

Análise dos modelos de avaliação de requerentes ao benefício de prestação continuada: 2006 a 2012

Miriam Cláudia Spada Bim

Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)

Manoela de Carvalho

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste)

Neide Tiemi Murofuse

Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste)

Análise dos modelos de avaliação de requerentes ao benefício de prestação continuada: 2006 a 2012

Resumo: Este estudo apresenta uma análise dos resultados do processo de avaliação da pessoa com deficiência (PcD), requerentes do Benefício de Prestação Continuada (BPC), baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) a partir da caracterização dos requerentes deste benefício quanto às incapacidades diagnosticadas. Entre os 1404 requerimentos de BPC, arquivados na Agência da Previdência Social (APS) de Assis Chateaubriand, Paraná, foram analisadas as doenças e ou deficiências agrupadas de acordo com os diagnósticos médicos (CID-10) e os desfechos dos processos obtidos no período entre maio de 2006 e abril de 2009, antes da alteração na legislação, e o período de maio de 2009 a abril de 2012, após a instituição da avaliação social baseado na CIF. Houve ampliação de requerimentos indeferidos após a implantação do modelo de avaliação em 2007 (59,65%). Conclui-se que as alterações legais que define o atual modelo de avaliação médica e social da incapacidade não impactaram positivamente na ampliação dos direitos sociais, mantendo o BPC focalista e seletivo.

Palavras-chave: Política social. Processo saúde e doença. Benefício de Prestação Continuada. Avaliação social e médico-pericial.

Analysis of Models for Evaluating People Requesting Continued Payment Benefits

Abstract: This article presents an analysis of the results of the evaluation of people with disabilities who request Continued Payment Benefits, based on the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) according to the characterization of the requests for this benefit in terms of diagnosis of disability. Among the 1,404 requests for the benefit filed at Social Security Agency of the municipality of Assis Chateaubriand, Paraná State, the illnesses and disabilities were analyzed and grouped according to medical diagnoses (CID-10). The study also reviewed the conclusions of the processes filed from May 2006 - April 2009, before the change in the law and for the period from May 2009 to April 2012, after the institution of the social evaluation based on the ICF. The number of requests denied increased after the implementation of the evaluation model in 2007 (59.65%). It was concluded that the legal alterations that define the current model of medical and social evaluation of incapacity do not have a positive impact on the expansion of social rights, and the Continued Payment Benefit continues to be highly focused and selective.

Keywords: Social Policy. Health and illness. Continued Payment Benefit. Social and medical evaluation.

Recebido em 16.08.2014. Aprovado em 20.02.2015.

Introdução

O Benefício de Prestação Continuada (BPC) se caracteriza pela transferência monetária mensal no valor de um salário mínimo às pessoas com deficiência (PcD), consideradas incapacitadas para a vida independente e para o trabalho e às pessoas acima de 65 anos de idade cuja renda familiar mensal *per capita* seja inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo (BRASIL, 1993). Não é condicionada a contrapartida ou contribuições prévias para o sistema de seguridade social. Trata-se de medida de proteção social para pessoas idosas e às PcD, em face de vulnerabilidades decorrentes da velhice e da deficiência agravadas pela insuficiência de renda, assegurando-lhes o sustento e favorecendo o acesso às políticas sociais e a outras aquisições, bem como a superação das desvantagens sociais enfrentadas e a conquista de sua autonomia (BRASIL, 2007b).

Ainda que se trate de um benefício individual, não vitalício e intransferível, possui um impacto familiar e social. Em dezembro de 2013, o BPC atendia, em todo o Brasil, 3.964.192 de pessoas, sendo que 2.141.846 eram de PcDs e 1.822.346 eram de pessoas acima de 65 anos (BRASIL, 2013a). Este benefício destaca-se como o programa na área social de maior desembolso do governo federal, alcançando, em valor corrente, o patamar de R\$ 31,3 bilhões em 2013 (0,65% do PIB), e para este ano estima-se um orçamento de R\$ 34,6 bilhões (0,66% do PIB), mais de 40% acima dos R\$ 24,5 bilhões (0,47% do PIB) que o Programa Bolsa Família (PBF) repassará em 2014, apesar de o PBF configurar como o programa social de maior cobertura (13,5 milhões de famílias, cerca de 50 milhões de pessoas) (BRASIL, 2013b; BRASIL, 2013c). Entretanto, os critérios para acessá-lo são considerados bastantes excludentes, pois as PcDs precisam comprovar, além da condição de pobreza, a incapacidade para a vida independente e para o trabalho.

Ivo e Silva (2011) chamam a atenção para a presença de duas posições distintas: uma orientada pelo princípio de restrição do gasto social e outra que ressalta a importância do BPC para a efetivação do princípio da segurança de renda, no campo do direito à proteção social. Alertam, ainda, sobre a necessidade de se ampliar a discussão sobre o BPC, confrontando-se o que está previsto na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS) e nos decretos posteriores, com o que postula a Constituição Federal de 1988 (CF/88). Nesta perspectiva, os autores pontuam a necessidade de estudos, especialmente no caso das PcD, no sentido de compreender em que medida as alterações conceituais promovidas pelo Decreto n. 6.214/2007, que incluiu a dimensão social na avaliação do BPC da PcD, estão contribuindo para ampliar o acesso ao benefício.

Neste artigo, o objetivo é analisar os resultados do processo de avaliação baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), a partir da caracterização dos problemas de saúde apresentados pelos requerentes do BPC para pessoas com deficiências (PcD), e dos benefícios deferidos e indeferidos antes e depois da alteração do modelo de avaliação.

1 Avaliação social da pessoa com deficiência para inclusão no Benefício de Prestação Continuada: reflexões à luz de uma perspectiva crítica

O BPC institucionalizou-se com a CF/88 como política de proteção social básica e encontra-se integrado ao sistema de seguridade social. A proteção social é um conceito amplo e surge no Brasil em meados do século 20, para significar as formas institucionalizadas que as sociedades constituem para proteger o conjunto da população que se encontra subordinada aos interesses econômicos e políticos: “como um mecanismo que o Estado utiliza para interferir no controle das contradições, que a relação capital-trabalho gera no campo da reprodução e reposição da força de trabalho, cumprindo uma função ideológica na busca do consenso e garantindo a relação dominação-subalternidade e, intrinsecamente a esta, a função de alívio neutralizando as tensões existentes nesta relação” (SPOSATI *et al.*, 1987, p. 33-34).

O BPC é, atualmente, a única provisão que concretamente foi traduzida como política social não contributiva de responsabilidade do Estado e que afirmou o direito à assistência social. Um dos aspectos polêmicos do processo avaliativo dos requerimentos do BPC é a caracterização da PcD para fins de comprovação da sua incapacidade para a vida independente e para o trabalho, exigência para receber o benefício. Esta confirmação está condicionada aos valores e compreensões diversas dos profissionais de saúde envolvidos com o diagnóstico a respeito do que é “ser-saudável” ou “ser-doente”, “ser-dependente” ou “ser-independente”, especialmente quando se trata de pessoas com alguma deficiência física ou mental.

De sua implantação, em 1996, até o ano de 2009, foram várias as formas de avaliação da incapacidade da PcD para acessar o BPC. A atual prática de avaliação realizada pelo INSS, desde maio de 2009, está respaldada em Decreto Federal de 2007, o qual prevê, entre outras questões, que o acesso ao BPC deve ser efetuado após a Avaliação Médica e Social, baseada na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). A avaliação social inclui o ambiente social (relação de convívio familiar, comunitário e

social) considerando a acessibilidade às políticas públicas, a vulnerabilidade e o risco pessoal e social em que a PcD está submetida e, o ambiente físico (território onde vive e as condições de vida presentes), ponderando a acessibilidade, salubridade ou insalubridade. A avaliação médico-pericial analisará as deficiências existentes na função do corpo e o impacto no desempenho da atividade e na participação do requerente (BRASIL, 2007b).

Os instrumentos utilizados em ambas as avaliações contêm qualificadores, códigos especificadores da extensão ou da magnitude do comprometimento da funcionalidade, da extensão ou magnitude da dificuldade no desempenho de uma atividade e tarefa, e da extensão na qual um fator ambiental se constitui em uma barreira à PcD. O qualificador para deficiência, dificuldade ou barreira variará de: nenhuma à extrema limitação, classificados em escala ordinal de 0 a 4 pontos (nenhuma=0, leve=1, moderada=2, grave=3 ou completa=4). Para concluir, se o requerente preenche ou não os requisitos legais, ou seja, se apresenta evidências de incapacidade para a vida independente e para o trabalho, então serão consideradas as informações da avaliação social e médico-pericial, em intervalos quantitativos (em percentual), as quais denotarão a extensão de deficiência das funções do corpo, da dificuldade das atividades e participação e das barreiras dos fatores ambientais (BRASIL, 2007b).

Neste estudo pretende-se instigar a reflexão de que a atual prática de avaliação, especialmente da quantificação do impacto da deficiência na vida dos requerentes, apoia-se no modelo multicausal de compreensão do processo saúde-doença, para o qual vários fatores (biológicos, psicológicos e sociais) contribuiriam com igual peso para explicar o adoecimento. Ainda, indicar a insuficiência deste referencial teórico-conceitual para definir a incapacidade destes sujeitos, uma vez que em contextos sociais específicos, os fatores biológicos e/ou psicológicos podem impactar de modo igualmente específico a vida do requerente.

Além da compreensão do processo saúde-doença, as práticas profissionais, no contexto da seguridade social, estão condicionadas pelas definições políticas acerca da intervenção do Estado na sociedade. A partir da década de 1990, os princípios da saúde coletiva estão cada vez mais ameaçados pela lógica de mercado e pelas restrições nas políticas sociais justificadas pela ideia de que haveria um desequilíbrio entre os direitos inscritos em lei e a capacidade financeira do Estado em atendê-las. Como efeito, o Estado tem atuado mais como um regulador do mercado e transferido para a sociedade civil a responsabilidade de prover o bem-estar social coletivo. Nessa perspectiva, responsabilizar o indivíduo pela sua saúde tem sido a estratégia para reduzir a pressão exercida sobre o poder público, ao mesmo tempo em que neutraliza conflitos sociais e associa comportamentos saudáveis a mercadorias passíveis de consumo individual, conforme discussão adiante.

2 Metodologia

Trata-se de estudo documental desenvolvido na Agência da Previdência Social (APS), do município de Assis Chateaubriand, Paraná. Os dados foram obtidos por meio de consultas *on line* em quatro sistemas e programas do INSS, entre eles: Sistema Único de Informações de Benefícios (SUIBE), Sistema de Administração de Benefícios por Incapacidade (SABI), Sistema de Avaliação do Benefício de Prestação Continuada para pessoa com deficiência (SIAVBPC), Cadastro Nacional de Informações Sociais – Pessoa Física (CNISPF). Além disso, procedeu-se à consulta manual dos processos arquivados na APS de Assis Chateaubriand. Foram analisados 1.404 requerimentos de BPC para PcD que acessaram a APS de Assis Chateaubriand, no período de maio de 2006 a abril de 2012.

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva simples e os resultados tabulados, apresentando-se a distribuição da frequência absoluta e relativa. Foram comparados os resultados quanto aos desfechos dos processos obtidos nos períodos entre os meses de maio de 2006 e abril de 2009, antes da alteração na legislação, e o período de maio de 2009 a abril de 2012, após a instituição da avaliação social baseada na CIF, conforme Decreto n. 6.214/2007. As doenças, incapacidades e/ou deficiências foram agrupadas de acordo com os diagnósticos médicos segundo a Classificação Estatística Internacional de Doenças e problemas relacionados à saúde, décima revisão (CID-10) (OMS, 2000). A pesquisa obedeceu às exigências da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde e foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisas com seres humanos da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, campus de Cascavel, com o Parecer n. 041 de 26/04/2012.

3 Resultados e discussão

3.1 Situação de concessão de benefício

Do total de 1.404 requerimentos de BPC para PcD, o número de benefícios deferidos (43,85%) no primeiro período foi maior em relação ao segundo período (40,34%) e, inversamente, os indeferidos, menores

no primeiro período (56,14%) em relação ao segundo período (59,65%). Esses achados não estão em consonância com os resultados obtidos em nível nacional, em que o índice de concessão foi maior (63,17%), com a utilização do novo instrumento de avaliação do BPC baseado na CIF, enquanto o modelo anterior apresentava um percentual de 54,06% de deferimentos (BRASIL, 2007b). Da mesma forma a análise dos despachos dos requerimentos de BPC à pessoa com deficiência, concentrada nos períodos anterior e posterior à implantação do novo modelo, registrou aumento significativo no número de concessões do benefício (atingindo 26,5%, acompanhado de um decréscimo de 11,91% nos indeferimentos), sendo esta tendência de crescimento da concessão do benefício observada em quase todos os Estados do Brasil, excetuados apenas os Estados do Amapá e de Tocantins, com diminuição nos índices de deferimento (BRASIL, 2010).

Cintra (2010), em pesquisa realizada na APS de Taguatinga (DF) para verificar se o acesso ao BPC destinado a PcD havia sido ampliado após a aplicação do novo modelo de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade, revelou uma dimensão mais concessória do novo modelo, constatando aumento de 9% no acesso de PcD ao BPC, no período compreendido entre junho de 2009 a fevereiro de 2010, em comparação com o período de junho de 2008 a fevereiro de 2009. Houve, também, uma redução de 10% no número de benefícios indeferidos no mesmo período.

Flores (2010), da mesma forma, realizou pesquisa comparativa entre o período de julho de 2008 a janeiro de 2009 e janeiro a julho de 2010, na Gerência Executiva do INSS, do Distrito Federal, e verificou aumento percentual de 14% na concessão do BPC.

Os resultados encontrados no presente estudo destoam das indicações de crescimento nas concessões de benefícios. A comparação entre os períodos sinaliza um acréscimo de 18,35% na quantidade protocolada no segundo período sem implicar em ampliação de acesso à concessão, mas na restrição evidenciada no decréscimo de 8% nos deferimentos e acréscimo de 6,25% nos indeferimentos no período analisado. Portanto, são resultados que apontam para a não ampliação do acesso ao reconhecimento desse direito, ao menos no município campo desta pesquisa, com o uso do modelo de avaliação baseado na CIF, como já foi assinalado por Santos (2010), ao considerar que a adoção da CIF, embora possa representar um avanço, não alterou os parâmetros da incapacidade para o trabalho e para a vida independente, assinalados na LOAS.

Os dois critérios presentes no Decreto n. 6.214/07, artigo 4º, designam a PcD, aquela “cuja deficiência a incapacita para a vida independente e para o trabalho” (BRASIL, 2007a). Por incapacidade entende-se “um fenômeno multidimensional que abrange limitação de desempenho de atividade e restrição da participação, com redução efetiva e acentuada da capacidade de inclusão social, em correspondência à interação entre pessoa com deficiência e seu ambiente físico e social” (BRASIL, 2007a). O texto legal é um reflexo da visão hegemônica, segundo a qual o entendimento ainda recai sobre os determinantes do processo saúde-doença, não apresentando as *iniquidades em saúde como produto das desigualdades sociais, isentando o Estado de qualquer responsabilidade no sentido de superá-las*.

Diante da imposição da Previdência Social de rígidos critérios na concessão do BPC e dos obstáculos criados pela burocracia, que acabam resultando em impedimento para conseguir o benefício, recorre-se à justiça para reclamar um direito. Esta condição foi identificada entre os requerimentos analisados no presente estudo, sendo que 77,76% dos benefícios foram concedidos via administrativa e 5,60% por concessão judiciária. Dentre os benefícios deferidos via judicial, 90,90% ocorreram no período anterior ao processo de avaliação implantado por meio do Decreto n. 6.214/07, e 9,09% no período posterior à implantação da atual avaliação, o que apontou para um decréscimo na taxa de concessão judicial de 90%.

A taxa de crescimento dos benefícios deferidos administrativamente foi de 79,26%, no período posterior à implantação do Decreto n. 6.214/2007, porém insuficiente para eliminar os litígios judiciais. Considerando a morosidade da justiça e o período analisado que foi de três anos, ressalva-se que pode haver outros processos ainda em análise pelo judiciário que não foram incluídos no presente estudo.

Sem contrariar a tendência de judicialização das políticas públicas, o campo específico da Seguridade Social tem sido alvo das mais diversas ações judiciais e o BPC, como parte integrante desse sistema, também alvo das ações civis públicas (ACP) e outros instrumentos processuais, que em muitos casos têm-se traduzido em garantia de acesso aos direitos sociais (PENALVA *et al.*, 2010; SILVA, 2012).

Penalva *et al.* (2010), ao discutirem a judicialização do BPC, entendem que a partir da CF/88, o campo da assistência social se deslocou do âmbito de uma regulamentação moral para o campo do direito socioassistencial, o que permitiu o acionamento judicial quando o cidadão sente-se prejudicado em seu direito. Embora as demandas judiciais sejam um canal legítimo de defesa dos direitos fundamentais dos indivíduos, na medida em que o Estado não implementa de maneira adequada as políticas públicas, é necessário destacar que reconhecer direito, caso a caso, não parece ser a melhor solução do ponto de vista da equidade social. Como já abordado por Chieffi e Barata (2009), Penalva *et al.* (2010) e Silva (2012), os direitos sociais devem ser realizados coletivamente, a fim de que haja acesso igualitário e universal dos indivíduos aos benefícios oferecidos pelas políticas públicas.

3.2 Diagnósticos médicos dos requerentes do BPC

Os diagnósticos médicos das incapacidades dos requerentes de BPC para pessoas com deficiência, na APS de Assis Chateaubriand, totalizaram 19 grupos da CID-10, conforme apresentado na Tabela 1.

Tabela 1 – Distribuição dos requerimentos deferidos e indeferidos de BPC para PcD, segundo diagnósticos médicos e período – Assis Chateaubriand-PR, 2013

DIAGNÓSTICO MÉDICO	Antes ¹			Depois ¹			TOTAL	
	D	I	Subtotal	D	I	Subtotal	N	%
Doenças do Sistema Osteomuscular	28	46	74	56	139	195	269	19,16
Transtornos Mentais e Comportamentais	86	24	110	84	72	156	266	8,95
Doenças do Aparelho Circulatório	37	24	61	43	32	75	136	9,69
Doenças do Sistema Nervoso	16	22	38	25	37	62	100	7,12
Lesões, envenenamentos e causas externas	17	10	27	17	28	45	72	5,13
Neoplasias (tumores)	15	4	19	23	18	41	60	4,27
Doenças infecciosas e parasitárias	18	5	23	10	13	23	46	3,28
Doenças dos olhos e anexos	10	10	20	7	12	19	39	2,78
Doenças do Aparelho Digestivo	2	7	9	8	21	29	38	2,71
Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	3	4	7	9	17	26	33	2,35
Doenças do Aparelho Respiratório	5	2	7	6	5	11	18	1,28
Doenças do ouvido e da apófise mastóide	3	2	5	5	5	10	15	1,07
Doenças do Aparelho Geniturinário	4	3	7	-	5	5	12	0,85
Malformações congênitas	5	2	7	3	2	5	12	0,85
Doenças da pele e tecido subcutâneo	2	2	4	1	6	7	11	0,78
Causas externas de morbidade e mortalidade	-	-	-	6	1	7	7	0,50
Doenças do sangue e dos órgãos hematopoiéticos	-	1	1	2	2	4	5	0,36
Gravidez, parto e puerpério	-	-	-	-	2	2	2	0,14
Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos	-	-	-	-	2	2	2	0,14
Não realizou perícia médica ²	-	145	145	-	28	28	173	12,32
Sem informação ³	31	48	79	2	7	9	88	6,27
Total	282	361	643	307	454	761	1404	100,00

Fonte: SUIBE, SABIINSS. Elaboração Própria.

D: Deferido. I: Indeferido. N: número. %: percentagem.

(1): Antes: maio de 2006 a abril de 2009; Depois: maio de 2009 a abril de 2012.

(2): indeferidos sem realizar perícia médica, por não cumprir as exigências ou não comparecimento.

(3): corresponde à concessão via judicial ou quando foi deferido na APS de Assis Chateaubriand, mas transferido para outra agência e, neste caso, fica o registro na APS de origem, mas não se tem mais acesso aos dados do benefício.

De 2006 a 2012, os diagnósticos mais frequentes foram por Doenças do Sistema Osteomuscular (DSOM), (19,15%); por Transtornos Mentais e Comportamentais (TMC), (18,94%) e por Doenças do Aparelho Circulatório (DAC), (9,68%), totalizando 47,77% dos diagnósticos médicos atribuídos às PcD requerentes do BPC. Algumas alterações foram observadas entre os períodos investigados. Enquanto os transtornos mentais e comportamentais (17,10%) ocuparam o primeiro lugar nos diagnósticos médicos entre 2006 a 2009, as Doenças do Sistema Osteomuscular (25,62%), ocuparam o primeiro lugar no período de 2009 a 2012, sendo que, para os benefícios deferidos, predominaram, nos dois períodos, os requerimentos por TMC. Para os indeferidos, o maior número de requerimentos, também nos dois períodos, ocorreu por DSOM.

Constata-se que os requerentes do BPC analisados no presente estudo apresentaram problemas de saúde que também tem acometido parcela significativa dos trabalhadores de diversos setores da economia. Ressalvado a diferença existente entre o BPC e os trabalhadores beneficiários da Previdência Social brasileira, para o reconhecimento das doenças e ou deficiências destaca-se a situação do primeiro grupo que é constituído por pessoas pobres e portadoras de deficiência requerendo a proteção social.

Os três grupos de doenças (TMC, DSOM e DAC) têm sido tratados como verdadeiras epidemias na atualidade em razão do crescente número de pessoas acometidas e estão na agenda de prioridades da maioria dos países pelo seu impacto na mortalidade, na morbidade e nos custos decorrentes da assistência médica. No Brasil, estudos indicam que as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) constituem o problema de saúde de maior magnitude, atingindo fortemente camadas pobres da população e grupos vulneráveis, correspondendo a 72% das causas de mortes e de 75% dos gastos com atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) (ELSA Brasil, 2009).

Os municípios que compõem a rede de atendimento da APS de Assis Chateaubriand são de pequeno porte, situados na região oeste do Paraná, essencialmente agrícola e sem grandes indústrias. Parcela significativa da população agrícola não tem capacidade contributiva comparável à da população urbana, muitas vezes com dificuldade de comprovar a contribuição por produzir para a subsistência dentro ou fora do âmbito da propriedade e apresentam dificuldade de inclusão em sistemas contributivos. A dificuldade histórica dos trabalhadores em geral e, em especial os trabalhadores rurais, em acessar os direitos relativos à Seguridade Social, e a desigualdade, tanto qualitativa quanto quantitativa, dos benefícios destinados aos trabalhadores urbanos e rurais, tem contribuído para conservação das precárias condições de saúde e de vida do trabalhador e sua família (SCHLINDWEIN, 2011). Isto faz com que muitos trabalhadores rurais idosos ou com deficiência, doença e/ou incapacidade, recorram ao BPC.

A comparação entre os períodos sinaliza um acréscimo de 18,35% na quantidade protocolada no segundo período sem implicar em ampliação de acesso à concessão, mas na restrição evidenciada no decréscimo de 8% nos deferimentos e acréscimo de 6,25% nos indeferimentos no período analisado.

3.3 Situação das maiores ocorrências de incapacidade e perfil dos requerentes do BPC

A análise dos achados mais significativos permitiu constatar que as DSOM (19,16%) e os TMC (18,95%) foram as doenças ou agravos de saúde que lideraram a relação dos motivos de requerimentos de BPC para PcD, equivalendo a 38,10% do universo estudado.

Em relação à faixa etária, no primeiro período, constata-se que os TMC apresentaram maior ocorrência (86 dos deferimentos) entre os beneficiários com 20 a 60 anos de idade. No entanto, proporcionalmente, as DSOM (28 deferimentos) foram prevalentes na faixa etária de 61-65 anos. Nos requerimentos indeferidos do primeiro período, destacaram-se as causas por DSOM (46) nas faixas etárias de 31 a 65 anos e os TMC para a faixa etária de 20 a 30 anos. No segundo período, o maior número de benefícios concedidos foi para as pessoas com TMC, especialmente nas faixas etárias de 20 a 50 anos de idade (84) e as DSOM (56) nas faixas etárias de 51 a 65 anos. Nos indeferimentos do segundo período, predominaram as DSOM (139) nas faixas etárias de 41 a 65 anos e os TMC (72) para as faixas etárias de 20 a 40 anos de idade. O que difere do primeiro para o segundo período é o maior número de benefícios concedidos para DSOM na faixa etária de 51 a 60 anos e de indeferimentos para os TMC na faixa etária de 31 a 40 anos.

Quanto ao sexo não houve alteração para ambos os sexos nos períodos analisados, com maior número de deferimentos para os casos de TMC (com 16,97% para o feminino e 11,88% para o masculino) e de indeferimentos para as DSOM (9,33% para o masculino e 13,61% para o feminino). Ao comparar a ocorrência de DSOM e TMC com o grau de escolaridade dos requerentes de BPC, para os dois períodos, tanto nos benefícios deferidos como nos indeferidos, prevaleceu o ensino fundamental incompleto. Em relação à renda, houve diferencial para as DSOM em que a maioria dos deferimentos do primeiro período, possuía renda *per capita* familiar superior ou igual a $\frac{1}{4}$ de salário mínimo, o que contraria a legislação vigente, pois nestes casos os benefícios deveriam ter sido indeferidos. Para todos os outros grupos (indeferidos antes; deferidos e indeferidos depois), tanto nas DSOM como nos TMC, a maioria dos requerentes declarou não possuir renda.

Os resultados demonstram que não houve diferença significativa entre as avaliações que eram realizadas antes de instituído o modelo de avaliação baseados na CIF com o que vem sendo desenvolvido depois. Ao comparar os motivos dos indeferimentos, constatou-se que, no período anterior ao decreto, a maioria (58,17%) ocorreu por parecer contrário da perícia médica e, no período posterior, a maioria (64,09%), por deficiência temporária e ausência de incapacidade para vida independente e para o trabalho.

Os resultados obtidos indicam ainda que a incorporação da avaliação social, na análise do BPC, segue um padrão bastante rígido, o que a torna em mais um instrumento burocrático, ao invés de contemplar as questões sociais que envolvem a vida dos requerentes. A prática do processo de avaliação não prevê um momento de interação/diálogo entre os profissionais (médico e assistente social) para decidir a pontuação dos qualificadores, pois ao final da avaliação médico-pericial, o próprio sistema operacional conclui o laudo, por meio de uma Tabela de Combinações, que presume os possíveis resultados da avaliação dos três componentes (funções do corpo, atividades e participação e fatores ambientais) e informa sobre o deferimento ou indeferimento. Desta forma, o atual modelo de avaliação da PcD que requer o BPC, está determinado por uma lógica hegemônica de entender a saúde e a doença e de definir a atuação do Estado na garantia de políticas de proteção social cada vez mais restritiva e seletiva.

A concepção restrita da quantificação do comprometimento físico-corporal e seu impacto nas atividades e tarefas da pessoa aproxima-se da compreensão tradicional e hegemônica, a abordagem da multicausalidade, do conceito de saúde-doença em que um determinado efeito estaria relacionado a uma pluralidade de fatores numa concepção aditiva da causalidade dos processos de desgaste da saúde. Este modelo multicausal do processo saúde-doença, ao identificar inúmeros fatores envolvidos no processo de adoecimento, não define os pesos de determinação entre eles e torna-se insuficiente na determinação da sua gênese e, conseqüentemente, também impossibilita a implementação de ações preventivas eficazes.

Para Teixeira (2009), não se trata de negar a determinação biológica das condições de saúde, mas de precisar o seu peso em face dos determinantes comportamentais e sociais. Diante da insuficiência do modelo multicausal do processo saúde-doença em proporcionar uma visão da totalidade deste processo, a partir da segunda metade do século 20 vários cientistas sociais e do campo da saúde, especialmente na América Latina, criticaram esta visão positivista da saúde, fragmentada e ainda centrada na doença, e construíram uma nova explicação para o processo saúde-doença entendido como um conceito ampliado de saúde. De acordo com Batistella (2007), a ideia de um conceito ampliado de saúde, hoje também entendido como saúde coletiva, resultou de intensa mobilização entre os diversos países da América Latina durante as décadas de 1970 e 1980, como resposta aos regimes autoritários e à crise dos sistemas públicos de saúde. Conforme explicita Breilh (2010, p. 107), este conceito entende o adoecer como articulados aos condicionantes econômicos, históricos e sociais, levando-se em consideração no processo saúde-doença, além dos aspectos anatômicos e fisiológicos, as inter-relações sociológicas:

los problemas de salud no se reducen apenas a la enfermedad y la prevención como fenómenos individuales (...). El primer paso para poder comprender la salud desde una perspectiva integral es romper con la hegemonía de esas nociones biomédicas y la lógica liberal de la práctica convencional.

Sob a ótica da determinação social da vida e da saúde, os indivíduos fazem escolhas em uma margem muito restrita de condições, impostas por um modelo econômico específico que possibilita às grandes corporações da agroindústria, mineração e finanças definirem as circunstâncias nas quais os indivíduos trabalham e, por conseguinte, consomem os bens necessários à manutenção da vida. Nesse sentido, a acelerada acumulação de capital nessa grande lógica da sociedade, pressiona os rendimentos dos trabalhadores e impõe relações precarizadas em um ambiente degradado de trabalho, utilizando tecnologias que na maioria das vezes não estão a serviço da saúde destes trabalhadores mas, sim, para o aumento da produtividade a custos da saúde coletiva (BREILH, 2011). Para Albuquerque (2009), essa seria a essência da ideia da determinação social da saúde e da doença: a saúde e a doença ocorrem de modo diverso nas distintas sociedades, nas diferentes classes e estratos de classes sociais, apesar das semelhanças biológicas entre os corpos dos seres humanos que as compõem. A vida humana é determinada socialmente em todas as suas dimensões, inclusive a da saúde. A forma como se organiza a produção da vida em sociedade determina diferentes modos de viver, adoecer e morrer, para diferentes grupos sociais.

Essa ressalva é necessária, pois no âmbito da previdência social brasileira não se revela nenhum protagonismo de ações de prevenção de doenças e/ou promoção de saúde que corresponda à intervenção sobre fatores extrabiológicos. Ao contrário, observa-se, de acordo com Pinto Junior, Braga e Roselli-Cruz (2012), uma hegemonia do discurso multicausal em que a lógica de atribuição de culpa confere ao trabalhador a responsabilidade pelo adoecimento do qual, na realidade, ele é vítima. São estas práticas que comumente norteiam as ações e os serviços de perícia médica realizado nas instituições públicas:

A análise do processo de trabalho dos peritos do INSS segue os paradigmas da Medicina do Trabalho, que postula a adaptação física e mental dos trabalhadores aos postos de trabalho ou tarefas, através de exames de seleção e de atividades 'educativas', restritos aos conhecimentos e práticas da Ciência Médica. No

âmbito da Perícia Previdenciária, tal situação é evidenciada pela insensibilidade para lidar com questões socioambientais, culturais, econômicas, políticas e trabalhistas interferentes no processo saúde-doença-incapacidade, além da dificuldade de apropriação de estudos epidemiológicos para a compreensão das causas de incapacidade (PINTO JUNIOR; BRAGA; ROSELLI-CRUZ, 2012, p. 2842).

Centrados na figura do médico, na concepção de multicausalidade da doença, entendida como decorrente de um processo biológico e da exposição a fatores de riscos, as avaliações periciais, de um modo geral, desconsideram a natureza social do processo saúde e doença.

Considerações finais

A partir dos resultados obtidos pode-se afirmar que a incorporação, na legislação previdenciária, dos fatores contextuais (aspectos ambientais e sociais) na avaliação da PcD não foi suficiente para alterar os limites excludentes sob os quais está regulamentado o BPC. Tal instrumento não possibilitou, aos profissionais que o utilizaram, na APS de Assis Chateaubriand, Paraná, a incorporação da análise crítica da realidade marcada pelas mudanças recentes no mundo do trabalho, a financeirização do capital e a mercantilização das políticas públicas, que ocasionam desemprego, precarização do trabalho e redução da proteção social. Essa realidade reflete nas demandas individuais e coletivas do Serviço Social, considerando tratar-se de usuários desprotegidos, que necessitam recorrer às políticas públicas para a satisfação de suas necessidades mínimas.

Podemos afirmar, à luz da pesquisa realizada, que o BPC está longe de constituir-se como política de caráter universal; ao contrário, permanece focalista e seletivo, e as alterações propostas com o Decreto n. 6.214/07 efetivaram-se, acima de tudo, no sentido de manter suas características ou aprofundá-las. O que nos leva a acreditar que a introdução da avaliação social, baseada na CIF, como preconiza o Decreto n. 6.214/07, é uma das expressões da necessidade de as políticas sociais se reorganizarem para cumprirem o papel político/ideológico de reprodução da concepção de mundo neoliberal e das relações de produção capitalista, que reafirmam a lógica do capital globalizado e do projeto neoliberal.

O atual modelo de avaliação social da PcD para o acesso ao BPC, instituído em 2007, representou um avanço teórico na compreensão da deficiência inserida em um contexto social concreto que determina, em última instância, a sua compatibilidade com a vida independente e com o trabalho. Apesar deste potencial, concretamente, observou-se que em um contexto marcado pela lógica neoliberal, que limita o acesso e cobertura às políticas sociais, o decreto não conseguiu reverter as práticas seletivas e discriminatórias. Além disso, compreende-se que às políticas sociais, no capitalismo, cabe o papel de conservar e manter esta estrutura social que impõe a uma parcela significativa da sociedade, situações de vulnerabilidade social em decorrência da deficiência e da pobreza. Ao mesmo tempo, sinaliza a possibilidade, ao menos na letra da lei, da proteção e seguridade social a todos.

Contrapondo-se à tendência das abordagens multidimensionais, que preconizam a identificação de múltiplos fatores como explicação para o processo saúde-doença, Breilh (2011, p. 2) enfatiza: “nós não estamos falando de fatores causadores, mas de processos históricos que geram os problemas de saúde coletiva”. Ao decompor em fatores sem qualquer hierarquia, a multicausalidade fraciona os elementos da teoria totalizante da determinação social do processo saúde-doença e a destrói.

Essa forma “natural” de encarar o adoecimento tende a minimizar o sofrimento do outro e isso se explicita na pesquisa, na medida em que, entre 2006 e 2009, 59,29% dos requerimentos de BPC para PcD obtiveram pareceres contrários da perícia médica, e 64,09%, entre 2009 e 2012, também foram negados por considerar a deficiência temporária e por considerar não haver incapacidade para vida independente e para o trabalho.

Para fazer valer o que determina os princípios da Convenção sobre os Direitos das PcD, é necessário que gestores, técnicos e trabalhadores posicionem-se para adequar, não só o marco legal, mas também o regime pericial médico e social de avaliação da deficiência bem como realizar a análise e tomar a decisão final sobre o benefício de maneira verdadeiramente conjunta.

Referências

- ALBUQUERQUE, G. *A produção social do humano e a determinação da saúde e da doença*. 2009. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/52140124/A-producao-social-do-humano-e-a-determinacao-da-saude-e-da-doenca>>. Acesso em: 1 jul. 2012.
- BATISTELLA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. F. (Org.). *O território e o processo saúde-doença*. Rio de Janeiro: PSJV/Fiocruz, 2007.

BRASIL. Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Assistência Social. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 8 dez. 1993.

_____. Decreto n. 6.214, de 26 de setembro de 2007. Regulamenta o Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei n. 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº. 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 28 set. 2007(a), p.16.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *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, DF: MDS; MPS, 2007(b). 192 p.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Departamento de Benefícios Assistenciais. *Nota Técnica DBA/SNAS/MDS nº 69*. Brasília, 26 de outubro de 2010.

_____. Ministério da Previdência Social. *Boletim Estatístico da Previdência Social* - v.18, n.12. 2013(a). Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/estatisticas/>>. Acesso em: 5 abr. 2013.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. *Relatório de Informações Sociais*. 2013(b). Disponível em: <<http://aplicacoes.mds.gov.br/sagi/Riv3/geral/index.php>>. Acesso em 15 jun. 2013.

_____. Congresso Nacional. *Subsídios para discussão do PLOA 2014 em audiência pública*. 2013(c). Disponível em: <<http://www12.senado.gov.br/orcamento/documentos/loa/2014/elaboracao/projeto-de-lei/notas-tecnicas-e-estudos/subsidios-para-discussao-do-ploa-2014-em-audiencia-publica-realizada-em-25-09-2013-com-correcao>>. Acesso em: 5 abr. 2014.

BREILH, J. Las tres 'S' de la determinación de la vida: 10 tesis hacia una visión crítica de la determinación social de la vida y la salud. In: NOGUEIRA, R.P. (Org.). *Determinação Social da Saúde e Reforma Sanitária*. Rio de Janeiro: Cebes, 2010, p. 87-125.

BREILH, J. *Determinantes Sociais da Saúde: entrevista com Jaime Breilh*. out. 2011. Por Cátia Guimarães e Raquel Junia. Rio de Janeiro: CEBES, 1º nov. 2011. [online]. Entrevista concedida à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (EPSJV/Fiocruz) durante a Conferência Mundial de Determinantes Sociais em Saúde. Disponível em: <<http://www.cebes.org.br/internaEditoria.asp?idConteudo=1664&idSubCategoria=38>>. Acesso em: 01 jul. 2012.

CINTRA, T. T. *A contribuição do assistente social do INSS na busca por um olhar sobre a deficiência e a incapacidade na operacionalização do BPC: uma alternativa para a ampliação de direitos?* Monografia (Especialização) – Departamento de Serviço Social/Instituto de Ciências Humanas (SER/IH). Universidade de Brasília: UnB, 2010.

CHIEFFI, A. L.; A.L. BARATA, R. C. B. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v. 25, n.8, p. 1839-49, ago. 2009.

ELSA Brasil: maior estudo epidemiológico da América Latina. *Rev. Saúde Pública*. São Paulo, v. 43, n.1, p. 568-569, fev. 2009.

FLORES, T. L. *O benefício de prestação continuada (BPC) na seguridade social: reflexões sobre a atuação dos assistentes sociais do INSS na perspectiva da cidadania*. Monografia (Especialização) – Departamento de Serviço Social/Instituto de Ciências Humanas (SER/IH). Universidade de Brasília: UnB, 2010.

IVO, A.B.L.; SILVA, A.B.A. O hiato do direito dentro do direito: os excluídos do BPC. *Rev. Katálysis*. Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 32-40, jan./jun. 2011.

OMS - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde - CID-10*. São Paulo: EDUSP, 2000.

PENALVA, J; DINIZ, D; MEDEIROS, M. O Benefício de Prestação Continuada no Supremo Tribunal Federal. *Soc. estado*. Brasília, v.25, n.1, p. 53-70, abr. 2010.

PINTO JUNIOR, A. G.; BRAGA, A. M. C. B.; ROSELLI-CRUZ, A. Evolução da saúde do trabalhador na perícia médica previdenciária no Brasil. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v.17, n.10, p. 2841-2849, out. 2012.

SANTOS, W. R. Assistência social e deficiência no Brasil: o reflexo do debate internacional dos direitos das pessoas com deficiência. *Serv. Soc. Rev.* Londrina, v. 13, n.1, p. 80-101, jul./dez. 2010.

SCHLINDWEIN, V. L. D. C. A desproteção social dos trabalhadores rurais nos acidentes de trabalho. *Textos & Contextos*. Porto Alegre, v.10, n.1, p. 109-117, jan./jul. 2011.

SILVA, N. L. A judicialização do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social. *Serv. Soc. Soc.* São Paulo, n.111, p. 555-575, jul./set. 2012.

SPOSATI, A. O.; BONETTI, D. A.; YASBEK, M. C.; FALCÃO, M. C. B. C. *Assistência na trajetória da políticas sociais brasileiras: uma questão em análise*. São Paulo: Cortez; 1987.

TEIXEIRA, P. F. Uma introdução conceitual à determinação social da saúde. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 33, n. 83, p. 380-387, set./dez. 2009.

Miriam Cláudia Spada Bim

mirian_bim@hotmail.com

Mestre em Biociências e Saúde pela Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste)

Analista do Seguro Social do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS)

Manoela de Carvalho

manoela.carvalho@unioeste.br

Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual de Campinas

Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste)

Neide Tiemi Murofuse

neidetm@terra.com.br

Doutorado em Enfermagem Fundamental,

Professora do Programa de Mestrado em Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná (Unioeste)

Unioeste

Rua: Universitária, 2069, Jardim Universitário

Cascavel – Paraná – Brasil

CEP: 85.819-110