concepção, pois adota-se um modelo social no campo da saúde pública e dos direitos humanos (DINIZ, 2007, p. 53 apud. DINIZ; BARBOSA; SANTOS, 2009).

<b>Faixa Etária das Pessoas com Deficiência</b>	<b>Masculino</b>	<b>Feminino</b>	<b>TOTAL</b>
30 a 34	91	284	<b>375</b>
35 a 39	81	375	<b>456</b>
40 a 44	225	410	<b>635</b>
45 a 49	125	478	<b>603</b>
50 a 54	114	451	<b>565</b>
55 a 59	110	554	<b>664</b>
60 a 64*	256	543	<b>799</b>
<b>Total</b>	<b>1.675</b>	<b>4.321</b>	<b>5996</b>

Fonte: Elaboração própria a partir dos dados do IBGE (2010)

\*A faixa etária analisada pelo IBGE vai até 80 anos ou mais, mas foi privilegiada até a idade de 64 anos, pois a partir desta faixa etária o BPC já é concedido na modalidade idoso.

A Tabela 03 divide por faixa etária as pessoas que tem alguma deficiência, seja visual, auditiva, motora ou mental/intelectual e declararam não ter ocupação, ou seja, não ter remuneração e, por isso, prováveis beneficiárias do BPC, correspondendo a 31,5% do total de pessoas com deficiência de Cruz das Almas. Observa-se também que em todas as faixas etárias o sexo feminino sempre apresentou quantitativo maior em relação ao sexo masculino.

Descritos os dados quantitativos sobre a população de pessoas com deficiência em Cruz das Almas, passo a analisar os dados referentes a quantidade de beneficiários e de valores investidos em reais no BPC para a pessoa com deficiência, entre os anos de 2010 e 2015. A Tabela 04 apresenta o número de beneficiários do BPC para a pessoa com deficiência e recursos investidos entre os anos de 2010 e 2015, de acordo com os Relatórios de Informação Social da SAGI/MDS.

**TABELA 04:** Número de pessoas com deficiência beneficiárias do BPC e recursos investidos (em R\$) entre os anos de 2010 e 2015 no Brasil com os respectivos percentuais de crescimento anual (BRASIL)

ANO	Nº de pessoas com deficiência beneficiadas	Crescimento do nº de beneficiários (%)	Total do investido em R\$/ano	Crescimento de Investimento anual (%)
<b>2010*</b>	1.778.345		10.857.539.509,20	
<b>2011*</b>	1.907.511	7,26	12.442.288.313,64	14,60
<b>2012*</b>	2.021.721	5,99	15.049.276.121,52	20,95
<b>2013</b>	2.141.846	5,94	16.890.989.942,86	12,24
<b>2014</b>	2.253.822	5,23	19.070.187.136,63	12,90
<b>2015</b>	2.323.808	3,11	21.680.230.972,98	13,69

Fonte: Elaboração própria a partir de Relatórios de Programas e Ações MDS/SAGI (BRASIL, 2015a)  
 \*Nos RI de 2010 a 2012 não existe o valor do repasse acumulado, mas apenas mensal. Nestes casos foram multiplicados o valor do repasse mensal por 12 meses.

Pela leitura da Tabela 04, mesmo considerando a contribuição que o benefício proporciona para quem consegue acessá-lo, ainda faz-se necessário avançar, principalmente na cobertura do número de beneficiários no Brasil, considerando o quantitativo de 45,6 milhões de pessoas com deficiência e que 2,3 milhões que são beneficiárias. Observa-se que entre 2010 e 2011 há um incremento de 7,26% de beneficiários. Cabe salientar que é em 2011 que é aprovado o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência, o Decreto nº 7.612/2011 – Plano Viver sem Limite. Em 2015, percebe-se uma pequena redução no aumento do número de beneficiários (de 5,23 para 3,11%), mesmo sem haver grandes variações na sequência anual. Cabe salientar que tanto o incremento quanto a diminuição pode ser dar por vários fatores que não estão diretamente no foco de análise desta pesquisa. Em termos financeiros, destaca-se que houve um aumento de 2011 para 2012, de 14,60% para 20,95%.

De modo geral, considerando as 45,6 milhões de pessoas com deficiência existentes no Brasil e o quantitativo de beneficiários do BPC, faz inferir que provavelmente existia um grande número de pessoas elegíveis ao benefício que não teve o direito garantido do acesso.

O município de Cruz das Almas acompanhando as tendências reveladas nos valores demonstrados anteriormente, também não apresentou grandes variações, como demonstrado na Tabela 05.

**TABELA 05:** Número de beneficiários do BPC para pessoa com deficiência e recursos gastos (em R\$) entre os anos de 2010 a 2015 (Cruz das Almas – BA)

ANO	Nº de pessoas com deficiência beneficiadas	Crescimento do nº de beneficiários (%)	Total do investido em R\$/ano	Crescimento de Investimento anual (%)
2010	808	-	4.761.611,10	-
2011	845	4,58	5.359.398,96	12,55
2012	892	5,56	7.412.493,17	38,31
2013	921	3,25	6.450.441,97	-12,98
2014	953	3,47	8.100.343,44	25,58
2015	949	-0,42	8.960.338,78	10,62

Fonte: Elaboração própria a partir de Relatórios de Programas e Ações MDS/SAGI (BRASIL, 2015a)

Assim, como nos números referentes ao panorama nacional, percebe-se um aumento no montante de recursos financeiros dispendidos entre 2011 e 2012 (38,31% a mais), tendo em seguida um decréscimo em 2013 (-12,98%), mesmo havendo um tímido aumento no quantitativo de beneficiários. O município também acompanhou a tendência de diminuição do número de beneficiários e de investimentos entre os anos de 2014 e 2015, chegando a ter 949 beneficiários e um montante de R\$ 8.960.338,78 investidos por ano.

Em meio as análises até então feitas, a Tabela 06, a seguir, contém os dados do número de benefícios requeridos e não concedidos entre os anos de 2007 e 2015 na APS de Cruz das Almas, de acordo com informações e relatórios fornecidos pelos Técnicos durante as entrevistas. Tais dados demonstram com mais precisão quais os principais critérios que impediram o acesso ao benefício.

**TABELA 06:** Motivos e quantidades de indeferimentos do BPC para pessoa com deficiência entre os anos de 2007 a 2015\* na APS de Cruz das Almas-BA

Espécie motivo do indeferimento	Quantidade
Renda per capita familiar $\frac{1}{4}$ de salário mínimo	12
Parecer contrário perícia médica	91
Não cumprimento de exigências	03
Recebimento de outro benefício	02
Não comparecimento para realizar exame médico	45
Não enquadramento Art. 20§2 - Lei 8742/93	109
Não enquadramento Art. Art. 20§2 e §3 - Lei 8742/93	06

<b>Espécie motivo do indeferimento</b>	<b>Quantidade</b>
Não enquadramento Art. 20 §3 - Lei 8742/93	46
Não comparecimento avaliação social	15
Não atende requisito impedimentos de longo prazo	248
Desistência escrita do titular	04
Desistência administrativa (INSS)	12
Existência de vínculo em aborto para o titular	01
<b>TOTAL</b>	<b>594</b>

Fonte: Elaboração própria a partir do SUIBE/APS Cruz das Almas

\*Dados entre dezembro de 2007 a outubro de 2015

De acordo com os dados da Tabela 06, houve um total de 594 casos de indeferimentos de pedidos de BPC para pessoa com deficiência em Cruz das Almas, entre os anos de 2007 e 2015. Houve um total de 45 indeferimentos por não comparecimento para a realização do exame médico. Este dado traz consigo algumas indagações e reflexões, que não foram esclarecidas com a pesquisa de campo. Exemplo do motivo que estes requerentes não compareceram a avaliação médica, pode ser a falta de recursos financeiros para o deslocamento até a APS ou mesmo a data do exame médico não ficou clara, visto que a avaliação social é feita primeiro e em dia diferente da avaliação médica pericial. Este quantitativo expressa sua relação direta com a situação de pobreza vivenciada pelos requerentes com deficiência, pois a falta de dinheiro, a pouca escolaridade e o próprio medo da avaliação médica indeferir o direito ao benefício, faz com que muitos se ausentem desse processo avaliativo. O trabalho conjunto entre a Rede SUAS e a APS do município poderia buscar por estas pessoas e, a partir dos motivos que o levaram a ausência no exame médico, analisar o contexto sociocultural e econômico buscando tentar rever esta situação.

A causa com maior incidência para os indeferimentos foi o não atendimento do requisito de impedimentos de longo prazo<sup>57</sup>, em que se registrou 248 casos. Mais adiante, pelas falas dos entrevistados, poderá ser apontado como isso pode

---

<sup>57</sup> De acordo com Lei nº 8.742/93, § 10, considera-se impedimento de longo prazo, para os fins do § 2º deste artigo, aquele que produza efeitos pelo prazo mínimo de 2 (dois) anos.

estar associado a categoria analítica ***equivocos sobre a concepção de pessoa com deficiência e incapacidade: os critérios de elegibilidade.***

Deste modo, se constata que os principais motivos de indeferimento da Agencia de Cruz das Almas estão todos ligados diretamente a comprovação da incapacidade, fato que confirma que este é um dos critérios mais rígidos para o acesso ao BPC.

Dando prosseguimento ao estudo proposto, retorno nos próximos tópicos as análises das quatro categorias citadas anteriormente, as quais elencam os principais desafios no trabalho conjunto e intersetorial.

### **3.2 COMPREENSÕES SOBRE AS GRAMÁTICAS: ACESSO, ATENDIMENTO E ACOMPANHAMENTO**

Conforme já salientado no capítulo 1, no âmbito da gestão, compete à União, de acordo com o Artigo 12 da LOAS a concessão e manutenção do BPC, sendo o MDS responsável pela difusão de informações, acompanhamento e monitoramento, articulando o benefício as políticas intersetoriais para o atendimento com excelência aos beneficiários.

A NOB/SUAS (BRASIL, 2005a) veio, neste sentido, ratificar a responsabilidade da União como gestora da Assistência Social, institui que esta deve,

Coordenar a gestão do Benefício de Prestação Continuada – BPC, articulando-o aos demais programas e serviços da assistência social e regular os benefícios eventuais, com vistas a cobertura de necessidades advindas da decorrência de contingências sociais (Ib., p.35).

De acordo com a NOB/SUAS (2005a), aos governos estaduais, competem coordenar o processo de revisão do BPC, acompanhar e orientar os municípios na execução de suas obrigações, conforme seu nível de habilitação.

O município de Cruz das Almas está enquadrado no nível de Gestão Básica do SUAS, pois tem implementado em sua estrutura administrativa os seguintes requisitos: conselho, fundo e plano; recursos financeiros no fundo; Centro de Referência da Assistência Social (CRAS) – em número e capacidade de acordo com

o porte<sup>58</sup>; Plano de Inserção e Acompanhamento de Beneficiários do BPC; **unidade de recepção para BPC** e benefícios eventuais; prioridade de acesso aos beneficiários do PBF; diagnóstico de áreas de risco e maior vulnerabilidade social; manter secretária executiva no conselho; ter conselhos funcionando (CMAS/CMDCA/Conselho Tutelar) (BRASIL, 2008b).

Cabe salientar que para cada nível de gestão do SUAS há também crescentes responsabilidades. Para os municípios habilitados na gestão básica temos,

Município com dados a rede SUAS; inserir as famílias mais vulneráveis no cadastro único (lei 10.836/04); preencher o plano de ação no SUAS-Web; apresentar o relatório de gestão; **participar da gestão do BPC**; participar de ações (locais, regionais, estaduais) para atenção às demandas de média e alta complexidade; supervisionar rede própria e a conveniada; criar o vínculo SUAS com as entidades (BRASIL, 2008b, p. 30) – grifo meu.

Esta Unidade de recepção do BPC supracitada faz parte do atendimento aos beneficiários e requerentes no âmbito do sistema de Proteção Básica do SUAS, e se caracteriza como um dos procedimentos viabilizadores do acesso ao benefício. De acordo com a pesquisa de campo esta unidade de recepção diz respeito ao

acolhimento dos usuários disponibilizando informações e tirando dúvidas, preenchendo o requerimento de solicitação, viabilizando documentos, agendando o atendimento no INSS. Todas as demandas que chegam, sejam espontaneamente ou encaminhadas por algum órgão, a gente recepciona da melhor forma possível, o requerente do BPC não sai daqui sem a devida atenção (Entrevista com o Técnico SUAS 1).

Essas responsabilidades, principalmente ao ratificar que é de dever também dos municípios a gestão do BPC, aumenta com a publicação da Portaria MDS nº 44 de 2009, que “estabelece instruções sobre Benefício de Prestação Continuada – BPC referentes a dispositivos da Norma Operacional Básica – NOB/SUAS/2005”. A partir deste ditame o município tem por competência o desenvolvimento de ações de atenção e acompanhamento dos beneficiários do BPC e de suas famílias e do monitoramento e avaliação do benefício, articulando-o efetivamente aos benefícios, serviços, programas e projetos da Assistência Social e de outras Políticas (BRASIL, 2009c).

---

<sup>58</sup> O município de Cruz das Almas é considerado de médio porte, de acordo com sua densidade populacional.

Esta portaria ainda estipula que os municípios precisam apresentar o *Plano de Inserção e Acompanhamento de Beneficiários do BPC*. Tal Plano é um instrumento que compreende o esforço do município na previsão e na garantia da inserção dos beneficiários do BPC e seus familiares aos serviços, programas e projetos da Assistência Social e de outras políticas públicas, num conjunto de ações planejadas e sistemáticas.

Assim, o Plano tem como diretrizes a proteção social aos beneficiários e suas famílias, com o desenvolvimento de ações que deverão priorizar o enfrentamento das questões de riscos e vulnerabilidades sociais e individuais, fortalecendo, neste sentido, a provisão legal do direito à Assistência Social (BRASIL, 2009c).

Frente à importância desse instrumental para se traçar ações coordenadas de acompanhamento dos beneficiários tentei ter acesso ao Plano de Cruz das Almas, para conhecer e saber como se estrutura as intenções municipal, entretanto, não foi disponibilizado. Em uma das entrevistas foi pontuado que,

Sei que existe o Plano, mas não ajudei a construir não. Quando cheguei para trabalhar aqui já tinha sido elaborado, e não é consultado com tanta frequência como deveria ser. Posso dizer que das ações que temos que desenvolver junto aos beneficiários do BPC e que esta lá no Plano, poucas, de fato, têm sido executadas. Não temos um cadastro municipal de todos os beneficiários ativos do BPC que tem alguma deficiência para que possamos inseri-los em algum grupo do CRAS. São poucos os que estão tendo acompanhamento. Tem a Pestalozzi, mas também são poucos [os atendidos lá] que recebem o BPC (Entrevista com o Técnico SUAS 3).

Observa-se, assim, um primeiro *gap* entre o discurso explícito e implícito, uma vez que este importante instrumental não vem sendo usado rotineiramente no município, embora se alegue a existência do mesmo. Ao que parece, o que deveria servir como norteador das ações vem sendo apenas mais um procedimento burocrático feito para cumprir uma determinação. Importante também observar que a falta do cadastro municipal de todos os beneficiários que tem alguma deficiência dificulta o acompanhamento sistemático.

A estrutura necessária para o desenvolvimento das ações preconizadas no Plano deve comportar as condições físicas, materiais e humanas adequadas à demanda e ao porte do município. Pela Portaria nº44/2009 tais condições compõem a organização institucional da Proteção Social Básica e Especial e deve

obrigatoriamente garantir as condições de acesso para pessoas idosas e com deficiência. Assim, no artigo 3º, parágrafo 1º, refere-se que,

Art. 3º...

§ 1º As ações de atenção e de acompanhamento dos beneficiários do BPC e de suas famílias devem ser desenvolvidas nos Centros de Referência da Assistência Social – CRAS e, quando couber, nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social – CREAS, ou pelo órgão gestor local da política de assistência social.

[...]

Art. 4º Os CRAS e os CREAS, ou o órgão gestor local da política de assistência social, devem buscar a articulação com os órgãos responsáveis por outras políticas públicas que atendam potenciais requerentes e/ou beneficiários do BPC e suas famílias, visando assegurar-lhes o acesso ao benefício ou a outros serviços da rede socioassistencial (BRASIL, 2009c).

Nessa dinâmica, cabe ao CRAS não apenas orientar as pessoas idosas e com deficiência e/ou seus familiares a respeito do acesso ao benefício, mas, acompanhá-las na própria Rede Socioassistencial do SUAS e em outras políticas públicas.

A estrutura disponibilizada no município de Cruz das Almas por meio do único CRAS<sup>59</sup>, esta em consonância com o indicado no artigo 11 da Portaria nº44/2009, que preconiza a ofertar de informações e orientações necessárias sobre a dinâmica do BPC. Oferece serviços que facilitam o acesso a documentos e formulários de requerimento além de viabilizar o agendamento para atendimento na APS, conforme relatado:

A gente tenta atender o usuário com excelência! Todos os procedimentos referentes ao BPC para a pessoa com deficiência que estão dentro das nossas atribuições fazemos. Além das outras solicitações a demanda é maior para o preenchimento do requerimento do benefício, pois eles não sabem, são muitas informações que se relacionam ao requerente e a família, e também realizamos muitos agendamentos de atendimentos no INSS, o que acaba sendo uma consequência desse preenchimento (Entrevista com Gestor CRAS).

No que se observou, na Rede de Proteção Social Básica do SUAS o atendimento e os procedimentos para o acesso ao BPC para pessoa com deficiência

---

<sup>59</sup> O município de Cruz das Almas dispõe de uma unidade do CRAS o qual está localizado na Rua Otávio Mangabeira, S/N, Bairro Itapicuru, que atende às famílias e indivíduos que se enquadra no perfil de Proteção Social Básica.

são realizados, os quais consistem na prestação de informações, preenchimento e organização documental, viabilização de documentos pessoais e encaminhamento a APS. Entretanto, a implementação de um trabalho sistemático junto a todas as pessoas com deficiência que recebem o BPC no município, desenvolvendo atividades de acompanhamento com ações voltadas a este segmento, apresenta-se ainda muito desarticulado.

De acordo com as entrevistas este processo de acompanhamento se depara com alguns entraves que envolvem a própria administração pública e também a falta de iniciativa do beneficiário. Assim, se observou relatos quando a ausência de alguns materiais específicos para realização de atividades nos grupos de trabalho e de ações ligadas aos interesses dos participantes. Também foi apontado o problema do número insuficiente de profissionais para atender as demandas, havendo relações de trabalho precarizadas. Isso pode ser exemplificado pela fala do Técnico SUAS 3:

O CRAS acompanha alguns casos. Não acompanha a todos porque a gente não tem condição de acompanhar todos. As atividades nos grupos são desenvolvidas com a assistente social, psicóloga e pedagoga. Mas, não são grupos só de [beneficiários dos] BPCs. Só são alguns que recebem o benefício. Os nossos grupos são de crianças, idosos, adolescentes e gestantes. Mas, trabalho voltado só para as pessoas com deficiência que recebem o BPC isso não foi implementado ainda aqui. Existe a parceria com a Pestalozzi, que têm beneficiários também. Estávamos desenvolvendo até o ano passado algumas ações com o grupo de mães de lá, só que aí a gente ficou com pouco material, porque elas gostam da parte de artesanato e a gente ficou sem material (Entrevista Técnico SUAS 3).

Esta falta de “condições de acompanhar” os beneficiários do BPC é afetada ainda mais pelas relações de trabalho fragilizadas, com baixos salários e vínculos contratuais temporários, dificultando a continuidade dos serviços e ações de atenção às pessoas com deficiência que recebem o benefício. Nesse sentido, o Técnico SUAS 2 é enfático ao afirmar que:

O CRAS até onde eu sei não faz esse serviço de acompanhamento. Porque veja como é que funcionam as coisas: o CRAS teria que ter um grupo de beneficiários do BPC, ter um plano de inserção, só que não tem. É muito trabalho! A demanda da Assistência Social é exagerada, são poucos profissionais e, além disso, são profissionais mal pagos, desvalorizados, e isso impacta diretamente no seu trabalho, você fica desmotivada. Você começa a fazer um trabalho mais daqui a pouco, do nada, a equipe é mudada e aí volta tudo ao zero! Há uma fragmentação muito grande, os processos não se completam. Acho que, por isso, que não se conseguiu ainda fazer este acompanhamento (Entrevista com o Técnico SUAS 2).

De acordo com Relatório de Informações Sociais/MDS, no mês de junho de 2015 (último dado lançado), no CRAS do município haviam sido cadastradas 2.815 famílias. Entretanto, de acordo com informações do entrevistado Gestor CRAS atualmente possui 2.702 famílias inscritas, e 646 pessoas de vários segmentos participando ativamente das atividades desenvolvidas pelo Centro, mas que, nem todos que tem alguma deficiência recebem o BPC.

A questão da falta de acompanhamento é atribuída também pelo não retorno dos beneficiários a Atenção Básica quando o benefício é deferido, o que dificulta, na visão dos entrevistados da Rede SUAS, a sistematização deste acompanhamento. A fala do entrevistado Técnico SUAS 3 sintetiza as demais: “eles só vêm aqui quando é negado o benefício! Se conseguir, por mais que a gente oriente a retornar, eles não aparecem. Então, fazer este acompanhamento direitinho é muito difícil”.

Se por um lado tal situação retira a responsabilidade das instituições de Proteção Social e a coloca sobre o beneficiário, por outro, sabe-se da necessidade de promover mudanças culturais nas relações entre equipamentos públicos de Assistência Social e usuários. Esta talvez seja uma das funções preponderantes que os CRAS devam ter em termos de estimular novos comportamentos, atitudes e práticas entre os usuários.

Outra questão que chama atenção, é que requerentes e não requerentes do benefício em situação de vulnerabilidade social não estejam sendo acompanhados pelo CRAS. Cabe salientar que independente do acesso ao benefício, para que o equipamento cumpra com sua função preventiva aos riscos e vulnerabilidades pessoais e sociais, já deveriam ser cadastrados no Cadastro Único, sendo usuários de serviços ofertados. Neste sentido, tanto Técnicos do SUAS como da APS alertam que:

[...] o SUAS-web tem uma relação de todos os beneficiados do BPC do município de Cruz das Almas, que recebem o benefício por causa da deficiência incapacitante. A obrigação era do município correr atrás dessas pessoas, para fazer regularmente visitas domiciliares, observar se tem alguma violação de direito, criar um grupo de beneficiário ou mesmo inserir alguém da família nos grupos do CRAS, se necessário fazer os encaminhamentos para o atendimento em outros órgãos. Mas, isso não acontece, não é uma realidade! (Entrevista com o Técnico SUAS 2).

[...] se existisse este acompanhamento semestral ou anual, dessas famílias, eu acredito que poucos casos de violação de direitos aconteceriam. Aqui

chegam pessoas falando que fulano está com cartão de beltrano e não ta repassando o benefício, fulano ta pelas ruas... Então, isso indica que o trabalho não ta sendo feito (Entrevista com o Técnico APS 1).

Pelos relatos o não acompanhamento ressoa no trabalho operacional do BPC, visto que para a concessão do benefício algumas condicionalidades têm que ser seguidas. Tal situação inclusive se agrava a medida que se o benefício não é utilizado para promover cuidados com a pessoa com deficiência, ocorre assim uma violação de direitos.

O CRAS também tem por atribuição a busca ativa por pessoas com deficiência que cumpram os requisitos para ser beneficiárias do BPC. Esta questão apesar de não ter sido recorrente nas falas dos técnicos e gestor do SUAS, foi denunciada por um Técnico da APS:

Iniciativa do CRAS eu não vejo. O que vejo é iniciativa dos segurados através de outros segurados, por meio de comunicação que procuram a assistente social daqui. Eu não vejo a Assistência Social procurar nas ruas ou nas comunidades e encaminhar para o INSS. Eu não vejo esta consequência, não vejo este trabalho da Assistência Social (Entrevista com o Técnico APS 2).

Como se observa, a gestão do BPC para pessoas com deficiência em Cruz das Almas, apresenta algumas falhas no que diz respeito ao acompanhamento e busca ativa pelo CRAS. Pelas falas percebe-se que a ideia de acompanhamento ainda é muito restrita a noção de atendimento, não havendo o desenvolvimento sistemático de ações junto aos beneficiários e familiares nem a necessária articulação com outros serviços.

No âmbito da operacionalização, no que se refere aos temas acesso, atendimento e acompanhamento, diferente da gestão do BPC que tem instrumentos normativos bem concisos e definidos quanto aos deveres e competências da rede socioassistencial, a abordagem explícita sobre o benefício vem acompanhada de outras atribuições da Previdência Social. Assim, não se tem em sua maioria, exclusivamente, um ditame que aborde só e somente sobre a operacionalização pontuando sobre tais questões e que possa respaldar uma análise mais aprofundada nesta direção.

A APS de Cruz das Almas dispõe de uma estrutura física e humana que comporta a demanda municipal quanto a requisição do BPC para pessoa com

deficiência. Possui técnicos habilitados para a análise inicial da documentação, assistente social e médico perito lotados na própria agência, o que otimiza o atendimento, visto que isso não é uma realidade em todas as agências da Previdência, conforme é relatado:

Já trabalhei em outras agencias e posso comparar. A APS daqui tem uma estrutura boa, tem acessibilidade, possui salas bem equipadas para a assistente social e o médico. Tem lugares que não é assim, pois não estão adaptadas. Tem lugar que é dividida a sala entre o médico e o assistente social. Então, assim, aqui não tem isso, não precisa um esperar o outro terminar para fazer o atendimento. Isso é uma vantagem não só para o profissional, mas para o requerente, ele tem mais conforto (Entrevista com o Gestor APS).

Os procedimentos administrativos para a concessão do BPC envolvem a análise documental, as avaliações para a concessão e a revisão. Esse processo operacional objetiva assegurar o reconhecimento do direito. Nestes termos, “operacionalizar significa instrumentalizar” e, conseqüentemente, “viabilizar, materializar o direito ao benefício” (Entrevista com o Técnico APS 3).

O atendimento aos requerentes ao benefício, além de recepcionar com orientações e elucidações de dúvidas, envolve a habilitação documental, ou seja, a averiguação de todos os documentos pessoais e familiares exigidos, bem como, a análise da renda *per capita*, para averiguar se está de acordo a condicionalidade (renda abaixo de  $\frac{1}{4}$  de salário mínimo). As informações e os documentos solicitados são confrontados através dos bancos de dados via *web*. Se aprovado nesta habilitação inicial, o requerente vai passar pelas avaliações, social e médica, que são os processos no âmbito da operacionalização que possibilitam o acesso ao benefício.

De acordo com os entrevistados da Rede de Proteção Social Básica do SUAS o problema operacional do acesso ao benefício gira em torno da perícia-médica, a qual acaba indeferindo muitas solicitações. Como exemplo desta posição, o Técnico SUAS 2 afirma que “a questão toda do indeferimento é o perito médico, ele só vê a patologia e o trabalho não considera a parte social”.

Por não ter conseguido entrevistar o médico perito não tive como analisar a postura deste profissional perante estas percepções, não sendo possível refutá-la. Mas, sabe-se que na prática, de fato, a perspectiva biomédica parece ainda

recorrente no processo avaliativo de acesso ao benefício. Assim, a luta histórica para incorporar a avaliação social na operacionalização do BPC é negada, não tendo sido ainda apropriada no repertório e práticas de todos os profissionais.

Neste sentido, a diferenciação nas avaliações para o acesso ao benefício, é ponderada por um profissional da APS, que afirma: “o que importa mesmo é a pontuação médica. Se ele pontuar que o solicitante tem impedimento de longo prazo o benefício vai ser concedido, caso seja leve ou moderada, pronto, é negado” (Entrevista com o Técnico APS 2).

Para além de dificultar o acesso ao benefício, esta situação ressoa negativamente nas práticas intersetoriais, pois não se institui um processo de aprendizagem multidisciplinar com articulação de saberes e experiências, o que dificulta o estabelecimento de possibilidade de solução integrada dos problemas que inviabilizam o acesso ao benefício. Neste sentido foi ponderado que,

Falta um pouquinho de humanidade para os peritos lá. As vezes está vendo as pessoas com deficiência, a situação social e reprova. Outro dia chegou uma pessoa de cadeiras de rodas aqui, encaminhei tudo certinho (a renda, o laudo, tudo de acordo) e ele não foi aprovado pela perícia médica. Disse que tinha condição de trabalhar. Agora me diga aí: aonde esta pessoa, moradora da Zona Rural, com esta deficiência vai achar trabalho aqui? Tem que regionalizar também a avaliação! A cidade não oferece oportunidades! (Entrevista com o Técnico SUAS 1).

Esta fala traz uma questão interessante, quando pontua que a avaliação pericial deveria ser regionalizada. Mais uma vez se reafirma que a avaliação pericial se sobrepõe a social, visto que questões contextuais e territoriais que devem ser analisadas na avaliação social não são consideradas na avaliação médica. Assim, percebe-se a existência de outro *gap* entre o discurso explícito que ratifica a valorização das duas avaliações, e as práticas vivenciadas quanto a diferenciação entre o social e pericial no processo de concessão do BPC.

Ainda quanto o acesso ao benefício na APS, além da busca em virtude da própria incapacidade, observa-se que,

Muitas [pessoas com deficiência] procuram por questão econômica. São pessoas que, em sua maioria, não, tem de fato, a incapacidade, tem uma limitação que pode ser parcial para o trabalho [...] Porque realmente esta passando por uma situação delicada. Buscam o benefício na tentativa de sair daquela situação por conta até da limitação parcial para o trabalho e

não tem a cobertura previdenciária, pois nunca contribuiu e acabam vindo para o benefício assistencial (Entrevista com o Técnico APS 1).

A ausência de renda para se manter faz com que muitas pessoas com deficiência, não necessariamente incapacitadas para o trabalho, busquem o acesso ao BPC, na tentativa de um possível deferimento e, com isso, sair da situação de vulnerabilidade social que se encontram. Porém, as exigências pelo INSS não são cumpridas e há negação do pedido. Nestes termos, corrobora a visão do Técnico SUAS 2: “O contexto social é muito mais forte. É muito mais berrante do que muitos tipos de deficiência. Por isso, que algumas pessoas com deficiência não conseguem acessar o benefício. Tudo é o contexto social!”

Como não existe acompanhamento do beneficiário pelo INSS também ocorre impactos nos processos de revisão do benefício. A revisão, como abordado no Capítulo 1, em termos explícitos deveria ser feita a cada dois anos para acompanhar os beneficiários averiguando se as condições que deram acesso ao benefício, neste caso renda e a incapacidade para o trabalho e visa independente, ainda prevalecem.

De acordo com os relatos este processo de acompanhamento não está ocorrendo. Mesmo a maioria tendo um tempo relativo de trabalho nas instituições, só dois técnicos da APS alegam ter participado de processos de revisão. Entretanto, por já terem muitos anos e não terem participado diretamente dos procedimentos, estes não lembram dos detalhes.

Entre as explicações para a não realização das revisões destacaram: a falta de funcionários no INSS destinados a este fim, dificultando a regularidade deste serviço; a falta do serviço de acompanhamento dos beneficiários e de suas famílias pelos CRAS; e a não existência de uma revisão local para que os dados fossem passados para o INSS.

Embora o aparato institucional previdenciário tenha sido adaptado para o atendimento aos requerentes do BPC, a compreensão limitada sobre as gramáticas acesso e acompanhamento têm dificultado os procedimentos operacionais. O acesso ao benefício de acordo com os discursos implícitos envolve a melhor compreensão do processo avaliativo e o acompanhamento que abarca também os processos de revisão.

### **3.3 DISFUNÇÕES BUROCRÁTICAS: INTERPRETAÇÕES IMPLÍCITAS E EXPLÍCITAS**

Geralmente, pelo senso comum, o termo burocracia tem recebido uma conotação negativa, associando-o a algum defeito do sistema organizacional, como excesso de papéis, número exagerado de tramitações de processos, longas filas, e etc., impedindo as soluções rápidas e eficientes. Em termos weberianos a burocracia é sinônimo de organização eficiente, que se baseia na racionalidade, ou seja, na adequação dos meios aos fins (objetivos) pretendidos. Assim, a burocracia, se baseia em regras mostrando com riqueza de detalhes os procedimentos a se seguir (WEBER, 1963).

Por se basear na legitimidade da padronização das rotinas e dos procedimentos, a burocracia tem como consequência a previsibilidade do ótimo funcionamento da organização. Contudo, há também as implicações imprevistas ou indesejadas causando imperfeições, a este efeito se deu o nome de disfunção da burocracia (MERTON, 1970).

Assim, a burocracia em seu sentido pejorativo é entendida como disfunção burocrática, as quais resultam das anomalias do sistema, em que as regras se tornam entraves para o bom desenvolvimento organizacional. Nestes termos, a **categoria disfunções burocráticas** é privilegiada na análise como sendo um desafio para a consolidação do trabalho intersetorial.

Entende-se aqui disfunções burocráticas como o desvirtuamento dos requisitos normativos para o acesso ao BPC para a pessoa com deficiência, deixando de atender o princípio de universalidade que rege o benefício assistencial. Esta categoria é ratificada a seguir, buscando detalhar a análise dos conteúdos: rigidez no processo de concessão do benefício na APS; alto grau de seletividade no critério renda per capita; e o critério do não acúmulo com outros benefícios.

#### **3.3.1 Rigidez no processo de concessão do benefício na APS de Cruz das Almas-BA**

O INSS com sua formatação historicamente burocratizada, centrado e controlado por um sistema de metas e cobranças de resultados, podem, muitas das vezes,

[...] sobrepor as próprias exigências da Lei 8.742 e do próprio decreto presidencial 1.744. Isso revela em parte a força que os atos administrativos – burocráticos têm no processo de “reconhecimento” dos usuários do benefício, como também no processo de “desconhecimento” das situações que não se enquadram integralmente nas regras e normas técnicas responsáveis pela operacionalização do BPC (MACIEL, 2008, p. 81).

Neste mesmo sentido, Gomes (2001, p. 119) corrobora proficuamente ao pontuar que “os atos administrativos que tão-somente têm a atribuição de viabilizar a garantia formal assumem o papel de restringir o acesso”. Com este entendimento, a execução do benefício assistencial pode envolver uma dualidade operacional, que ora identifica-se com o princípio da universalidade e do direito assistencial para quem dela necessitar (BRASIL, 1993) e, ora privilegia as formas enraizadas dos procedimentos burocráticos “excessivos” do INSS, igualando, muitas das vezes, o BPC aos outros serviços da instituição. Cria-se, assim, um desconhecimento pelo requerente do BPC da sua situação de usuário da Política de Assistência Social. Nestes termos,

O processo de gestão submete, assim, o acesso a um direito de cidadania à uma burocracia treinada para funcionar sob a lógica do direito trabalhista. Isso facilita que seja considerado como não – direito, e sim a concessão de um amparo de ajuda (SPOSATI, 2004, p.133).

Quando se passa a agir, exclusivamente, em função das normas sem se preocupar com o objetivo final, neste caso a viabilização do direito ao BPC, a burocracia é ineficiente aos interesses dos requerentes, tornando-se uma disfunção burocrática. Nesta lógica se assevera que, “o INSS é muito exigente o benefício perde até o atributo de assistencial. É muita burocracia, é na documentação, é na perícia, e tem coisas que são sem fundamento” (Entrevista com o Gestor do CRAS). Esta ponderação chama a atenção para os rígidos critérios de seleção que serão abordados nos tópicos seguintes.

Outra ponderação quanto a disfunção burocrática foi pontuada pelo Gestor da APS, que trás a rigidez institucional, centrado em processos burocráticos altamente

procedimental, como justificativa do distanciamento da Previdência Social com as demais políticas, impedindo assim o desenvolvimento da intersectorialidade com a Rede Socioassistencial do SUAS no município. Assim,

O que impede uma comunicação mais próxima com a Assistência Social é o próprio sistema. Nós não temos a liberdade de implementar um projeto, por exemplo, que busque criar este vínculo. Aqui é tudo muito rígido! A gente tem que seguir estritamente a ordem que vem do Ministério [da Previdência Social]. É muita burocracia. Tudo tem que ser solicitado, autorizado, seguido de metas, então isso dificulta bastante. Já na Assistência Social não, com certeza o desenvolvimento de um projeto pode ser feito em meio local, no município mesmo, sem precisar passar por tantas instâncias como aqui precisa (Entrevista com o Gestor APS).

Tal alegação demonstra também certo desconhecimento sobre a burocracia que existe no SUAS, que mesmo sendo um sistema mais recente, também possui muitos procedimentos e até disfunções. A falta de conhecimento das políticas públicas entre os operadores destas é um grave fator que impede relações intersectoriais. Assim, a burocracia centrada na rigidez das normas suscitada nos discursos implícitos, desemboca na categoria disfunção burocrática que é visto pelos entrevistados como desafio às relações em rede. Visto que a Assistência Social, não tem autonomia de interferir em nenhuma decisão da Previdência Social e vice-versa, a capacidade política de negociação e intermediação de conflitos fica na idealização.

### **3.3.2 Alto grau de seletividade no critério renda *per capita***

O critério da renda *per capita* utilizado para o acesso ao BPC faz com que seja avaliada a situação financeira da família, e não só da pessoa com deficiência requerente ao benefício. Nestes termos, a definição do valor, que confere o acesso ao benefício, é apurada dividindo a renda mensal bruta familiar pelo respectivo número de integrantes.

Esta divisão da renda *per capita* familiar não pode ultrapassar o valor de  $\frac{1}{4}$  (um quarto) que é o mesmo que 25% (vinte e cinco por cento) do salário mínimo, o qual corresponde a R\$ 197,00 (cento e noventa e sete reais)<sup>60</sup>. Essa exigência desvirtua o próprio entendimento do benefício, o qual, conforme já salientado, é

---

<sup>60</sup> Levando em consideração o salário mínimo de R\$ 788,00 (setecentos e oitenta e oito reais), vigente em dezembro de 2015. Sendo o repasse do BPC em igual valor.

individual e não transferível, assim, a priori, os princípios não deveriam ser baseados na renda *per capita* familiar, mas sim nas condições financeiras do próprio solicitante. Sendo, então o benefício particular, sabe-se que, na prática, este se torna coletivo no âmbito familiar não somente no momento da concessão.

O limite de  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo ao invés de ampliar a cobertura, acaba restringindo o acesso ao benefício, ratificando que os requisitos para a obtenção do benefício estão diretamente ligados aos patamares de miserabilidade familiar. Nesse sentido,

[...] a exigência de comprovação da pobreza familiar, e não apenas da limitação da autonomia econômica individual, ocasionada pelo impedimento físico ou mental para a vida independente e para o trabalho, já atestada pela perícia médica, desloca o benefício do campo dos direitos individuais e o aproxima de uma política de transferência de renda familiar (NOGUEIRA, 2011, p. 33).

Não se pode também deixar de salientar que para fins de contabilizar os rendimentos, o BPC deixa de fora alguns membros familiares que caso vivam sobre o mesmo teto, não são considerados, como os irmãos casados, filhos maiores de 21 anos, avós, netos, sogros etc. Este entendimento não está previsto em nenhum dispositivo que rege a Assistência Social no Brasil (NOGUEIRA, 2015). Deste modo,

Em nenhum caso a família do BPC é definida estritamente segundo a lógica da identificação da unidade de consumo. Na verdade, o BPC replica o conceito de família usado no sistema previdenciário, embora este tenha propósitos totalmente distintos: o objetivo principal do conceito previdenciário é identificar dependentes dos segurados e uma linha sucessória para a concessão de pensões no caso de falecimento de aposentados, ao passo que o BPC deve estimar a capacidade de uma família de prover a manutenção de seus membros, conforme determina a Constituição Federal (MEDEIROS, 2010, p. 116).

A limitação de  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo disposto no parágrafo 3º do artigo 20 da LOAS chega inclusive a ser apontada como algo contrário ao direito constitucionalmente garantido:

[...] a renda per capita familiar, que não pode ser superior a um quarto de salário mínimo, a exigência não encontra respaldo constitucional. A Constituição garante que os salários e os benefícios previdenciários não sejam inferiores a um salário mínimo. Ora, exigir que a renda per capita não

seja superior a um quarto de salário mínimo é, por via transversa, admitir que se pode ter remuneração ou benefício de valor inferior a um salário mínimo (SANTOS, 2004a p. 80).

De fato, ao estipular o valor abaixo do salário mínimo cria-se uma disparidade com o estabelecido na Carta Magna. O mínimo constitucional previsto para um trabalhador receber para sustento próprio e de sua família é o salário mínimo. Neste sentido, o critério renda de acesso ao BPC também poderia ser baseado neste valor, concretizando uma forma mais justa de seletividade.

A constatação dessa disparidade se torna mais perversa quando combinada a pobreza extrema dos beneficiários com os gastos básicos pessoais e familiares acrescidos de: tratamentos de saúde, decorrentes de sua própria condição de vida; alimentação, que muitas vezes necessita ser especial; gastos com locomoção em transporte minimamente adequado. Nesse sentido cabe a reflexão feita por um dos técnicos do SUAS:

Abaixo de  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo para uma família será que dá para sobreviver com dignidade? Não tem nem uma alimentação adequada. Têm casas que não tem nem o que comer meio dia. O filho com fome, a mãe não tem o que fazer, o pai não pode trabalhar legalmente porque se tiver a carteira apontada a família perde o benefício... Então ele vive de bico, renda informal... E este benefício que é um direito do deficiente ele pode perder. Então tinha que ser reanalisado isso! É um valor muito baixo [...] É um benefício que se a pessoa morre ele acaba. Vamos supor: uma mãe que toma conta de um filho com deficiência desde pequeno, esse filho morre e ela tem 59-60 anos, vai viver de quê? Ela não vai poder se aposentar, pois nunca contribuiu. Vai ter que esperar completar 65 anos para da entrada no BPC dela. Aí ela vai ficar 05 anos sobrevivendo de quê? De ajuda, de doação? Porque uma pessoa acamada tem que ter outra pessoa para acompanhar e esse acompanhante vai viver de que depois? (Entrevista com o Técnico do SUAS 1).

De fato, é fundamental a revisão dos critérios ancorado na renda familiar, principalmente, porque restringe o direito individual do cuidador da pessoa com deficiência. Este critério também pode acabar incentivando a precariedade de vínculos de trabalho dos familiares do beneficiário. Neste caso, cabe inclusive questionar em que medida o BPC incorpora uma lógica de políticas de cuidados<sup>61</sup>.

---

<sup>61</sup> A ideia de políticas de cuidado é um tema que vem se tornando cada vez mais importante nos últimos anos em todo o mundo e, principalmente, na América Latina. Tais políticas dizem respeito a todos os bens, serviços, valores e emoções envolvidas no cuidado de crianças, idosos, doentes e

Mais uma ponderação importante a respeito da renda exigida para a concessão do BPC foi pontuada pelo Técnico APS 1, que trás a preocupação do Supremo Tribunal Federal<sup>62</sup> com este quesito,

A gente vê que em algumas regiões do nosso país existem ações na justiça para que esta questão da renda seja revista, porque as realidades são diferentes. E a gente vê que pessoas realmente padecem por conta desses critérios de renda e muitas vezes são pessoas que realmente tem o perfil e acabam tendo a solicitação indeferida. São famílias que têm mais de uma pessoa com deficiência na casa que não conseguem ter o direito assegurado para todos por conta do critério da renda. Tenho conhecimento que existem várias ações públicas que defendem que ¼ de salário mínimo não é critério para se definir as necessidades de uma família. E mais, não é necessário somente um salário mínimo para garantir a segurança alimentar de duas pessoas com deficiência. Então este critério renda é realmente muito restritivo. Inclusive no Portal do STF tem uma nota que fala sobre esta questão do critério inferior a ¼ de salário mínimo já ser ultrapassado.

De acordo com os discursos implícitos fica claro que a estipulação do critério *renda per capita* baseado na família e não na condição socioeconômica particular da pessoa com deficiência contradiz o entendimento do próprio benefício em ser individual e não transferível. Assim, para os entrevistados esta questão tem que ser revista/reanalizada, para que o direito seja garantido de fato e ampliado. Nestes termos, o BPC tem sua cobertura ainda restrita, pois, o corte de renda é muito baixo, chegando, conforme Gomes (2004), ao *nível da indigência*, configurando-se como um limitador do acesso ao usuário da Assistência Social.

### 3.3.3 O critério do não acúmulo com outros benefícios

Outro critério que merece atenção é o disposto no parágrafo 4º, artigo 20, da LOAS, que especifica que o BPC não pode ser acumulado com outro benefício no

---

peças com deficiência, sendo colocadas como uma questão central de proteção social. Entretanto, este conceito ainda está longe de uma noção de consenso, tanto no meio acadêmico quanto no meio político (CEPAL, 2014 apud ARAÚJO, 2015).

<sup>62</sup> “Por maioria de votos, o Plenário do Supremo Tribunal Federal (STF) confirmou nesta quinta-feira (18) a inconstitucionalidade do parágrafo 3º do artigo 20 da Lei Orgânica da Assistência Social (Lei 8.742/1993) que prevê como critério para a concessão de benefício a idosos ou deficientes a renda familiar mensal *per capita* inferior a um quarto do salário mínimo, **por considerar que esse critério está defasado para caracterizar a situação de miserabilidade**” (BRASIL, 2013b) - grifos meus.

âmbito da Seguridade Social (a exemplo do seguro desemprego, da aposentadoria e da pensão) ou de qualquer outro regime. Contudo, Maciel (2008) aponta para o fato de que o recebimento de outro benefício não necessariamente ultrapassa o limite estipulado da renda *per capita* exigida para a concessão do BPC. Assim, este critério é considerado como uma disfunção burocrática, pois se sobrepõem ao critério de *renda per capita* estipulada.

Pode-se exemplificar esta situação da seguinte forma: um componente da família pode receber um salário mínimo de aposentadoria, mas na divisão da renda *per capita* o valor obtido, caso a família seja numerosa, pode ficar muito abaixo de  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo. Nesse caso, mesmo a família estando dentro do critério renda *per capita* exigido e mesmo convivendo em situação que extrapola as condições mínimas de sobrevivência, o requerente ao BPC não terá direito ao benefício. Este exemplo se aproxima de muitos casos reais que mostra as restrições para acesso ao benefício.

O Técnico APS 1 ao ponderar sobre este critério traz a seguinte realidade cotidiana do seu trabalho:

Esta questão de direcionamento da renda é problemática, porque veja, eu atendi um rapaz no mês passado. Ele tem uma deficiência que dá direito ao BPC. Possivelmente vai ser elegível. A mãe tinha um pequeno comércio na frente de casa e que deixou para cuidar do filho. O irmão trabalhava, mas hoje se encontra desempregado e está tomando conta desse pequeno comércio. A família vive somente da renda do pequeno comércio. A mãe sonha em se aposentar, então começou a pagar o INSS como contribuinte facultativo que não tem impedimento. Mas veja, se o filho dela conseguir o benefício assistencial [o BPC], no dia que ela for aposentar o filho vai perder. Então é excludente! O critério não é mais suficiente, pois tira o direito de alguns membros da família de ter acesso aos benefícios previdenciários (Entrevista Técnico APS 1).

Este critério que já elimina muitas pessoas que necessitam estar amparadas pelo BPC, deveria ser relativizado buscando observar os casos de recebimento de outros benefícios contributivos ou não-contributivos e se estes obedecem ao limite permitido. Não se deveria eliminar *a priori* o solicitante em virtude da existência de algum outro benefício. Sobre isso, reforça-se:

Este critério para mim vai de encontro ao próprio direito de garantir o benefício, porque este é individual. Então a concessão vai limitar o direito do

outro familiar em ter também uma renda. Isso não é certo! O benefício é no valor de um salário mínimo, o que já é pouco, e ainda acrescenta este critério, na minha opinião não é correto (Entrevista com o Técnico SUAS 3).

Interessante ressaltar que é possível haver a concessão de mais de um BPC na mesma família, caso haja idoso nesta. Porém, para duas pessoas com deficiência que residam na mesma casa já não é aceito. Estas situações geram incoerências do ponto de vista da garantia de direitos, visto que partindo da premissa que podem existir gastos financeiros individuais para cada pessoa com deficiência e para cada idoso beneficiário. Neste caso, não haveria uma contrariedade em termos conceituais e práticos, já que o BPC é individual? Isso é ressaltado em uma das falas:

No caso de deficiente, se na família tiver um idoso que receba o BPC, esta pessoa com deficiência não tem direito ao benefício. É como se o direito do idoso restringisse o da pessoa que tenha alguma deficiência limitante. Eu acho que deveria ser a mesma medida, o mesmo parâmetro para os dois. Mas, nesse caso não é. (Entrevista Gestor APS).

O não acúmulo do BPC com outros benefícios é um critério que também adensa a rigidez da seleção e acaba, de certa forma, sendo caracterizado como uma disfunção burocrática quando tomamos por parâmetro a renda per capita de  $\frac{1}{4}$  de salário mínimo. Assim, a relativização das solicitações deveriam fazer parte também da análise, mas esta situação que acaba padronizando todos os casos, de acordo com a pesquisa de campo, é excludente, inviabilizando o acesso aos beneficiários e sua família a outros direitos tão importantes quanto o BPC.

### **3.4 EQUÍVOCOS SOBRE A CONCEPÇÃO DE PESSOA COM DEFICIÊNCIA E INCAPACIDADE**

Mais um critério problemático em torno dos procedimentos avaliativos para a concessão do BPC, diz respeito quanto à compreensão e distinção entre deficiência e incapacidade para a vida independente e para o trabalho. Esta questão é plausível

de entendimento, pois os procedimentos técnicos seguidos na averiguação desta incapacidade são delimitados pelo INSS, o que impacta, operacionalmente, sobre a atribuição do direito.

Assim, existem polêmicas com relação aos critérios de elegibilidade serem pouco claros sobre a incapacidade para o trabalho. Santos (2011) alerta que,

E esse critério é uma das grandes controvérsias para concessão do BPC, uma vez que determinar o que seja incapacidade para o trabalho não é uma tarefa simples, o que acaba por restringir o acesso de pessoas deficientes ao direito social. Além disso, determinadas deficiências não são totalmente incapacitantes para o trabalho; no entanto, a experiência da deficiência e a restrição de habilidades resultante dela fazem com que as pessoas deficientes tenham desvantagens no mercado de trabalho por ele ser pouco adaptado às características dos deficientes, impedindo a promoção da autonomia e independência financeira e social dessas pessoas (SANTOS, 2011, p. 794).

O direito ao BPC apesar de ser anunciado como algo voltado a pessoa com deficiência, a sua condição de vida, está vinculado as condições de incapacidade de longo prazo destes cidadãos. Incapacidade que impossibilita para o exercício de atividades laborais que limita a autonomia ou independência da pessoa com deficiência. No rastro dessa assertiva busquei com a pesquisa de campo desvelar algumas concepções entranhadas ao entendimento sobre deficiência e incapacidade, as quais incidem no processo de concessão do BPC.

Antes, é valido pontuar que para avaliar a incapacidade o requerente ao benefício passa

[..] pelo Serviço Social e pela perícia médica do INSS. Existe um formulário específico, um sistema próprio para que seja registrada a história social do requerente. Com base nessa história social vai se pontuar alguns qualificadores que foi composto a partir da CIF. Pontua-se os fatores ambientais, a realidade social que a pessoa esta inserida, se esta realidade social interfere, se é um agravante ou atenuante dessa incapacidade. Avalia também **como se dá esta participação social de acordo com esta incapacidade que a pessoa informa**. Após a avaliação com o Serviço Social o solicitante vai passar pela avaliação do médico pericial [que] **vai analisar as partes do corpo** e também as atividades de participação social mais voltada para a questão funcional mesmo, como é que funciona fisicamente. Já existe um instrumento próprio no sistema [que] foi construído com base [nos] códigos da CIF. [...] Antes era a CID, que se baseava, na doença. Era o modelo biomédico, então avaliava a deficiência. Hoje a avaliação é biopsicossocial, então é avaliar todas as questões relacionadas à deficiência (Entrevista com o Técnico APS 1) – grifos meus.

Interessante pontuar esta fala que traz implicitamente algumas contradições, uma vez que afirma que os procedimentos de análise para a concessão do BPC levam em consideração critérios e instrumentos baseados na CIF. Ao se afirmar, que a questão da incapacidade para participação social é a que “a pessoa informa” e ao mesmo tempo “analisar as partes do corpo”, percebe-se certa visão restrita ao conceito atual de pessoa com deficiência.

Para 05 (cinco) dos entrevistados a deficiência tem relação com algum tipo de limitação, seja na “parte física, intelectual, sensorial ou mental” (Entrevista com o Gestor APS). Mas, reconhece-se que as pessoas com deficiência podem desempenhar alguma atividade se “não é totalmente dependente de outras pessoas” (Entrevista com o Técnico SUAS 2). “Apesar das barreiras esta pessoa não está limitada por completo. O nosso trabalho é este, empoderar, através das políticas públicas, o beneficiário e sua família para que as limitações sejam superadas e não se transformem em prisões” (Entrevista com o Gestor CRAS).

Para outro entrevistado apesar de reconhecer que a deficiência está ligada a alguma limitação, considera que estas pessoas não podem exercer atividades cotidianas da vida, assim, associa a deficiência a algum aspecto de anormalidade. Para este as pessoas com deficiência “são aquelas que não conseguem desenvolver algum procedimento considerado normal perante a sociedade” (Entrevista com o Técnico SUAS 1).

Ralações confusas também são feitas entre deficiência, incapacidade e dependência para 02 (dois) dos entrevistados. Estes fazem ligação direta entre esses termos: “deficiente seria aquela pessoa que depende totalmente das outras pessoas” (Entrevista com o Técnico APS 3). “A deficiência está ligada a incapacidade, ou seja, é uma pessoa que não tem capacidade nenhuma, então por isso ela é beneficiária do BPC” (Entrevista com o Técnico do SUAS 3). Assim, o entendimento sobre pessoas com deficiência vem em uma perspectiva míope.

Com esta confusão conceitual procurei saber dos entrevistados o entendimento sobre incapacidade e qual a relação com a deficiência. Para O Técnico SUAS 2, “uma pessoa com deficiência não é uma pessoa incapaz, existe a deficiência que incapacita e a deficiência que torna você com dificuldade em algumas áreas”. Para o Técnico da APS:

Incapacidade esta ligada a impossibilidade para o desempenho da vida de forma autônoma. Uma pessoa incapacitada ela é aquela que não consegue desempenhar outras atividades, ela tem as limitações para chegar a determinados espaços, totalmente dependente (Entrevista com Técnico APS 1).

A relação entre deficiência e incapacidade, que muitas das vezes acaba sendo confundida, tem ligação com “a dificuldade, porque uma pessoa com deficiência tem dificuldades no dia a dia da vida, e a pessoa com incapacidade, que possui a deficiência, também tem dificuldades mais graves, para gerir a vida” (Entrevista com o Técnico APS 2). Pela fala, percebe-se a confusão no entendimento sobre estes termos.

Nesta mesma perspectiva, outro ponto questionado foi se, na concepção dos entrevistados, todos os funcionários que lidam com o BPC para a pessoa com deficiência interpretam a incapacidade para o trabalho e para a vida independente do mesmo modo. Todos responderam enfaticamente que não. Cada profissional tem uma noção sobre a incapacidade que pode ser influenciada pela formação profissional ou até mesmo por questão de caráter pessoal.

A forma de ver a incapacidade do usuário do BPC difere muito aqui. Cada parte, o administrativo, o serviço social e a perícia médica vê de um jeito. Vai depender da análise que estão ali fazendo, embasada em seus conhecimentos profissionais. Agora assim, o que eu percebo também é que esta concepção está também muito ligada a pessoa, o que aquelas pessoas pensam sobre a incapacidade. Eu observo que tem muito preconceito. Tem colegas que mesmo [que] o ponto de vista deles não interfira na habilitação... Eu já vi falando do usuário, dizendo que aquela pessoa não tem nada, que poderia esta muito bem trabalhando, que é preguiçoso. Mas, a nossa função não é opinar. Não interpretamos, só aplicamos a lei (Entrevista com o Técnico APS 3).

Na entrevista supracitada foi levantada uma questão importante, o preconceito em torno da compreensão da incapacidade para a concessão do BPC. Assim, este é uma postura preocupante, pois mesmo sendo salientada a neutralidade prevalecente na avaliação, sabe-se que não existe neutralidade em qualquer processo avaliativo, sendo precedido de juízos de valor. Assim, a fala também é interessante ao final no sentido de enfatizar as discrepâncias entre o

planejado e o vivido, já que se ressalta que “não é nossa função opinar”, nem “interpretar”, mas, “aplicar a lei”. Ora, em que medida a aplicação de lei sem interpretação garante direitos?

Quanto à avaliação do questionário da incapacidade para o trabalho e para a vida independente utilizado pelo INSS com os requerentes do BPC 04 (quatro) dos entrevistados não tiveram como avaliar, pois não conhecem o instrumental. “Nunca tive acesso! Inclusive um dia desses eu fui lá e procurei, porque eu queria ter essas informações também. Queria saber, mas não obtive êxito” (Entrevista com o Técnico SUAS 3). Outros 03 (três) entrevistados alegam que conhecem o questionário, mas não em profundidade.

Este questionário eu já vi e sei que é tudo pontuado, são perguntinhas e os profissionais vão pontuando. A gente não tem acesso. Só quem utiliza é o [assistente] social e o médico. Eu nem consigo imprimir a avaliação conjunta. Só eles conseguem, porque tem a questão do sigilo (Entrevista com o Gestor APS).

Apenas um dos entrevistados afirma conhecer o questionário utilizado na avaliação da incapacidade.

Em relação ao questionário eu não vejo problemas, inclusive porque ele é todo baseado na CIF. Então, existiram estudos, foi formado grupo de trabalho, até mesmo com pessoas que são ligadas ao movimento das pessoas com deficiência, que resultou na construção desse instrumental. É um questionário completo que envolve o estudo de vários fatores; condições pessoais e sociais, e aspectos da deficiência que acabam incidindo na incapacidade (Entrevista com o Técnico APS 1).

Posteriormente, questionei aos entrevistados se o entendimento sobre deficiência está de acordo com a que prevalece para a concessão do direito ao BPC e dois disseram que não: “porque para a concessão do BPC/LOAS a pessoa tem que estar incapaz de desenvolver as atividades normais, tem que estar praticamente impossibilitada em 100%, incapaz mesmo para o desempenho de algum trabalho” (Entrevista com o Técnico APS 2).

Em contraponto cinco entrevistados confirmaram que sua concepção está em consonância com o estabelecido para a concessão do BPC, pois “esta de acordo com a legislação”, sendo inclusive enfatizado: “Você quer que eu conceitue deficiência como está lá [na legislação], igualzinho, de tanto que a gente ler?”

(Entrevista com o Gestor APS). Neste sentido, percebe-se que não há uma análise mais crítica a respeito do conceito de deficiência não se levando em conta a construção social e histórica de tal conceito.

Para um entrevistado a sua concepção tem relação em partes, porém acrescenta que,

[...] a minha concepção não tá engessada no que prevalece para o BPC. Eu acho que essa concepção do benefício é muito amarrada. Tem pessoas em situações que não têm algo definido em dois anos. Por exemplo, as pessoas que tem doenças crônicas têm uma incapacidade naquele momento. Mas, pela falta do diagnóstico da certeza de que ela vai continuar com a deficiência, por algum tempo ela acaba não conseguindo, e sendo restringida do acesso ao benefício. Por exemplo, eu atendi um senhor que tinha um problema na próstata e que estava incapacitando para desenvolver suas atividades naquele momento e sem condições para se manter. Mas, que por conta do SUS ele ainda não tinha uma definição do seu problema, não tinha o diagnóstico preciso, não tinha feito os exames especializados, e ele sempre buscava o benefício, já recorreu inclusive várias vezes, mas não conseguiu, mas é porque ele não tem deficiência? Não, é porque o resultado da avaliação segundo a perícia é que ele não tinha impedimento de longo prazo, mas isso não ficou definido, entendeu? Então eu acho que a definição de deficiência que prevalece para a concessão é um pouco restrito, limita muito o acesso (Entrevista com o Técnico APS 1).

É interessante notar que o Técnico APS 1 traz uma questão importante, em relação ao critério da comprovação do impedimento de logo prazo para que seja caracterizada a incapacidade para o trabalho e a vida independente. Tal comprovação é atestada pelo laudo médico do SUS que o requerente leva juntamente com os demais documentos exigidos no processo de habilitação do benefício e, também pela avaliação médico-pericial do INSS. Porém, percebe-se também uma confusão na fala com relação ao conceito de deficiência que mais uma vez é confundido com o de doença e de incapacidade.

Cabe salientar que para a pessoa com deficiência conseguir o referido laudo médico nem sempre é tarefa fácil, pois além da super demanda que o SUS vem apresentado, o que atrasa a marcação das consultas, há “a dificuldade em ser atendido por um médico especialista que possa diagnosticar e colocar no laudo, o CID certo, que ateste a gravidade da deficiência, que seja deficiência grave, incapacitante” (Entrevista com o Técnico APS 2). Por esta fala, mais uma vez, em outro momento da entrevista o referido técnico reforça sua confusão conceitual.

Assim, a comprovação de deficiência e incapacidade para o trabalho e a vida independente que abarca o BPC envolve muitas questões conceituais e operacionais que ainda precisa avançar bastante.

### **3.5 FRAGMENTAÇÃO ENTRE GESTÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DO BPC PARA AS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA: AS PRÁTICAS EM CRUZ DAS ALMAS – BA**

Sem dúvida, o BPC é uma significativa inovação em política de proteção social nas duas últimas décadas. Além da sua cobertura e do significativo (embora questionável) valor monetário repassado para as famílias consideradas extremamente pobres, tem um desenho que busca priorizar a intersetorialidade nos serviços e ações com as demais políticas públicas. Porém, as práticas apontam para possíveis falhas neste desenho do instrumento de políticas públicas BPC.

Apesar do grande lastro construído nacionalmente pelo BPC, ficam dúvidas quanto as possibilidades reais de implementação de um trabalho, verdadeiramente intersetorial, que extrapole as formas explícitas normatizadas e passem a integrar a dinâmica viva das instituições, expressa nos saberes e práticas de cada sujeito que viabiliza o benefício.

Por isso, a partir dos ditames legais faz-se necessário avaliar como a intersetorialidade é desenvolvida em âmbito municipal, especificamente em Cruz das Almas-BA, e como esta conjuntura é analisada pelos diversos atores que lidam com a gestão e operacionalização do BPC para pessoas com deficiência.

Conforme já salientado, de acordo com a Portaria nº 44/2009, cabe aos municípios “buscar articulação com o INSS para obter maior qualidade na operacionalização do BPC, oferecendo segurança e conforto para os requerentes” (art.11, § 1º). Isso deve ser feito principalmente pelo órgão gestor municipal e o CRAS.

Os órgãos gestores municipais da Assistência Social desempenham um importante papel no trato com o BPC, devendo articular o trabalho em rede, inclusive

com as agências do INSS na concessão do BPC, tendo, neste sentido, de acordo com o MDS as seguintes atribuições:

- Subsidiar o INSS com informações sociais relevantes sobre as pessoas com deficiência, no processo de concessão do BPC;

- Identificar pessoas com deficiência residentes no município que podem requerer o BPC, cadastrando-as e encaminhando-as para os serviços existentes no município;

- Auxiliar os solicitantes no preenchimento dos formulários de requerimento do benefício e na aquisição dos seus documentos pessoais. Bem como, protocolar os requerimentos nas Agências do INSS, e acompanhar seu andamento;

- Realizar visita no domicílio do requerente, para antecipadamente, viabilizar a Avaliação Social;

- Viabilizar o deslocamento das pessoas com deficiência para a realização da Perícia Médica, ou mesmo apoiar na condução dos peritos do INSS ao município;

- Encaminhar ao INSS as demandas por benefícios previdenciários (BRASIL, 2009c).

As implicações dessa participação entre os Órgãos Gestores Municipais de Assistência Social e o INSS na concessão do BPC são bastante profícuas para as duas instâncias. Os resultados positivos que mais são ressaltados são:

- A consolidação da articulação com o INSS;

- O fortalecimento da noção do BPC como parte da Política Municipal de Assistência Social;

- A proteção dos beneficiários, inserindo-os em uma rede articulada e ampla de serviços, programas e projetos conforme determina a LOAS;

- A agilização no processo de concessão;

- O combate as irregularidades;

- A contribuição para o dinamismo econômico dos municípios (BRASIL, 2009c).

Neste sentido, cabe a Rede Socioassistencial do SUAS e o INSS no município estimular o desenvolvimento de um trabalho intersetorial, articulando saberes e metodologias voltados para o desenvolvimento de ações e serviços socioassistenciais para acesso, atendimento e acompanhamento dos beneficiários

do BPC. Contudo, apesar desta aproximação não ser recente, ao longo da trajetória o *modus operandi* do benefício, tanto no que se refere à gestão quanto à operacionalização, se apresenta distanciado:

[...] desde o início houve uma **fragmentação**, mesmo que não tenha sido intencional. Por que, veja bem, a Previdência [Social] para ter acesso tem que contribuir, já a Assistência não. Então ligar uma política a outra... Por aí, já vemos a dificuldade (Entrevista com o Técnico APS 3) - grifo meu.

Assim, elege-se a categoria fragmentação como sendo a que melhor descreve a situação atual da intersetorialidade entre as instâncias em estudo no município de Cruz das Almas, por ser esta a mais recorrente nos discursos implícitos dos entrevistados. À luz dessa categoria são colocados alguns conteúdos que são detalhados a seguir: problemas de comunicação e interação; desigualdades institucional históricas; falta de iniciativas promotoras da intersetorialidade.

### **3.5.1 Problemas de comunicação e interação: o desafio no âmbito interno de cada instituição**

No que tange a fragmentação em âmbito interno da APS de Cruz das Almas o que se observou por meio dos relatos é que falta uma comunicação e interação efetiva entre a parte social e médica. O assistente social do INSS mesmo sendo um servidor da política previdenciária, não deixa de representar através de sua formação a Política de Assistência Social. Neste sentido, esta relação deveria se consolidar para que com trocas de saberes pudesse fazer uma avaliação mais totalizante em relação aos diversos aspectos que incide sobre as questões dos direitos das pessoas com deficiência.

Após a mudança dos procedimentos avaliativos para a concessão do BPC, agregando a parte social, passou-se a conceber, pelo menos em termos normativos, o estudo conjunto da situação socioeconômica e física do requerente. Contudo, o que se observa é que esta comunicação interna não existe, ao contrário, “o social faz a parte dele, coloca lá a história social, e o médico faz a parte que lhe cabe.

Nunca teve aqui este contato, pelo menos que eu já tenha presenciado” (Entrevista com o Técnico da APS 3).

Mesmo esta questão sendo tratada de forma tímida na esfera previdenciária, visto que só foi abordado por um dos entrevistados da APS, foi ponderada por diversas vezes pelos profissionais da Proteção Social Básica, que a falta de interação dos processos avaliativos para a concessão do BPC para a pessoa com deficiência incide em grande parte nos indeferimentos do benefício, conforme pode ser exemplificado na fala a seguir:

O que acontece no INSS é que mesmo se tendo um processo sistemático de análise para a concessão do BPC estes não se comunicam. Os técnicos que olham as documentações veem lá a questão da renda, depois vai para a parte social que faz o seu trabalho, e por fim o médico que avalia o que lhe cabe. Vai passando de um funcionário para o outro, como se fosse prova de fases. Mas, dizer que há uma interação, isso não existe. Várias colegas de lá já se queixaram quanto isso (Entrevista com o Gestor CRAS).

Pode ser identificado nas entrevistas que é bem provável que inexistam um trabalho dialogado entre os principais avaliadores para a concessão do BPC. Portanto, há uma fragmentação do processo, as avaliações se tornam estanques e o trabalho intersetorial não acontece. Isso implica, por conseguinte, na fragilização das relações com outras instituições, pois não se cria uma cultura de interação em que ocorram as trocas de informações.

Na esfera socioassistencial do município, para que se consolide uma verdadeira articulação em rede, se faz necessário repensar alguns procedimentos internos. O que se observou é que as demandas de solicitação do BPC que chegam a Secretaria não são encaminhadas diretamente para o CRAS. Assim no órgão gestor da Assistência Social já são feitos todos os procedimentos e os requerentes vão até a APS, não se estabelecendo interlocução interna.

Sendo o CRAS responsável pelo acompanhamento dos beneficiários e das famílias em situação de vulnerabilidade social, o encaminhamento dos solicitantes ao BPC que adensa a demanda do órgão gestor, poderia ser feito diretamente via CRAS, antes mesmo de agendar o atendimento no INSS, o que favoreceria, sobretudo, o próprio possível beneficiário. Passar-se-ia, assim, a desenvolver um trabalho mais pactuado e sinérgico com um novo arranjo institucional que preza pela

horizontalização dos serviços, tendo como prioridade a atenção integral aos indivíduos.

Contudo, é válido chamar a atenção, que mesmo imprescindível a implementação desta articulação entre Secretaria e CRAS, também é primordial a sistematização de um planejamento que siga a lógica da referência e da contra-referência no sentido de potencializar a resolutividade das demandas.

A referência e contra-referência dos serviços socioassistenciais existentes em um determinado território, passa pela necessidade de conhecer a rede de proteção social, em seus serviços e estruturas, para que sejam propostos planos de articulações, intencionando, entre outras vantagens, evitar sobreposições de ações.

Assim, a rede de Proteção Social Básica do município de Cruz das Almas necessita concretizar este aspecto, pois a partir das condições de referência que o CRAS tem no território é que se deveriam desenvolver outros serviços, para se evitar as repetições de procedimentos em ambientes distintos, como ocorre com o BPC para as pessoas com deficiência. Percebe-se a sobrecarga da Secretaria e, por vezes do CRAS. A este respeito ressalta-se

A gente faz aqui os procedimentos do BPC, mas orienta que eles têm que ser acompanhados pelo CRAS. Explicamos o que é e informamos o local para que depois passem lá. Agora a maioria não vai. A este respeito eu acho que poderia ser feito aqui na Secretaria um encaminhamento mais formal, preencher uma guia de atendimento e mandar o usuário ao CRAS. Esta ida deles ao CRAS é muito solta. Por isso, fica assim, vai quem quer ou na maioria vai quem tem o benefício negado. A este respeito eu acho que poderia fortalecer esta relação (Entrevista com o Técnico SUAS 1).

Esta abordagem chama a atenção pelo imediatismo no atendimento dos requerentes ao BPC, mesmo implícito que esta não seja a intenção. Fica claro nas entrevistas que a intersectorialidade necessária a construção de interfaces entre setores do SUAS é primária na articulação entre os serviços, sendo recorrente, mais uma vez o tema da falta de comunicação/interação.

### **3.5.2 Desigualdades institucionais históricas**

Além dos entraves que fragmentam as articulações em âmbito interno, tem-se os desafios decorrentes das relações entre a Proteção Social Básica do SUAS e a

APS de Cruz das Almas, extrapolando assim, a particularidade de cada política e interferindo em interesses comuns. Deste modo, a dialética necessária para a implementação da intersetorialidade com o BPC para as pessoas com deficiência é permeada por resquícios histórico que reverberam como justificativa para a fragmentação do trabalho conjunto entre as esferas em estudo.

O INSS entrou para dar um suporte com o nosso benefício, mas por causa do seu histórico de instituto burocrático, que segue a risca o que está na lei. Se tem direito, não tem problema. Não será concedido [o BPC], sem peso na consciência. A Assistência Social, mesmo hoje sendo diferente, tem toda a carga de assistencialismo de distorção do direito. Então, há uma supremacia das relações aí. Acho que, por isso, que é tão difícil se firmar uma articulação entre essas duas políticas. Querendo ou não, os caminhos históricos são diferentes e isso com certeza interfere nas relações (Entrevista Técnico SUAS 1).

A fala supracitada destaca um aspecto relevante quanto à estrutura hierárquica que se impôs em virtude da construção histórica. Assim, do ponto de vista histórico, a Previdência Social por ter sido o primeiro órgão regulamentado de proteção social para os trabalhadores devidamente formalizados, e a Assistência Social em sua gênese por ter sido institucionalizada para atender às demandas sociais dos excluídos do sistema previdenciário, justifica-se que ainda hoje se tenha concepções equivocadas quando a supremacia da Previdência em relação à Assistência Social. Corroborando ainda para o espraiamento dessa visão, a tardia consolidação da política de Assistência Social assentada nos patamares de direito, a qual só foi lograda após anos de ações pontuais, benemerentes, distanciada de qualquer intervenção sistemática do Estado. Estes pontos são colocados como justificativas para o impedimento à intersetorialidade.

Intersetorialidade, passamos longe. O que existe é uma subserviência da Secretaria de Assistência Social e de sua política para com o INSS. Não tomamos posse de fato do nosso benefício. Parece que o BPC é mais da Previdência do que nosso. Eles têm todo um aparato que nos coloca em posição desprivilegiada. Por isso, que eu afirmo que a Política de Assistência Social é para servir a Previdência de maneira submissa. Veja quando há um indeferimento... Se a gente aqui fizer visita e constatar as péssimas condições sociais do usuário, o nosso parecer não serve. Então que parceria é esta? Porque se tivesse esta intersetorialidade a relação seria mais de igualdade.[...] A decisão [sempre] é do INSS (Entrevista com o Técnico SUAS 2).

Com este relato fica claro que alguns entrevistados da Rede de Proteção Social Básica do SUAS acreditam que estão em posição de desvantagem, estabelecida historicamente, em relação à Previdência.

Nessas condições históricas, evidencia-se o equívoco que contemporaneamente algumas pessoas ainda avaliam de forma secundária a Assistência Social, já que esta é vista na sociedade capitalista como “política para pobre”. Ademais, a implementação do SUAS, mesmo sendo relativamente recente, se destaca pelo seu protagonismo com diversas ações intersetoriais.

Eu acho que no desenho intersetorial a Assistência [Social] está na frente da Previdência. Pois, me diga aí qual benefício eles têm lá que prime pelo trabalho com outras políticas? Nenhum! Aqui temos o Programa Bolsa Família e mesmo o BPC, que tem uma articulação aí com outras arenas. O problema é que a Previdência se acha auto-suficiente, não tem interesse de estabelecer um trabalho conjunto. (Entrevista com o Técnico SUAS 3).

De modo geral, pode-se dizer que, embora existam pontos de vista quanto a desigualdades históricas, a Assistência Social tem bastante clareza, pelo menos nos discursos explícitos, sobre importância de se estabelecer estratégias de atuação intersetorial.

### **3.5.3 Falta de iniciativas promotoras da intersectorialidade**

Soma-se ao conjunto das situações limitantes para o estabelecimento da intersectorialidade entre as políticas, a falta de iniciativas promotoras de um trabalho articulado e contínuo. São ínfimas ações da Secretaria do Trabalho e Assistência Social e do CRAS de Cruz das Almas voltadas ao trabalho intersectorial com a APS do município para o cuidado e atenção com os beneficiários do BPC.

O que se observou é que só ocorre contato da Assistência Social para a APS no sentido de elucidações de dúvidas como, por exemplo: quando surge algum questionamento ou incerteza no processo de preenchimento do requerimento de solicitação; pedidos de reuniões com o setor da assistência social para que sejam passadas as mudanças que eventualmente ocorrem nas legislações e procedimentos operacionais; encaminhamentos que rotineiramente são feitos para concessão do BPC.

Em relação a este vínculo que deveria intencional a consolidação de um trabalho em rede aponta-se:

A única parceria que eu vejo é mais com a parte social da Agência [do INSS]. A gente liga pra lá, tira dúvidas. As vezes vamos lá para solicitar alguma orientação. Tem ações de educação previdenciária que participamos mesmo não sendo o foco o BPC pessoa com deficiência (Entrevista com o técnico do SUAS 1).

Para o INSS o protagonismo na iniciativa do trabalho em parceria com a rede socioassistencial municipal apresenta-se estagnado. A contrapartida do Instituto na construção e consolidação de um trabalho articulado se resume em dar respostas as demandas que emergem da Assistência Social. Neste sentido, é ressaltado que

A comunicação se dá de várias formas, a gente já fez uma ação aqui de educação previdenciária chamamos todas as assistentes sociais do município e estudamos um pouco a legislação do BPC. Também via telefone: elas ligam pra cá, para tirar alguma dúvida. É uma parceria [porém] mais com a parte social daqui [do INSS] (Entrevista com o Gestor da APS).

Diante desses tipos de afirmação questioneei como seriam essas reuniões, e se nestes encontros eram discutidos o trabalho intersetorial, porém, foi respondido pelos representantes da Rede Socioassistencial do SUAS que tais reuniões não ocorrem sempre e “quando ocorre é só com a assistente social da Previdência”. A gestora do CRAS ainda enfatiza que:

Cada um executa sua política e pronto, a verdade é essa. E assim, quando tem reuniões é só para passar as mudanças. A coisa já vem pronta. Não há um encontro regionalizado, por exemplo, para debater as questões, para que seja deliberada algo de interesse das duas políticas. As reuniões são em âmbito local para passar o que mudou. Se mudou o formulário, uma norma, uma legislação. Mas, debater, buscar soluções, ter um diálogo, isso nunca aconteceu e acho que é uma realidade nacional (Entrevista com a gestora do CRAS).

Quanto à Assistência Social ser promotora de reuniões ou encontros com os profissionais do INSS, esta é uma iniciativa que nunca ocorreu. O que precisaria ser o contrário, a Secretaria juntamente com a rede de Proteção Social Básica do município deveriam ser os autores desta iniciativa, seguindo as prescrições

normativas da Portaria MDS nº 44/2009, estreitando assim, a parceria e iniciando as ações intersetoriais entre as duas políticas. Nesse sentido,

Se o INSS não promovesse reuniões, mesmo sendo realizadas esporadicamente, a Assistência Social nunca iria ter este contato mais próximo com a gente. Porque o que eu observo é que dúvidas existem. Então, por que não tomar a iniciativa? A gente que promove, mas, fora isso, eu nunca recebi um convite para participar desses encontros para discutir processo de trabalho do BPC lá na Assistência Social (Entrevista com o Técnico APS 1).

Outra questão que chamou a atenção foi quanto ao número de requerentes que vão até a rede do SUAS e a APS do município. Foram declarados pelos entrevistados do SUAS que as solicitações de BPC requeridas no CRAS ou na Secretaria, ficam em torno de 10 (dez) a 30 (trinta) pessoas com deficiência que são encaminhadas por semana (com toda a documentação organizada, formulário preenchido e agendamento feito). Já pelos da APS de Cruz das Almas, que são por volta de 03 (três) a (05) cinco requerentes por semana. É relevante ponderar a discrepância nesta realidade. Se a cidade de Cruz das Almas possui uma APS, nada mais coerente do que o quantitativo de requerentes ao BPC pelo menos se aproximarem dos encaminhamentos feitos pela rede socioassistencial.

Dados disponibilizados durante a pesquisa de campo demonstram que no período de novembro de 2007 a novembro de 2015 foram requeridos 1.024 benefícios para pessoa com deficiência na APS de Cruz das Almas. Ou seja, anualmente tinha-se uma média de quase 114 solicitações, isso é, aproximadamente, uma média de 10 atendimentos mensais (Fonte: Suibe/INSS, 2015). Mostra-se, assim, que ao longo desses 09 (nove) anos de serviços prestados ao público, a demanda de solicitações pelo benefício para pessoa com deficiência na APS de Cruz das Almas é baixa, estando aquém da sua capacidade de atendimento.

Esta situação faz inferir que a maioria dos agendamentos feitos pelo CRAS ou Secretaria para o atendimento na Previdência Social são encaminhados para APS de outras cidades.

Em síntese e, por fim, deste capítulo, os fatos que delineiam a realidade em estudo, ao serem questionados de forma direta sobre o desenvolvimento de práticas

intersetorias 07 (sete) dos entrevistados concordaram que não há a primazia do trabalho intersetorial. Algumas falas exemplificam bem tal questão:

Estamos bem distantes disso [trabalho intersetorial]. Um feedback, um debate sobre a gestão e operacionalização do BPC, sobre incapacidade, deficiência e outros pontos ligados ao benefício, não existe. São trabalhos feitos separadamente, não tem uma interação. O contato, e não a intersetorialidade que temos, é mínimo. Cada um executa o que a [sua] política diz, e acabou [...] (Entrevista com o técnico APS 2).

Não tem aquela parceria propriamente dita. A gente aqui serve mais como uma triagem para o INSS, aonde explicamos, orientamos, preenchemos formulários, fazemos este primeiro trabalho, e o solicitante já vai pronto pra lá. A relação é só de continuidade dos procedimentos para o BPC! Só isso! Não há intersetorialidade! (Entrevista com o Gestor CRAS).

Nota-se assim, que a dimensão e o alcance da perspectiva intersetorial vem sendo praticada a partir de um viés restrito, limitando apenas a comunicações superficiais, deixando de lado um debate mais crítico sobre o trabalho conjunto com o BPC para as pessoas com deficiência.

#### 4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Gaiolas e Asas

*Há escolas que são gaiolas e há escolas que são asas. Escolas que são gaiolas existem para que os pássaros desaprendam a arte do voo. Pássaros engaiolados são pássaros sob controle. Engaiolados, o seu dono pode levá-los para onde quiser. Pássaros engaiolados sempre têm um dono. Deixaram de ser pássaros. Porque a essência dos pássaros é o voo. Escolas que são asas não amam pássaros engaiolados. O que elas amam são pássaros em voo. Existem para dar aos pássaros coragem para voar. Ensinar o voo, isso elas não podem fazer, porque o voo já nasce dentro dos pássaros. O voo não pode ser ensinado. Só pode ser encorajado.*

Rubem Alves  
(In: Alves, 2008, p. 30)

Esta dissertação pretendeu analisar os desafios no processo da intersetorialidade das políticas de Assistência Social e Previdência Social na gestão e operacionalização do BPC para pessoa com deficiência no município de Cruz das Almas-BA. Para isso, empreenderam-se esforços para responder o seguinte problema de pesquisa: quais os desafios na gestão e operacionalização do BPC para pessoa com deficiência em Cruz das Almas-BA, no que diz respeito à intersetorialidade das políticas de Assistência Social e Previdência Social? Tal problema, per si, ressalta a importância de analisar um sistema de proteção social recente e tardio, preconizador de ações e serviços setorializados, com discursos mais recentes voltados para a intersetorialidade e interdisciplinaridade necessária a ação pública.

A superação deste modelo segmentado de intervenção das políticas sociais deve partir do pressuposto que nenhuma política é absoluta na resolução dos complexos problemas públicos contemporâneos. Assim, é primordial a consolidação da relação de complementariedade entre as políticas e seus diversos instrumentos, visando sempre, o interesse público voltado para a garantia dos direitos de cidadania.

Refletir sobre a intersetorialidade constitui-se em um arcabouço necessário para problematização da relevância da articulação entre instâncias e atores de áreas distintas, que tem suas especificidades e diversidades e, portanto, experiências

particulares para encarar problemas complexos. Por isso, as reflexões desenvolvidas indicam que a efetivação da intersectorialidade com o BPC para pessoa com deficiência em Cruz das Almas requer mudanças nos padrões de compreensão das gramáticas, institucionalidades e recursos (ARAÚJO, 2015; ARAÚJO, BOULLOSA, 2015) que envolvem o BPC.

A pesquisa revelou os desafios que contornam o trabalho intersectorial entre Assistência e Previdência Social evidenciando tensões que permeiam os saberes e as práticas dos profissionais que operacionalizam os critérios de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade, refletindo nas inquietudes observadas nos profissionais da rede SUAS, principalmente quanto ao distanciamento do INSS no trabalho de acompanhamento dos beneficiários.

Em um país que historicamente teve como marca a “cidadania regulada” (SANTOS, 1987 apud BEHRING e BOSCHETTI, 2010) e que, portanto, nunca universalizou o trabalho assalariado e a proteção social para toda a população, o BPC se configura como uma proteção que veio a garantir a integração social dos segmentos populacionais que se encontram a margem deste amparo formal.

Neste sentido, tal benefício tem intrínseca relação com a proteção de direitos diretamente relacionados à conquista da cidadania, que rompe com a centralidade na proteção social contributiva, superando o quesito renda que condicionava o acesso e consumo aos serviços, bens e cuidados. Porém, observa-se do ponto de vista dos que vivenciam a prática cotidiana da gestão e operacionalização do BPC que, a partir dos seus “argumentos trabalhados” (FISCHER, 2007) percebem-se aspectos particulares sobre o instrumento de política pública BPC. Ao se confrontar a análise normativa com a análise empírica, percebem-se com maior clareza quais são os desafios para a efetividade da garantia do direito a segurança de renda para as pessoas com deficiência.

Desta forma, considerando a realidade em *lócus*, percebe-se que a cobertura do BPC em Cruz das Almas, acompanhando as tendências nacionais, não apresentou grandes variações, chegando a ter uma diminuição no número de beneficiários e de investimentos entre os anos de 2014 e 2015. O que demonstra que a cobertura do benefício ainda não abrange a todos que realmente necessitam e

possuem o perfil para serem beneficiários, sendo importante avançar, sobretudo, para garantir o direito constitucional da Política de Assistência Social.

No que se refere a dimensão e o alcance da efetividade do trabalho intersetorial entre a Rede Socioassistencial do SUAS e a APS pode-se afirmar que a mesma vem sendo praticada a partir de um viés restrito, limitado apenas a comunicações superficiais, deixando de lado um debate mais crítico sobre o trabalho conjunto no trato com o BPC para as pessoas com deficiência. Assim, nos discursos implícitos fragmentação é a categoria que melhor descreve a situação atual da intersetorialidade entre as instâncias em estudo no município de Cruz das Almas, deixando de construir um trabalho dialogado entre os principais avaliadores para a concessão do BPC tornando pontuais as trocas de informações.

Também se observou, que na Rede de Proteção Social Básica do SUAS a implementação de um trabalho sistemático junto a todas as pessoas com deficiência que recebem o BPC no município, desenvolvendo atividades de busca ativa e acompanhamento com ações voltadas a este segmento, apresenta-se ainda muito desarticulado. Restringindo a noção de acompanhamento ao atendimento, não havendo o desenvolvimento sistemático de ações junto aos beneficiários e familiares nem a necessária articulação com outros serviços.

A compreensão limitada sobre as gramáticas acesso e acompanhamento na operacionalização do BPC para pessoas com deficiência se apresentam também como desafios. Apesar do modelo biomédico, que norteou a avaliação do BPC por longos anos ter sido superado em termos explícitos através da adoção da CIF, ainda assim a avaliação pericial se sobrepõe a social hoje. Desta forma, é fundamental para o âmbito da operacionalização uma melhor compreensão e mudança cultural do processo avaliativo e o acompanhamento que abarca também os processos de revisão.

Ao abordar os desafios da intersetorialidade entre Previdência e Assistência Social no BPC, o debate deve ser amplo indo além dos discursos explícitos e do que está na lei, na racionalidade de processos e técnicas. Trata-se de uma discussão de caráter conceitual e ético em torno da garantia de direitos de cidadania que compreenda os problemas públicos e as alternativas criadas para solucioná-los de modo mais próximo das realidades territoriais deste país.

Isso significa compreender que gestão não é uma simples caixa de ferramentas, não se resume a instrumentos, tampouco a meras divisões de poder. A gestão de políticas públicas tem que ser entendida dentro de uma perspectiva menos fragmentada e mais relacional entre os setores que a compõem e, principalmente, com seus *policytakers*. A gestão intersetorial, pressupõe uma gestão social, dialógica que envolve mudanças nas culturas institucionais e práticas corporativas profissionais fechadas ao desenvolvimento de novas aprendizagens.

Portanto, no trabalho intersetorial tais necessidades não se findam com a concessão do benefício, com o direito a renda, pois este valor cumpre um objetivo que é garantir a suposta sobrevivência, mas é preciso ir além. Deste modo, o benefício ao articular duas políticas tem um papel social importante, porque retira o beneficiário da situação de exclusão social e proporciona a inserção aos demais programas, projetos e serviços assistencial e previdenciário.

Nestes termos, uma análise mais acurada vai demonstrar que a realidade vivenciada pela população que busca o BPC, e que são pontuadas em várias falas dos entrevistados, é produto de uma realidade muito mais abrangente e complexa, e que o reconhecimento desses beneficiários enquanto sujeito histórico requer mais do que soluções pontuais vinculadas a uma única política.

Deste modo, o argumento central arrolado neste estudo, apresenta a intersetorialidade como requisito fundamental para garantir o direito de cidadania, promovendo a inclusão social e, conseqüentemente, a melhoria na qualidade de vida entre os beneficiários do BPC que tem alguma deficiência. Pois, através das articulações de saberes e ações, pode-se proporcionar ao requerente e ao já beneficiário a garantia do acesso, manutenção e mesmo da suspensão em decorrência da superação das condições que originaram o benefício, o que só é possível com políticas integradoras e dialogadas.

Mesmo a pesquisa sendo realizada em âmbito local, na cidade de Cruz das Almas/BA, no intuito de cooperar para auxiliar gestores, técnicos e analistas do seguro social no trabalho intersetorial com o BPC, sem dúvidas, o estudo poderá contribuir para transferir conhecimento para a sociedade em âmbito nacional. Visto que, as fronteiras do conhecimento não podem limitar-se ao rol dos que os

desenvolve, podendo ser útil para empoderar os interessados na defesa dos seus direitos e/ou no aprimoramento profissional.

Assim, a pesquisa atenderá as demandas: sociais, publicizando para os usuários os procedimentos de gestão e operacionais do BPC e a visão dos sujeitos que o viabilizam; organizacionais, adensando as pesquisas acadêmicas sobre a temática e suscitando o desejo de aprofundamento de futuras análises; e profissionais, contribuindo para fortalecer a intersectorialidade entre Assistência e Previdência, coadunando com os pressupostos basilares das políticas públicas reforçando seus fundamentos, buscando, neste sentido, a promoção da proteção social em comum.

Longe de se pretender findar o debate sobre a temática, pois não se intenciona que este estudo seja um diagnóstico absoluto, ao contrário, a realidade por ser uma totalidade mais dinâmica, haverá sempre novas determinações que colaborará para acrescentar a análise, mas a intenção é apontar a complexidade que este tema insere-se e a urgência em entender os meandros que o envolve, bem como indicar caminhos para se criar estratégias na implementação da intersectorialidade, em meio a duas políticas que pelas suas construções históricas dificultam formas simples de conversação.

Intencionando colaborar com o desenvolvimento de práticas assentadas na intersectorialidade e como produção tecnológica para o Mestrado Profissional, foi desenvolvido a *Orientação para Produção de um Plano de Trabalho Intersectorial Local* para ser implementada conjuntamente entre a Rede de Proteção Social Básica e a APS de Cruz das Almas - BA (Apêndice D). Esta proposta já havia sido pensada desde o início do estudo, mas foi ratificada a partir das informações levantadas na pesquisa de campo, já que foram confirmados alguns desafios para a intersectorialidade e esta própria como um desafio, algo que precisa ser incorporado as práticas de gestão e operacionalização municipal com do BPC.

Enfim esta dissertação contribui para o campo da análise argumentativa de instrumentos de políticas públicas, possibilitando visualizar distintas compreensões a respeito da pessoa com deficiência, seus riscos e vulnerabilidades. Além disso, esclarece como a alternativa BPC embora seja essencial, em muitas nuances de sua implementação corre o risco de não garantir direitos devido a interpretações

equivocadas e “engessadas” em normas que não levam em conta as reais condições de vida das famílias de pessoas com deficiência. Aponta-se assim, para a necessidade de rever o desenho desta alternativa de política pública, principalmente quanto aos critérios para a concessão do BPC, tendo em vista o problema de pública relevância que busca solucionar.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Rubem. **Por uma educação romântica**. 7, ed. Campinas: Papyrus, 2008.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **A saúde e o dilema da intersectorialidade**. São Paulo. Hucitec, 2006. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=vtls000376076&fd=y>> Acessado em: 14/09/2015 às 15:53.

ARAÚJO, Edgilson Tavares de. **Parcerias Estado e Organizações Especializadas: discursos e práticas em nome da integração/inclusão educacional das pessoas com deficiência**. **Dissertação de Mestrado** em Serviço Social. PUC-SP, 2006.

\_\_\_\_\_. et all. O governo do intergoverno: reflexões sobre os desafios para a implementação do Centro-dia de Referência para Pessoas com Deficiência no Sistema Único de Assistência Social (SUAS). *In: Congreso Internacional en Gobierno, Administración y Políticas Públicas*, V, Anais... GIGAPP-IUIOG. Instituto Nacional de Administración Pública, Madrid, Espanha, 29 set - 1 out. 2014.

\_\_\_\_\_. et. all. Avaliação do Processo de Implementação de Instrumentos da Política Pública de Assistência Social para Pessoas com Deficiência e suas Famílias: o caso Centro-Dia de Referência de Campinas – SP, *In: II Encontro Internacional Participação, Democracia e Políticas Públicas*. **Anais...** Campinas: Unicamp, abr 2015.

\_\_\_\_\_. BOULLOSA, Rosana de Freitas. Avaliação da implementação do Centro-dia para Pessoas com Deficiência: entre inovação e aprendizagem em políticas públicas. **Interfaces Científicas - Humanas e Sociais**, v.3, n.3, Aracaju: Unit, Jun. 2015.

ASSIS, M. **Memórias póstumas de Brás Cubas**. Porto Alegre: L&PM Pocket, 2008.

BARBOSA, Thalyta Mabel Nobre. **O trabalho profissional dos(as) assistentes sociais no INSS pós as contra-reformas da previdência Social**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal do Rio Grande do Norte/ UFRN. Natal, 2007.

BARBOSA, Livia; DINIZ, Debora; SANTOS, Wederson. Diversidade corporal e perícia médica: novos contornos da deficiência para o Benefício de Prestação Continuada. *In.: Revista Textos & Contextos* Porto Alegre v. 8 n.2 p. 377-390. jul./dez. 2009. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/6351>> Acessado em: 04/08/2015 às 09:23.

BARBOSA, Maria Madalena Martins. SILVA, Maria Ozanira da Silva e. O Benefício de Prestação Continuada - BPC: desvendando suas contradições e ignificados. *In.: Ser Social*, V. 12, 2010. Disponível em: <[periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/download/283/110](http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/download/283/110)> Acessado em: 22/10/2015 às 11:53h.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BATISTA, Analía Soares. JACCOUD, Luciana de Barros. AQUINO, Luseni. EL-MOOR, Patrícia Dario. **Envelhecimento e Dependência: Desafios para a organização da proteção social**. Coleção Previdência Social, Série Estudo, v. 28. Brasília: MPS, SPPS, 2008.

BEHRING, Elaine Rossetti. **Brasil em Contra-Reforma: desestruturação do Estado e perda de direitos**. 2. ed. São Paulo, Cortez, 2008.

\_\_\_\_\_. BOSCHETTI, Ivanete. **Política Social: fundamentos e história**. 7. ed. São Paulo: Cortez, 2010. (Biblioteca Básica de Serviço Social, v. 2).

BIM, Miriam Cláudia Spada; MUROFUSE, Neide Tiemi. Benefício de Prestação Continuada e perícia médica previdenciária: limitações do processo. *In.: Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 118, p. 339-365, abr./jun. 2014.

BOULLOSA, Rosana. Por uma mirada ao revés nas políticas públicas: apresentação de um percurso de pesquisa. *In.: ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISADORES EM GESTÃO SOCIAL. TERRITÓRIO EM MOVIMENTO: caminhos e descaminhos da gestão social e ambiental*, 7, Belém 2013,. **Anais eletrônicos...** Belém: Universidade da Amazônia, 2013. Disponível em:< [www.anaisenapegs.com.br](http://www.anaisenapegs.com.br)> Acessado em: 29/012/2015 às 23:52h.

\_\_\_\_\_. Políticas Públicas. In: BOULLOSA, Rosana (org.) **Dicionário para a Formação em Gestão Social**. Salvador: CIAGS, 2014, p. 144-48 Disponível em: [http://issuu.com/carlosvilmar/docs/e-book\\_dicionario\\_de\\_verbetes](http://issuu.com/carlosvilmar/docs/e-book_dicionario_de_verbetes) Acesso em: 30/06/ 2015 às 19:00h.

BRASIL. **Constituição Federal**, 1988.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Lei Orgânica da Assistência Social – LOAS, nº 8.742**, Brasília – DF, 1993.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 1.330**, Dispõe sobre a concessão do Benefício de Prestação Continuada, Previsto no Art . 20 Da Lei Nº 8.742, (regulamenta) e dá outras providências. Brasília, 1994.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 1.744**. Brasília- DF, 1995a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social. **Matriz Teórico-metodológica do Serviço Social na Previdência Social** - Brasília: MPAS, 1995b.

\_\_\_\_\_. **Fundo Nacional de Assistência Social (FNAS)**, 1995c. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/financiamento/fundos-da-assistencia-social>> Acessado em: 27.07.2015 às 11:57h.

\_\_\_\_\_. **Medida Provisória nº 1.259/1996**, Dá nova redação a dispositivos da Lei 8.742, de 7/12/1993, que dispõe sobre a organização da assistência social, e dá outras providências. Brasília- DF, 1996.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 4.360**. Brasília – DF, 2002.

\_\_\_\_\_. **IV Conferência Nacional de Assistência Social**, 2003. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/saladeimprensa/eventos/assistencia-social/iv-conferencia-nacional-de-assistencia-social>> Acessado em: 21.07.2015 às 14:51h.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Política Nacional de Assistência Social – PNAS**, Brasília- DF, 2004.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **NOB/SUAS, Resolução Nº 130**, de 15 julho de 2005a. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/resolveuid/.../download> > Acessado em: 23/08/2015 às 08: 45h.

\_\_\_\_\_. **Portaria Interministerial MDS/MPS Nº 01**, de 15 de junho de 2005 - DOU DE 16/06/2005. Brasília- DF, 2005b.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS). **Decreto nº 6.135**, 2007a. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/falemds/perguntas-frequentes/bolsa-familia/cadastro-unico/gestor/cadunico-institucional>>Acessado em: 01/09/2015 às 23:50h.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 6.214**. Brasília- DF, 2007b.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS)/ Ministério da Previdência Social (MPS). **Avaliação das pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social**: um novo instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, Brasília, 2007c. Disponível em: <<http://www.redeprofis.com.br/admin/webeditor/uploads/files/Avalia%C3%A7ao%20d>

e%20pessoas%20com%20deficiencia%20para%20o%20BPC.pdf > Acessado em: 03/08/2015 às 18:21h.

\_\_\_\_\_. **Decreto Legislativo Nº 186 de 2008**, Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30 de março de 2007. Brasília – DF, 2008a.

\_\_\_\_\_. CapacitaSuas Volume 2, **Desafios da Gestão do SUAS nos Municípios e Estados** / Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Instituto de Estudos Especiais da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – 1 ed. – Brasília: MDS, 2008b. Disponível em: <[http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia\\_social/Cadernos/SUAS\\_Vol2\\_%20desafiogstao.pdf](http://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/SUAS_Vol2_%20desafiogstao.pdf)> Acessado em: 22/10/2015.

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

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Conselho Nacional de Assistência Social. Diário Oficial da União, Resolução Nº 109, de 11 de novembro de 2009**, Brasília – DF, 2009b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Previdência Social (MPS). **Debates - Previdência Social: Reflexões e Desafios**. Coleção Previdência Social, Série Estudos; v. 30, ed. 1. Brasília: MPS, 2009c.

\_\_\_\_\_. **Portaria MDS Nº 44**, estabelece instruções sobre Benefício de Prestação Continuada-BPC referentes a dispositivos da Norma Operacional Básica - NOB/SUAS/2005. Brasília – DF, 2009d.

\_\_\_\_\_. **História do Movimento Político das Pessoas com Deficiência no Brasil** / compilado por Mário Cléber Martins Lanna Júnior. - Brasília: Secretaria de Direitos Humanos. Secretaria Nacional de Promoção dos Direitos da Pessoa com Deficiência, 2010a. Disponível em: <<http://www.portalinclusivo.ce.gov.br/phocadownload/publicacoesdeficiente/historia%20movimento%20politico%20pcd%20brasil.pdf>> Acessado em: 16/08/2015 às 08:40h.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **CNAS – Conselho Nacional de Assistência Social**. Brasília – DF, 2010b. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/falemd/assistencia-social>> Acessado em: 21.07.2015 às 12:22h.

\_\_\_\_\_. **Decreto nº 7.612**, Institui o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência - Plano Viver sem Limite. Brasília, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS). **Benefício de Prestação Continuada (BPC)**. Brasília, 2011b. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc>> Acessado em: 21/07/2015 às 16:23h.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. **Benefício Eventual**, 2011c. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br>> ... > Assistência Social > Benefícios Eventuais > Acessado em: 29.07.2015 às 11: 17h.

\_\_\_\_\_. MDS - Secretaria Nacional de Assistência Social, Sistema Único de Assistência Social - SUAS. **Centro-dia de Referência**. Orientações técnicas sobre o serviço de proteção social especial para pessoas com deficiência e suas famílias, ofertado em centro-dia de referência: Estruturação do serviço Metodologias e técnicas acessíveis no serviço Instrumentais facilitadores da organização do serviço, Brasília –DF, 2013a.

\_\_\_\_\_. STF, **Notícias**: STF declara inconstitucional critério para concessão de benefício assistencial, 18 de abril de 2013b. Disponível em: <<http://www.stf.jus.br/portal/cms/verNoticiaDetalhe.asp?idConteudo=236354>> Acessado em: 03/01/2016 às 10:50h.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS). **BPC Trabalho**, 2014a. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc/bpc-trabalho/>> Acessado em: 01/09/2015 às 17:13h.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS). **BPC Escola**, 2014b. Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/assistenciasocial/beneficiosassistenciais/bpc/bpc-na-escola/>> Acessado em: 01/09/2015 às 17:20h.

\_\_\_\_\_. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome (MDS). **Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação (SAGI)**, 2015a. Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/portal/>> Acessado em: 01/12/2015 às 11:08h.

\_\_\_\_\_. MDS. **BPC – Benefício de Prestação Continuada**, 2015b. Disponível em: <<http://mds.gov.br/aceso-a-informacao/perguntas-frequentes/assistencia-social/bpc-beneficio-prestacao-continuada>> Acessado em: 19/10/2015 às 12:10h.

\_\_\_\_\_. **Lei nº 13.146**, Institui a Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Brasília, 2015c.

BOSCHETTI, Ivanete. Implicações da Reforma da Previdência na Seguridade Social Brasileira. *In: Revista Psicologia e Sociedade*. vol. 15, n.1, Belo Horizonte, 2003.

\_\_\_\_\_. **Seguridade Social e Trabalho**. Brasília. Ed. UnB, 2008

\_\_\_\_\_. A política da Seguridade Social no Brasil. *IN: CFESS/ABEPSS. Serviço Social: direitos e Competências Profissionais*. vol.1, Brasília, 2009.

\_\_\_\_\_. Os custos da Crise para a Política Social. *IN: Capitalismo em Crise, Política Social e Direitos*. São Paulo, Cortez, 2010.

BRONZO, Carla. **Intersetorialidade, autonomia e território em programas municipais de enfrentamento da pobreza**, 2011. Disponível em: <<http://www.ipea.gov.br/ppp/index.php/PPP/article/viewFile/200/194>> Acessado em: 20/08/2015 às 17:50.

BOULLOSA, Rosana de Freitas. O SUAS e a Proteção Social Especial para a Pessoa com Deficiência: um caso de inovação em políticas públicas? *In: XVIII Congreso Internacional Del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública, Anais...*Montevideo, Uruguay, 29 oct. - 1 nov. 2013.

BURLANDY, Luciene. Um Olhar sobre a Intersetorialidade a partir da Experiência de Construção do Campo da Segurança Alimentar e Nutricional no Brasil. 2014. *Intersetorialidade e Políticas Sociais: Um diálogo com a literatura atual*. *In: MONNERAT, G.L; ALMEIDA, N.L.T.de; SOUZA, R.G. de. A intersectorialidade na agenda das políticas sociais*, Papel Social, Campinas (SP) 2014.

CARDOSO. Fábio Luiz Lopes. **A influência do relatório Beveridge nas origens do welfare state (1942–1950)** Araraquara –SP, 2010. Disponível em: <<http://www.sinteseeventos.com.br/bien/pt/papers/fabioluizlopesAINFLUENCIADORELATORIOBEVERIDGE.pdf>> Acessado em: 28/07/2015 às 10:56h.

CAMERLATTO, D. *et al.* Gestão de políticas públicas e intersectorialidade: diálogo e construções essenciais para os conselhos municipais. *In: Rev. Katálysis*. Florianópolis v. 10 n. 2, p. 265-271 jul./dez, 2007.

DI NUBILA, Heloisa Brunow Ventura. **Aplicação das classificações CID-10 e CIF nas definições de deficiência e incapacidade**. Tese de Doutorado em Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007. Disponível em: <[www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde.../TESEDoutHBVDN.pdf](http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6132/tde.../TESEDoutHBVDN.pdf)> Acessado em: 23/11/2015 às 14:30h.

\_\_\_\_\_. BUCHALLA, Cassia Maria. O papel das Classificações da OMS - CID e CIF nas definições de deficiência e incapacidade. *In: Rev Bras. Epidemiol*,

vol.11, nº2, São Paulo, 2008. Disponível em: <  
[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2008000200014&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2008000200014&script=sci_arttext)>  
Acessado em: 25/11/2015 às 11:51h.

ESPING-ANDERSEN, G. **The Three Worlds of Welfare Capitalism**. Princeton: Princeton University Press, 1990.

\_\_\_\_\_. As Três economias políticas do welfare state. *In.*: **Lua Nova**, Nº 24. Rio de Janeiro, 1991.

FAUSTINO, Taiane Queithe da Silva. Intersetorialidade no Cenário do Sistema Único de Assistência Social: um diálogo com a literatura atual, 2014. *In.*: **Perspectivas em Políticas Públicas**, Belo Horizonte. Vol. VII, Nº 14, P. 153-192, jul/dez 2014. Disponível em:<  
<http://revistappp.uemg.br/pdf/ppp14/intersetorialidade.pdf> > Acessado em: 10/09/2015 às 22:40h.

FERNANDES, A., CASTRO, C., e MARON, J. (2013). Desafios para a implementação de políticas públicas: intersectorialidade e regionalização. *In.*: **Anais do VI Congresso CONSAD de Gestão Pública**. Brasília (DF). Disponível em:<  
<http://consadnacional.org.br/wp-content/uploads/2013/05/025-DESAFIOS-PARA-IMPLEMENTA%C3%87%C3%83O-DE-OL%C3%8DTICAS-P%C3%9ABLICAS-INTERSETORIALIDADE-E-REGIONALIZA%C3%87%C3%83O.pdf>> Acessado em: 13/09/2015 às 10:45h.

FISCHER, Frank. MILLER, Gerald J. Sidney, Mara S. **Handbook of public policy analysis: theory, politics, and methods**. Edited by, London New York, 2007.

FLEURY, Sônia Maria Teixeira. **A Seguridade Social inconclusa**, 2006. Disponível em: <  
[http://app.ebape.fgv.br/comum/arq/pp/peep/cap\\_liv/seguridade\\_social.pdf](http://app.ebape.fgv.br/comum/arq/pp/peep/cap_liv/seguridade_social.pdf) >  
Acessado em: 24/08/2015 às 17:44.

GIOVANNI, Geraldo Di. Sistemas de Proteção Social: uma introdução conceitual. *IN*: OLIVEIRA, M.A. **Reforma do estado e Políticas de emprego no Brasil**. Campinas – SP: Unicamp-IE, 1998.

GOMES, Ana Lúcia. O Benefício de Prestação Continuada: uma trajetória de retrocesso e limites. *In.*: **Revista Serviço Social e Sociedade**. nº 68, Cortez. São Paulo, 2001.

\_\_\_\_\_. O Benefício de Prestação Continuada: uma trajetória de limites e retrocesso – construindo possibilidades e avanços. *In.*: **Proteção social de Cidadania**. SPOSATI, Aldaíza (org.). São Paulo: Cortez, 2004

\_\_\_\_\_. **Benefício de Prestação Continuada:** direito da Assistência Social para pessoas idosas e com deficiência. Cadernos de Estudos: desenvolvimento social em debate, Brasília, DF, n. 2, p. 60-64, dez. 2005.

GUGEL, Maria Aparecida. **A pessoa com deficiência e sua relação com a história da humanidade**, 2008. Disponível em: <[http://www.ampid.org.br/ampid/Artigos/PD\\_Historia.php](http://www.ampid.org.br/ampid/Artigos/PD_Historia.php)> Acessado em: 08/08/2015 às 10:45.

IBGE. **Censo Demográfico 2010 - Resultados do universo.** Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>> Acesso em: 20/10/ 2015 às 22:50h.

INOJOSA, R. M. **Sinergia em políticas e serviços públicos:** desenvolvimento social com intersectorialidade. Cadernos Fundap, n.22, p.102-110, 2001.

IPEA. Previdência Social. *In.:* **Políticas Sociais – acompanhamento e análise** | 9 | ago. 2004. Disponível em: <[http://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/politicas\\_sociais/PREVIDENCIA\\_SOCIAL9.pdf](http://ipea.gov.br/agencia/images/stories/PDFs/politicas_sociais/PREVIDENCIA_SOCIAL9.pdf)> Acessado em: 23/09/2015 às 12:52.

JESUS, Fernanda Ferreira de. SILVA, Marina da Cruz. BOAVENTURA, Vanessa Cunha. **Políticas Públicas e Programas de Transferência de Renda:** O impacto do Benefício de Prestação Continuada (BPC) e do Programa Bolsa Família (PBF) na vida dos idosos residentes nas cidades de Cachoeira e São Félix-BA. Editora UFRB. Cruz das Almas, 2012.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Descentralização e Intersetorialidade: a construção de um modelo de gestão municipal. *In.:* **Revista Administração Pública**, Rio de Janeiro, 32(2); 11-22. Mar./abr. 1998. Disponível em: <[www.spell.org.br/documentos/download/12980](http://www.spell.org.br/documentos/download/12980)> Acessado em: 09/09/2015 às 11:55h.

\_\_\_\_\_. Descentralização, intersectorialidade e rede como estratégias de gestão da cidade. *In.:* **Revista FEA-PUC-SP**, São Paulo, v. 1, p. 57-72, nov. 1999.

KAMEYAMA, Nobuko. **A nova configuração das políticas sociais.** Revista Praia Vermelha: estudos de políticas e teoria social. Nº 5, segundo semestre. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Programa de Pós - graduação da Escola de Serviços Social – PPGESS, Rio de Janeiro, 2001.

LACOUMES, P.; LE GALÈS, P. Governance. **International Journal of Policy, Administration, and Institutions**, v. 20, n. 1, USA: Blackwell Publishing, jan. 2007.

\_\_\_\_\_. **Sociologia da Ação Pública.** Tradução e estudo introdutório: George Sarmento, Maceió: EDUFAL, 2012.

LAVILLE, C.; DIONNE, J. **A construção do saber:** manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas. Belo Horizonte, UFMG, 1999.

LAURENTI, Ruy. Análise da informação em saúde: 1893-1993, cem anos da Classificação Internacional de Doenças. *In.*: **Rev. Saúde Públ.**, Novos Aspectos da Saúde Pública, vol . 25 nº 6, p. 407-417, 1991. Disponível em:<<http://www.revistas.usp.br/rsp/article/viewFile/23851/25887>> Acessado em: 24/11/2015 às 17:46.

\_\_\_\_\_. Pesquisas na Área de Classificação de Doenças. *In.*: **Saúde e Sociedade** vol.3 nº.2, p.112-126, 1994, São Paulo , 1994. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412901994000200006&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010412901994000200006&script=sci_arttext)> Acessado em: 18/11/2015 às 11:51.

LÜDKE, M. ANDRÉ, M. E. D. A. Métodos de Coleta de dados: observação, entrevista e análise documental. *In.*: **Pesquisa em educação:** abordagens Qualitativas. 2ª ed. São Paulo: EPU. 2003.

MACIEL, Carlos Alberto Batista. **Benefício de Prestação Continuada:** as armadilhas. São Paulo, 2008.

MAY, T. **Pesquisa social.** Questões, métodos e processo. Tradução: Carlos Alberto S. Netto Soares. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

MARX, K. **O Capital:** Crítica da economia política. Vol. I, Tomo I. São Paulo: Abril Cultural, 1983.

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

MEDEIROS, Marcelo. Conceito de Família do Benefício de prestação Continuada. *In.*: Débora Diniz; Marcelo Medeiros e Livia Barbosa (Orgs). **Deficiência e Igualdade.** Brasília: Letras Livres: Editora Universidade de Brasília, 2010.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde.** São Paulo: Hucitec, 1996.

MENECUCCI, M.C. Evolução Histórica do Conceito de Deficiência. *In.*: **FENAPAES.** Projeto Águia. Referências Conceituais e Legais Sobre a Pessoa com Deficiência e o Movimento Apaeno, São Paulo: FENAPAEs, 1999, p. 3-12.

MERTON, Robert K. **Sociologia: Teoria e Estrutura**. Tradução de Miguel Maillat. São Paulo: Mestre Jou, 1970.

MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 29 ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2010.

MONNERAT. Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Da Seguridade Social à intersetorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. *In.*: **Revista Katálysis**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 41-49, jan./jun. 2011. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-49802011000100005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-49802011000100005) > Acessado em: 24/08/2015 às 16:14.

\_\_\_\_\_. 2014. Intersetorialidade e Políticas Sociais: Um diálogo com a literatura atual. *In.*: MONNERAT, G.L.; ALMEIDA, N.L.T.de; SOUZA, R.G. de. **A intersetorialidade na agenda das políticas sociais**, 2014. Campinas (SP): Papel Social.

NASCIMENTO, Sueli do. Reflexões sobre a intersetorialidade entre as políticas públicas. 2010. *In.*: **Serviço Social e Sociedade**. São Paulo, n. 101, p. 95-120, jan./mar. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/sssoc/n101/06.pdf>> Acessado em: 09/06/2015 às 15:05.

NOGUEIRA, karla Emanuelle Rocha. **Novo Modelo de Avaliação para o Acesso ao BPC da Política de Assistência Social: o Olhar das Assistentes Sociais da Gerência Executiva do INSS Fortaleza**. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Sociedade). Universidade Estadual do Ceará – Fortaleza, 2011. Disponível em: < [http://www.uece.br/politicassuece/dmdocuments/karla\\_emanuela\\_rocha.pdf](http://www.uece.br/politicassuece/dmdocuments/karla_emanuela_rocha.pdf)> Acessado em: 29/09/2015 às 11:06.

\_\_\_\_\_. A Avaliação Social em Perícias: reconhecimento da proteção social não contributiva às pessoas com deficiência? *In.*: **Retrato da Política de Assistência Social: ambivalências, impasses e possibilidades**. Ed. CRV, Curitiba, 2015.

Organização Internacional do Trabalho (OIT). **Convenção sobre Padrões Mínimos da Seguridade Social, nº 102**, Genebra, 1952.

\_\_\_\_\_. **Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF)**. Lisboa, 2004 (Tradução e revisão: Amélia Leitão). Disponível em: <[http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF\\_port\\_%202004.pdf](http://www.inr.pt/uploads/docs/cif/CIF_port_%202004.pdf)> Acessado em: 15/11/2015 às 10:34h.

PAIM, PAULO. **Estatuto da Pessoa com Deficiência**, Lei Brasileira de Inclusão. Brasília, 2015. Disponível em: <

<http://www.senadorpaim.com.br/uploads/downloads/arquivos/daed457c4a7524302b56e700fa609419.pdf>> Acessado em: 13/11/2015 às 14:50h.

PEREIRA, Potyara Amazoneida Pereira. A intersectorialidade das políticas sociais na perspectiva dialética. *In*: MONNERAT, G.L; ALMEIDA, N.L.T.de; SOUZA, R.G. de. *In*.: **A intersectorialidade na agenda das políticas sociais**, 2014. Campinas (SP): Papel Social.

\_\_\_\_\_. Estado, sociedade e esfera pública. *IN*: CFESS/ABEPSS. **Serviço Social: direitos e Competências Profissionais**. vol.1, Brasília, 2009.

PEREIRA. Karine Yanne de Lima; TEIXEIRA. Solange Maria. Redes e intersectorialidade nas políticas sociais: reflexões sobre sua concepção na política de assistência social, 2013. *In*.: **Textos & Contextos**. Porto Alegre, v. 12, n. 1, p. 114 - 127, jan./jun. 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/12990>> Acessado em: 13/09/2015 às 11:31h.

RAICHELIS, Raquel. Desafios da gestão democrática das políticas sociais, *In*.: **Política Social**. Módulo 03. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Programa de Capacitação Continuada para Assistentes Sociais. Brasília, CFESS, ABEPSS, CEAD/NED-UNB, 2000.

\_\_\_\_\_. **Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática**. 5. ed. São Paulo, Cortez, 2008.

Relatório mundial sobre a deficiência / **World Health Organization, The World Bank** ; tradução Lexicus Serviços Lingüísticos. - São Paulo: SEDPcD, 2012. Disponível em: <[http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO\\_MUNDIAL\\_COMPLETO.pdf](http://www.pessoacomdeficiencia.sp.gov.br/usr/share/documents/RELATORIO_MUNDIAL_COMPLETO.pdf)> Acessado em: 15/03/2016.

SANTANA, Eline Peixoto de. **O Serviço Social na Previdência Social: uma análise do trabalho profissional na Gerência Executiva de Santo Antônio de Jesus/Ba**. Monografia apresentada ao Colegiado do Curso de Graduação em Serviço Social, UFRB. Cachoeira- BA, 2013.

SANTOS, Marisa Ferreira dos. Benefício de Prestação Continuada e Proteção no Brasil: limites e perspectivas. *In*.: **Proteção Social e Cidadania**, SPOSATI, Aldaíza (org.). São Paulo, Cortez, 2004a.

SANTOS, Milton. **Pensamento do Espaço do Homem** – 5 ed. Eduso, São Paulo, 2004b.

SANTOS, Wederson Rufino dos . **A análise do Benefício de Prestação Continuada feita por quem recebe e por quem concede:** duas perspectivas sobre a proteção social do benefício? Monografia de graduação em Serviço Social. Brasília (DF), 2007. Disponível em: <[http://bdm.unb.br/bitstream/10483/725/1/2007\\_WedersondosSantos.pdf](http://bdm.unb.br/bitstream/10483/725/1/2007_WedersondosSantos.pdf)> Acessado em: 10/01/2016 às 23:18h.

SANTOS, Wederson Rufino dos. Assistência social e deficiência no Brasil: o reflexo do debate internacional dos direitos das pessoas com deficiência. *In.: Serviço Social em Revista* , V. 13, N.1 , P. 80-101, jul/dez. Londrina, 2010. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ssrevista/article/view/10440>> Acessado em: 10/08/2015 às 15:12h.

\_\_\_\_\_. Deficiência e BPC: o que muda na vida das pessoas atendidas? *In.: Ciência & Saúde Coletiva*, vol.16, supl.1. Rio de Janeiro, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232011000700009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700009)> Acessado em: 19/10/2015 às 11:28h.

SASSAKI, Romeu Kazumi. **Inclusão:** construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WMA, 1997. Disponível em: <<http://saci.org.br/index.php?modulo=akemi&parametro=artigo&page=8&limit=10&classificacao=>>> Acessado em: 10/08/2015 às 22:15h.

\_\_\_\_\_. O censo de pessoas com deficiência na era da inclusão. *IN.: Revista Nacional de Reabilitação*, São Paulo, ano VI, n. 31, mar./abr. 2003. Disponível em: <<http://saci.org.br/index.php?modulo=akemi&parametro=artigo&page=8&limit=10&classificacao=>>> Acessado em: 16/08/2015 às 10:26h.

SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas:** conceitos, esquemas de análises, casos práticos. São Paulo: CENGAGE Learning, 2012.

SENNA, Mônica de Castro Maia. GARCIA, Danielle do Valle. Políticas Sociais e Intersetorialidade: elementos para debate. *In.: O Social em Questão* - Ano XVII - nº 32, 2014. Disponível em: <[http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ\\_32\\_SL3\\_Senna\\_Gracia\\_WEB.pdf](http://osocialemquestao.ser.puc-rio.br/media/OSQ_32_SL3_Senna_Gracia_WEB.pdf)> Acessado em: 14/09/2015 às 14:34h.

SILVA, Otto Marques. **A epopéia ignorada:** a pessoa deficiente na história do mundo de ontem e de hoje. São Paulo: CEDAS, 1987.

SILVA, Ademir Alves da. O Serviço Social na Previdência Social: entre a necessidade social e o benefício. *In.: BRAGA, Léa. CABRAL, Maria do Socorro.*

(orgs.). **O Serviço Social na Previdência:** trajetórias, projetos profissionais e saberes. 4. ed. São Paulo, Cortez, 2007.

SILVA, Alan Teles da. **Os desafios da avaliação social para o acesso ao BPC.** Monografia (Bacharelado em Serviço Social). Universidade de Brasília – UnB, Brasília, 2010. Disponível em: <[http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/1283/1/2010\\_AlanTelesSilva.pdf](http://bdm.bce.unb.br/bitstream/10483/1283/1/2010_AlanTelesSilva.pdf)> Acessado em: 10/08/2015 às 18:00h.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Previdência Social no Brasil:** (des)estruturação do trabalho e condições para sua universalização. São Paulo, Cortez, 2012.

SILVEIRA BUENO, J. G. **Educação especial brasileira:** integração/segregação do aluno diferente. São Paulo: EDUC, 1993.

SIMÕES, Carlos. **Curso de Direito do Serviço Social.** 4 ed. São Paulo: Cortez, 2010. (Biblioteca básica de Serviço Social, v. 3).

SPOSATI, A. O. et al. **A assistência na trajetória das políticas sociais brasileiras: uma questão em análise.** 5 ed. São Paulo: Cortez, 1992.

\_\_\_\_\_. Regulação social tardia: característica das políticas sociais latino-americanas na passagem entre o segundo e terceiro milênio. *In.:* **VII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública.** Lisboa, Portugal, 8-11 Oct. 2002.

\_\_\_\_\_. (org.). Benefício de Prestação Continuada com Mínimo Social. *IN:* **Proteção Social e Cidadania:** inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal. São Paulo: Cortez, 2004. p.125-246.

\_\_\_\_\_. Gestão pública intersetorial: sim ou não? Comentários de experiência. *In.:* **Serviço Social & Sociedade,** São Paulo, n. 85, p. 133-141, mar. 2006.

\_\_\_\_\_. A Assistência Social e a Trivialização dos Padrões de Reprodução Social. *IN.* **Os Direitos (dos desassistidos) sociais.** 6 ed. São Paulo: Cortez, 2008.

SOCHACZEVSKI, Jacques; TAVARES, Luzia Helena Galaxe de Lima. Suas, BPC e pessoas com deficiência: análise a partir de municípios fluminenses. *In.:* **SER Social,** Brasília, v. 15, n. 32, p. 141-165, jan./jun. 2013. Disponível em: <[http://periodicos.unb.br/index.php/SER\\_Social/article/view/8529](http://periodicos.unb.br/index.php/SER_Social/article/view/8529)> Acessado em: 15/08/2015 às 19:13.

VIANNA, Maria Lucia Teixeira Werneck. O silencioso desmonte da Seguridade Social no Brasil. *In: Política social e democracia*. BRAVO, M. I. S.; PEREIRA, P. A. P. (Org.). São Paulo: Cortez, 2001.

VITAL, Flavia Maria de Paiva. **População com Deficiência: Os Censos e seus Critérios no Brasil**, 2007. Disponível em: <<http://www.bengalalegal.com/censos>> Acessado em: 01/02/2016 às 20:50.

\_\_\_\_\_. **Em torno do conceito de política social: notas introdutórias**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <<http://www.ena.gov.br/downloads/ec43ea4fMariaLucia1.pdf>> Acessado em: 28/07/2015 às 10:26h.

YAZBEK, Maria Carmelita. Pobreza e exclusão social: expressão da questão social no Brasil. *In: Temporalis/ Associação Brasileira de Ensino e Pesquisa em Serviço Social*. Ano 2, nº 3, Brasília, 2001.

\_\_\_\_\_. As ambigüidades da Assistência Social brasileira após dez anos de LOAS. *In: Revista Serviço Social e Sociedade*. São Paulo, n. 77, 2006.

\_\_\_\_\_. Sistema de proteção social, Intersetorialidade e Integração de Políticas Sociais. *In: A intersectorialidade na agenda das políticas sociais*, Campinas (SP): Papel Social, 2014.

## APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS AGRÁRIAS, AMBIENTAIS E BIOLÓGICAS  
MESTRADO PROFISSIONAL EM GESTÃO DE POLÍTICAS PÚBLICAS E  
SEGURANÇA SOCIAL**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**DISCENTE:** ELINE PEIXOTO DE SANTANA

**ORIENTADOR:** Prof. Dr. Edilson Tavares de Araújo

**TÍTULO DA DISSERTAÇÃO:** BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC) PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM CRUZ DAS ALMAS-BA: uma análise sobre os desafios da intersetorialidade entre as políticas de Previdência e Assistência Social

#### **I PERFIL DO PROFISSIONAL**

- 1.1 Formação e experiência Profissional?
- 1.2 Há quantos anos trabalha nesta instituição?
- 1.3 Qual seu vínculo de trabalho?
- 1.4 Qual a sua carga horária de trabalho na instituição?

#### **II ANÁLISE DO TRABALHO PROFISSIONAL NA INSTITUIÇÃO**

- 2.1 O que é o BPC e o que significa para a política social no Brasil?
- 2.2 Para você o BPC se configura como um benefício da Política de Assistência Social ou Previdenciária?
- 2.3 Qual sua concepção sobre pessoa com deficiência?
- 2.4 Esta sua concepção está de acordo com a que prevalece para a concessão do direito ao BPC? Por quê?

2.5 Para você quais pessoas com deficiência tem direito de receber o BPC? Por quê?

2.6 O que você entende por incapacidade? Qual a relação com a deficiência?

2.7 Em média, quantas pessoas com deficiência e suas famílias requerem o BPC semanalmente, nesta instituição? Como estas pessoas chegam até o INSS?

2.8 Como se avalia a incapacidade para o trabalho e para a vida independente de um requerente do BPC para a pessoa com deficiência? Quais os procedimentos?

2.9 Qual a sua análise sobre os critérios de seletividade que regulam o BPC para pessoa com deficiência?

2.10 Fez algum tipo de treinamento, curso preparatório, proporcionado pela instituição para realizar os encaminhamentos, orientações, perícias ou concessões para lidar com o BPC para a pessoa com deficiência?

2.11 Na sua concepção todos os funcionários que lidam com o BPC para a pessoa com deficiência interpretam a incapacidade para o trabalho e para a vida independente do mesmo modo?

2.12 Como você avalia o questionário do INSS para a avaliação da incapacidade para o trabalho e para a vida independente utilizado com os requerentes do BPC pessoa com deficiência?

2.13 Para você existe parceria no trabalho entre os órgãos da Assistência Social do município e o INSS quanto ao trabalho cotidiano com o BPC pessoa com deficiência? Se sim, como se da a comunicação entre esses órgãos?

2.14 Você sabe se as pessoas com deficiência beneficiadas pelo BPC pessoa com deficiência estão sendo acompanhadas por algum programa disponibilizado pela Secretária de Assistência Social? Quais?

2.15 Você conhece o trabalho do CRAS e do CREAS com as pessoas com deficiência beneficiadas do BPC? Se sim, como é desenvolvido?

2.16 Ocorrem reuniões e/ou encontros entre os trabalhadores do INSS e com os da Política de Assistência Social para discutirem sobre o trabalho conjunto do BPC para pessoa com deficiência? Se sim, você participa?

2.17 Qual a sua análise sobre a operacionalização do BPC para a pessoa com deficiência ser realizada pelo INSS?

2.18 São indeferidos muitos BPC's para a pessoa com deficiência? Na sua visão por que acontece isso?

2.19 Quais os principais desafios na concessão do BPC?

2.20 Quando há o indeferimento da solicitação quais os procedimentos?

2.21 A revisão do BPC pessoa com deficiência está sendo realizada? Se sim, é realizada pelo INSS ou pelos órgãos gestores da Assistência Social?

2.22 Quais os desafios para a implementação do trabalho de parceria entre a Política de Assistência Social e a Previdência Social?

## APÊDICE B – TERMO DE ANUÊNCIA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

### TERMO DE ANUÊNCIA DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Cruz das Almas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015

Declaro, por meio desta, a anuência da \_\_\_\_\_ para a realização da pesquisa de mestrado intitulada “BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC) PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM CRUZ DAS ALMAS-BA: uma análise sobre os desafios da intersetorialidade entre as políticas de Previdência e Assistência Social” da discente Eline Peixoto de Santana do Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social, da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

Ratifico a necessidade do cumprimento da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, do aguardo do parecer a ser emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFRB para dá início a coleta de dados.

Por fim, afirmo que esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades enquanto coparticipante desta pesquisa.

Atenciosamente,

---

## **APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO (TCLE)**

Convidamos o (a) Sr (a) para participar da Pesquisa intitulada “BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC) PARA PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM CRUZ DAS ALMAS-BA: uma análise sobre os desafios da intersectorialidade entre as políticas de Previdência e Assistência Social” desenvolvida pela pós-graduanda Eline Peixoto de Santana, estudante do curso de Mestrado Profissional em Gestão de Políticas Públicas e Segurança Social da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB).

Esta pesquisa tem como objetivo analisar os desafios no processo de intersectorialidade das políticas de Assistência Social e Previdência Social para a efetividade do BPC para pessoa com deficiência no município de Cruz das Almas-BA.

Sua participação nesta pesquisa é voluntária e se dará por meio de entrevista semiestruturada, com uso do recurso de áudio gravação, para permitir uma transcrição fidedigna das falas, sendo que somente serão utilizadas na análise dos dados as falas previamente autorizadas.

Os riscos decorrentes de sua participação nesta pesquisa são: o desconforto por responder questões relacionadas ao seu ambiente de trabalho, a possibilidade de atrapalhar a realização de suas atividades laborais, a necessidade de disponibilização do seu tempo. Entretanto, como forma de minimizar/evitar tais riscos, algumas providências serão tomadas, a exemplo, da possibilidade de escolha de um ambiente privativo para realização da entrevista, definição de um tempo que não altere significativamente a sua rotina de trabalho e de um horário que lhe seja mais conveniente para agendamento da entrevista.

Esclarecemos que se V.Sa aceitar participar desta pesquisa estará contribuindo para a ampliação do conhecimento acadêmico nesta área e para ratificar a importância do trabalho intersectorial entre as políticas de Assistência Social e Previdência Social no que tange a operacionalização do BPC.

Se depois de consentir a sua participação o (a) Sr (a) desistir de continuar participando, tem o direito e a liberdade de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa.

Ressaltamos que o (a) Sr (a) não terá nenhuma despesa e também não receberá nenhuma remuneração por participar desta pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão analisados e publicados, mas sua identidade não será divulgada, sendo guardada em sigilo. Os dados coletados bem como os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido serão mantidos por um período de 05 (cinco) anos sob a responsabilidade da pesquisadora e do professor orientador Edgilson Tavares de Araújo. Após este período os materiais serão incinerados.

A dissertação será encaminhada para o email individual de cada participante e das instituições colaboradoras para que a produção teórica seja publicizada, como uma forma de retorno dos resultados. Pretende-se também após defesa realizar

uma apresentação pública, em cada instituição participante, para divulgar os resultados da pesquisa.

Para qualquer outra informação, o (a) Sr (a) poderá entrar em contato com a pesquisadora responsável através do telefone (75) 8125-6798 ou no e-mail [ellinepeixoto@hotmail.com](mailto:ellinepeixoto@hotmail.com). E também o orientador da pesquisa através do telefone (71) 9221-0566 ou no email [edgilson@gmail.com](mailto:edgilson@gmail.com). E para qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFRB, Endereço: Rua Rui Barbosa, 710, Centro, Cruz das Almas - BA, telefone: (75) 3621-6850, e-mail: [eticaempesquisa@ufrb.edu.br](mailto:eticaempesquisa@ufrb.edu.br).

---

Assinatura do participante

---

Assinatura da Pesquisadora Responsável

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.  
Local, Data

## **APÊNDICE D - ORIENTAÇÃO PARA PRODUÇÃO DE UM PLANO DE TRABALHO INTERSETORIAL LOCAL.**

### **ORIENTAÇÃO PARA PRODUÇÃO DE UM PLANO DE TRABALHO INTERSETORIAL LOCAL**

O Plano de Trabalho Intersetorial Local, é uma proposta para desenvolver as articulações entre a Rede de Proteção Social Básica do SUAS e a Agência da Previdência Social (APS) de Cruz das Almas-BA, articulando saberes e práticas no trabalho com o Benefício de Prestação Continuada (BPC) para pessoas com deficiência.

O que se propõe com o desenvolvimento do Plano de Trabalho Intersetorial não é a superação da setorialidade, pelo contrário, é valioso o saber de cada Política. O que se defende é a consolidação da necessária articulação e complementaridade entre a Assistência Social e Previdência para um tratamento integral com o BPC, portando, uma visão mais totalizante requer o envolvimento de diferentes contribuições.

Nesta perspectiva, a intersectorialidade deve ser desenvolvida como um arranjo complementar da setorialidade, o qual sozinho não é capaz de responder as demandas em decorrências de suas limitações. Por isso, o objetivo da presente Orientação para produção de um Plano de Trabalho Intersetorial Local é organizar as ações estratégicas para eliminar as barreiras e desenvolver conjuntamente ações que prime pelo trabalho intersectorial.

Para tanto sugere, inicialmente, reuniões entre os gestores municipais, Secretário (a) da Assistência Social e Gerente da APS, intencionando:

- Criar os primeiros contatos e fortalecer os vínculos;
- Identificar as óbices para o desenvolvimento do trabalho intersectorial;
- Realizar estudos e desenvolver estratégias para superação destas barreiras;
- Traçar um de Plano de Trabalho Intersetorial Local;

No Plano de Trabalho Intersetorial será privilegiado ações que primem pela articulação em âmbito local com participação efetiva dos sujeitos envolvidos na gestão e operacionalização do BPC para pessoa com deficiência.

Sugere-se que o Plano de Trabalho Intersetorial Local construído conjuntamente seja estruturado na forma de cronograma, organizado por datas, temas e locais dos encontros. Em que trimestralmente sejam realizadas reuniões com todos os servidores que lidam cotidianamente com o BPC para pessoa com deficiência.

Este Plano deve assinalar algumas diretrizes fundamentais para a implementação das ações:

1- O foco central da atuação deve ser a articulação das Políticas de Assistência Social e Previdência, reconhecendo a importância do trabalho conjunto no trato com BPC para pessoa com deficiência;

2- O princípio básico de todas as ações do Plano deve ser norteado pela garantia do direito ao benefício;

3- As ações do Plano devem ser realizadas dentro de um processo conjunto e sistemático promotoras da intersetorialidade;

4- O Plano deve ser acompanhado e avaliado desde o início de sua implantação, para que o seu monitoramento garanta a factibilidade das propostas, correção de rumos e sua continuidade.

Proposta de ações:

O Plano de Trabalho Intersetorial Local adota algumas prioridades e é datado para um ano, etapa durante a qual o seu monitoramento indicará os passos subsequentes a serem trilhados. As prioridades de ação estão descritas por quatro dimensões temáticas, as quais serão privilegiadas nas reuniões, e prima pela capacitação no sentido de empoderar os sujeitos envolvidos:

- 1- Intersetorialidade
- 2- Assistência Social e Previdência Social
- 3- Pessoa com deficiência
- 4- BPC para pessoa com deficiência

<b>Temática</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Ações</b>	<b>Responsáveis*</b>
<b>Intersetorialidade</b>	Debater sobre o que é e como se desenvolve o trabalho intersetorial em políticas públicas distintas; pontuando sua magnitude na resolução de problemas sociais complexos.	Reunião com os funcionários do CRAS, STAS e APS.	Rede SUAS e APS
<b>Assistência Social e Previdência Social</b>	Demonstrar a importância de cada Política e sua relevância para o BPC; privilegiando os fatores históricos e a construção coletiva do direito em acessá-las.	Reunião com os funcionários do CRAS, STAS e APS.	Rede SUAS e APS
<b>Pessoa com deficiência</b>	Discutir sobre o processo histórico que envolveu as pessoas com deficiência, e evidenciar o protagonismo desse segmento na luta pela garantia de seus direitos.	Reunião com os funcionários do CRAS, STAS e APS.	Rede SUAS e APS
<b>BPC para pessoa com deficiência</b>	Refletir sobre o BPC, seus paradigmas, avanços e desafios para a garantia do direito para as pessoas com deficiência. Demonstrando a importância do trabalho intersetorial, entre Previdência e Assistência Social, na reafirmação deste direito constitucional.	Reunião com os funcionários do CRAS, STAS e APS.	Rede SUAS e APS

\*Os responsáveis deverão ser formados por comissão diferente para cada eixo temático, envolvendo funcionários das duas Políticas, em que cada comissão será responsável pela organização e condução da temática.

O debate dialogado em torno dessas dimensões deve ser norteado pelo seguinte questionamento:

Como articular as ações que primem pela intersetorialidade entre a Rede de Proteção Social Básica do SUAS e a APS de Cruz das Almas para melhorar a

promoção do acesso ao BPC, a qualidade de vida das pessoas com deficiência e sua inclusão social de forma integral?

A partir dessa reflexão serão pontuadas as possíveis formas de se desenvolver um novo trabalho mais articulado e coeso, tendo como premissa basilar o direito da pessoa com deficiência de ter garantido o benefício e poder acessar uma rede integral de serviços que lhes proporcione uma melhoria na qualidade de vida, com ações promotoras de integração social.