	UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
	CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
	ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
	PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS
	MESTRADO EM POLÍTICA SOCIAL

TATIANA MARIA ARAÚJO DA FONSECA

**O PROCESSO DE REVISÃO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO
CONTINUADA**

E A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL:

Um estudo sobre o benefício concedido às pessoas com deficiência no
Município do Rio de Janeiro

Niterói

2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

TATIANA MARIA ARAÚJO DA FONSECA

**O PROCESSO DE REVISÃO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO
CONTINUADA**

E A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL:

Um estudo sobre o benefício concedido às pessoas com deficiência no
Município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao programa de Estudos Pós-graduados da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense – UFF, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

Área de Concentração: Política Social

Orientadora: Prof^a Dr^a Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato

Niterói – RJ

Outubro de 2007

TATIANA MARIA ARAÚJO DA FONSECA

**O PROCESSO DE REVISÃO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO
CONTINUADA**

E A POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL:

Um estudo sobre o benefício concedido às pessoas com deficiência no
Município do Rio de Janeiro

Dissertação apresentada ao programa de Estudos Pós-graduados da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense – UFF, como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre.

Área de Concentração: Política Social

Apresentada em Outubro de 2007.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Lenaura de Vasconcelos Costa Lobato – Orientadora
Universidade Federal Fluminense - UFF

Profª Dra. Sandra Aparecida Venâncio de Siqueira – Examinadora
Escola Nacional de Saúde Pública - ENSP

Profª Drª Mônica Senna – Examinadora
Universidade Federal Fluminense - UFF

Niterói - RJ

2007

Ao Rei dos Reis, Jesus Cristo.

Agradecimentos

Os agradecimentos aqui expressam um profundo carinho por aqueles que de alguma forma estiveram presentes em minha formação acadêmica no decorrer do Mestrado em Política Social e nos impactos dessa formação na minha vida profissional. Aqueles que tornaram a jornada mais leve e a vontade de vencer mais intensa e me ajudaram a tornar possível este e tantos outros projetos. Amo vocês!

Agradeço, sobretudo a Deus, meu sustento, refrigério e fortaleza. Meu primeiro amor e autor da minha vida. Louvado, bendito e exaltado seja o nome do Senhor!

Ao meu esposo Emílio pelo amor incondicional. Sua presença concretizada em gestos e palavras me ensinou a beleza e a grandeza do amor companheiro. Te amo!

Aos meus pais pelo amor, educação e carinho que me propiciaram estar onde estou hoje, e em especial a minha mãe pela dedicação, paciência ilimitada, ajuda nos afazeres domésticos, transcrição de fitas e digitação(rs, só isso!). Aos meus irmãos e cunhada que sempre estiveram prontos a me ajudar. Ao Tiago pelo apoio e serviços “extras” e ao Thomas pelo suporte ao meu computador que às vezes não me obedecia e Juliana pelo auxílio na digitação e transcrição das fitas. Amo demais minha família!! E a minha família extensa de sogros, tios e primos que muitas vezes sentiram minha ausência, mas que sempre torceram por mim.

À professora Lenaura Lobato, minha querida orientadora, pelos ensinamentos sobre política social e pela brilhante forma de orientar, com carinho e com rigor. Gostaria de agradecer por aprimorar em mim a essência do ser pesquisador, pela dedicação e paciência, pelas críticas e incentivos, enfim, por cada detalhe impresso em minha formação como Mestre. Sua competência reforçou o meu desejo de ser uma pesquisadora e professora universitária.

À Profª Mônica Senna que com a sua doçura sempre esteve disposta a partilhar o conhecimento que trazia com muita simplicidade e brilhantismo. Obrigada por marcar minha vida com seu exemplo e tanto de profissional e de pessoa humana. Você é 1000!

À Profª Sandra Siqueira, por ter aceitado gentilmente em fazer parte da banca examinadora deste meu trabalho, pelas grandes contribuições que me foram dadas no exame de qualificação e pela atenção que me disponibilizou.

Aos colegas da minha turma do mestrado em especial aos amigos do peito Robson, Elizete e Renata que ficarão para sempre. Obrigada pelo partilhar das alegrias e dificuldades nesses dois

anos. Sentirei saudades dos nossos momentos e jamais esquecerei cada sorriso e cada troca de idéias e saberes.

A minha igreja e em especial ao Pr. Valdeci, Evangelista Gilberto e ao corpo docente e discente da Escola Bíblica Dominical pelas orações que permearam minha caminhada. Amo vocês e que Deus lhe retribua com benção sem medida.

Às minhas amigas e companheiras Sandra, Fernanda, Michele, Cristiane, Mirian e Érika pelo partilhar da amizade que nasceu na graduação em Serviço Social e que perduram; Vocês foram também estímulo e companhia para concluir com êxito minha caminhada.

À minha equipe linda e do coração da Escola Carioca de Gestores da Assistência Social, Márcio Brotto, Francine, Lícia, Leonor, Ana Cristina e Déia pelo intenso crescimento profissional e acadêmico propiciado como professora, pesquisadora, debatedora e mais que isso como ser humano. Agradeço o carinho com que me incentivaram a assumir um cargo na Gestão da SMAS na 10ª Coordenadoria.

À nova equipe da 10ª Coordenadoria de Assistência Social que me acolheram com muito carinho e paciência nas minhas limitações, em especial a Alcicléia, Maurizete e Sônia. À Glorinha Golvim que com sua imensa bagagem profissional me deu dicas importantes sobre o universo da gestão na SMAS.

À UFF, em especial aos professores do curso de Mestrado em Política Social e a equipe da secretaria Lúcia e Skell por um trabalho voltado a uma formação profissional e de excelência.

Aos gestores da SMAS e SMPD-RJ que me ensinaram e permanecem cotidianamente me ensinando sobre a gestão e seus desafios. Em especial a Terezinha Romanelli que não poupou atenção sempre que eu requeri e gentilmente sempre se colocou à disposição; e à Ana Flor Rimôlo pelos incentivos profissionais e acadêmicos e por acreditar no meu potencial.

Às assistentes sociais da FUNLAR RIO em especial as do RBC que compartilharam suas experiências e vivências profissionais. Hoje estamos em diferentes caminhos mais a luta por instituições mais justas e democráticas continua...

Aos meus amigos, em especial, à Iara, Lúcia, Fabiana, Valéria, Denise, Verônica, Sônia, Gilmar, Ana Keli, Rodrigo, Luciana e todos os alunos-amigos, estagiários-amigos que se tornaram, pelo imenso apoio e certeza de saber que posso contar sempre.

Agradeço a todos que amo e que torceram por esta conquista. Muito obrigada de coração!!

É preciso não esquecer, porém que criar condições para que os usuários da assistência caminhem na direção de sua constituição como sujeitos, é parte das tarefas sócio-educativas e políticas de uma assistência social que não sirva à reiteração de um lugar social definido pela pobreza, subalternidade e exclusão.(YAZBECK)

RESUMO

A presente dissertação é um estudo sobre o processo de revisão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) concedido às pessoas com deficiência no município do Rio de Janeiro, no interior da Política de Assistência Social.

O BPC é um programa de transferência de renda, de caráter temporário, e consiste em uma renda mensal de 01 (um) salário mínimo destinado mensalmente a pessoas idosas de 65 anos ou mais e a pessoas com deficiência incapacitadas para o trabalho e para a vida independente, cuja renda per capita familiar seja inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo.

A revisão do BPC a cada dois anos é uma exigência legal, com o objetivo verificar a manutenção ou não das condições que geraram o benefício. Nesse sentido, é também um momento propício para a identificação das necessidades dos beneficiários e seu atendimento através da articulação intersetorial, garantindo que as pessoas com deficiência e suas famílias possam ter acesso aos bens e serviços propiciados pela estrutura da rede de proteção social. Com a nova Política Nacional de Assistência Social, o BPC passa a compor o conjunto da proteção social básica e, para alcançar sua eficácia, deve estar integrado ao conjunto das demais ações sócio-assistenciais.

Considerando a implantação do Sistema Único de Assistência Social e a gestão plena das ações da assistência social no município do RJ, a revisão do BPC deveria ser realizada como uma ação de tratamento de demandas e necessidades dos beneficiários assegurando-lhes proteção social, prevenindo situações de risco social e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Assim, partimos do pressuposto de que a revisão poderia se constituir em um momento de inflexão da política de assistência social no que tange ao fortalecimento das ações assistenciais voltadas às pessoas com deficiência e suas famílias. Procuramos demonstrar o quanto a revisão do BPC no município do RJ pode contribuir para a melhoria das políticas e programas voltados às pessoas com deficiências, através da análise dos dados das 3^a, 4^a e 5^a etapas da revisão. Contudo, de acordo à percepção de gestores e assistentes sociais ligados diretamente ao processo de revisão, ela não é devidamente valorizada no município. A revisão ainda se restringe a uma atividade técnica de cumprimento da norma legal restrita ao acompanhamento da permanência das condições que deram origem ao benefício. Ou seja, a revisão do BPC é um processo importante no interior da política de assistência social, mas no caso do município do Rio de Janeiro precisa ser fortalecida, assegurando maior alcance da proteção social aos seus beneficiários e consolidando o Sistema Único de Assistência Social.

De acordo aos preceitos da PNAS, o processo de revisão renova a garantia ao direito e requer ser tratado para além da norma legal, como recurso para instrumentalizar os gestores, gerando mudanças no fluxo de operacionalização da política e contribuindo para avanços na intersetorialidade e na articulação da rede de proteção social.

Palavras chaves: Proteção Social, Programas de Transferência de Renda, Benefício de Prestação Continuada.

ABSTRACT

The present essay is a study on the process of revision of the Continuous Cash Benefit Programme (BPC) granted to the handicap people in the city of Rio de Janeiro, into in the Politics of Social Assistance.

The BPC is a Income Transferring Program, temporary character, and consists monthly of a monthly income of 01 (one) minimum wage destinated the aged people of 65 years or more and the handicap people incapacitated for the work and the independent life, whose familiar per capita income is minor $\frac{1}{4}$ of the minimum wage.

The revision of the BPC to each two years must be a moment in the proposal legal of intersetorial joint so that the people with deficiency and its families could gain in quality in the access to the goods and services propitiated for the structure of the net social protection. With the new National Politics of Social Assistance, the BPC starts to compose the set of basic the social protection and to reach its effectiveness it must be integrated to the set of the too much actions partner-assistenciais.

Considering the implantation of the SUAS and the full management of the actions of the social assistance in the city of the Rio de Janeiro, the revision of the BPC must be carried through as an action of treatment of demands and necessities of the beneficiaries assuring to them social protection, preventing situations of social risk and the powerment of familiar and communitarian bonds. Thus, we leave of the estimated one that the revision can consist at a moment of inflection of the politics of social assistance in that it refers to to the fortalecimento of the assistenciais actions come back to the people with deficiency and its families. However, we look for to demonstrate that this still does not occur, and that the revision still restricts to the one activity technique of fulfilment of the restricted rule of law to the accompaniment of the permanence of the conditions that had given origin to the benefit. Or either, the revision of the BPC is an important process in the interior of the politics social assistance, but that in the case of the city of necessary Rio de Janeiro to be fortified, assuring bigger reach of the social protection to its beneficiaries and consolidating the SUAS.

According to rules of the PNAS, the revision process renews the guarantee to the right and requires to be treated for beyond the rule of law, as resource to give the managers, generating changes in the flow of operation of the politics and contributing for advances in the relation between the politics and the joint of the net of social protection.

Key Words: Social Protection, Income Transferring Programs, Continuous Cash Benefit Programme

LISTAS DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AS	Assistente Social
BID	Banco Interamericano de Desenvolvimento
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Caixa de Aposentadorias e Pensões
CIDID	Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens.
CIF	Classificação Internacional de Funcionalidade
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
COEGEMAS	Colegiado Estadual de Gestores Municipais de Assistência Social
CONGEMAS	Colegiado de Gestores Municipais da Assistência Social
CAS	Coordenadoria de Assistência Social
CRAS	Centro de Referência da Assistência Social
CREAS	Centro de Referência Especializado da Assistência Social
DATAPREV	Sistema Informacional da Previdência Social
DIRBEN	Diretoria de Benefícios - INSS
FGV	Fundação Getúlio Vargas
FMI	Fundo Monetário Internacional
FNAS	Fundo Nacional de Assistência Social
FUNLAR RIO	Fundação Municipal Francisco de Paula
FUNRURAL	Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural
GBENIN	Gerência de Benefícios
IAP	Instituto de Aposentadorias e Pensões

IBGE	Instituto Brasileiro de Geográfico e Estatística
INSS	Instituto Nacional do Seguro Social
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MPAS	Ministério da Previdência e Assistência Social
MDS	Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome
NEPP	Núcleo de Estudos de Políticas Públicas
NOB	Norma Operacional Básica
NOB-RH	Norma Operacional Básica de Recursos Humanos
OCDE	Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAR	Programa de Arrendamento Residencial
PCD	Pessoa com Deficiência
PGRM	Programa de Garantia de Renda Mínima
PCD	Pessoa com Deficiência
PPD	Pessoa Portadora de Deficiência
PNAS	Política Nacional de Assistência Social
PRC	Programa de Reabilitação Social baseado na Comunidade
PSB	Proteção Social Básica
PSE	Proteção Social Especial
PT	Partido dos Trabalhadores

RBC	Reabilitação baseada na Comunidade
REVAS	Revisão de Avaliação Social
SEAS	Secretaria Estadual de Assistência Social
SEDECI	Secretaria Extraordinária do Deficiente Cidadão
SENAI	Serviço Social Nacional de Aprendizagem Industrial
SESC	Serviço Social do Comércio
SESI	Serviço Social da Indústria
SETI	Secretaria Especial da Terceira Idade
SEQV	Secretaria Especial da Qualidade de Vida
SMPD	Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência
SMA	Secretaria Municipal de Administração
SMAS	Secretaria Municipal de Assistência Social
SNAS	Secretaria Nacional de Assistência Social
SUAS	Sistema Único da Assistência Social
SUB	Sistema Único de Benefícios
UAA	Unidades Avançadas da Previdência Social
VD	Visita Domiciliar

ÍNDICE DE TABELAS E FIGURAS

Tabelas

Tabela 1	Idade das Pessoas com Deficiência Beneficiárias - 3ª, 4ª e 5ª etapas da revisão do BPC	79
Tabela 2	Escolaridade das Pessoas com Deficiência Beneficiárias - 3ª, 4ª e 5ª etapas da revisão do BPC	80
Tabela 3	Tipo de Incapacidade das Pessoas com Deficiência Beneficiárias - 3ª, 4ª e 5ª etapas da revisão do BPC	83
Tabela 4	Tipo de Convivência Familiar das Pessoas com Deficiência Beneficiárias - 3ª, 4ª e 5ª etapas da revisão do BPC	84
Tabela 5	Tipo de mudança após o recebimento do benefício – 3ª, 4ª e 5ª etapas da revisão do BPC	85
Tabela 6	Tipo de utilização do benefício - 3ª, 4ª e 5ª etapas da revisão do BPC	87
Tabela 7	Grau de inclusão em outros Programas Sociais - 3ª, 4ª e 5ª etapas da revisão do BPC	88
Tabela 8	Principais situações encontradas no núcleo familiar - 3ª, 4ª e 5ª etapas da revisão do BPC	90
Tabela 9	Principais necessidades dos beneficiários - 3ª, 4ª e 5ª etapas da revisão do BPC	91

Figuras

Figura 1	Associação das Funções da Assistência Social	100
Figura 2 –	Relações Intersetoriais para a Proteção Social	103

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	18
..	
Capítulo 1- O Benefício de Prestação Continuada e a Construção da Seguridade Social Brasileira.....	22
1.1- Breve Análise Histórica da Seguridade Social	24
1.2- Considerações sobre a Seguridade Social Brasileira.....	27
1.3-A Assistência Social como Política de Seguridade Social.....	31
1.4- A Seguridade Social Brasileira e Possibilidades de Construção da Intersetorialidade.....	35
1.5- A Seguridade Social Brasileira e o Contexto de Emergência dos Programas de Transferência de Renda.....	37
1.6- Analisando o Benefício de Prestação Continuada como Política de Transferência de Renda.....	41
Capítulo II - O Benefício de Prestação Continuada no interior da Política de Assistência Social	46
2.1- O Desenvolvimento da Política de Assistência Social e o Benefício de Prestação Continuada.....	47
2.2- Caracterização das Pessoas com Deficiência e Compreensão do Conceito de Deficiência.....	51
2.2.1) A Atenção às Pessoas com Deficiência no Município do Rio de Janeiro.....	54
2.3) O Benefício de Prestação Continuada Destinado às Pessoas com Deficiência.....	56
2.3.1) Avanços em Relação ao Benefício de Prestação Continuada Concedido às Pessoas com Deficiência.....	60
2.4) O Processo de Revisão do Benefício de Prestação Continuada.....	63
Capítulo III - O Benefício de Prestação Continuada e o Processo de Revisão no Município do Rio de Janeiro.....	70
3.1) A Estrutura da SMAS do Rio de Janeiro e o Benefício de Prestação Continuada	71
3.2) A Revisão do Benefício de Prestação Continuada no Município do Rio de Janeiro.....	75

3.2.1)O Processo de Execução da Revisão do Benefício de Prestação Continuada na FUNLAR:.....	76
3.3)Características dos Beneficiários do BPC -Pessoas com Deficiência	78
3.3.1) Idade dos Beneficiários.....	79
3.3.2) Escolaridade dos Beneficiários.....	80
3.3.3) Tipo da Incapacidade.....	83
3.3.4) Convivência Familiar.....	84
3.3.5)Universo de Mudanças após o Recebimento do Benefício.....	85
3.3.6) Utilização do Benefício.....	87
3.3.7)Inclusão em outros Programas ou Benefícios Sociais.....	88
3.3.8)Principais Situações Encontradas envolvendo os integrantes do Núcleo Familiar do Beneficiário.....	90
3.3.9)Principais Necessidades do Beneficiário.....	91
3.4.1)Percepções dos Gestores e Assistentes Sociais sobre o Processo de Revisão.....	93
3.4.1) O Significado da Revisão.....	93
3.4.2)Recursos Humanos.....	97
3.4.3)Relações Intersetoriais para a Proteção Social.....	99
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	105
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	107
ANEXOS.....	113

1. INTRODUÇÃO

O Benefício de Prestação Continuada é constitutivo da Política Nacional de Assistência Social e integrado às demais políticas setoriais, e visa ao enfrentamento da pobreza, à garantia da proteção social, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais, nos moldes definidos no parágrafo único do art. 2º da Lei no 8.742, de 1993. (BRASIL, 2007:1)

A presente dissertação é um estudo sobre o processo de revisão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) concedido às pessoas com deficiência no município do Rio de Janeiro, no interior da Política de Assistência Social.

O BPC¹ é um programa de transferência de renda, de caráter temporário, e consiste em uma renda mensal de 01 (um) salário mínimo destinado mensalmente a pessoas idosas de 65 anos ou mais e a pessoas com deficiência² incapacitadas para o trabalho e para a vida independente, cuja renda per capita familiar seja inferior a ¼ do salário mínimo.

O BPC, conforme texto legal previsto na Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS, Lei nº 8.742 de 7 de dezembro de 1993, deve ser revisto a cada 2(dois) anos para avaliação da continuidade das condições que lhe deram origem, sendo observado que o pagamento do benefício cessa no momento em que forem superadas as condições já citadas, ou em caso de morte do beneficiário e também quando for constatado irregularidade na sua concessão ou utilização.

O processo de revisão do BPC acontece por meio de ações conjuntas envolvendo as três esferas de governo: o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), ao Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) Instituto Nacional do Seguro Social/INSS, a Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social/DATAPREV, e as Secretarias Estaduais e Municipais de Assistência Social e/ou congêneres.

¹ O Benefício Assistencial como é intitulado no INSS será devido à pessoa portadora de deficiência ou idosa, brasileira, inclusive ao indígena, não amparados por nenhum Sistema de Previdência Social, ou estrangeiro naturalizado e domiciliado no Brasil, não coberto por sistema de previdência do país de origem.

² O Censo do Instituto Brasileiro de Geográfico e Estatística (IBGE) de 2000 revelou que 14,5% da população brasileira são portadores de, pelo menos, uma das deficiências investigadas pela pesquisa. Desse total 8,3% possuem deficiência mental; 4,1%, deficiência física; 22,9%, deficiência motora; 48,1%, deficiência visual e, 16,7%, deficiência auditiva.

Procuramos analisar o papel da Secretaria Municipal de Assistência Social - SMAS do município do Rio de Janeiro na implementação do processo de revisão do BPC. É a SMAS, através da FUNLAR RIO – instituição municipal responsável pela elaboração, implementação e avaliação de políticas públicas para pessoas com deficiência – que detém o comando do processo revisional.

Considerando a implantação do Sistema Único de Assistência Social e a gestão plena das ações da assistência social no município do RJ, a revisão do BPC deve ser realizada como uma ação de tratamento de demandas e necessidades dos beneficiários assegurando-lhes proteção social, prevenindo situações de risco social e o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. Assim, partimos do pressuposto que a revisão pode se constituir em um momento de inflexão da política de assistência social no que tange ao fortalecimento das ações assistenciais voltadas às pessoas com deficiência e suas famílias. Contudo, procuramos demonstrar que isso ainda não ocorre, e que a revisão ainda se restringe à uma atividade técnica de cumprimento da norma legal restrita ao acompanhamento da permanência das condições que deram origem ao benefício.

Para realizar o estudo, adotamos o referencial proposto por Minayo (2004), de metodologia de pesquisa qualitativa, entendida como aquela capaz de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes *aos atos e às estruturas sociais*. Inicialmente realizamos um intenso levantamento bibliográfico em bibliotecas e instituições que tratassem da temática do Benefício de Prestação Continuada e temas correlatos da assistência social. A literatura acerca da revisão é muito incipiente, sendo tratada de maneira genérica em outras produções sobre o BPC. Para cobrir essa lacuna, realizamos diversos contatos telefônicos com gestores e instituições do nível Nacional, Estaduais e Municipais, para cobrir informações e dados fundamentais para a pesquisa. Também buscamos conhecer experiências importantes de revisão em diversos municípios, com destaque para o caso de São Paulo, única experiência já sistematizada. No caso do Rio de Janeiro foi feita extensa pesquisa junto à SMAS e à FUNLAR RIO. Para demonstrar o conteúdo e a importância da revisão no processo de identificação das demandas das pessoas com deficiência beneficiárias do BPC no Rio de Janeiro, analisamos os dados das três últimas etapas da revisão³ (3ª, 4ª e 5ª). O descompasso identificado entre os dados fornecidos pela revisão e as ações dirigidas especificamente aos beneficiários do BPC, requereu a condução de entrevistas

³ Etapas que foram informatizadas e que geraram gráficos possíveis de serem analisados.

com gestores e assistentes sociais diretamente responsáveis pela revisão, para análise dos impedimentos e desafios inerentes à gestão do processo. Foram realizadas 19 entrevistas a partir de roteiro semi-estruturado de perguntas. Para análise das entrevistas utilizamos a análise de conteúdo, que prima pela valorização do discurso e o relaciona às características de inserção social e cultura de seus autores (MINAYO, 2004).

Os resultados são apresentados em três capítulos bem delimitados e complementares entre si. O **primeiro capítulo** realiza uma análise sobre Seguridade Social e a Seguridade Social Brasileira com ênfase na política de assistência social e os programas de transferência de renda, com foco no BPC. Consideramos que o BPC assegurado às pessoas com deficiência pode ser mais eficaz e efetivo sobre as condições de vida dessa população, desde que as ações socioassistenciais que se encontram estruturadas numa rede de base local articulem programas, projetos, serviços e benefícios que possam estar relacionadas com as ações desenvolvidas pelas políticas de Seguridade Social e a todas as demais políticas públicas, em uma ótica de intersetorialidade. Tal reordenamento intersetorial qualifica as ações, potencializa e estrutura uma rede de proteção, ampliando a oferta e o acesso aos bens e serviços, além de proporcionar condições mais igualitárias para a inclusão social da pessoa com deficiência.

No **segundo capítulo** abordamos a concepção e o significado sócio-político, simbólico e material do Benefício de Prestação Continuada (BPC) no interior da Política de Assistência Social, desde o movimento para sua aprovação no texto constitucional até à nova concepção integrada à Política Nacional de Assistência Social – PNAS e ao Sistema Único de Assistência Social – que o situa como parte integrante da Proteção Social Básica. Para tanto, foi necessário realizar uma caracterização geral das pessoas com deficiência, explorar o conceito de deficiência, discutir os critérios de acesso e permanência do benefício e identificar as políticas públicas do município do Rio de Janeiro voltadas a esse público. Concluimos o capítulo abordando o processo de revisão do BPC em âmbito nacional e as mudanças legais desde sua implementação.

No **terceiro capítulo** tratamos especificamente do processo de implementação da revisão do BPC no município do Rio de Janeiro. Para tal apresentamos a estrutura organizacional da SMAS, adequada à nova Política de Assistência Social, e como o BPC situa-se em grau de importância no interior dela. Também apresentaremos um histórico institucional da FUNLAR e a importância de suas ações para o fluxo organizacional da revisão, já que é ela a responsável pelas ações de caráter executivo relacionadas às atividades de revisão dos benefícios, a saber:

atividades de planejamento, capacitação, divulgação do processo, coleta de dados, realização da avaliação social e outras necessárias à revisão do BPC no RJ voltado às pessoas com deficiência. Analisamos as características dos beneficiários PCD's nas terceira, quarta e quinta etapas da revisão no município - comparando seus resultados através de tabelas de dados. Através desses dados da pesquisa e de entrevistas a gestores e profissionais utilizamos três categorias analíticas para estabelecer um campo de análise acerca da revisão do BPC no município do RJ que foram: *o significado da revisão*, categoria que permitiu a compreensão do universo de significados da revisão do BPC para gestores e assistentes sociais; *recursos humanos*, categoria que possibilitou um estudo sobre o grau de preparo e capacitação para os profissionais envolvidos na revisão e a gestão desse processo; e *relações intersetoriais para a proteção social*, categoria que problematizou os mecanismos intersetoriais existentes que propiciam acesso dos beneficiários do BPC à proteção social.

Procuramos demonstrar que a revisão do BPC é um processo importante no interior da política de assistência social, mas que no caso do município do Rio de Janeiro precisa ser fortalecida, assegurando maior alcance da proteção social aos seus beneficiários e consolidando o Sistema Único de Assistência Social. Segundo os preceitos da PNAS, o processo de revisão renova a garantia ao direito e requer ser tratado para além da norma legal, como recurso para instrumentalizar os gestores, gerando mudanças no fluxo de operacionalização da política e contribuindo para avanços na intersetorialidade e na articulação da rede de proteção social.

CAPÍTULO I

O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA E A CONSTRUÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA



“... precisamos ver a garantia de uma renda básica para todos como algo distinto do direito da pessoa de trabalhar e receber uma remuneração adequada. É preciso que se compreenda que o direito das pessoas de receberem uma renda, como exercício de cidadania, deve ser visto como um direito inalienável da pessoa humana que mora no Brasil, nas Américas ou no Planeta Terra”.

(Eduardo Suplicy, em discurso no Senado Federal em 16-10-2001)

CAPÍTULO I - O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA E A CONSTRUÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA

O presente capítulo pretende realizar uma análise sobre Seguridade Social e a Seguridade Social Brasileira com ênfase na política de assistência social e nos programas de transferência de renda. Consideramos essa análise primordial visto que pretendemos discutir em nossa dissertação o processo de revisão de um programa de transferência de renda de grande visibilidade e significado no Brasil: o Benefício de Prestação Continuada (BPC) concedido a pessoas com deficiência e idosos. Tal programa na nossa ótica se coloca como elemento constitutivo da Seguridade Social, visto que está presente e é requerido como direito pelos cidadãos que fazem parte do público-alvo das políticas que compõe o tripé da Seguridade Social.

Consideramos que o BPC assegurado às pessoas com deficiências incapacitadas para o trabalho e para vida independente, pode ser mais eficaz e efetivo sobre as condições de vida dessa população, desde que as ações sócio-assistenciais que se encontram estruturadas numa rede de base local que articula programas, projetos, serviços e benefícios possam estar relacionadas com as ações desenvolvidas pelas políticas de Seguridade Social e todas as demais políticas públicas e sociais, numa ótica de intersetorialidade. Tal reordenamento intersetorial tende a qualificar as ações, potencializar e estruturar uma rede de proteção, ampliando a oferta e o acesso aos bens e serviços, além de proporcionar condições mais igualitárias para a inclusão social da pessoa com deficiência.

A revisão do BPC a cada dois anos deveria ser um momento nessa proposta de articulação intersetorial para que as pessoas com deficiência e suas famílias pudessem ganhar em qualidade no acesso aos bens e serviços.

Portanto, esse capítulo representa um esforço teórico-metodológico necessário ao processo de pesquisa e de reflexão sobre nosso objeto de estudo.

1.1) Breve análise histórica da Seguridade Social

A idéia de seguridade social corresponde a um conjunto de direitos sociais materializados em benefícios providos pelo Estado e garantidos pelo conjunto da sociedade a partir da compreensão de que os riscos a que estão sujeitos seus membros são de responsabilidade de todos (LOBATO, 2004).

Aprofundando essa compreensão nos termos de Fleury (1993), a modalidade de proteção social denominada Seguridade Social aponta para um conjunto de políticas públicas que, através de uma ação governamental centralizada e unificada, procura garantir a todos os cidadãos um mínimo vital em termos de renda, bens e serviços, voltados para os ideários de justiça social – o que seria eficaz na redistribuição da riqueza social e na correção das desigualdades do mercado.

Nesse contexto cabe-nos tecer algumas reflexões acerca da distinção entre a instituição convencionada Estado de Bem-Estar (Welfare State) e o processo convencionado bem-estar social (Social Welfare). O Welfare State é a tentativa institucionalizada de promover o bem-estar de todos os membros de uma dada sociedade, enquanto o Social Welfare é o bem-estar concreto usufruído pelos membros de uma sociedade, seja mediante as políticas do Welfare State ou de outras instituições (PEREIRA, 1994).

Conforme Pereira (1998) é importante analisarmos que o complexo político-institucional denominado Seguridade Social (inaugurado na Inglaterra, na década de 40), por sua vez, constitui a base conceitual e política do Estado de Bem-Estar ou do Welfare State, como é internacionalmente conhecido.

As características dos Estados de Bem-Estar não são uniformes e homogêneas, apresentando variações de um país para outro. Na tentativa de classificação Titmus apresenta três modelos de política social onde podem ser encontrados, sozinhos ou associados, os três tipos de bem-estar expostos a seguir (Pereira, 1994/ Fleury, 1994/ Draibe, 1993):

1º) Modelo residual – Baseia-se na concepção de que somente na ausência das duas instituições naturais ou socialmente dadas – o mercado e a família – é que o Estado deve intervir nos problemas sociais. Paradigma da individualização dos problemas sociais.

2º) Modelo de desempenho e performance industrial ou meritocrático-particularista – Atribui às instituições de bem-estar uma função de colaboradora à lógica econômica, ou seja, as

necessidades sociais devem ser atendidas de acordo com o mérito pessoal do trabalhador, com o seu desempenho e produtividade.

3º) Modelo institucional redistributivo – Elege o Estado como o principal provedor dos bens e serviços universais baseados no critério das necessidades sociais e regulador do mercado.

A história tem mostrado que esses modelos estão presentes na maioria dos Estados de Bem-Estar modernos que podem conter elementos dos três modelos, não sendo esses excludentes entre si. Já Therborn (*apud* PEREIRA, 1994) toma como parâmetro a classificação a partir das dimensões do nível de reconhecimento dos direitos sociais e a orientação para o mercado e para o pleno emprego e detecta quatro tipos de Welfare State:

a) Welfare States com forte e decisiva presença dos Estados preocupados ao mesmo tempo, com a universalização das políticas sociais e com o pleno emprego. Este é o modelo que prevalece na Suécia, Noruega, Áustria e Finlândia.

b) Welfare States compensatórios, generosos no reconhecimento e na concessão de direitos sociais, mas com baixo comprometimento com o pleno emprego. É o caso de países como a Bélgica, Dinamarca, Países Baixos, Suíça e Japão.

c) Welfare States com baixo nível de reconhecimento de direitos, mas com certo compromisso institucional com o pleno emprego. Therborn não apresenta exemplos conhecidos, embora indiretamente forneça indicações para a identificação desta modalidade de proteção social, especialmente na fala dos adeptos do emprego como antídoto à proliferação de políticas sociais.

d) Welfare States orientados para o mercado, com fraco reconhecimento ou concessão de direitos e baixos compromissos com o pleno emprego. É a situação típica de países que abraçaram a ideologia liberal ou liberal-conservadora, como a Austrália, Canadá, Estados Unidos, Grã Bretanha e Nova Zelândia.”

Os momentos históricos marcantes do desenvolvimento da política social, como política de seguridade social, integrante do Welfare State, foram a questão social e a crise econômica mundial. O surgimento de uma nova classe de assalariados industriais, no século XIX, possibilitou o surgimento da legislação social e de um conjunto de medidas de proteção social que passou a constituir, entre os anos 40 e 70, os pilares do Welfare State, a saber: políticas voltadas para o pleno emprego, universalidade dos serviços sociais, extensão da cidadania e o estabelecimento de um parâmetro sócio-econômico, considerado digno pela sociedade, abaixo do qual a nenhuma pessoa poderia viver. Além disso, a crise econômica liberal, acirrada, em 1929, com a Grande Depressão econômica e com o aumento do desemprego, produziu grandes alterações na ideologia e na prática prevalecente do *laissez-faire* tornando viável uma efetiva intervenção do Estado na economia e na sociedade. Tal intervenção encontra respaldo na doutrina

keynesiana, que, desde os anos 30, apóia a necessidade de intervenção do Estado para assegurar alto nível de atividade econômica. No plano social, o mesmo intervencionismo encontra justificativa na nova idéia de segurança de existência, a qual prevê a instauração e a organização de sistemas de seguridade pública como direito do cidadão e dever do Estado. Nesse cenário destacamos o Plano Beveridge, elaborado sob a coordenação de sir William Beveridge em plena Segunda Guerra Mundial (1942), que incluiu no sistema de Seguridade Social todos os cidadãos e todas as necessidades sociais importantes da vida moderna. Somado a isto, é imperativo considerar a concepção de cidadania de Marshall, que, no final dos anos 40, incorporou na categoria de direitos (ao lado dos civis e políticos) os serviços sociais, levando o Welfare State ao patamar de instituição diretamente responsável por estes serviços, considerados, desde então, como direitos sociais.

Foi a partir da concepção de Seguridade Social inaugurada nos anos 40 (que se contrapunha à noção de Previdência Social bismarckiana, baseada no seguro social, inaugurada na Alemanha pelo chanceler Otto von Bismarck, em 1883) que se pôde falar de uma política social *incondicional*. Isto é, uma política que garantia a todos o status de cidadania, que ultrapassava uma visão contratualista de proteção social, e na qual o Estado protegia de maneira abrangente, o pobre, o incapacitado para o trabalho, o desempregado. Concluimos, pois, que baseado nessa visão não-contratualista de proteção social, a concepção de Seguridade Social de pós-guerra apresentava características tais como: unificação de seguro, benefícios e serviços sociais; universalização da cobertura e prevenção de riscos, infortúnios, além de compensação de perdas e danos do presente (PEREIRA, 1998).

Apontamos ainda com base em Pereira (1998) que são percebidas algumas modificações introduzidas no esquema de Seguridade Social e nas políticas do Welfare State contemporâneos dos anos 90 tais como:

- Abandono do compromisso formal com o pleno emprego por parte dos governos;
- Redução dos gastos sociais públicos;
- Seletividade e focalização dos serviços sociais;
- Privilegiamento da lógica do seguro, sobre o *status* de cidadania, que requer a garantia *incondicional* de plenos direitos e condições de cidadania a todos os indivíduos, via um amplo programa de assistência social;

- Encolhimento da participação do Estado no processo de provisão social (produção e distribuição de bens e serviços), embora a sua presença continue forte na regulação e no financiamento das políticas de Seguridade Social;
- Ênfase na responsabilidade individual em contraposição à responsabilidade do coletivo social junto ao bem-estar do indivíduo.

Para alguns estudiosos da política social a real abordagem do Welfare State não aponta para o seu desaparecimento, como muitos fazem crer, mas para a sua reestruturação ou mudança dos seus valores básicos. Como expressão máxima desta tendência vem se destacando nos meios intelectuais e políticos a defesa ideológica do pluralismo no âmbito da proteção social contemporânea (welfare pluralism). Por bem-estar pluralista ou misto entende-se a ação compartilhada do Estado, do mercado (incluindo as empresas) e da sociedade (organizações voluntárias, sem fins lucrativos, a família ou rede de parentesco) na provisão de bens e serviços que atendam necessidades humanas básicas. Esta concepção define uma divisão fundamental de responsabilidades no campo do bem – estar e uma redistribuição de funções entre os três “parceiros”: Estado (poder), mercado (capital) e sociedade (solidariedade). Mas, na verdade o welfare pluralism ao liberar os cidadãos da tutela do estado, nega o bem-estar social como um direito do cidadão e dever do estado. Retrocede na conquista dos direitos sociais dos trabalhadores obtidos na arena política (PEREIRA, 1994).

Enfim, evidencia-se, no âmbito da Seguridade Social, a desqualificação e o esvaziamento da vertente não-contratual e distributiva do sistema, acompanhados de uma forte valorização do esquema de seguro. Isso significa que parcelas consideráveis da população, que não estão inseridas no mercado de trabalho ou que não possuem capacidade de contribuição para com a Previdência, ficarão à mercê da atenção seletiva, focalizada, estigmatizante e precária da proteção social pública e da incerta caridade privada.

1.2) Considerações sobre a Seguridade Social Brasileira

Segundo Fernandes (2000) as políticas de seguridade social no Brasil assim se configuraram como tal, a partir dos anos 20 do século XX, com o surgimento da lei Eloy Chaves, em 1923, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPS).

As CAPS eram organizadas por empresas, com a participação financeira dos empregados, dos empregadores e, em alguns casos, da União. As primeiras CAPS foram criadas para categorias que tinham um expressivo papel na atividade exportadora (como é o caso dos ferroviários, estivadores e marítimos) e prestavam serviços de assistência médico-curativa, forneciam medicamentos, aposentadoria por tempo de serviço, velhice e invalidez, pensões para os dependentes dos empregados e auxílio-funeral. As mudanças ocorridas após 1930 apontam para a base da intervenção social do Estado no Brasil. Dentre as principais medidas destacam-se: criação dos Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's), em 1933. Com a criação dos IAP's, a assistência particular das empresas esvazia-se em favor da oferta de serviços previdenciários públicos, cujo financiamento contava com recursos da União, embora a criação dos IAP's não tenha eliminado a prestação de serviços próprios das empresas. Têm-se na década de 40 outras medidas de regulação social, de que são exemplos o salário-mínimo e a CLT (Consolidação das Leis do Trabalho), as quais, articuladas aos dispositivos criados na década de 30, passaram a formar o complexo legal-institucional de regulamentação das condições de vida e de trabalho dos assalariados brasileiros e que persiste até 1964, com alterações pouco significativas. Paralelamente ao sistema oficial de seguridade foram criados o SENAI (Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial), o SESI (Serviço Social da Indústria) e o SESC (Serviço Social do Comércio), cujo financiamento depende de uma contribuição social obrigatória das empresas. Na década de 70 surgem nos países desenvolvidos as primeiras críticas ao Welfare State, porém assiste-se no Brasil, sob os auspícios do regime militar e do milagre brasileiro, a uma relativa ampliação das políticas de seguridade social, como é o caso do FUNRURAL (Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural), da renda vitalícia para os idosos, do aumento do teto do benefício mínimo, além da abertura da previdência social para os trabalhadores autônomos e empregados domésticos e da ampliação da assistência médico-social e também a criação de fundos patrimoniais dos trabalhadores (FGTS - Fundo de Garantia por tempo de Serviço, PIS - Programa de Integração Social, PASEP-Programa de Formação do Patrimônio do Servidor Público).

É no limiar da década de 80 que se inicia o período crítico daquele modelo de política social, implantando no pós-64. Marcado essencialmente pelo que na época se denominou de “crise da previdência social”, que gerou um amplo debate envolvendo expressivas organizações da sociedade.

De fato, a crise nas políticas sociais, mais especificamente na esfera da previdência social e da saúde, ocorreu num momento em que a sociedade brasileira passava a conviver com a deflagração da crise da dívida externa, com o esgotamento do crescimento econômico nutrido pelo milagre e com um novo processo de organização da sociedade, por meio da ação sindical e partidário. Esse período é assinalado pelo surgimento de movimentos de massa, em defesa das eleições diretas e de uma nova Constituição, ao lado de outros movimentos populares urbanos e rurais, de caráter contestador e reivindicatório.

É nesses termos que os anos 80 são palco de algumas inflexões importantes, que apontam para a emergência da crise da previdência no começo da década, culminando com as reformas estabelecidas pela Assembléia Nacional Constituinte, que inseriu, na Constituição de 1988, um sistema de seguridade social, definindo-o como “um conjunto integrado de ações de iniciativas dos poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos á saúde, previdência e assistência social”, reformulando a concepção da proteção social como um seguro social.

As tendências da seguridade social brasileira nos anos de 1980 direcionam reformas na Constituição de 1988, rumo ao que Mota (2000) chama de americanização da seguridade social brasileira. Esse tipo de modelo é amplamente defendido pelo FMI (Fundo Monetário Internacional), Banco Mundial, o BID(Banco Interamericano de Desenvolvimento) e a USAID (U.S. Agency for International Development, agência de fomento norte-americana) que reforçam uma nova estratégia política, manifesta nas tentativas de consolidar a expansão do mercado de recursos sociais privados e dos fundos de pensão.

A Seguridade Social alcançada pela Constituição Federal Brasileira de 1988 restringe-se à Previdência, à Saúde e à Assistência Social. Nos ditos de PEREIRA (1998) o Sistema de Seguridade Social Brasileiro é restrito e acanhado, se comparado com o esquema concebido por Beveridge, que previa um programa unificado e amplo de seguro social, a saúde, a assistência, a reabilitação, a pensão às crianças, o treinamento profissional e a sustentação ao emprego.

Após dezenove anos, a Seguridade Social não foi implementada conforme previsto na Carta Magna, e as políticas que a compõem são executadas de forma fragmentada e desarticuladas, distantes de tornarem-se um todo coeso e articulado.

Assim, embora tenha sido criado um orçamento da Seguridade Social para adotar o sistema de recursos próprios, não se seguiu a mesma orientação no que diz respeito ao arranjo

institucional e às práticas administrativas de suas políticas. Ou seja, as três áreas que compõem o complexo da Seguridade Social não foram agregadas a uma mesma instituição ou a uma mesma esfera administrativa e nem partilhavam de plano e projetos comuns. No governo Collor a situação agravou-se com uma espécie de esquartejamento da unidade expressa no conceito de Seguridade Social quando o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social – Inamps foi transferido do Ministério da Previdência para o Ministério da Saúde e criou-se um Ministério da Ação Social, com a responsabilidade de tratar de assuntos relativos à Assistência Social. Ou seja, em vez da criação de um Ministério da Seguridade Social, a partir do qual seriam administradas, de forma conjunta, as três áreas do sistema de Seguridade, permaneceu uma fragmentação institucional e administrativa do sistema. De fato, nem o orçamento da Seguridade Social se concretizou como previsto, já que no início da década de 1990 as áreas da Seguridade passaram a disputar vinculações definidas por lei.

De forma similar no governo Fernando Henrique Cardoso onde ocorreu além do esquartejamento, uma superposição institucional como no caso da Assistência Social. Com efeito, esta área, embora tenha sido acoplada ao Ministério da Previdência, que passou a ser chamado de ‘Ministério da Previdência e da Assistência Social’, teve uma parte dos seus destinatários coberta pelo Ministério da Justiça (crianças, adolescentes e pessoas portadoras de deficiência). Para agravar ainda mais a ingerência fragmentadora no âmbito da Assistência Social, foi criado o Programa Comunidade Solidária⁴ que, apesar de desenvolver ações assistenciais, esteve ligado à Casa Civil da Presidência da República, e não se baseou pelos mandamentos da LOAS - Lei Orgânica da Assistência Social (PEREIRA, 1998).

Conforme Boschetti (2006), a Seguridade Social Brasileira agregou universalidade e seletividade, centralização e descentralização, distributividade e redistributividade, gratuidade e contributividade. Isso porque no tripé, a política de assistência social tem como base os princípios da seletividade, gratuidade, redistributividade, centralização (para as prestações continuadas) e descentralização (para os programas, projetos e serviços). A política de saúde traz os princípios da universalidade, gratuidade, redistributividade e descentralização e a previdência é assegurada mediante contribuição direta e sua organização centralizada no governo Federal.

⁴ Programa de governo da gestão FHC e que, em linhas gerais, tinha como objetivos identificar e articular programas sociais federais, de responsabilidade de diferentes ministérios, voltados para o combate à pobreza.

Esta relação fragmentadora entre as políticas no interior da Seguridade Social não decorre apenas da ingerência governamental diante da nova proposta constitucional. É necessário considerar os avanços neoliberais no que tange à privatização e focalização das políticas de Seguridade Social.

Numa análise sobre a Seguridade Social Brasileira, Boschetti (2005) aponta os princípios constitucionais como universalidade na cobertura, uniformidade e equivalência dos benefícios, seletividade e distributividade nos benefícios, irredutibilidade do valor dos benefícios, equidade no custeio, diversidade do financiamento e caráter democrático e descentralizado da administração (C.F., artigo 194) e que estes se aplicam em diferentes graus e dimensões a cada política que compõe a Seguridade Social, mas ainda assim não instituíram um sistema amplo, homogêneo, integrado e articulado de direitos. Alguns autores qualificam a seguridade social como sistema inconcluso (FLEURY, 2004a), outros afirmam que ocorreu uma metamorfose inconclusa do seguro para a Seguridade Social (TEIXEIRA, 1990), e outros ainda entendem que ela permanece entre o seguro e a assistência (BOSCHETTI, 2003b).

A despeito de toda essa dinâmica irregular, os benefícios assistenciais e previdenciários têm contribuído para a redução da indigência e da pobreza, conforme observado no ANEXO 1 (PELIANO, 2006). Segundo estudos do IPEA - Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, se retiradas às rendas do BPC e das aposentadorias e pensões, os índices de indigência e pobreza no país sofreriam aumento significativo, dobrando de valor no caso da indigência, e aumentando de 31,6% para 42,9% no caso da pobreza.

Enfim, o campo da Seguridade Social Brasileira é um terreno adverso e em constante disputa; merece nossa atenção quanto aos mecanismos de articulação política que o constituíram historicamente e os arranjos presentes na atual conjuntura bem como as formas de inter-relação entre as três políticas que o compõem.

1.3) A Assistência Social como Política de Seguridade Social

A Constituição Federal de 1988 inaugura o conceito de seguridade social através do tripé: saúde, previdência e assistência social. A partir de 1988, a Assistência Social, além de se ter tornado um componente da Seguridade Social, passou a ser um direito social a ser concretizado por uma política pública correspondente — a política de Assistência Social.

No caso da assistência social, a LOAS foi responsável por dar visibilidade ao tratamento da questão social elevando-a ao status de política. Ressaltamos como exemplo o artigo 203 da Constituição Federal e como este ganha visibilidade no artigo 2º da LOAS: “a garantia de 1 (um) salário mínimo de benefício mensal à pessoa portadora de deficiência e ao idoso que comprovem não possuir meios de prover a própria manutenção ou de tê-la provida por sua família” (BRASIL, 1993: 1).

De acordo com Yazbeck (1995), a assistência social transita do assistencialismo clientelista para o campo da política social.

A lei orgânica da assistência social traz em seu artigo primeiro a concepção de assistência social como direito do cidadão e dever do Estado. Engloba-a como política de seguridade social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

Historicamente a assistência social no Brasil tem sua origem baseada na caridade, filantropia, e na benemerência religiosa. Não havia status de política pública ou caráter de dever do estado. Também se orientava pelo voluntariado, sem exigência de planejamento que indicasse claramente suas funções, os benefícios e beneficiários, o orçamento e seus critérios de aplicação e distribuição, bem como sua forma de gestão (BOSCHETTI, 2003).

“É evidente que apenas o reconhecimento legal da assistência como direito não provoca automaticamente uma inversão dessas práticas, fortemente enraizadas na cultura política brasileira. Mas os preceitos legais estabelecem direitos e deveres que constituem os pilares sobre os quais está fundada a possibilidade de reversão da lógica do favor para a lógica do direito”.(BOSCHETTI, 2003: 7).

No processo de sua implantação, a LOAS é debatida país afora e suas teses fundantes como o sistema descentralizado e participativo, a municipalização, a renda mínima, a relação público-privado, o financiamento e o controle social são debatidos reiteradamente através da I, II e III Conferências Nacionais de Assistência Social (SPOSATI, 2004).

“O reconhecimento do dever legal da Assistência Social como direito não provocou de imediato uma inversão das práticas até então desenvolvidas. Ainda persistem desafios a serem enfrentados para que se efetive a política organizada por meio de um SISTEMA ÚNICO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL (SUAS). Trata-se de definir com clareza as coberturas da Assistência Social, homogeneizar o conjunto de medidas, explicitando, a partir do acúmulo que temos, as competências e a participação de cada ente federado no provimento

das ações comuns e integradas, cuja execução possa ser organizada, conforme o nível de complexidade, pelas três esferas de governo, além de assegurar um único e sistemático mecanismo de financiamento. Dessa forma, pode-se caminhar na direção de um sistema de assistência social organizado e estruturado” (MARTINS, 2003: 2).

Conforme BOSCHETTI (2003), o princípio da universalização garantido legalmente indica que a assistência social deve ser entendida e implementada tendo como horizonte a redução das desigualdades sociais. Isto não significa que os direitos assistenciais devam ser garantidos a todos, pobres e ricos indiscriminadamente, mas que eles devem agir no sentido de buscar a inclusão de cidadãos no universo de bens, serviços e direitos que são patrimônio de todos, viabilizando-se mediante a vinculação orgânica da assistência social com as demais políticas econômicas e sociais. A universalidade assume, assim, dois sentidos. O primeiro, de garantir o acesso aos direitos assistenciais a todo o universo demarcado pela LOAS, ou seja, a todos aqueles que estão dentro das categorias, critérios e condições estabelecidos por ela; e o segundo de articular a assistência às demais políticas sociais e econômicas, tendo como perspectiva a inclusão dos cidadãos nos bens e serviços prestados pelas demais políticas sociais.

“As políticas sociais governamentais são entendidas como um movimento multidirecional resultante do confronto de interesses contraditórios e também enquanto mecanismos de enfrentamento da questão social, resultantes do agravamento da crise sócio-econômica, das desigualdades sociais, da concentração de renda e da agudização da pauperização da população” (JOVCHLOVITCH, 1993: 4).

Discute-se atualmente, em todo território nacional a implementação da Política Nacional de Assistência Social aprovada em novembro de 2004, na direção da construção do Sistema Único da Assistência Social-SUAS. A Norma Operacional Básica de 2005 definiu o SUAS como: “[...] um sistema público não contributivo, descentralizado e participativo que tem por função a gestão do conteúdo específico da assistência social no campo da proteção social brasileira [...]”.

O SUAS tem com função a gestão da assistência social no campo da proteção social brasileira, de forma a consolidar o modo de gestão compartilhada, o co-financiamento e a cooperação técnica entre os três entes federativos (federal, estadual, municipal); estabelecer a divisão de responsabilidades entre os entes para instalar, regular, manter e expandir as ações de

assistência social; ao mesmo tempo, é orientado pela unidade de propósitos; regula a hierarquia, os vínculos e as responsabilidades do sistema de serviços, benefícios, programas, projetos e ações de assistência social, em rede de âmbito municipal, estadual e federal; reconhece que as diferenças e desigualdades regionais e municipais condicionam os padrões de cobertura do sistema e os seus diferentes níveis de gestão e articula em sua dinâmica às organizações/entidades de assistência social reconhecidas pelo SUAS.

O Sistema Único de Assistência Social (SUAS) se apresenta como um elemento necessário e importante para a consolidação e ampliação da seguridade social. Nesse sentido, sua integração no âmbito da Seguridade Social é critério fundamental para sua efetivação. Como sistema que operacionaliza os princípios da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), o SUAS materializa princípios e diretrizes previstos na Lei Orgânica da Assistência Social em suas orientações centrais e estabelece um sistema em seu sentido mais estrito, ou seja, como estrutura organizada com base em um conjunto de serviços sócio-assistenciais inter-relacionáveis e agrupados por características de proximidade, e em diferentes tipos de proteção social. O SUAS também resgata e enfrenta desafios importantes para a consolidação da política de assistência social: estabelece normas regulatórias nacionais que instituem a assistência social como política de Estado, o que pode torná-la menos permeável aos interesses clientelistas; estabelece critérios e objetivos de partilha de recursos entre os serviços sócio-assistenciais e entre Estados e municípios; cria mecanismos compulsórios para provocar uma relação (até então inexistente) entre programas, projetos, serviços e o BPC e Bolsa Família; estabelece uma relação contínua e democrática entre planos, fundos, conselhos e órgão gestor; garante a aplicação autônoma dos recursos pelos municípios com repasse automático e regular de recursos fundo a fundo; estabelece e sistematiza indicadores sociais e institui um sistema informatizado de acompanhamento e monitoramento da política de assistência social, até então inexistente (BOSCHETTI, 2005).

De acordo com Raichelis (2000), a política de assistência social deve exercer uma função democratizadora e universalizante no campo da seguridade social, fazendo estender o padrão de cobertura social aos segmentos sociais não contributivos, através das interfaces com as outras políticas setoriais, tendo em vista equacionar as necessidades sociais dos segmentos mais vulneráveis.

1.4) A Seguridade Social Brasileira e Possibilidades de Construção da Intersetorialidade

A concepção de integração entre as políticas no interior da Seguridade Social nos remete à análise do grau de articulação e diálogo entre essas políticas que compõem a Seguridade Social. Tal análise é fundamental também pelo foco de nosso estudo no BPC e os assistidos por este programa, que podem ser alvo não só da política de assistência, mas também das demais políticas presentes no conjunto da Seguridade Social e além, para diversas outras políticas sociais (habitação, educação, saneamento básico, cultura, esporte, lazer, etc.).

Consideramos que a transferência de renda isolada, desconectada de uma estrutura de proteção social assegurada pelo Estado não possibilita que os assistidos, público-alvo dessa proteção, avancem para um outro patamar de cidadania ou saiam dessa condição primeira para uma outra que lhe proporcione melhores condições de vida e dignidade.

A integração dos setores e serviços é considerada um dos aspectos mais importantes quando se trata de efetividade das políticas sociais. Em especial no caso dos programas de inclusão social como os de transferência de renda, como o BPC, em que os beneficiários encontram-se em situação de extrema vulnerabilidade. A baixa utilização dos serviços sociais presentes nas políticas sociais compromete a inclusão, na medida em que os beneficiários recebem a renda, melhorando sua situação imediata na resolução de necessidades básicas, mas não contam com outras ações fundamentais de atenção a situações específicas de vulnerabilidade.

Percebemos que se faz necessária a intersetorialidade entre as políticas de Seguridade Social e as demais políticas públicas já citadas, como um conjunto de ações voltadas para o programa de transferência de renda no Brasil que tem maior impacto na vida de seus beneficiários: o BPC. Para tal consideramos que a intersetorialidade como articulação de saberes e experiências na identificação participativa de problemas coletivos, nas decisões integradas sobre políticas e investimentos, com o objetivo de obter retornos sociais, com efeitos sinérgicos, no desenvolvimento econômico-social e na superação da exclusão social possa representar uma mudança de atitude que deve predispor políticos, acadêmicos e técnicos para a integração e interação de saberes entre si e destes com a população (JUNQUEIRA E INOJOSA, 1994).

Diz Inojosa (1998) que “os problemas reais cruzam os setores e há atores que se beneficiam ou são prejudicados por eles”. Se os problemas decorrem das interconexões entre fatores e dos sistemas entre si, sua análise não pode ser feita isoladamente, sem verificação das interconexões com outros fatores, de outras áreas ou setores, com o risco de através de uma

análise fragmentada e incompleta, cometer erros de avaliação e dar soluções parciais, desarticuladas e incompletas aos problemas. Dada a interconexão entre os sistemas, análises parciais podem gerar ações de conseqüências imprevistas e às vezes negativa.

A ação intersetorial não é um processo espontâneo, mas sim um processo organizado e coletivo. Ela depende de uma ação deliberada, que pressupõe o respeito à diversidade e às particularidades de cada setor ou participante. Envolve a criação de espaços comunicativos, a capacidade de negociar e de trabalhar os conflitos para chegar às ações que não necessariamente implicam a resolução ou enfrentamento final do problema principal, mas que implicam a acumulação de forças, a construção de sujeitos, a descoberta da possibilidade de agir (CAMPOS, 2000).

“O cidadão, para usufruir uma vida com qualidade, necessita que os seus problemas sejam tratados como eles se apresentam na realidade, ou seja, ele necessita que estes sejam tratados na sua totalidade e não de forma fragmentada. A intersetorialidade é uma lógica para a gestão da cidade, buscando superar a fragmentação das políticas e considerar o cidadão na sua totalidade, nas suas necessidades individuais e coletivas” (JUNQUEIRA, 1998:14).

A intersetorialidade envolve também a expectativa de maior capacidade de resolver situações, com efetividade e eficácia, pois, em todas as experiências, reconhece-se que a intersetorialidade se constrói sobre a necessidade das pessoas e setores saberem enfrentar problemas concretos. As questões concretas são as responsáveis por mobilizarem as pessoas, criarem espaço possível de interação e de ação. Assim, apesar de o processo ser em si importante, é fundamental também que se produzam resultados parciais, palpáveis, perceptíveis para retroalimentar pessoas e setores participantes (Organização Panamericana de Saúde, 2005).

A intersetorialidade voltada à proteção social é um desafio posto e nessa tentativa de concretizar tal articulação entre saúde, educação, assistência social e demais políticas públicas, surgem os programas de transferência de renda. É necessário pensarmos o BPC como programa de transferência de renda e como seus beneficiários estão sendo alcançados por essa proteção social articulada e intersetorial através do benefício.

1.5) A Seguridade Social Brasileira e o Contexto de Emergência dos Programas de Transferência de Renda

A Seguridade Social como “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” respondeu, na época de sua concepção no texto constitucional, às expectativas da sociedade organizada de ampliação do estoque de direitos sociais associados à cidadania, traduzindo a sensibilidade do legislador diante da situação preexistente (VIANA, 2005).

Para a OIT (Organização Internacional do Trabalho), Seguridade Social é a proteção que a sociedade proporciona a seus membros mediante uma série de medidas públicas contra as privações econômicas e sociais que de outra forma derivariam no desaparecimento ou em forte redução de sua subsistência como consequência de enfermidade profissional, invalidez, velhice e morte, e também a proteção na forma de assistência médica e de ajuda às famílias com filhos” (OIT, 1984).

Nesse contexto o debate sobre renda mínima, no plano internacional, vem se intensificando principalmente a partir da década de 80 e se situa no âmbito da constatação da irreversibilidade das grandes transformações que vêm ocorrendo na economia, marcadas pela Revolução Tecnológica da Era da Informação (SILVA, 1996).

As experiências com programas de garantia de renda mínima (PGRM) surgem nos países desenvolvidos, no século XX, à medida que se vai consolidando o Estado de bem-estar. A idéia, já formulada por pensadores liberais desde o século XVIII, era criar uma rede de proteção social para as populações mais pobres, através de uma transferência de renda complementar. Muitos países europeus (Dinamarca, Alemanha, entre outros) já nos anos 30-40 passam a adotar políticas com este perfil redistributivo. No presente também, a União Européia e a Organização para a Cooperação Econômica e o Desenvolvimento (OCDE) preconizam a adesão dos países membros aos programas de renda mínima. Daí a grande diversidade de formatos de PGRMs que existe hoje. (LAVINAS, 1998).

Hoje, quase no mundo inteiro, existem diversas variedades de programas de transferência de renda que se diferenciam pelos critérios de elegibilidade, condições de acesso e permanência, concepção política, forma de financiamento, mecanismos de implementação, entre outros.

No Brasil, de acordo com Peliano (2006), visando enfrentar a indigência ou evitar situações de pobreza, um conjunto bastante diversificado de benefícios em forma de renda monetária é

operado pelo governo federal. Para reflexão sobre o impacto e as perspectivas desse conjunto de ações, vale diferenciá-las em dois grupos. De um lado, os programas de transferência de renda que visam a garantir renda mínima a toda a população pobre. Estão neste grupo os programas de bolsas e transferências de renda vinculados à comprovação de insuficiência de renda, entre os quais se destaca o Bolsa Família. De outro, os programas que têm por objetivo aportar recursos às populações reconhecidas como incapazes ou dispensadas de arcar com sua sobrevivência pelo próprio trabalho. Compõe este grupo de programas o Benefício de Proteção Continuada (BPC), também vinculado à situação de insuficiência de renda, e a Previdência Social.

No caso brasileiro os programas de transferência de renda têm adquirido centralidade crescente na agenda governamental nos últimos quinze anos. Tendo como referências as experiências internacionais, sobretudo européias, estes programas emergem no Brasil em um contexto marcado, de um lado, pela grave crise econômica que atingiu as economias latino-americanas desde o final dos anos 1970 (expressa no esgotamento do padrão desenvolvimentista, nas altas taxas de desemprego e no aumento da informalidade, etc.) e, de outro lado, pela emergência de novos atores sociais na arena pública, os quais trouxeram a discussão sobre a efetividade e eficácia das redes públicas de proteção social para o centro do debate. A inauguração destes programas no Brasil se deu a partir de experiências estaduais e municipais que tinham como foco as famílias em situação de vulnerabilidade e fome e buscavam associar ao benefício monetário o acesso aos serviços básicos de saúde e educação (SENNÁ ET AL, 2006).

De acordo com Fonseca (2001) no início dos anos 90, o projeto de lei⁵ (80/91), apresentado ao Senado pelo senador Eduardo M. Suplicy (PT/SP) propunha uma complementação de renda aos indivíduos maiores de 25 anos, cujos rendimentos mensais fossem inferiores a determinado patamar de renda. A complementação equivaleria a 30% da diferença entre a renda auferida e o mínimo estabelecido. Tal projeto recebeu um cuidadoso parecer do relator (senador Maurício Corrêa) e foi aprovado por unanimidade pelo Senado. No projeto aprovado, o indivíduo é portador de direitos (a renda é um destes direitos) e a política social o reconhece como tal, independentemente do seu estado civil, da sua descendência e da natureza de seus vínculos com crianças e adolescentes e do tempo em que resida em algum município do seu país. Esse projeto também suscitou um amplo debate na grande imprensa com muitas posições contrárias e outras a

favor. Posteriormente o projeto de lei aprovado pelo Senado em dezembro de 1991 que instituiu o Programa de Garantia de Renda Mínima (PGRM) foi encaminhado à Câmara dos Deputados (Projeto de Lei Nº2.661/1992) de onde nunca saiu.

Em seguida, no que podemos chamar de segundo momento do debate sobre transferência de renda, José Camargo, um renomado economista, inicia um diálogo crítico em relação ao PGRM proposto pelo senador Suplicy, principalmente pela possibilidade de incentivar o trabalho informal, sem carteira assinada e por propor que a prioridade fosse aos mais velhos. A novidade desse debate apóia-se na proposição de que se priorizasse a articulação de transferência de renda com a educação e fosse introduzida a família como elemento foco de ação e não o indivíduo (FONSECA, 2001).

Para Sposati (1997), todas as iniciativas no campo da transferência de renda no Brasil buscaram romper com a perspectiva assistencialista e compensatória das ações contra a pobreza e garantir um padrão mínimo de satisfação das necessidades básicas da população atendida. É, no entanto, a partir da segunda metade da década de 1990, que ocorre uma expansão significativa dos programas de transferência de renda no país, quando progressivamente o governo federal passa a implantar programas de abrangência nacional (Programas Bolsa-Escola, Bolsa-Alimentação, Vale-gás, Agente Jovem, entre outros) e também se observam várias iniciativas municipais em Campinas, Ribeirão Preto, Brasília, etc. Nesse momento a Política de Renda mínima passa a integrar de fato a agenda governamental como uma opção concreta de política social.

Contudo, a fragmentação e a pouca efetividade dos programas, dificuldades de focalização da população-alvo, duplicidade de ações, debilidade das formatações políticos-institucionais e baixos níveis de controle social tornaram-se problemas e desafios permanentes. Apesar dos avanços obtidos na trajetória dos programas de transferência de renda na década de 1990 enquanto estratégia de combate à fome e à pobreza, tais ações ainda estavam marcadas pela fragmentação e paralelismo, com manutenção da tendência a sobrefocalização da clientela e pulverização dos recursos financeiros (SCHOTTZ, 2005).

⁵ Esse projeto de lei foi influenciado pelo campo de debates sobre o Imposto de Renda Negativo, de autoria de Friedman, cujas idéias foram trazidas por Antônio Maria da Silveira no artigo “Redistribuição de Renda” - Revista Brasileira de Economia, 1975.

No atual momento brasileiro é necessário destacar que os Programas de Transferência de Renda estão previstos no interior da Política Nacional de Assistência Social, situados na Rede Socioassistencial que os classifica como:

“programas que visam o repasse direto de recursos dos fundos de Assistência Social aos beneficiários, como forma de acesso à renda, visando o combate à fome, à pobreza e outras formas de privação de direitos, que levem à situação de vulnerabilidade social, criando possibilidades para a emancipação, o exercício da autonomia das famílias e indivíduos atendidos e o desenvolvimento local”(BRASIL, 2005: 23).

As análises de Fonseca (2001), Silva e Silva et. al (2004), Baltazar(2006) também mostram que o debate em torno dos Programas de Transferência de Renda os situa como possibilidade de solução para a crise do desemprego e o enfrentamento da pobreza, sendo defendidos por políticos, organizações sociais e estudiosos das questões sociais de diferentes matizes teóricas. Portanto, para melhor compreensão dos programas de transferência de renda Silva e Silva et al. (2004) a autora apresenta três vertentes ideológicas que abordam sua respectiva denominação:

- Vertente de inspiração neoliberal: programas residuais desenhados a partir de mecanismos compensatórios e de substituição das políticas de proteção social. O Imposto de Renda Negativo proposto por Milton Friedman e a Renda Básica Incondicional de Van Parijs são exemplos de programa de renda mínima enquadradas na corrente de inspiração liberal. O Imposto Negativo tem como estratégia a criação de uma transferência de renda que fosse incapaz de gerar um estímulo ao ócio, mas ao contrário incentivar o trabalho. A idéia seria pensar uma linha de pobreza, acima da qual as pessoas pagariam o imposto e abaixo receberiam um valor complementar à renda alcançada através do trabalho.
- Vertente Progressista/distributivista: programas de ordem mais universalista, baseadas no direito de cidadania e complementares ao sistema de proteção social; Como exemplos destacamos a Renda Social Mínima formulada por André Gorz, uma das mais representativas desta vertente, que propõe a redução das jornadas de trabalho para que todos os indivíduos pudessem trabalhar, além da flexibilidade do período e do horário, conforme as negociações entre patrões e empregados, associada à transferência de uma renda mínima, seria concedido também através de um “segundo cheque”. Também destacamos nesta vertente a proposta de Renda Básica Incondicional desenhada por Philippe Van Parijs que

embora tivesse traços liberais, também possuía fortes aspectos da Perspectiva Progressista e trata-se de uma renda monetária paga, para todo e qualquer cidadão, individualmente, sem restrição quanto à natureza ou ao ritmo de consumo e independente da renda auferida e sem distinção de valor a ser pago aos ricos e aos pobres. Esta proposta está associada a uma concepção de cidadania plena, na medida em que é universal e incondicional.

- Vertente de Inserção social: renda mínima como um mecanismo voltado para a inserção social e capacitação profissional e de formação dos cidadãos. Funciona com uma lógica assistencial cujo objetivo é complementar os serviços de proteção social existentes visando garantir um mínimo de recursos aos mais pobres. O exemplo mais representativo foi formulado por Serge Milano, conhecida como Renda Mínima Social de Milano, que seria uma espécie de auxílio material associado ao desenvolvimento de ações de formação/qualificação e inserção de profissionais, sendo suficiente para permitir aos beneficiários reencontrarem os meios para a sua emancipação. Não se trataria apenas de assegurar uma renda aos desempregados, mas de associar o benefício concedido à busca de atividades que permitam conservar a dignidade e a responsabilidade dos indivíduos. Esses tipos de programas de renda mínima dessa vertente têm sido utilizados como uma espécie de substituição ao seguro-desemprego, já que são de prestações mais baixas e com critérios de cessão mais rígidos. Tais programas de renda mínima eram classificados como complementares, pois se tratava de uma articulação entre renda mínima e inserção social e profissional.

Segundo Silva e Silva (1996), mesmo tendo sido realizado o esforço em classificar os diversos programas de renda mínima a partir dessas distintas correntes teóricas, muitos programas assumem formas mistas e que, portanto, dificultam a classificação do modelo brasileiro.

1.6) Analisando o Benefício de Prestação Continuada como Política de Transferência de Renda

A partir do que nos propomos a realizar nesse trabalho consideramos importante diferenciarmos o BPC dos demais programas de transferência de renda, a fim de apontar as

especificidades, avanços e limites de termos no cenário brasileiro deste programa que é o único previsto em legislação, com status de direito e que inegavelmente é o que tem maior impacto na vida de seus beneficiários.

No caso do Benefício de Prestação Continuada se lida com destinatários em particular situação de vulnerabilidade sócio-econômica, seja pela contingência da idade ou de uma deficiência incapacitante para o trabalho e para a vida diária independente. Ou seja, tal situação de vulnerabilidade é que direciona o critério de elegibilidade para o acesso ao Benefício, acesso ao direito, sem a exigência de contrapartidas, como é o caso da maioria dos programas de transferência de renda no Brasil.

Sabe-se que o BPC⁶ é um programa de transferência de renda, de caráter temporário, e consiste em uma renda mensal de 01 (um) salário mínimo destinado mensalmente a pessoas idosas de 65 anos ou mais e a pessoas com deficiência⁷ incapacitadas para o trabalho e para a vida independente, cuja renda per capita familiar seja inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. É o primeiro mínimo social não contributivo garantido a todos os brasileiros.

“O estabelecimento de um salário mínimo como “padrão básico de inclusão” no texto constitucional representou a definição de um patamar societário de civilidade, de responsabilidade pública e *social* “às pessoas que não possuem condições de obtê-la, de forma suficiente por meio de suas atividades atuais ou anteriores” (SPOSATI, 2004: 126).

A introdução do BPC no Brasil foi prevista pela Constituição de 1988 e regulamentada em 1993 pela Lei Orgânica da Assistência Social - LOAS (Lei nº 8.742 de 7/12/1993), complementada e retificada pelo Decreto Federal nº 1.744, de 8/12/1995, pela Medida Provisória nº 1.426/96, posteriormente Lei nº 9.720, de 30/11/98. O BPC substituiu a Renda Mensal Vitalícia que no âmbito da Previdência Social, concedeu entre 1975 e 1996 uma renda a pessoas idosas e com deficiência que comprovassem sua incapacidade para o trabalho. É um benefício assistencial que deve ser requerido no INSS e é financiado com recursos do Fundo Nacional de Assistência Social – FNAS.

⁶ O Benefício Assistencial como é intitulado no INSS será devido à pessoa portadora de deficiência ou idosa, brasileira, inclusive ao indígena, não amparados por nenhum Sistema de Previdência Social, ou estrangeiro naturalizado e domiciliado no Brasil, não coberto por sistema de previdência do país de origem.

⁷ O Censo do Instituto Brasileiro de Geográfico e Estatística (IBGE) de 2000 revelou que 14,5% da população brasileira são portadores de, pelo menos, uma das deficiências investigadas pela pesquisa. Desse total 8,3% possuem deficiência mental; 4,1%, deficiência física; 22,9%, deficiência motora; 48,1%, deficiência visual e, 16,7%, deficiência auditiva.

Quanto ao valor estabelecido constitucionalmente em um salário mínimo indica, pelo menos em tese, seu caráter de provisão de necessidades básicas, do campo de seguridade social, aproximando-o do direito, em contraponto com outras tantas modalidades de repasse de renda, como auxílio ou ajudas emergenciais, datadas e irregulares. Apresenta distorções no que tange à sua qualidade de direito, pois não é prestado a todos que dele necessitam, alcançando somente os que vivem abaixo da linha da indigência (SPOSATI, 2004).

“The income threshold has been considered extremely low. Several judicial decisions have given the right of benefit to families with per capita incomes of half a minimum wage. At the same time, there are bills passing through Congress proposing the increase of this minimum level. Hence, the expectation is that in a short period of time it will be raised” (MEDEIROS, 2006, 25).

O BPC impacta positivamente nas condições de vida dos beneficiários já que representa uma possibilidade concreta de aumento de aquisição e consumo de bens e serviços. Através do recebimento deste benefício é possível investir em compra de remédios, alimentos, vestuário, mobiliário etc, de modo a assegurar maior nível de bem-estar individual e para a sua família. No plano simbólico aponta-se para o impacto do BPC sobre a auto-estima de muitos idosos e PPDs através da sua autonomização (LOBATO ET. AL, 2005).

A partir de uma nova concepção da Política Nacional de Assistência Social – PNAS na perspectiva do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, em 2004, o Benefício de Prestação Continuada - BPC passou a constituir parte integrante da Proteção Social Básica.

A perspectiva de proteção social básica prevista no SUAS e na PNAS define claramente o que e quais são as ações ou serviços sócio-assistenciais que possuem o caráter de básico. Básico é aquilo que é basilar, mais importante, fundamental, primordial, essencial, que é comum a diversas situações. (BOSCHETTI, 2005). Na PNAS (2004) e na Norma Operacional Básica - NOB (2005), a Proteção Social Básica está referida a ações preventivas, que reforçam a convivência, socialização, acolhimento e inserção, e possuem um caráter mais genérico e voltado prioritariamente para a família; que visa a desenvolver potencialidades, aquisições e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e destina-se às populações em situação de vulnerabilidade social (PNAS, p. 27). As ações assistenciais consideradas como de proteção social básica são realizadas prioritariamente pelos Centros de Referência de Assistência Social. Na implantação deste tipo de proteção social, um desafio do SUAS é buscar articulação com a proteção social garantida pela saúde, educação, previdência e demais políticas públicas, de modo a estabelecer programas gerais e preventivos.

Hoje existe uma demanda espontânea de idosos e pessoas com deficiência aos serviços públicos que têm buscado requerer o direito ao Benefício de Prestação Continuada. Muitos desconhecem que não basta somente ter uma deficiência ou estar acima dos 65 anos, existem critérios de renda e condições de vida e trabalho elencados pela LOAS citados anteriormente.

O BPC é assumido de fato pela assistência social, sendo conhecido e tratado pela sua significativa cobertura, 2,5 milhões de pessoas, pela magnitude do investimento social, cerca de R\$ 8 bilhões, pelo seu impacto econômico e social e por retirar as pessoas do patamar da indigência. O BPC é processador de inclusão dentro de um patamar civilizatório que dá ao Brasil um lugar significativo em relação aos demais países que possuem programas de renda básica, principalmente na América Latina. Trata-se de uma garantia de renda que dá materialidade ao princípio da certeza e do direito à assistência social (BRASIL, 2004).

O BPC é o primeiro mínimo social não contributivo garantido constitucionalmente a todos os brasileiros, independente da sua condição de trabalho, atual ou anterior, mas dependente da condição atual de renda (SPOSATI, 2004: 125).

Conforme previsto na Política Nacional de Assistência Social de 2004, o BPC é efetiva provisão que traduziu o princípio da certeza na assistência social, como política não contributiva de responsabilidade do Estado; é um processador de inclusão dentro de um patamar civilizatório; é garantia de renda que dá materialidade ao princípio da certeza e do direito à assistência social.

Contudo, muitos desafios ainda estão colocados para que o BPC se consolide como mínimo social não contributivo tais como: revisão da analogia entre deficiência e incapacidade para o trabalho; critério da renda atrelado à família como condicionalidades para acesso ao benefício; interface com os programas e serviços da Política de Assistência Social e demais políticas sociais, entre outros.

Conforme apontam Lobato et al (2005) Previdência e Assistência operam com estruturas, lógicas organizacionais e culturas institucionais bastante distintas, o que confere grande complexidade à gestão do BPC. Embora seja um benefício de caráter assistencial, o BPC vem se operando no interior da estrutura previdenciária, marcada pela tradição do seguro social.

Tendo realizado esse primeiro campo de análise sobre a Seguridade Social brasileira e a política de Assistência Social com seu universo de programas de transferência de renda, com ênfase no BPC continuaremos no próximo capítulo nossa abordagem quanto à trajetória histórica

e o significado desse benefício no interior da política de Assistência Social. Trataremos os avanços nas concepções deste direito e suas especificidades quanto ao público pessoas com deficiência e o processo histórico da implementação da revisão do BPC no cenário brasileiro.

CAPÍTULO II

O BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA NO INTERIOR DA POLÍTICA DE ASSISTÊNCIA SOCIAL



“A introdução do BPC 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,2004:128)

2) O Benefício de Prestação Continuada no interior da Política de Assistência Social

Neste segundo capítulo pretendemos abordar a concepção e o significado sócio-político, simbólico, material do Benefício de Prestação Continuada presente na literatura científica e em legislações, desde a sua aprovação no texto constitucional até os avanços na compreensão e implementação desse mesmo texto nos dias atuais, onde tal benefício foi consagrado como uma política de proteção social não contributiva de imenso significado.

Trataremos o BPC no interior do processo de construção de política de assistência social, com destaque para a situação das pessoas com deficiência e a atenção às suas necessidades e demandas. Analisaremos os diferentes graus de vulnerabilidades que essas pessoas trazem no cotidiano de acesso às políticas públicas.

Procuramos caracterizar esse universo de pessoas no Brasil e especificamente na cidade do Rio de Janeiro. Em seguida descrevemos as características da revisão do BPC, e sua relação com o papel do nível local de atenção.

2.1) O Desenvolvimento da Política de Assistência Social e o Benefício de Prestação Continuada

A política social brasileira, e particularmente a política de assistência social, é marcada historicamente pela benemerência – considerada um “favor” aos “pobres incapazes” - e pela subordinação aos interesses econômicos de nossas elites. Somente com as ondas democrático-populares da década de 1980 e a promulgação da Constituição Federal de 1988 inauguramos um padrão de proteção social afirmativo de direitos sociais enquanto direitos de cidadania (PEREIRA, 2006).

A Lei Orgânica da Assistência Social em 1993 significou a reafirmação da assistência social como uma dimensão de direito social, indicou princípios de universalização, dignidade e autonomia dos sujeitos, além de apontar a efetivação da assistência social como direito social através de um sistema descentralizado, com comando único, participativo (com controle social) e a primazia da responsabilidade do Estado com relação à política pública de assistência social. Além de indicar o sistema participativo e descentralizado no que se refere à gestão e organização

da política de assistência social, apontou os benefícios continuados (Benefício de Prestação Continuada) e eventuais, os serviços, programas e projetos inscritos no âmbito da assistência social e as formas de financiamento desta política pública, acompanhado de: *controle social* - através dos Conselhos de Assistência Social nos municípios, estados, Distrito Federal e União; *planejamento*, com a exigência dos Planos de Assistência Social em todos os níveis de governo para o repasse de recursos e (c) *transparência do repasse de recursos*, por meio dos Fundos de Assistência Social (com o repasse Fundo a Fundo).

“A introdução na política de assistência social do BPC constitui a sua primeira atenção social de massa, pois: a) quebrou a tradicional regulação *ad hoc*, aquela operada caso a caso pelo ajuizamento individual de técnicos sociais a partir de critérios quase nada publicizados e circunscrita sua concessão ao âmbito interno de uma instituição; b) introduziu, em contrapartida, a forma pública da regulação social do estado no acesso de massa a benefícios não contributivos no campo da assistência social; c) afiançou a condição de certeza de acesso à atenção de idosos e deficientes” (SPOSATI, 2004:125).

O BPC, após seu período de organização estrutural, acabou por substituir a Renda Mensal Vitalícia que, no âmbito da Previdência Social, concedeu entre 1975 e 1996 uma renda a pessoas idosas e deficientes que comprovassem sua incapacidade para o trabalho e que tivessem contribuído. O BPC tornou-se, portanto, no interior do INSS, o chamado “Amparo Assistencial”.

De acordo com a literatura internacional, há concepções no âmbito dos mínimos sociais que podem ser as garantias de renda mínima às pessoas pouco capacitadas para obter recursos da própria atividade do trabalho (velhice, invalidez, deficiência), garantias de renda mínima às pessoas que, mesmo com idade/situação ativa, não alcançam autonomia de renda *per capita* na sociedade de mercado por múltiplas situações (desde o desemprego face à nova forma de regulação produtiva até as características familiares, como famílias extensas, mononucleares, em desagregação) e também garantias que dêem suportes a demandas habitacionais e suportes às situações sujeitadas à discriminação pela sociedade.

Na perspectiva do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, desde 2004, o Benefício de Prestação Continuada - BPC passa a fazer parte da Proteção Social Básica. A perspectiva de proteção social básica prevista no SUAS e na PNAS define claramente o que e quais são as ações ou serviços sócio-assistenciais que possuem o caráter de básico. Básico é aquilo que é basilar, mais importante, fundamental, primordial, essencial, que é comum a diversas situações. (BOSCHETTI, 2005).

No interior da política de assistência social avançamos na compreensão dos mínimos sociais assegurados à população, apontados pela LOAS, para a concepção do que é fundamental, necessário a essa população alvo da política. Conforme Pereira (2002), o mínimo pressupõe supressão ou cortes de atendimento, tal como propõe a ideologia liberal. Já o básico requer investimentos sociais de qualidade para preparar o terreno a partir do qual maiores atendimentos podem ser prestados e otimizados. É a revisão do significado de mínimos de provisão social para a noção de necessidades humanas básicas.

Na PNAS (2004) e na Norma Operacional Básica - NOB (2005) que regula a política de Assistência Social em todo o território nacional, a Proteção Social Básica (e não mínima) está referida a ações preventivas, que reforçam a convivência, socialização, acolhimento e inserção, e possuem um caráter mais genérico e voltado prioritariamente para a família; que visa a desenvolver potencialidades, aquisições e fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e destina-se às populações em situação de vulnerabilidade social.

“A proteção social básica tem como objetivos prevenir situações de risco por meio 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 (ausência de renda, precário ou nulo acesso aos serviços públicos, dentre outros) e, ou, fragilização de vínculos afetivos - relacionais e de pertencimento social (discriminações etárias, étnicas, de gênero ou por deficiências, dentre outras). Prevê o desenvolvimento de serviços, programas e projetos locais de acolhimento, convivência e socialização de famílias e de indivíduos, conforme identificação da situação de vulnerabilidade apresentada. Deverão incluir as pessoas com deficiência e ser organizados em rede, de modo a inseri-las nas diversas ações ofertadas. Os benefícios, tanto de prestação continuada como os eventuais, compõem a proteção social básica, dada a natureza de sua realização”(BRASIL, 2004: 27).

Segundo a NOB (2005), as ações assistenciais consideradas como de proteção social básica devem ser realizadas prioritariamente pelos Centros de Referência de Assistência Social. Na implantação deste tipo de proteção social, um desafio do SUAS é buscar articulação com a proteção social garantida pela saúde, educação, previdência e demais políticas públicas, de modo a estabelecer programas gerais e preventivos. Interessa-nos saber se os beneficiários do BPC estão sendo alcançados por essa proteção social articulada e, caso não, porque e como buscar mecanismos de acesso dessa população a tal rede.

O aperfeiçoamento da Política Nacional de Assistência Social estabelece alterações no BPC que objetivam aprimorar as questões de acesso à concessão, visando uma melhor e mais adequada regulação que reduza ou elimine o grau de arbitrariedade hoje existente e que garanta a sua universalização. Tais alterações passam a assumir o real comando de sua gestão pela assistência social (BRASIL, 2004).

O BPC no conjunto da proteção social básica deve estar integrado ao conjunto das demais ações sócio-assistenciais, “destacando-se a garantia do direito à convivência familiar e comunitária e, sobretudo, ao trabalho social com a família dos beneficiários, contribuindo assim, tanto para atender às suas necessidades quanto para desenvolver suas capacidades e sua autonomia” (GOMES, 2005:61).

A última década significou a ampliação do reconhecimento pelo Estado, no esteio da luta da sociedade brasileira, dos direitos de crianças, adolescentes, idosos e pessoas com deficiência. Hoje, o Benefício de Prestação Continuada – BPC, caminha para a sua universalização, com impactos relevantes na redução da pobreza no País. Observa-se um crescimento progressivo dos gastos públicos, nas três esferas de governo, no campo da assistência social. A alta capilaridade institucional descentralizada, alcançada com a implementação de secretarias próprias na grande maioria dos municípios do país (mais de 4.500), e em todos os Estados da federação e no Distrito Federal, reflete uma expressiva capacidade de construção e assimilação progressiva de procedimentos técnicos e operacionais, homogêneos e simétricos para a prestação dos serviços socioassistenciais, para o financiamento e para a gestão da política de assistência social em seus diferentes níveis governamentais: União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Contudo, a consolidação da assistência social como política pública e direito social, ainda exige o enfrentamento de importantes desafios. A IV Conferência Nacional de Assistência Social, realizada em dezembro/2003, em Brasília/DF, apontou como principal deliberação a construção e implementação do Sistema Único da Assistência Social – SUAS, requisito essencial da LOAS para dar efetividade à assistência social como política pública.(BRASIL, 2004).

2.2) Caracterização das Pessoas com Deficiência e Compreensão do Conceito de Deficiência

Segundo a ONU, o mundo abriga cerca de 500 milhões de pessoas com deficiências das quais 80% vivem em países em desenvolvimento. O Censo do Instituto Brasileiro de Geográfico e

Estatística (IBGE) de 2000 revelou que 14,5% da população brasileira é portadora de, pelo menos, uma das deficiências investigadas pela pesquisa. Desse total 8,3% possuem deficiência mental; 4,1%, deficiência física; 22,9%, deficiência motora; 48,1%, deficiência visual e, 16,7%, deficiência.

Nos países do Terceiro Mundo, como é o caso do Brasil, pode-se dizer que observamos uma correlação entre pobreza e deficiência, visto que os segmentos mais pobres da população, por não terem acesso aos serviços públicos de assistência, saúde, educação primária apresentam uma incidência de deficiência maior do que nos países ditos do Primeiro Mundo. Sabemos que existem deficiências que decorrem de desnutrição, ausência de pré-natal, precariedade das condições sanitárias, doenças endêmicas e epidêmicas incapacitantes (sarampo, poliomielite, tracoma, rubéola, caxumba), práticas irracionais relacionadas ao parto e ao tratamento inadequado de infecções. A deficiência também pode ser causada por acidentes automobilísticos e de trabalho em indústrias, regimes alimentares ricos em gorduras e açúcares, erros médicos entre outros.

Do ponto de vista sócio-econômico, as pessoas com deficiência encontram-se nas camadas mais desfavorecidas da sociedade brasileira e menos atingidas pelas políticas sociais. Por exemplo em matéria de educação pública, os números revelam que apenas 580 mil pessoas com deficiência estão matriculadas entre a 1ª e a 8ª série (300 mil em classes regulares e o restante em escolas especiais) em 18 200 escolas espalhadas pelo país (HAZARD, 2005).

É necessário a todo tempo pensar a diversidade da dinâmica da inclusão social. Cada vez mais a cidadania tem sido objeto de reivindicação pelos grupos marginalizados de nossa sociedade. Neste contexto as comunidades das pessoas com deficiência se apresentam como grupos políticos que buscam seus espaços e lutam por sua condição cidadã que nos aspectos mais básicos são desrespeitados.

A partir dos anos 1980, a questão da deficiência ganha visibilidade na agenda internacional, reafirmando a necessidade de um novo trato sobre determinadas intervenções. Nesta trajetória, a ONU estabeleceu o ano de 1981 como o Ano Internacional da Pessoa Deficiente constituindo um marco, no sentido de colocar em evidência as necessidades da população portadora de deficiência. Este fato tem como principal consequência a divulgação do documento “Programa de Ação Mundial para Pessoas com Deficiência”, aprovado pela ONU em 1982, que ressalta o direito dos deficientes às mesmas oportunidades dos demais cidadãos, bem como usufruir, em condições de igualdade, das melhorias nas condições de vida, resultantes do desenvolvimento econômico e do

progresso social, além de estabelecer diretrizes nas diversas áreas de atenção à população portadora de deficiência, como saúde, educação, emprego e renda, seguridade social, entre outros.

No âmbito da saúde, a Organização Mundial da Saúde (OMS) adota, em 1997, uma classificação dos tipos de deficiência por meio do documento *International Classification of Functioning, Disability and Health*, que, substituindo a *Classificação Internacional de Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID)* de 1989, traz uma visão abrangente a partir das potencialidades e da saúde, ao invés da valorização das incapacidades e deficiências WHO (2002 *apud* BODSTEIN, 2004).

Ao incluir o processo de participação social como uma dimensão do problema - participação definida como a interação que se estabelece entre a pessoa portadora de deficiência, a limitação da atividade e os fatores do contexto sócio-ambiental, a OMS sustenta uma visão positiva e um conceito multidimensional de deficiência.

De acordo com Bodstein (2004) as causas da deficiência podem ser de ordem patológica, congênita ou adquirida, traumática (após um acidente), ou ligada a ambientes de risco, ou a hábitos de vida. A deficiência pode tornar a pessoa incapaz de realizar algumas ações. Esse tipo de limitação é chamado de limitação funcional. Apesar de a generalização dos dados para o Brasil como um todo ser desaconselhável, os estudos trazem indicativos gerais importantes, a saber:

- a prevalência de deficiência motora na população masculina e urbana, predominantemente jovem, sugere que tais deficiências são decorrência de causas externas (violências e acidentes);
- um aumento significativo da deficiência mental a partir dos 5 anos, o que mostra o papel da escola na identificação deste tipo de deficiência, mas também aponta para a necessidade de um diagnóstico mais precoce;
- o aumento significativo da expectativa de vida da população brasileira nas últimas décadas tem feito com que as causas da deficiência estejam cada vez mais relacionadas às patologias crônico-degenerativas, como a hipertensão arterial, o diabetes, o infarto, os acidentes vascular-encefálicos, a doença de Alzheimer, o câncer, a osteoporose, entre outras (BRASIL/MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2003).

Verifica-se ainda que as principais causas das deficiências são os transtornos congênitos e perinatais, decorrentes da falta de assistência ou assistência inadequada às mulheres na fase reprodutiva; doenças transmissíveis e crônicas não-transmissíveis; perturbações psiquiátricas;

abuso de álcool e de drogas; desnutrição; traumas e lesões, principalmente nos centros urbanos mais desenvolvidos, onde são crescentes os índices de violência e de acidentes de trânsito.

Quanto ao conceito de deficiência podemos destacar WHO (2002 *apud* BODSTEIN, 2004), dois modelos que podem referenciar nossa reflexão: o modelo médico, que vê a deficiência, principalmente, como uma característica da pessoa – diretamente causada por doença, trauma ou outra condição de saúde –, que requer cuidados médicos por intermédio de tratamento individual proporcionado por profissionais especializados. E o modelo social, que compreende a deficiência como um problema criado e determinado socialmente. Nesse caso, a deficiência não é somente um atributo individual, mas demanda respostas sociais, culturais e, acima de tudo, políticas públicas adequadas. Trata-se, no entanto, de dois modelos mais complementares do que excludentes, já que a deficiência é ao mesmo tempo um fenômeno biológico, individual e social, que se expressa na interação dos indivíduos com o contexto em que vivem. Sendo um problema complexo, o modelo de deficiência engloba e compreende múltiplas dimensões e aspectos sociais significativos: estigma, preconceito, exclusão, entre outros.

De maneira geral, convém reconhecer que o fenômeno da deficiência se manifesta em três níveis diferentes: no nível corporal, no plano pessoal e no plano da interação da pessoa com o contexto social. Nesse plano, a deficiência envolve disfunção em pelo menos um desses três⁸ níveis: no nível de funcionamento corporal, no nível da limitação das atividades diárias (plano pessoal) e, finalmente, restrições e limitações experimentadas por cada pessoa nas relações sociais (WHO, 2002).

“O termo deficiência ainda hoje sumariza um número elevado de diferentes limitações funcionais. As deficiências podem ser físicas, intelectuais ou sensoriais. Tais deficiências podem ser permanentes ou transitórias, apresentando graus distintos, variando de leve a moderada e a severa. De qualquer forma, a deficiência se caracteriza como uma disfunção. Ser deficiente é, assim, uma realidade complexa” (BODSTEIN et al., 2004: 26).

⁸ Impairment diz respeito aos problemas com o funcionamento do corpo, dos sentidos e de deficiências nas funções mentais; por disabilities, são referidas as dificuldades e limitações no cumprimento de atividades diárias e, por fim, handicaps são desvantagens e dificuldades que pessoas com deficiência enfrentam nas relações e participações sociais. Assim, impairment é um conceito mais restrito, tendo como efeito uma diminuição na identificação do número de portadores e na prevalência da deficiência entre a população. Handicaps, por outro lado, são extremamente difíceis de serem medidos, já que compreendem uma percepção subjetiva e socialmente determinada das desvantagens que o portador sofre em contextos sociais específicos. Já as disabilities podem ser medidas através dos chamados indicadores de atividades diárias: capacidade de se vestir, de locomoção, de se prover de banho e higiene pessoal, alimentação, e de caminhar dentro de casa.

No Brasil, o avanço conceitual na definição de deficiência e na proposta de reabilitação parece também inquestionável como veremos a seguir.

2.2.1) A Atenção às Pessoas com Deficiência no Município do Rio de Janeiro

O município do Rio de Janeiro, como uma grande metrópole, possui representativo número de instituições públicas e privadas, governamentais e não governamentais que atuam de forma direta e indireta na prestação de serviços sociais voltadas ao público de pessoas com deficiência. Interessa-nos, contudo avaliar a atenção do poder público municipal em relação à elaboração, implementação, execução e avaliação de políticas públicas para essa parcela da população moradora da cidade do Rio de Janeiro. Atualmente através da denominada Rede Única de Assistência Social – RUAS, a sociedade civil junto ao poder público participa da Rede de Proteção Social da Cidade voltada as PCD's, atualmente com 33 instituições conveniadas com a Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro.

A instituição pública responsável pela elaboração, implementação, execução e avaliação de políticas públicas para pessoas com deficiência no município do RJ atualmente é a FUNLAR RIO - Fundação Municipal Lar Escola Francisco de Paula.

Essa instituição tem sua origem na década de 1920, quando era uma instituição religiosa espírita que atuava junto a crianças empobrecidas em geral e também com o público com deficiência, e recebia recursos oriundos de donativos de sócios. Ganhou importância na cidade pelo trabalho de qualidade junto às famílias de pessoas com deficiência. Após grave crise e sob ameaça de fechamento, após intensa mobilização da comunidade, funcionários e usuários, o governo do município do Rio de Janeiro encaminha a transformação do Lar Escola em *Fundação Municipal Lar Escola Francisco de Paula- FUNLAR*, vindo a ser municipalizada em 1983, em conjunto com a Associação Espírita Francisco de Paula, a partir da Lei 453/1983. Vinculada à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social, a FUNLAR passa a ter como finalidade primordial promover assistência a crianças de baixa renda, portadoras e não portadoras de deficiência do Município do Rio de Janeiro.

Com isso expandiu-se, reformou o prédio-sede em Vila Isabel (Zona Norte do Rio de Janeiro) e ganha nova unidade em Campo Grande (Zona Oeste do RJ), num prédio moderno e construído segundo as concepções de acessibilidade universal.

A partir do ano de 1994, acompanhando as concepções inovadoras na área da inclusão e ressignificação da pessoa portadora de deficiência, as ações da FUNLAR passaram a buscar não mais a “normalização” da pessoa com deficiência, mas sua habilitação para a vida social, vendo respeitadas suas particularidades e diferenças. Sob esta concepção as ações da FUNLAR priorizam a prevenção e a capacitação de crianças e jovens, preparando-os e as suas famílias para exercer direitos fundamentais de cidadania. Em fins de 1994, ultrapassa os limites dos muros institucionais e introduz ações sistemáticas e permanentes também nos espaços de comunidades de baixa renda da cidade, modificando substantivamente a vida e as perspectivas das pessoas com deficiência aí residentes.

A FUNLAR RIO atualmente possui várias iniciativas de atenção à pessoa com deficiência e sua família tais como: Desenvolvimento Infantil Inclusivo (Creche Inclusiva), Desenvolvimento Infanto-Juvenil Inclusivo, Programa de Reabilitação Social Baseado na Comunidade (RBC), Desinstitucionalização (Repúblicas e Casas-Lares), Programa de Capacitação para o Mundo do Trabalho, Acessibilidade e Centro Integrado de Atenção à Pessoa com Deficiência Mestre Candeia. A partir do ano 2000 a FUNLAR, através desses programas e unidades encontra-se em quase toda a Cidade do Rio de Janeiro atuando vinculada à Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social - SMDS, atual Secretaria Municipal de Assistência Social - SMAS. As duas unidades originais ampliaram suas atividades em direção às comunidades adjacentes e as equipes técnicas de reabilitação em comunidade, por seu lado, já percorreram mais de 600 comunidades, atingindo centenas de moradores, cadastrando e atendendo 25.000 pessoas com deficiência.

No início de 2007 a FUNLAR RIO torna-se vinculada concomitantemente a SMAS e a uma nova secretaria, a Secretaria Extraordinária do Deficiente Cidadão- SEDECI. Posteriormente ela é incorporada somente pela SEDECI e não mais a SMAS. Em setembro de 2007, no período final de nossa pesquisa a FUNLAR RIO ascendeu a status de Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência – SMPD (ANEXO 2). Segundo os gestores entrevistados em mudanças de ordem organizacional, orçamentária e políticas que ainda estão sendo desenhadas.

2.3) O Benefício de Prestação Continuada destinado às Pessoas com Deficiência

O Benefício de Prestação Continuada concedido às pessoas com deficiência deve obedecer a critérios de elegibilidade e permanência que são a incapacidade para o trabalho e para a vida independente, previstos na LOAS. Existem diferentes definições para a deficiência em vários campos do saber. Regra geral, como exposto anteriormente, deficiência pressupõe a existência de variações de algumas habilidades que sejam qualificadas como restrições ou lesões. O que inexistente, no entanto, é um consenso sobre quais variações de habilidades e funcionalidades caracterizariam deficiências. Há pessoas com lesões que não experimentam a deficiência, assim como existem pessoas com expectativa de lesões que se consideram deficientes. Traçar a fronteira conceitual entre essas diversas expressões da diversidade humana é um exercício que atravessa diferentes saberes, em especial entre o conhecimento médico e as ciências sociais. Esta variedade de interpretações e experiências em torno do corpo e da relação deste como ambiente social perpassa grande parte das discussões contemporâneas sobre deficiência e justiça social. E não é por acaso que esta é também uma das questões mais controversas relativas ao BPC (MEDEIROS et al, 2006).

A análise da incapacidade para a vida e o trabalho o BPC não está relacionada à categorização das deficiências previstas na Lei Nacional da Pessoa Portadora de Deficiência (Lei Nº. 7853 de 24 de outubro de 1989, regulamentada pelo Decreto 3.298 de 20/12/1999) ou pelo conceito utilizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE; a análise da incapacidade para a vida e o trabalho é avaliada pelos médicos peritos do INSS.

Pela referida lei e decreto, considera-se deficiência - toda perda ou anormalidade de uma estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica que gere incapacidade para o desempenho de atividade, dentro do padrão considerado normal para o ser humano; deficiência permanente, aquela que ocorreu ou se estabilizou durante um período de tempo suficiente para não permitir recuperação ou ter possibilidade de que se altere, apesar de novos tratamentos; e incapacidade uma redução efetiva e acentuada da capacidade de integração social, com necessidade de equipamentos, adaptações, meios ou recursos especiais para que a pessoa portadora de deficiência possa receber ou transmitir informações necessárias ao seu bem-estar pessoal e ao desempenho de função ou atividade a ser exercida (BRASIL,1989).

Porém ainda assim a lista de incapacidades permanentes elegíveis definidas pelo Decreto 3.298/99 excluiu algumas incapacidades tradicionalmente associadas à deficiência (BRASIL, 1999). Basicamente, a lista de incapacidades reduziu-se a limitações visuais e auditivas graves, tipos de paralisia física de origem neurológica, ausência de algum membro e uma lista inespecífica de incapacidades mentais manifestadas antes dos 18 anos. Se as definições fossem estritamente seguidas, pessoas com problemas neurológicos degenerativos, artrite, limitações circulatórias graves, HIV-Aids sintomática, doenças renais e esquizofrenia intermitente, só para citar alguns, não seriam elegíveis ao BPC, ainda que essas condições impedissem o trabalho, causassem dependência para os cuidados de atividades de vida diária e resultassem em extrema pobreza (MEDEIROS et al., 2006).

Uma das saídas para solucionar a polêmica sobre a definição de deficiência seria listar quais variações de habilidades deveriam se caracterizar como deficiência para a identificação de beneficiários. Segundo Medeiros et al (2006) esse é um argumento intensamente discutido nos circuitos de especialistas do BPC, seja entre representantes governamentais, parlamentares, movimentos sociais e médico-peritos. Caso fosse possível classificar e qualificar as habilidades, essa seria uma saída normativa que facilitaria o processo de seleção e de inclusão no programa, mas ignoraria a complexidade da relação entre as habilidades, as funcionalidades e o contexto social em que vive cada pessoa.

A idéia de deficiência é freqüentemente relacionada a limitações naquilo que se considera como habilidades básicas para a vida social. Não é fácil determinar quais são essas habilidades, muito embora grande parte do debate as relacione à mobilidade, ao uso dos sentidos, à comunicação, à interação social e à cognição. Uma outra condição para caracterizar uma variação de habilidade como deficiência é que essa se expresse no corpo como um estado permanente ou de longa duração. Dificilmente pessoas que encontram dificuldades de leitura porque são analfabetas e não tiveram acesso à escola serão consideradas deficientes, mas uma pessoa cega privada de braile e exposta à escrita gráfica seria considerada deficiente. As habilidades para executar diferentes tarefas não são distribuídas igualmente na população. Se a distribuição de habilidades básicas para a caracterização da deficiência for vista em um *continuum*, é possível reconhecer a existência de desigualdades com respeito à intensidade das variações de deficiência em uma determinada população.

Definir a variação da habilidade a ser considerada como uma lesão ou como uma restrição é, fundamentalmente, um julgamento de valor. Isso não significa que, ao afastar o debate sobre a deficiência de um campo essencialmente médico-normativo e aproximá-lo de um debate sobre quais diferenças de habilidades justificariam ações de reparação de desigualdade, serão perdidos os critérios objetivos da perícia médica para a inclusão de uma pessoa no BPC. Essa relação complexa entre corpo, habilidades e sociedade aponta para o fato de somente ser possível avaliar adequadamente o nível de deficiência elegível ao BPC se informações sobre o ambiente forem seriamente incorporadas ao protocolo de perícia. Não seria equivocado, portanto, considerar diferentes definições de deficiência para os programas sociais. Tais definições partiriam das variáveis de habilidades básicas, lesões e determinantes sociais, mas não pressuporiam um caráter absoluto, e sim uma interação complexa entre elas.(MEDEIROS et al., 2006)

Já o acesso ao BPC vinculado operativamente à renda per capita da família restringe o direito individual do cidadão, pois é necessário comprovar os recursos financeiros da família que ao serem somados, deverão ser inferiores à $\frac{1}{4}$ do salário mínimo. Ou seja, mesmo que o cidadão com deficiência seja incapacitado para a vida independente e para o trabalho, deve ter renda familiar baixíssima para acessar o direito. Estes procedimentos restritivos terminam por retrair o avanço constitucional que o colocam como direito de seguridade. Esta restrição operativa exigiu a instalação, no Judiciário, de espaços específicos para receber recursos daqueles que sentem violado o alcance a um direito humano e social.(SPOSATI, 2004). O valor do benefício previsto na constituição inclusive era o estimado para a pessoa, ao cidadão e não para o seu núcleo familiar. O que acaba gerando muitas vezes no futuro dessa família a dependência econômica do próprio beneficiário e a não-emancipação de seus membros como risco de corte do benefício.

“A relação entre o social, a política, a moral e o favor institucionalizado como documentos comprobatórios da dignidade do “brasileiro-trabalhador” foi abolida a princípio pela Constituição de 1988, que assegurou ao idoso e à pessoa com deficiência o acesso a um salário mínimo mensal, denominando-o posteriormente como BPC. É um mínimo tutelado na medida em que submete seu acesso a uma condição externa, e não ao direito do cidadão que dele necessita, isto é, vincula o acesso à condição econômica da família, e não ao cidadão individualmente considerado” (SPOSATI, 2004:129).

Fávero (2004) aponta ser uma lástima o que propõe uma lei ordinária, que deveria apenas disciplinar o acesso ao benefício, e que tem praticamente inviabilizado esse acesso, ou, quando não, transformado a obtenção do benefício num atestado de incapacidade.

Destacamos também o que ocorre na realidade, é que a maioria das famílias passa a sobreviver com o dinheiro do BPC. E o que deveria ser voltado para um único cidadão passa a ser apropriado para a manutenção cotidiana dos membros dessa família. O ideal segundo pesquisa realizada por Lobato et al (2005) seria que o cuidador/responsável legal por essa pessoa com deficiência também recebesse um benefício monetário para dedicar-se exclusivamente ao cuidado dessa pessoa com deficiência, bem como garantir sua própria provisão, já que isso inviabiliza sua inserção no mercado de trabalho. O resultado é que as famílias marcadas pela pobreza extrema podem deixar de ser um espaço de proteção social para ser um espaço de conflito e de esgarçamento dos laços afetivos e de solidariedade. A revalorização da família não pode significar um recuo da proteção social destinada pelo Estado. A solidariedade familiar, no entanto, só pode ser reivindicada se entender que a família, ela própria, carece de proteção para processar proteção.

“Nesta perspectiva a gestão da Política de Assistência Social é desafiada a construir um novo olhar sobre a pessoa com deficiência, vislumbrando a inserção desta nos serviços de que necessita, inclusive com a criação de novas modalidades de atenção. Significa investir no fortalecimento da autonomia e do protagonismo da pessoa com deficiência, buscar mecanismos que propiciem a sua participação e de sua família nos espaços e serviços também comuns aos demais usuários, considerando as adaptações necessárias em seus vários aspectos para a equiparação de oportunidades, sob o imperativo de firmar-se uma sociedade inclusiva” (GOMES ET AL, 2006:25).

Segundo Gomes (2004), os atuais critérios de elegibilidade, para as PCD's do BPC são incoerentes com os princípios das Loas e com os objetivos pretendidos pela Política Nacional de Assistência Social. Para a autora, mantidos os atuais critérios de *per capita* familiar e o conceito de deficiência, bem como o isolamento do benefício em relação aos demais programas e serviços assistenciais, o benefício deveria ser vitalício. Ou seja, há uma extrema dificuldade que uma pessoa “incapacitada para a vida independente e para o trabalho” conforme dispõe a Lei nº 8.742/93, possui para, após dois anos de usufruto do benefício, ser habilitada, reabilitada e integrada à sociedade num país com as características do Brasil.

2.3.1) Avanços em relação ao BPC concedido às pessoas com deficiência

Alguns dos problemas relacionados ao acesso e permanência no BPC têm sido intensamente trabalhado pela assistência social através de diálogos entre o Ministério da Previdência e o da Assistência Social, atual MDS, com a participação do INSS. Esse esforço data desde a época da Secretaria de Estado da Assistência Social (que era a gestora do BPC em 1999) e era um mecanismo constante no sentido de viabilizar da forma mais eficiente e eficaz possível à operacionalização do BPC. Este diálogo avançou e ganhou contornos gradativamente positivos no caso do BPC para as pessoas com deficiências, dado o reconhecimento dos problemas decorrentes da definição de “incapacidade para a vida independente e para o trabalho”. Discutiu-se com gestores e profissionais envolvidos (assistentes sociais, médico-peritos, técnicos administrativos, etc.) o significado legal e social dessa incapacidade primeiramente no campo médico, biológico, orgânico e, posteriormente, no campo dos fatores sócio-ambientais e subjetivos. Essa discussão também teve espaço nas Conferências Municipais, Estaduais e Nacionais de Assistência Social e com grande ênfase em 2006, na última Conferência Nacional da Pessoa com Deficiência em Brasília. Gomes (2006) analisando esse processo destaca:

“Ainda, com vistas à proposição de parâmetros, procedimentos e instrumentos de avaliação das pessoas com deficiência para acesso ao BPC, reduzindo o grau de arbitrariedade e subjetividade existentes nos moldes atuais de avaliação, está sendo proposto um novo modelo de avaliação médica e social baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF), da Organização Mundial da Saúde (OMS), que adota um paradigma biopsicossocial do estado de saúde, entendido em seu conceito mais amplo, considerando a deficiência não apenas como um atributo da pessoa, mas uma consequência de um conjunto complexo de situações, sendo que um número razoável dessas deficiências é criado pelo próprio ambiente social. Por esse prisma, a incapacidade manifestada na limitação do desempenho de atividade e restrição da participação social encontra-se intrinsecamente relacionada aos fatores ambientais e sociais do entorno onde vive a pessoa, sendo afetada pela existência, ou não, de ações sociais inclusivas, tecnologias de apoio à pessoa com deficiência, acesso aos cuidados de saúde, educação, habilitação e reabilitação, dentre tantos outros. Assim, concebe-se que seria de responsabilidade do conjunto da sociedade introduzir as mudanças ambientais necessárias para permitir às pessoas com deficiência participarem plenamente de todos os aspectos da vida social”(GOMES et al., 2006: 25).

Tal debate envolveu inclusive outros setores relacionados à promoção da qualidade de vida desse público, como a Saúde, que através da Coordenação de Saúde da Pessoa com Deficiência,

vinculada à Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/MS, realizou estudos que superaram a concepção de avaliação através da CID - Classificação Internacional de Doenças para uma avaliação pela CIF - Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Ou seja, transpôs-se o paradigma da ênfase na incapacidade para o paradigma da ênfase na funcionalidade, envolvendo os aspectos biomédicos, psicológicos e sociais. Neste sentido a CIF, que faz parte da “família” de classificações desenvolvida pela Organização Mundial da Saúde (OMS), vem a substituir o enfoque negativo da deficiência e da incapacidade por uma perspectiva positiva, considerando tanto as atividades que um indivíduo com alterações de função e/ou da estrutura do corpo pode desempenhar, como sua participação social.

A discussão do tema incapacidade/funcionalidade faz parte de uma estratégia do MDS de tomar de fato a direção sobre a condução do BPC, mesmo mantendo-se sua operacionalização a cargo do INSS. Nesse sentido, o MDS vem tomando inúmeras iniciativas de discussão com o órgão da Previdência (INSS) e com outros profissionais da área. Os resultados tem sido importantes para que o BPC avance como benefício incorporado aos preceitos da LOAS. Entre aquelas iniciativas, cabe destaque aos Encontros Regionais, realizados pelo MDS em 2006⁹, por todo o Brasil cujo tema tratou sobre *Os Benefícios de Assistência Social no âmbito da Política Nacional de Assistência Social e impacto na redução da pobreza e das desigualdades sociais*. Em relação ao BPC foram apresentados os seguintes compromissos acerca das atribuições do MDS na gestão do BPC:

- Coordenar, normatizar, implementar, gerir e acompanhar os processos inerentes ao BPC;
- Viabilizar acordos com o INSS, com vistas a assegurar a operacionalização do BPC;
- Gerir e disseminar informações acerca do BPC;
- Assegurar o acompanhamento do beneficiário do BPC no âmbito do SUAS;
- Monitorar e avaliar a prestação do benefício;
- Articular políticas intersetoriais, intergovernamentais e interinstitucionais que afiancem a completude de atenção às pessoas com deficiência e aos idosos.
- Atuar junto a outros órgãos nas três esferas de governo, com vistas ao aperfeiçoamento da gestão do BPC;
- Fornecer subsídios para a formação de profissionais envolvidos nos processos atinentes à

concessão, manutenção e revisão dos benefícios, bem como no acompanhamento de seus beneficiários;

- Viabilizar e acompanhar os acordos de cooperação técnica com os Ministérios Públicos, com vistas à proteção dos bens, valores e direitos relativos ao BPC.

Uma das conseqüências mais efetivas desse processo foi a recente regulamentação do Decreto¹⁰ Nº 6.214 de 26/09/2007(ANEXO 3). Este altera vários aspectos da operacionalização e condução geral, com clara prevalência os preceitos da LOAS superando a visão anterior dada ao benefício pelo INSS.No que toca à definição de incapacidade o decreto destaca em se art. 16º:

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

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

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

§ 3o As avaliações¹¹ de que trata o § 1o serão realizadas, respectivamente, pela perícia médica e pelo serviço social do INSS”(BRASIL, 2007:3).

Ou seja, essa agenda de compromissos deve ser pensada no âmbito da revisão e, sobretudo incorporada à agenda de compromissos estadual e municipal dentro das respectivas competências que cada esfera resguarda.

⁹ Para informações detalhadas acerca dos encontros consultar http://www.mds.gov.br/suas/revisoes_bpc/avisos/copy_of_encontros-regionais-2006-beneficios-da-assistencia-social-no-contexto-do-suas

¹⁰ Como o decreto foi aprovado no último dia 26/09/2007, serão aqui abordados apenas os tópicos específicos que dizem respeito à revisão. Voltaremos ao Decreto em outros momentos.

¹¹ Esse modelo de avaliação está sendo implementado gradativamente e tem como prazo de implantação definitiva a data de 31 de julho de 2008.

2.4) O processo de revisão do Benefício de Prestação Continuada

A revisão do BPC é uma exigência legal prevista no artigo 21 da LOAS que “determina a revisão da concessão do benefício de prestação continuada a cada dois anos da data da concessão”. As revisões começaram em 2000 e até hoje foram realizadas 5 etapas. Cada etapa cobre uma quantidade determinada de beneficiários. O processo de revisão do BPC tem se constituído em importante indicador para conhecimento das condições de vida dos beneficiários do BPC, além de poder contribuir para a avaliação e o monitoramento das ações continuadas para este segmento.

A renovação do benefício só é assegurada se forem mantidas as condições que lhe deram origem (idade, condição de deficiência e renda) observando-se a legislação de regência à época da concessão e obedecendo aos seguintes fluxos:

- 1º) atualização da situação socioeconômica por meio da Declaração Sobre a Composição do Grupo e Renda Familiar¹² e Avaliação Social;
- 2º) confirmação da incapacidade para a vida independente e para o trabalho que originou a concessão do BPC/LOAS, por intermédio de exame médico pericial, considerando para tanto a Avaliação Social¹³, do beneficiário¹⁴ no ato da revisão;

¹² Segundo a Orientação Interna do INSS/DIRBEN/Nº 081, DE 15/01/2003 os dados sobre composição do grupo familiar e renda são informados em formulário próprio: Declaração sobre a composição do grupo e renda familiar de idosos e de pessoas com deficiência- que é assinado pelo beneficiário ou seu representante legal (pai, mãe, curador, tutor, procurador ou diretor da instituição onde vive o beneficiário, conforme o caso). Os documentos de comprovação, de responsabilidade do beneficiário ou seu representante são anexados à Declaração. Assim como a relação dos integrantes do grupo familiar e vínculos com o beneficiário; situação ocupacional de cada integrante da família, se: empregado, desempregado, autônomo, trabalhador informal, pensionista, aposentado, estudante, menor, inválido ou outra e existência de representante legal do beneficiário, o tipo e situação da representação. Para efeitos do cálculo da renda familiar *per capita* do beneficiário, são considerados todos os ingressos provenientes de qualquer forma de trabalho, salário, aposentadoria, benefício, pensão, rendimentos, recebimento por prestação de serviços, arrendamentos, ou similar auferidos pelos componentes do grupo familiar. Não são considerados renda, os apoios financeiros esporádicos recebidos pela família e seus integrantes, em decorrência de estarem fazendo parte de programas específicos como: bolsa-família, renda mínima para garantia da educação dos filhos ou para erradicação do trabalho infantil, salário desemprego ou similares, bem como, o valor do Benefício de Prestação Continuada - BPC da pessoa que está sendo avaliada. O valor da renda *per capita* familiar do beneficiário é obtido somando-se os valores das rendas dos integrantes do grupo familiar e dividindo pelo número de pessoas que o compõe.

De acordo com o parágrafo 3º do art. 20 da LOAS, com a alteração introduzida pela Lei nº 9.720/98, a renda familiar mensal deve ser declarada pelo requerente ou seu representante legal, sujeitando-se aos demais procedimentos previstos no regulamento para o deferimento do pedido.

¹³ *Eixos de Avaliação Social das pessoas com deficiência*: situações de vulnerabilidades das relações familiares; nível de oferta de serviços comunitários e a adaptação destes; carência econômica e os gastos realizados; idade;

Cabe a DATAPREV - Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social/DATAPREV emitir relatórios dos benefícios a serem revistos por Unidade Federativa (UF), Órgão Local (OL), nome, número de benefício, espécie, Data de Despacho do Benefício (DDB), endereço e município, e encaminhará, por meio magnético, cópias para a SEAS/MDS e Diretoria de Benefícios - DIRBEN/INSS.

A revisão compreende dois tópicos:

- a) Avaliação das condições sociais, pessoais e de entorno que repercutem no agravamento da incapacidade, no nível de carência e na vulnerabilidade das pessoas portadoras de deficiências e dos idosos, realizada por técnicos/assistentes sociais das Secretarias Estaduais e Municipais de Assistência Social, conforme etapas correspondentes ou órgãos congêneres, e
- b) Avaliação médico-pericial do beneficiário portador de deficiência, realizada pela Perícia¹⁵ Médica do INSS.

Ambas as avaliações são realizadas com base em instrumentos criados para esta finalidade, cujas informações são sistematizadas e digitadas em um sistema, que além de determinar a manutenção, ou não, do benefício, subsidia o planejamento de ações e serviços para idosos e

análise da história da deficiência; aspectos relativos ao labor e potencial para trabalhar.

¹⁴ Em caso de **beneficiários institucionalizados**, sob qualquer condição e duração, é verificada a existência de vínculos familiares. Se o beneficiário tem uma família fora da instituição com a qual mantém vínculos, esta família é relacionada no formulário “Declaração sobre a Composição do Grupo e Renda Familiar”.

Beneficiário representado legalmente: O tutor, nos termos do Estatuto da Criança e do Adolescente, integra a composição do grupo familiar, desde que domiciliado sob o mesmo texto do beneficiário. O procurador e o curador só integrarão o grupo familiar se for uma das pessoas elencadas no conceito vigente de família.

Beneficiários em situação de rua: em caso de morador de rua sem vínculo familiar é assinalado no formulário da Declaração, o item “Não convive com pessoas consideradas do grupo familiar” e registra-se a condição de morador de rua; se o beneficiário mantém vínculo familiar e mora na rua, registra-se esta situação e identifica-se seus familiares ;se morador de rua em tempo parcial, contando com residência fixa, assinalar no formulário da Declaração (Anexo I) o item que lhe corresponde, quanto a conviver ou não com o grupo familiar e registrar como observação a situação de rua.

Beneficiário que vive sozinho: se o beneficiário vive sozinho é assinalado no formulário da Declaração (Anexo I), o item “Vive sozinho ou com pessoas que não fazem parte do grupo familiar”.

¹⁵ Essa avaliação segue as orientações gerais de um acróstico, cujo documento intitula-se “Dados para avaliação de deficiência – AVALIEMOS”. Este acróstico apresenta ao perito um esquema de pontuação por itens avaliados e pode sugerir um parâmetro de enquadramento da deficiência para a concessão do BPC. Porém isso não é suficiente pois é necessário que a PPD seja avaliada como incapaz para o trabalho, dimensão esta que carece de critérios claramente definidos.

portadores de deficiência na área de assistência social. *Neste processo, o município capta um volume muito grande de informações que poderiam ser utilizadas no planejamento das suas ações.*(LOBATO et. al, 2005, p.210).

A metodologia utilizada para operacionalização dos trabalhos de revisão é definida de acordo com a realidade e peculiaridade de cada Estado, de modo a garantir a agilidade dos trabalhos. Tal fato pode assegurar níveis diferenciados de democratização e controle social sobre a revisão.

Cada etapa da revisão resulta em Avaliações Sociais e Informações Sociais Complementares que servem de subsídio para que as Secretarias de Assistência Social planejem a oferta de serviços integrados ao Benefício de Prestação Continuada.

A Avaliação Social – Tabela de Dados, a Declaração sobre Composição do Grupo e Renda Familiar e as Informações Sociais Complementares são digitadas pela Secretaria Municipal da Assistência Social no Sistema de Informação REVAS, disponibilizado com o fim de agilizar o processo de revisão e formar um banco de dados para subsidiar as decisões dos gestores da Assistência Social quanto aos serviços prioritários a serem oferecidos aos idosos e às pessoas com deficiência e suas respectivas famílias.

O sistema REVAS -Revisão de Avaliação Social¹⁶ que permite a emissão de dois disquetes distintos, um para o INSS, contendo os dados da Avaliação Social da Pessoa Portadora de Deficiência – Tabela de Dados e da Declaração sobre Composição do Grupo e Renda Familiar, e outro para a Secretaria Estadual de Assistência Social, contendo dados de todos os instrumentos de avaliação (ANEXO 4).

Ao INSS é enviado o disquete ou cd correspondente, acompanhado dos formulários de avaliação, cujos dados foram digitados (Avaliação Social da Pessoa Portadora de Deficiência – Tabela de Dados e da Declaração sobre Composição do Grupo e Renda Familiar). Estes formulários são anexados aos processos de benefício, constituindo-se documentação oficial da revisão, servindo como comprovação da elegibilidade do beneficiário, conforme estabelecido na Lei nº 8.742/93. A entrega ao INSS da documentação e disquete é formalizada, podendo para tanto se utilizar o relatório emitido pelo sistema REVAS que resume o resultado da avaliação social e, ainda, valer-se de uma cópia do mesmo para recibo da entrega.

Às Secretarias Estaduais de Assistência Social é enviado até o 5º dia útil de cada mês, o

disquete que lhe corresponde, emitido pelo sistema REVAS no Município. As Secretarias Estaduais, por sua vez, alimentam o sistema REVAS com os dados que receberam em disquete dos Municípios e enviam, até o dia 10 de cada mês, o cômputo dos dados do Estado ao MDS/SNAS, por intermédio do escritório da DATAPREV no Estado.¹⁷

Assim, “a avaliação das condições sociais dos beneficiários e seus familiares”, além de qualificar a prestação do benefício, permite o reconhecimento, pelos gestores municipais da assistência social, desses segmentos sociais como destinatários prioritários dos serviços de habilitação, reabilitação, cuidados e integração social, promovidos pelo seu Município, assegurando assim, a articulação do benefício com outras ações voltadas aos idosos e às pessoas com deficiência, atendendo ao disposto no art. 24, parágrafo 2º da LOAS.

Quando as avaliações sociais são revistas pela equipe do INSS, que são compostas de administrativos e assistentes sociais, essas são lançadas no sistema REVAS, que é um sistema informatizado voltado para as ações de avaliação social da revisão. Quando ocorre, por exemplo, a indicação de renda superior a $\frac{1}{4}$ do salário ou a superação das condições que deram origem ao BPC, essa equipe do INSS gera pelo próprio sistema REVAS uma espécie de carta de defesa a ser enviada por correio à residência do usuário, para que ele apresente defesa documental. O BPC não é suspenso nesses casos até que se verifique a realidade da situação. Caso o usuário não compareça, ou não contradiga os fatos, procede-se à suspensão do BPC. O usuário pode recorrer da decisão.

O processo de revisão acontece por meio de ações conjuntas envolvendo a Secretaria de Estado da Assistência Social - SEAS/MDS, o Instituto Nacional do Seguro Social/INSS, a DATAPREV, e as Secretarias Estaduais e Municipais de Assistência Social e/ou congêneres. Ou seja, apesar de o BPC ser um benefício ainda bem centralizado, a revisão obedece a um processo descentralizado, acompanhando as diretrizes da LOAS, onde é fundamental a atuação das secretarias municipais. A normatização inclusive prevê a formação de grupos de trabalho nos três níveis de governo conforme disposto na PT/SEAS/MPAS 1.748/99: o Grupo I – GERÊNCIA NACIONAL DE REVISÃO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA é responsável pela elaboração e implementação do plano de revisão do benefício, em nível nacional, sendo

¹⁶ O REVAS tem como finalidade apoiar a execução das revisões dos benefícios de prestação continuada em todo território nacional.

¹⁷ Segundo dados do site www.mds.gov.br

constituído por integrantes do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome- MDS, o INSS, a DATAPREV e o Colegiado Nacional de Gestores Municipais de Assistência Social (CONGEMAS); o Grupo II – **COORDENAÇÃO ESTADUAL DE REVISÃO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA** é de responsabilidade da Secretaria Estadual de Assistência Social ou congêneres e da instância do INSS em âmbito estadual, com a participação de representante do Colegiado Estadual de Gestores Municipais de Assistência Social (COEGEMAS) e o c) Grupo III – **COORDENAÇÃO MUNICIPAL DE REVISÃO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA** sob a responsabilidade das Secretarias Municipais de Assistência Social, ou congêneres e do órgão do INSS correspondente. Cabe à Coordenação Municipal a responsabilidade pelas ações de caráter executivo relacionadas às atividades de revisão dos benefícios, tais como as atividades de planejamento, capacitação, divulgação do processo, coleta de dados, realização da avaliação social e outras necessárias à revisão do BPC no âmbito dos Municípios. À Coordenação Municipal cabem, ainda, as atividades de suporte para a Coordenação do seu Estado e o estabelecimento de mecanismos que possam permitir a estreita articulação com as Agências do INSS responsáveis pela concessão dos benefícios dos seus municípios.

Este último grupo deixa clara a responsabilidade das Secretarias Municipais na condução da revisão. Nesse sentido, a abrangência e extensão do trabalho da revisão, dependem em grande parte do nível local. É aí onde se pode ampliar a revisão de uma mera identificação da manutenção ou não das condições de incapacidade e renda do beneficiário, para a inserção desses na rede de proteção social municipal.

Segundo Arretche (1999) a adesão dos governos locais à transferência de atribuições depende diretamente de um cálculo no qual são considerados, de um lado, os custos e benefícios fiscais e políticos derivados da decisão de assumir a gestão de uma dada política e, de outro, os próprios recursos fiscais e administrativos com os quais cada administração conta para desempenhar tal tarefa. Mas não é a simples existência ou inexistência de programas que define a extensão da descentralização. A existência de programas — ou a disposição do nível de governo interessado — é uma condição necessária, mas não suficiente para que ocorra a descentralização.

Para uma ação mais efetiva, o BPC requer não só a intersetorialidade das políticas sociais no próprio município, como também a integração entre setores diferentes responsáveis pelo BPC nos três níveis de governo.

O Projeto Técnico Básico da Revisão do BPC disponibilizado no site do MDS a todos os gestores municipais faz menção a PNAS no que toca ao o princípio da descentralização político-administrativa no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e municípios com ênfase na municipalização.

“...as relações intergovernamentais/intersetorialidade assumem uma relevância muito grande para o BPC por duas razões. A primeira é o fato de que o programa tem na sua implementação a participação de diferentes órgãos nos três níveis da administração pública. A segunda refere-se ao fato de que se supõe que o BPC, enquanto um programa assistencial, complemente e seja complementado por políticas, programas e projetos de outras áreas sociais” (LOBATO et al., 2005:p.207).

Busca-se assim uma gestão compartilhada que envolva todo processo de concessão, revisão, capacitação, avaliação e pesquisa do benefício. E o mais interessante nesse contexto é que conforme dados da pesquisa realizada por Lobato et al.(2006), os gestores nacionais obtiveram na revisão um grande laboratório, uma grande escola de situações e questões envolvendo os diferentes níveis de governo bem como as questões gerenciais dos processos descentralizados.

A descentralização do Programa, embora positiva, não garante que o processo de revisão seja aproveitado integralmente pelas administrações municipais. Também uma boa relação entre os níveis de governo e órgãos responsáveis pelo BPC, favorece uma boa gestão do benefício e do processo de revisão. Contudo, isso não é garantia de uma proteção ampliada aos beneficiários no nível municipal. E esse é um tema crucial do BPC que a revisão tem apontado; ou seja, a necessidade de atenção integral aos beneficiários do programa.

A revisão demonstra essas necessidades e deveria ser aproveitada como momento especial de aproximação com os beneficiários. Deveria ser um trabalho de articulação intersetorial para que as pessoas com deficiência e suas famílias pudessem ganhar em qualidade no acesso aos bens e serviços propiciados pela estrutura da rede proteção social. Conforme o art.24 da LOAS, os programas de assistência social compreendem ações integradas e complementares com objetivos, tempo e área de abrangência definidos para qualificar, incentivar e melhorar os benefícios e os serviços assistenciais. O mesmo artigo indica, em seu parágrafo 2º, que os programas voltados ao idoso e à integração da pessoa com deficiência devam ser articulados com o Benefício de Prestação Continuada.

Sabemos que, historicamente, o acesso aos programas sociais brasileiros é um terreno de grandes limitações. Portanto, a implementação do BPC em nível local deve buscar promover uma maior articulação com a rede de serviços sociais existentes. E a revisão deve ser um momento de fortalecimento dessa proposta, pois possui orçamento e infra-estrutura legal e técnica, principalmente num município em gestão plena como o Rio de Janeiro.

É nesse sentido que no próximo capítulo aprofundaremos o conhecimento sobre a revisão do BPC no Município do Rio de Janeiro. Nosso caminho metodológico através de trabalho de campo, com pesquisa documental e entrevistas a gestores e profissionais ilustraram alguns aspectos já trabalhados nesse presente capítulo e a partir de uma análise categorial será possível aprofundar aspectos empíricos relativos às etapas da revisão com enfoque nas 3ª, 4ª e 5ª etapas. Procuraremos identificar os avanços e impasses da revisão no cumprimento das diretrizes da política de assistência social.

CAPÍTULO III

O Benefício de Prestação Continuada e o Processo de Revisão no Município do Rio de Janeiro



Foto extraída do Relatório do Processo de Revisão – 2002 MPAS

Queremos uma sociedade baseada na igualdade, na justiça, na equiparação e na interdependência, que assegure diversidade como fundamento para a convivência social.

Uma sociedade onde o primeiro seja a condição de pessoa de todos os seus integrantes que garanta sua dignidade, seus direitos humanos, sua autodeterminação, sua contribuição à vida comunitária e seu pleno acesso aos bens sociais”Declaração de Manágua, 1993.

3. O Benefício de Prestação Continuada e o Processo de Revisão no Município do Rio de Janeiro

O presente capítulo tratará do processo de gestão da revisão do BPC na Secretaria Municipal de Assistência Social no Rio de Janeiro acerca da sua evolução histórica desde a 1ª até a 5ª etapa.

Apresentaremos a estrutura Organizacional da SMAS e como está o gerenciamento das ações no nível da Gestão Plena, voltadas às pessoas com deficiência e como é estabelecido mecanismos de interlocução junto a FUNLAR. Utilizamos uma análise conceitual e legal baseada principalmente no novo Decreto que regulamento o Benefício de Prestação Continuada, Decreto Nº.6214 de 26/09/2007.

Aprofundaremos as especificidades do Processo de Revisão no Município do Rio de Janeiro compreendendo os mecanismos que ora se estabelecem e que refletem na qualidade da atenção ao público pessoas com deficiência na atenção às suas demandas e necessidades

Realizaremos também uma reflexão acerca do processo de execução da revisão do BPC pela FUNLAR e como ele tem sido administrado na perspectiva do fortalecimento desse benefício e da rede de serviços públicos. Detalharemos os resultados levantados nas 3ª, 4ª e 5ª etapas como uma forma de análise comparada e que possibilite-nos verificar o a realidade social em perfil e a realidade social dos beneficiários.

Dividiremos nossa análise em três categorias teóricas que tratarão: O Significado da Revisão, Recursos Humanos, Relações Intersectoriais para a Proteção Social.

3.1) A Estrutura da SMAS do Rio de Janeiro e o Benefício de Prestação Continuada

A revisão do BPC é realizada em gestão compartilhada entre Governo Federal, Estados e Municípios. O MDS realiza convênios anuais com o INSS e com as Secretarias Estaduais e Municipais de Assistência Social, ou órgãos correspondentes, mediante os quais repassa recursos via Fundo Nacional de Assistência Social/FNAS e exerce parte de suas competências de forma descentralizada para Estados e Municípios, compartilhando com os gestores estaduais e

municipais de assistência social o acompanhamento e a avaliação da prestação do benefício, nas suas respectivas esferas de governo, em consonância com as diretrizes da LOAS, da PNAS, do SUAS e orientações complementares (DEPARTAMENTO DE BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS, 2006).

O DECRETO Nº 6.214/2007 determina no seu artigo 2º que compete ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social, a implementação, a coordenação-geral, a regulação, financiamento, o monitoramento e a avaliação da prestação do benefício, sem prejuízo das iniciativas compartilhadas com Estados, Distrito Federal e Municípios, em consonância com as diretrizes do SUAS e da descentralização político-administrativa.

A revisão do BPC no município do Rio de Janeiro acontece anualmente e é iniciada a partir da publicação no Diário Oficial do Estado do Rio de Janeiro, a gestão do processo de revisão como um compromisso firmado entre Estado e Município do RJ para realização de tal ato.

Parte das ações de revisão no RJ é executada com recursos humanos, materiais e financeiros do poder público e a outra parte das ações através de convênios com organizações governamentais. Essas, contudo só realizam a parte de apoio. As visitas aos beneficiários são feitas por assistentes sociais funcionários da SMAS/FUNLAR.

Mesmo assim, as organizações contratadas devem ter registro no Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS, CNPJ, certificado de filantropia entre outros.

O município do Rio de Janeiro está em gestão plena desde 2005 o que significa segundo a Norma Operacional Básica do SUAS, que o município tem gestão total sobre as ações de assistência social.

Para se habilitar à Gestão Plena foi necessário que o município atendesse a vários requisitos previstos na NOB/SUAS de 2005 em relação ao BPC, como:

- *manter estrutura para recepção, identificação, encaminhamento, orientação e acompanhamento dos beneficiários do BPC e dos Benefícios Eventuais, com equipe profissional composta por, no mínimo, um (01) profissional de serviço social.* Essa estrutura no município do Rio de Janeiro é suprida hoje através de 47 CRAS/CREAS distribuídos por 10 Coordenadorias de Assistência Social(CAS) num modelo de gestão descentralizada.As coordenadorias são uma experiência inovadora da cidade do Rio de Janeiro, já que não são uma proposta da PNAS, mas sim um mecanismo de gestão concebido pela Secretaria Municipal de Assistência Social a fim de

garantir a interlocução entre os gestores e os profissionais executores da ponta dos serviços. O fluxo da informação é SMAS →CAS →CRAS e vice-versa. Essa divisão se deu a partir de estudos realizados pelo Centro de Vigilância da Exclusão, setor da SMAS responsável por estudos de geo-referenciamento acerca dos níveis de vulnerabilidades encontrados nos territórios, em consonância com a lógica de vigilância territorial do SUAS;

- *apresentar Plano de Inserção e Acompanhamento de beneficiários do BPC, selecionados conforme indicadores de vulnerabilidades, contendo ações, prazos e metas a serem executadas, articulando-as às ofertas da Assistência Social e às demais políticas pertinentes, dando cumprimento ainda ao art. 24 da LOAS.* No caso da atenção às pessoas com deficiência existem dois tipos de atenção no município do RJ: a SMAS que desenvolve ações ainda tímidas através dos CRAS/CREAS já adequados à nova PNAS; e a FUNLAR RIO ainda que não adaptada a PNAS têm trabalhado com planos de ações e acompanhamento sistemáticos, bem como com indicadores de vulnerabilidade.

- *Estruturar Centros de Referência de Assistência Social (CRAS¹⁸), de acordo com o porte do município, em áreas de maior vulnerabilidade social, para gerenciar e executar ações de proteção básica no território referenciado;* Sendo o BPC situado como benefício da proteção social básica faz-se necessário que as ações situadas nesse mesmo nível de proteção se articulem no interior dos CRAS/CREAS a fim de potencializar as possibilidades de emancipação das pessoas com deficiência atendida.

A Prefeitura do Rio de Janeiro/SMAS vem conseguindo unificar ações, profissionalizar as formas de gestão dos programas nacionais, buscar metodologias para qualificação dos profissionais da área, rever nomenclaturas, criar novos critérios de partilha de recursos da verba a ser dividida e repassada aos municípios, ampliar o atendimento à população em situação de vulnerabilidade social. Para isso, precisou rever sua estrutura organizacional. A SMAS atualmente conta com três Subsecretarias: a Subsecretaria de Proteção Social Básica; Subsecretaria de Proteção Social Especial e Subsecretaria de Gestão.

¹⁸ Tamanho dos municípios: Pequeno Porte I – mínimo de 1 CRAS para até 2.500 famílias referenciadas; Pequeno Porte II – mínimo de 1 CRAS para até 3.500 famílias referenciadas; Médio Porte – mínimo de 2 CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas; Grande Porte – mínimo de 4 CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas; Metrópoles – mínimo de 8 CRAS, cada um para até 5.000 famílias referenciadas;

Compete a Subsecretaria de Proteção Social Básica, prioritariamente, a execução dos serviços de inclusão social, previstos para pessoas e famílias em situação de vulnerabilidade, mas cujos vínculos familiares e comunitários estão preservados. São serviços que atuam como prevenção às situações de risco, promovendo a socialização e convivência sócio-comunitária. A Subsecretaria vai garantir que os 47 Centros de Referência da Assistência Social (CRAS) acompanhem em cada território da cidade as vulnerabilidades que possam fragilizar a família, garantindo acessos e serviços setoriais. Também estará à frente de todos os programas de transferências de renda, inclusive o BPC.

A Subsecretaria de Proteção Social Especial é a responsável pelos acessos aos indivíduos que se encontram em situação de alta vulnerabilidade pessoal e social. Seu público-alvo são crianças, adolescentes, jovens, famílias e idosos que se encontram em vulnerabilidades decorrentes do abandono, privação, perda de vínculos, exploração ou da violência. Nela estão vinculados os serviços de abrigo para a população em situação de rua e serviços de acolhimento e atenção psicossocial especializados, destinados a criar laços de pertencimento e possibilidades de reinserção social. Por isso, cabe a essa Subsecretaria o zelo por todos os Centros de Acolhimento da rede de proteção social do município do Rio de Janeiro e a orientação de seus usuários em questões relacionadas a direitos, justiça e direitos humanos. De acordo com a nova classificação para programa e serviços da Política Nacional de Assistência Social, a Proteção Social Especial fica dividida em Média¹⁹ ou Alta²⁰ Complexidade.

E por fim a Subsecretaria de Gestão é a responsável por acompanhar e avaliar, no âmbito da Secretaria, as atividades de planejamento, administração e avaliação de pessoas para a valorização do servidor e o desenvolvimento institucional, segundo as diretrizes emanadas do Sistema de Recursos Humanos e Gestão Institucional da Secretaria Municipal de Administração (SMA). Também cabe a Subsecretaria de Gestão o controle da infra-estrutura e da logística, além do planejamento orçamentário da Secretaria, segundo as diretrizes do Órgão Central de Orçamento.

O BPC é um benefício pela nova PNAS(2004) está situado na Proteção Social Básica-PSB e que tem articulação com as demais ações desse mesmo nível de proteção, porém o BPC deve

¹⁹ São ações destinadas a situações onde os direitos do indivíduo e da família já foram violados, mas ainda há vínculo familiar e comunitário.

²⁰ Atende a casos onde os direitos do indivíduo ou da família já foram violados/rompidos

ser pensando também sob o ponto de vista da Proteção Social Especial – PSE, já que o público pessoas com deficiência é tratado nesse nível de proteção.

Na proteção básica a atenção é voltada aos beneficiários que não tem vínculos familiares rompidos. Na proteção especial o atendimento às pessoas com deficiência é atingido através das ações dos CREAS e da habilitação e reabilitação em comunidade das PCD's.

Isso nos remete a pensar na fragilização de uma atenção fatiada, dividida entre PSB e PSE ou para que isso não aconteça, em intensos diálogos de articulação entre os níveis de PSB e PSE, o que no caso do Rio de Janeiro se apresenta bastante incipiente no campo da gestão, planejamento, execução e avaliação da Política de Assistência Social.

Em relação ao processo de revisão do BPC, as competências das Secretarias Municipais de Assistência Social ou Congêneres são dentre outras: estruturar a coordenação municipal de acompanhamento da prestação do BPC; constituir o GRUPO III de Coordenação municipal do processo e execução das atividades, em parceria com o órgão do INSS correspondente no nível municipal e sob orientação da Secretaria Estadual de Assistência Social, acompanhando o cumprimento das metas e dos objetivos nos prazos estabelecidos; executar a Avaliação Social, garantindo a realização de visita domiciliar ao beneficiário, por um assistente social, utilizando os instrumentos instituídos para esta finalidade, promovendo a verificação dos dados sobre Composição do Grupo e Renda Familiar, a avaliação do nível de vulnerabilidade e a coleta das Informações Sociais Complementares sobre o beneficiário e os integrantes do seu núcleo familiar e realização de capacitação dos assistentes sociais e providenciar a identificação dos mesmos;

3.2) A Revisão do Benefício de Prestação Continuada no Município do Rio de Janeiro

As revisões do Benefício de Prestação Continuada concedidos à pessoa com deficiência desde a 3ª etapa ficaram a cargo da FUNLAR RIO que foi incorporada recentemente a Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência-SMPD²¹. Sem dúvida consideramos que não há instituição que tenha maior trajetória na formulação, implementação e avaliação no campo das políticas públicas destinadas ao público com deficiência no município do que a Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência. Nela estão os profissionais mais bem preparados e capacitados a atuarem na atenção às demandas das pessoas com deficiências ilustradas no momento da revisão. Porém

²¹ Nesse trabalho escolhemos tratar pela nomenclatura mais conhecida institucionalmente que é FUNLAR

essa estrutura à parte das ações da Proteção Social Básica e Especial vai à contramão do fortalecimento da Política de Assistência Social no município. Na verdade, os prejuízos se fazem na articulação da rede de proteção social em prol das pessoas com deficiências e suas famílias. O diálogo inexistente ou quando se dá, faz-se com muita fragilidade no plano da ponta da linha.

Nesse contexto pensar o processo de revisão da concessão do Benefício de Prestação Continuada – BPC, em conformidade com o Artigo 21 da LOAS, faz-se um trabalho permanente, no qual o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome/MDS (por meio da Secretaria Nacional de Assistência Social/Departamento de Benefícios Assistenciais), o Instituto Nacional de Seguro Social/ INSS e os gestores estaduais, do Distrito Federal e municipais de assistência social partilham a gestão do BPC, devem integrá-lo definitivamente a PNAS e ao SUAS como proteção básica de grande alcance. No caso do município do RJ as ações de proteção básica ofertadas pelos CRAS/CREAS às pessoas com deficiência não dialogam com as ações oferecidas pela FUNLAR, dificultando essa dita proteção básica de grande alcance no plano da gestão.

3.2.1) O Processo de Execução da Revisão do Benefício de Prestação Continuada na FUNLAR

A primeira fase relacionada à revisão é estabelecer quem serão os responsáveis que irão assumir a gestão da implementação bem como os profissionais que irão executar todas as atividades dela decorrentes. São quatro competências responsáveis pela revisão: o coordenador da revisão, supervisor, assistentes sociais entrevistadores e digitadores;

A preparação da revisão é organizada e gerenciada pela Coordenação Técnica. Esta coordenação realiza licitação ou carta-convite a instituições não governamentais para fins de contratação de motoristas e carros a serem disponibilizados para visita domiciliares, bem como digitadores e demais necessidades de material.

É enviado aos beneficiários uma carta institucional informando acerca da revisão do BPC e a forma como ela será realizada (período visita domiciliar etc.).

É realizada também de forma igualitária a divisão do quantitativo de cidadãos-beneficiários a serem visitados e o quantitativo de recursos humanos (assistentes sociais) envolvidos na ação de revisão.

A Gerência Técnica convoca todos os assistentes sociais da instituição FUNLAR para um reunião acerca da revisão do BPC.

Nesta reunião todos os assistentes sociais recebem as orientações necessárias acerca de todo o processo de revisão e principalmente sobre o preenchimento dos formulários de avaliação social recebidos pelo INSS. Os eixos de avaliação são: situação familiar, localização da moradia, idade e grau de escolaridade; necessidade de auxílio para atividades de vida diária; necessidade de cuidados freqüentes de médicos, enfermeiros ou de terceiros; história da doença/deficiência; níveis de dificuldades nas áreas de: visão, audição, fala, aparelho locomotor, funções orgânicas e outras; existência e níveis de deficiência mental; existência e níveis de síndromes e quadros psiquiátricos; e situação social e nível de vulnerabilidade.

As ações empreendidas que antecedem a realização do trabalho de campo foram organizadas pela coordenação técnica e pela supervisão. Antes de ir a campo deve-se assegurar que da todos os beneficiários receberam correspondências avisando da visita domiciliar. A entrada no domicílio é um momento importante que deve preservar o beneficiário e garantir a visita.

São também explicitadas informações acerca da avaliação social, apontando que esta contém informações para a definição de manutenção ou cessação do benefício. Quando a Avaliação Social recomendar a Avaliação Médico-Pericial de beneficiários com deficiência, a SMAS procura trabalhar para não haver grande lapso de tempo entre a Avaliação Social e a Avaliação Médico-Pericial.

Não constam registros sistematizados²² das primeiras etapas (1ª e 2ª) na SMAS porque não havia informatização dos dados à época; mesmo os poucos dados em papel constavam em arquivo morto e de difícil acesso.

Na primeira etapa da revisão do BPC, a implementação em nível municipal ficou sob a responsabilidade da Gerência do Programa do Idoso, que funcionava no espaço físico do Abrigo Cristo Redentor²³. A gerente do programa era também Coordenadora Técnica do Abrigo e juntamente com a Coordenação Administrativa coordenou ali a 1ª etapa da revisão do BPC concedido a idosos e pessoas com deficiência. Na operacionalização o primeiro passo foi realizar

²² As informações sistematizadas nessa dissertação foram apontadas através de relatos dos gestores e documentos mais recentes (3ª, 4ª e 5ª etapas) da FUNLAR E SMAS. Resgatamos tal histórico entrevistando os gestores municipais da SMAS e FUNLAR, considerando que inclusive um destes gestores participa desde a 1ª revisão.

²³ Instituição municipal pública que funciona como Centro de Acolhimento atualmente mas na época ainda não era municipalizada e sim conveniada.

um amplo processo seletivo de Assistentes Sociais envolvendo dinâmicas de grupo voltadas para técnicas de entrevistas, simulação de visita domiciliar, entre outras avaliações do profissional.

“Até a Presidente do Sindicato daquela época, participou da Seleção, então foi uma coisa assim, muito estruturada, a gente pensou muito, à preocupação da SMDS daquela época, era, a gente pensou muito [sobre a seleção dos RH]. Isso é um diferencial do Município do Rio de Janeiro, que eu acho, sempre houve essa preocupação com quem ia entrar na casa daquelas pessoas, como ia ser trabalhado, então isso aí foi fantástico!”(RELATO GESTOR Nº1)

Nesse início das revisões também não havia divisões de assistentes sociais que fossem realizar visitas a idosos e assistentes sociais que fossem realizar visita a PCD's. Com o tempo a gestão foi percebendo a importância de separar os eixos de ações e intervenções o que gerou já na 3ª etapa essa divisão, ficando às pessoas com deficiência sob a responsabilidade da FUNLAR e os idosos passaram a cargo da Secretaria Especial da Terceira Idade²⁴(SETI).

Nesta época a revisão já era realizada sob a forma de convênio entre a Secretaria Estadual de Assistência Social (SEAS) e a Secretaria Municipal de Desenvolvimento Social(SMDS – atual SMAS:Secretaria Municipal de Assistência Social).

A partir dos formulários de Avaliação, a FUNLAR procedia à compilação de dados sobre os beneficiários. Esses dados, analisados a seguir, demonstram a abrangência das necessidades das PCD's e a importância da revisão para sua identificação.

3.3) Características dos beneficiários do BPC – Pessoas com deficiência

Faremos a seguir uma breve análise dos dados referentes às 3ª, 4ª e 5ª etapas do BPC para pessoas com deficiência realizados nos anos de 2003, 2004 e 2006. Os dados das características dos beneficiários constantes são:

- Idade (4 faixas de idade – 0 a 18 anos, 18 a 45 anos, 45 a 65 anos e acima de 65anos);
- Escolaridade(Não alfabetizado, 1º, 2º e 3º grau incompleto, 1º, 2º e 3º grau completo);
- Tipo de deficiência(Visual, Auditiva, Deficiência do aparelho locomotor, Mental, Crônica e Incapacitante, Doença Mental e Múltipla) ;
- Convivência Familiar(Vive sozinho, vive com o grupo familiar ou vive internado em instituições sob a responsabilidade de terceiros);
- Mudanças após o recebimento do benefício(freqüentou atendimentos, contribui para o sustento da família, adquiriu bens, melhorou a auto-estima e participou de atividades sociais);

- Utilização do benefício (alimentação, medicamento, tratamento, vestuário, despesas com moradia, atividades de geração de renda);
- Inclusão em outros programas ou benefícios sociais (concessão de órtese ou prótese, qualificação profissional, atividades de geração de renda, crédito subsidiado (financiamento), cesta básica, programa do leite ou similar, programa de apoio à criança, jovem e família, transporte gratuito e habitação popular)
- Principais situações encontradas envolvendo os integrantes do núcleo familiar do beneficiário;
- Principais necessidades do beneficiário (alimentação, cuidados contínuos, habilitação/reabilitação, avaliação médica/tratamento, órteses e próteses, capacitação e inserção no mercado de trabalho, ações jurídicas de garantia de direitos);

Foram analisados apenas os dados referentes aos beneficiários vivos e encontrados, excluindo os óbitos, endereços inexistentes ou não encontrados. Por outro lado o nº total de beneficiários de uma mesma etapa pode se alterar de uma tabela para outra. Isso se refere a situações sem respostas

3.3.1) Idade dos beneficiários

Em relação à idade dos beneficiários, existe uma predominância nas três etapas de pessoas com deficiência que acessaram o benefício em idade entre 0 a 18 anos (TABELA 1). Acreditamos que nessa fase os responsáveis/pais das pessoas com deficiência costumam frequentar os serviços de saúde, assistência entre outros na esfera pública ou privada e podem ser alvo da orientação dos profissionais quanto ao direito ao BPC.

Tabela 1- Idade das PCD's beneficiárias – 3ª, 4ª e 5ª etapas da revisão do BPC

Idade	Beneficiários 3ª etapa	%	Beneficiários 4ª etapa	%	Beneficiários 5ª etapa	%
0 a 18	726	54,9 %	693	50,3%	746	45%
18 a 45	448	33,8%	458	33,2%	545	33%
45 a 67	37	2,7%	184	13,4%	288	17,4%
Acima de 67	132	10%	43	3,1%	76	4,6%

²⁴ Atualmente é chamada Secretaria Especial da Qualidade de Vida -SEQV

Total	1343	100%	1378	100%	1655	100%
--------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------	-------------

Fonte: Funlar, 2003, 2004 e 2006.

Existe um consenso entre os peritos do INSS apontado por estudos e a partir de uma orientação interna institucional (OI INSS nº 081, de 15/01/2003) quanto ao fato de crianças e adolescentes estarem encaixados no critério “incapacidade para a vida independente e trabalho” viabilizando o acesso a muitos cidadãos nessa faixa etária. Destacamos que a legislação, a saber, Constituição Federal Brasileira, Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei Nº 8.069) e Lei da Pessoa Portadora de Deficiência (Lei Nº 7.853) coopera também para essa compreensão visto que criança e adolescentes são vistos como prioridade no campo das políticas públicas, inclusive tendo a primazia no atendimento. A legislação mais recente que fortalece esse direciona é o decreto de Nº 6.214/2007 que regulamenta o BPC aponta que crianças e adolescentes até dezesseis anos de idade, para acesso ao benefício deve ser avaliada a existência da deficiência e o seu impacto na limitação do desempenho de atividade e restrição da participação social, compatível com a idade, sendo dispensável proceder à avaliação da incapacidade para o trabalho.

3.3.2) Escolaridade dos beneficiários

Em relação à escolaridade, a grande maioria apresenta baixa escolaridade situada nos níveis de “não alfabetizado” (a maioria) e 1º grau incompleto (TABELA 2). Isso sem dúvida apresenta correlação certamente com a idade já que a maior parte dos beneficiários estão situados numa faixa etária (0-18 anos) correlata ao grau de instrução. A maioria nas três etapas concentra-se nos níveis zero e mínimo de formação escolar. Em relação aos demais com idade superior a 18 anos o fato de apresentar baixa escolaridade de fato incapacita “socialmente” o cidadão para a vida independente e para o trabalho, já que a escolaridade é também um dos fatores que sabidamente mais dificulta a entrada no mercado de trabalho. Os números dos beneficiários do BPC- PCD’s que acessam o Ensino Médio é insignificante.

Tabela 2 –Escolaridade das PCD’s beneficiárias – 3ª, 4ª e 5ª etapas da revisão do BPC

Escolaridade	Beneficiário	%	Beneficiários	%	Beneficiários	%
	s		4ª etapa		5ª etapa	
	3ª etapa					

Não alfabetizado	468	59,6%	854	65%	840	54%
1º Grau Incompleto	295	37,6%	438	33,4%	662	42,5%
2º Grau Incompleto	19	2,4%	20	1,5%	46	3%
3º Grau Incompleto	03	0,3%	01	0,1%	8	0,0006%
TOTAL	785	100%	1313	100%	1556	100%

Fonte: Funlar, 2003, 2004 e 2006.

NERI (2003) aponta que a situação da escolaridade no Brasil é crítica, pois 27,6% dos indivíduos têm de 4 a 7 anos de estudo, e uma entre quatro pessoas (25,03%) não tem instrução. No caso das pessoas com deficiência, ele aponta um agravamento desse quadro, uma vez que 27,61% não possuem escolaridade contra 24,6% entre população sem deficiência. Essa diferença deve ser ainda maior já que os dados aí usados são os do IBGE, que adota classificação de deficiência bem mais ampla. Provavelmente, se considerados apenas os beneficiários do BPC, com graves incapacidades, essa diferença seria ainda maior.

“o nível de escolaridade da maioria das pessoas portadoras de deficiência no Brasil é baixíssimo, assim como é precário o grau de preparação para o trabalho. Os poucos que concluíram o Ensino Médio de modo satisfatório e os universitários estão, quase todos, empregados. Mas os muitos que interromperam os estudos ainda no Ensino Fundamental ou seguem estudando a passos lentos e trôpegos, estão desempregados e praticamente sem grau de competitividade para obter um emprego formal com registro, benefícios e garantias trabalhistas. Por essa razão, muitos ganham a vida no mercado de trabalho informal.” (NERI, 2003: 55)

No momento final da revisão do BPC esses dados sobre os níveis de educação das pessoas com deficiência deveriam ser objeto de ação pela Prefeitura, através da Secretaria Municipal de Educação. De acordo com a Lei N°. 7853 a área da educação voltada para pessoas com deficiência deve compreender:

“a) a inclusão, no sistema educacional, da Educação Especial como modalidade educativa que abranja a educação precoce, a pré-escolar, as de 1º e 2º graus, a supletiva, a habilitação e reabilitação profissionais, com currículos, etapas e exigências de diplomação próprios;b) a inserção, no referido sistema educacional, das escolas especiais, privadas e públicas; c) a oferta, obrigatória e gratuita, da Educação Especial em estabelecimentos públicos de ensino; d) o oferecimento obrigatório de programas de Educação Especial a nível pré-escolar e escolar, em unidades hospitalares e congêneres nas quais estejam internados, por prazo igual ou superior a 1 (um) ano, educandos portadores de deficiência; e) o acesso de alunos portadores de deficiência aos benefícios conferidos aos demais educandos, inclusive material escolar, merenda escolar e bolsas de estudo;f) a matrícula compulsória em cursos regulares de estabelecimentos públicos e particulares de pessoas portadoras de deficiência capazes de se integrarem no sistema regular de ensino;”(BRASIL,1989:1)

Mas isso de fato não ocorre, seja qual for à deficiência, ainda que a múltipla(duas deficiências associadas), não poderia afastá-la do acesso ao direito à educação, ao convívio comunitário e todos os outros direitos sociais advindos do processo de socialização na escola.

“A educação formal para deficientes é realmente um dos grandes obstáculos a serem transpostos no país. Segundo dados do Relatório Situação da Infância Brasileira 2004, divulgada pela UNICEF, com base no Censo 2000 do IBGE, a taxa de analfabetismo em crianças e adolescentes com deficiência chega a 22,4%. As crianças sem deficiências, nessa mesma faixa etária, somam 11,7%.” (ZAVALA, 2004:1)

Faz-se necessário uma ampliação das políticas públicas voltadas à educação e qualificação profissional das pessoas com deficiência (PCD's) cujo impacto reflita diretamente na realidade social destes e de suas famílias. Concomitantemente deveriam ser desenvolvidas ações que permitissem às pessoas com deficiência um sentimento de maior autonomia em relação às pessoas a seu redor.

3.3.3) Tipo da Incapacidade

Em relação ao tipo de deficiência (Visual, Auditiva, Deficiência do aparelho locomotor, Mental, Crônica e Incapacitante, Doença Mental e Múltipla) de maior incidência, as revisões apontam a predominância da doença mental, seguida da deficiência do aparelho locomotor(TABELA 3).

Tabela 3 - Tipo de incapacidade das PCD's beneficiárias – 3ª, 4ª e 5ª etapas da revisão do BPC

Tipo de incapacidade	Beneficiários 3ª etapa	%	Beneficiários 4ª etapa	%	Beneficiários 5ª etapa	%
Deficiência visual	49	3,7%	76	5,7%	105	9,5%
Deficiência auditiva	11	0,8%	32	2,4%	57	5,2%
Deficiência do aparelho locomotor	207	15,6%	267	20,2%	393	35,6%
Deficiência mental	417	31,5%	432	32,7%	425	41,1%
Doença mental	105	7,9%	128	9,7%	124	11,23%
Deficiência crônica e incapacitante	55	4,15%	144	10,9%	-	-
Deficiência múltipla	445	33,6%	113	8,5%	-	-
Outras Deficiências	34	2,7%	131	9,9%	-	-
TOTAL	1323	100%	1323	100%	1104	100%

Fonte: Funlar, 2003,2004 e 2006.

Segundo os dados do IBGE a população brasileira é constituída da maior parte de pessoas com deficiência visual, mas estas não são as mais atingidas pelo BPC. Os segmentos mais atingidos são as pessoas com deficiência do aparelho locomotor (física) e com deficiência mental ou os que têm ambas as deficiências(múltipla). Historicamente as pessoas com deficiência visual e auditiva têm tido um maior grau de socialização na escola, trabalho e comunidade em geral o que

poderíamos arriscar em dizer que os níveis de autonomia e emancipação são mais significativos em relação às pessoas com deficiência mental e física. É fundamental “[...] desenvolver capacidades para maior autonomia” (PNAS: 2004).

O BPC poderia agregar mecanismos facilitadores que propiciassem o acesso dos seus respectivos beneficiários aos espaços de saúde e reabilitação para fins de avaliação médica, tratamento e aquisição de medicamentos. Essa é sem dúvida uma demanda urgente que refletiria positivamente na qualidade de vida e bem-estar dos beneficiários. Uma proteção social efetiva requer uma maior aproximação ao cotidiano de vida das pessoas e de suas necessidades.

3.3.4) Convivência Familiar

A maioria dos beneficiários contatados nas 3 revisões continua com o grupo familiar (TABELA 4). Esse alto percentual era esperado, já que são pessoas com deficiência e, entre elas, um numero significativo de jovens, como vimos.

Tabela 4- Tipo de Convivência Familiar das PCD's– 3ª, 4ª e 5ª etapas da revisão do BPC

Tipo de convivência familiar	Beneficiários 3ª etapa	%	Beneficiários 4ª etapa	%	Beneficiários 5ª etapa	%
Convive sozinho	97	7,3%	96	7,0%	183	11,6%
Convive com o grupo familiar	1193	90,2%	1269	92,1%	1465	88,5%
Vive internado	33	2,5%	19	0,9%	7	0,42%
TOTAL	1323	100%	1384	100%	1655	100%

Fonte: Funlar, 2003,2004 e 2006.

Mesmo assim em torno de 7% vivia sozinho nas 3ª e 4ª etapas. E chama a atenção o fato de na 5ª etapa esse segmento ter aumentado para 11,6%. Esse aumento significativo em relação às etapas anteriores pode indicar um maior grau de autonomização dos beneficiários com deficiência, como consequência de próprio recebimento do BPC. Registra-se também o baixo percentual de PCD's internados (apenas 2,5%). Isso pode ser resultado do paradigma da

desinstitucionalização, que envolve a luta dos profissionais e militantes na área da pessoa com deficiência em prol do convívio familiar. Mas pode indicar também a dependência da família ao benefício.

De fato, a renda do benefício é sabidamente recurso crucial para o sustento das famílias. Como indica a tabela 4, mais de 40% dos beneficiários em todas as etapas declarou que o benefício contribuiu para o sustento da família. Isso é esperado, já que segundo os dados de Neri (2003) baseados no IBGE, as pessoas com deficiência no Brasil concentram-se em famílias com renda até 2 (dois) salários mínimos.

3.3.5) Universo de Mudanças após o Recebimento do Benefício

A expectativa em torno do BPC é que a concessão do benefício gere uma série de mudanças nas condições de vida dos beneficiários e de seus familiares, principalmente àqueles que estão em maior situação de vulnerabilidade social. A maior parte dos beneficiários indicou que o dinheiro do BPC teve impacto no sustento da família seguido de melhoria da qualidade de vida e da auto-estima (TABELA 5).

Tabela 5 – Tipo de mudança após o recebimento do benefício– 3ª, 4ª e 5ª etapas da revisão do BPC

Tipo de mudança	Beneficiários 3ª etapa	%	Beneficiários 4ª etapa	%	Beneficiários 5ª etapa	%
Freqüentou o atendimento	577	23,08%	424	15,14%	395	12,6%
Contribuiu para o sustento da família	1087	43,48%	1150	41%	1372	42,6%
Adquiriu bens	139	5,56%	139	5%	295	9,2%
Melhora na qualidade de	511	20,44%	838	29,9%	1003	31,2%

vida e auto-estima						
Atividade sociais e realizou passeios	147	5,88%	151	5,3%	111	3,4%
TOTAL	2500	100%	2801	100%	3218	100%

Fonte: Funlar, 2003,2004 e 2006.

Tais mudanças podem estar inclusive diretamente relacionadas, visto que as condições de subsistência e sobrevivência de uma família com uma pessoa com deficiência podem refletir diretamente na qualidade de vida e dos cuidados destinados a essa PCD. De fato, o desenho da política social contemporânea tem acentuado o papel das microssolidariedades e sociabilidades familiares, pela sua potencial condição de assegurar proteção e inclusão social.

“Os limites impostos pelas condições dos portadores de deficiências, assim como aqueles determinados pela velhice, requerem muitas vezes cuidados intensivos. Nestes casos, portanto, a situação de convivência familiar é um dado importante na construção da caracterização das condições de vida dos beneficiários.” (SAS, 2004:20)

Se por um lado à contribuição monetária do BPC é utilizada em prol dos membros da família como um todo, principalmente entre aqueles que estão desempregados, por outro lado, pode demonstrar que a aplicação do benefício entre os membros da família não coopera para a atenção aos problemas individuais dos beneficiários. Verifica-se o baixo percentual de beneficiários que nas três etapas declarou atividades sociais e realização de passeios, o que pode indicar manutenção da segregação social em que em geral vivem as PCD's.

O benefício teve uma influência também no grau de frequência aos atendimentos necessários as PCD's, embora não seja significativo. Isso nos leva a refletir sobre o direito à saúde acessado por tais beneficiários. Para efeitos de comparação de estratégias de acesso aos direitos sociais, o Programa Bolsa-Família, por exemplo, cria um mecanismo de acesso semestral aos postos de saúde, chamado de condicionalidade, que a despeito da polêmica em torno de sua obrigatoriedade, possibilita ao beneficiário ser atendido pelo menos pelo nível de atenção básica

à saúde, bastando ao usuário apenas apresentar o cartão. Vários dos beneficiários do BPC possuem também o Bolsa-Família, mas o próprio programa BPC poderia instituir na rede intersetorial de proteção social mecanismo semelhante, que garantisse aos beneficiários acesso direto à tratamento de saúde, habilitação, reabilitação, habitação, educação, assistência social, entre outros.

O BPC tem alto impacto na qualidade de vida e auto-estima do beneficiário, mas seu baixo valor monetário tem baixo impacto na possibilidade de seus beneficiários adquirirem bens já que a renda dilui-se no sustento da família e na frequência a atendimentos.

3.3.6) Utilização do benefício

Entre os itens de utilização do BPC, os beneficiários indicam em primeiro lugar a alimentação, seguida de medicamentos e vestuário (TABELA 6). Poucos indicam despesas com moradia e atividades de geração de renda.

Tabela 6 – Tipo de utilização do benefício - 3ª, 4ª e 5ª etapas da revisão do BPC

Tipo de utilização do benefício	Beneficiários 3ª etapa	%	Beneficiários 4ª etapa	%	Beneficiários 5ª etapa	%
Alimentação	1159	31,7%	1058	39,6%	1400	39,4%
Medicamento	930	25,4%	722	27%	965	27,1%
Tratamento	438	12%	338	12,6%	398	11,2%
Vestuário	883	24,1%	437	16,34%	569	16%
Despesas com moradia	220	6%	115	4,3%	220	6,2%
Atividades com geração de renda	20	0,55%	3	0,1%	3	0,08%
TOTAL	3658	100%	2673	100%	3555	100%

Fonte: Funlar, 2003,2004 e 2006.

Em outros relatórios da FUNLAR(2004) sobre o processo de revisão na 4ª e 5ª etapas os beneficiários que vivem em instituições, a maior parte deles aponta que o dinheiro do benefício é utilizado para atender as necessidades do beneficiário no interior da instituição seguido do fato também da instituição ser canal de acesso aos serviços que o usuário necessita. A revisão do BPC acaba sendo um mecanismo considerado pelas instituições de fiscalização à ação delas junto ao usuário também. De fato em menor escala, são detectados casos de inidoneidade de instituições que não asseguram o acesso do usuário ao seu benefício e tais situações são encaminhadas inclusive ao INSS e demais órgãos de proteção para que possam tomar as medidas cabíveis.

3.3.7) Inclusão em outros programas ou benefícios sociais

Observamos que de uma etapa a outra os beneficiários com deficiência acessam essencialmente o direito ao transporte através de uma política pública já fortalecida no município do RJ, que é o chamado RIOCARD, passe-livre municipal, que dá acesso aos ônibus do município do RJ.No Estado do RJ existem também iniciativas de gratuidade nos transportes públicos tais como o Vale Social, que dá direito a barcas, trens, metrô e ônibus inter-municipais(TABELA 7).

Tabela 7- Grau de inclusão em outros programas ou benefícios sociais - 3ª, 4ª e 5ª etapas da revisão do BPC

Inclusão em outros programas ou benefícios sociais	Beneficiários		Beneficiários		Beneficiários	
	3ª etapa	%	4ª etapa	%	5ª etapa	%
Concessão de órteses/próteses	3	0,5%	27	3,3%	29	2,6%
Qualificação profissional	0	0%	5	0,62%	1	0,09%
Atividades de Geração Renda	0	0%	1	0,12%	0	0%
Créd Subsidiado	0	0%	0	0%	2	0,18%

Cesta Básica	91	15,7%	62	7,7%	63	5,8%
Bolsa Escola ou Similar	49	8,5%	0	0%	0	0%
Programas de apoio	0	0%	31	3,8%	22	2,0%
Transporte Gratuito	373	64,5%	677	83,9%	954	87,4%
Hab.Popular	62	10,7%	4	0,5%	10	0,9%
TOTAL	3658	100%	2673	100%	3555	100%

Fonte: Funlar, 2003,2004 e 2006.

A necessidade por alimentação dos beneficiários são complementadas também através do acesso a programas de cesta-básica fornecidos por instituições religiosas/organizações não governamental-filantrópicas, ou similares que cumprem essa função, tais como o cheque-cidadão(benefício já extinto do governo estadual que assegurava R\$100,00 em compras em supermercados) entre outros.

Comparativamente ao transporte, é baixo o acesso a outros tipos de bolsa, como a programas sociais e iniciativas da mesma ordem o extinto Bolsa-Escola, Vale-Gás, Bola alimentação e o atual Bolsa Família. Isso pode indicar que, com o BPC, as famílias estão alcançando renda familiar à acima dos critérios desses programas. De fato, a participação desses programas diminui uma etapa para a outra.

Em muito menor escala os beneficiários acessam crédito subsidiado e/ou programas de habitação popular que poderiam assegurar-lhe melhores condições de vida no quesito moradia. Até porque no município do RJ, iniciativas nesse campo são poucas e de baixa cobertura. Hoje dentre as iniciativas de apoio à habitação popular, destaca-se o Programa Melhorias Habitacionais, destinado a adaptações e reformas no interior da residência de pessoas com deficiência. Outro programa municipal de crédito subsidiado é o Programa de Arrendamento Residencial – PAR, mas é voltado a famílias com renda de 3 a 5 salários mínimos comprovados em carteira de trabalho e claro o que não é a realidade dos beneficiários do BPC.

Destaca-se também a baixa participação de programas de qualificação profissional e geração de renda. Isso era esperado dado à proibição ao trabalho pelas PCD beneficiários do BPC, que devem ser incapacitados para a vida independente e o trabalho.

3.3.8) Principais Situações Encontradas Envolvendo os Integrantes do Núcleo Familiar do Beneficiário

Em relação às principais situações encontradas no núcleo familiar a mais destacada entre as indicadas, é a presença nas famílias dos beneficiários de pessoas com mais de 18 anos em situação de desemprego e com necessidade de qualificação profissional. O que reitera a situação de maior precariedade de inserção no mercado de trabalho, para as famílias muito pobres (TABELA 8).

Tabela – 8 – Principais Situações encontradas no Núcleo Familiar - 3ª, 4ª e 5ª etapas da revisão do BPC

Principais situações encontradas	Beneficiários 3ª etapa	%	Beneficiários 4ª etapa	%	Beneficiários 5ª etapa	%
Pessoas sem documentos pessoais	99	12,2%	157	16%	113	14%
Outras PCD's ou idosos	71	8,7%	86	8,8%	80	9,9%
Beneficiário sendo explorado sob qualquer forma	0	0%	0	0%	1	0,12%
Necessidade de	176	21,7%	288	29,4%	234	29%

Qualificação Profissional						
TOTAL	3658	100%	2673	100%	3555	100%

Fonte: Funlar, 2003,2004 e 2006.

É expressiva a participação de famílias onde há pessoas sem documentos pessoais, considerando-se que residem em um dos municípios mais urbanizados do país. Também não é desprezível o percentual de famílias com outra PCD além do beneficiário, ou de idoso. Essa é uma situação comum, e que ainda requer solução, já que é proibida a concessão a mais de uma PCD em um mesmo domicílio.

A revisão contribui para identificar também beneficiários em situação de exploração pela família ou terceiros podendo o profissional encaminhar determinadas situações a órgãos de proteção e defesa aos direitos das PCD's.

3.3.9) Principais necessidades do beneficiário

A revisão do BPC é um momento importante no conhecimento das necessidades dos beneficiários que pode ser usado na formulação de políticas (TABELA 9).

TABELA 9 – Principais necessidades dos beneficiários - 3ª, 4ª e 5ª etapas da revisão do BPC

Principais Necessidades	Beneficiários	%	Beneficiários	%	Beneficiários	%
	3ª etapa		4ª etapa		5ª etapa	
Alimentação	144	22,5%	245	12,5%	321	35,2%
Cuidados Contínuos	29	4,5%	72	3,7%	31	3,4%
Habilitação/ Reabilitação	141	22%	25	1,3%	8	0,87%
Avaliação médica/Trat./ Medicamento	124	19,4%	416	21,3%	134	14,7%
Órtese e Prótese	101	15,8%	1014	51,9%	245	26,9%
Capacitação e inserção no mercado de trabalho	27	4,2%	114	5,8%	97	10,6%

Ações jurídicas de garantia de direitos	73	11,4%	58	3%	45	4,9%
Total	538	100%	1944	100%	881	100%

O perfil gerado a partir do formulário de Avaliação Social indica a necessidade de acesso a documentos pessoais, abrigo/alimentação ou vestuário, cuidados contínuos, habilitação/reabilitação, avaliação médica/tratamento, órteses e próteses, capacitação e inserção no mercado de trabalho dos membros da família e ações jurídicas de garantia de direitos. As assistentes sociais da Secretaria Municipal de Assistência Social realizam encaminhamentos (ver modelo de formulário – ANEXO 4) aos serviços da rede de proteção social que envolve a atenção às pessoas com deficiência. Porém não existe um monitoramento/acompanhamento dessas ações e o acesso aos serviços não é garantido pelo encaminhamento. Pelos dados apresentados, vê-se que a revisão tem sido um momento importante de identificação das necessidades dos beneficiários. Contudo, essas informações não tem sido aproveitadas para orientar a rede assistencial para a melhoria do atendimento da população alvo do BPC. A implementação do SUAS no município pode ser um caminho, e algumas iniciativas de inserção dos beneficiários do BPC na CRAS e CREAS têm sido estimuladas.

Para conhecer os limites e possibilidades de uso mais aproveitado da revisão, realizamos entrevistas com gestores e Assistentes Sociais procurando identificar suas percepções e opiniões sobre o processo de revisão.

3.4) Percepções dos Gestores e Assistentes Sociais sobre o Processo de Revisão

Para tratar as entrevistas realizadas com quatro gestores e quinze assistentes sociais selecionamos três categorias empíricas. Elas são o resultado, por um lado das questões selecionadas e incorporadas ao roteiro de entrevistas a partir do que a literatura do BPC aponta como relevante para o processo de revisão. Por outro lado, expressam o próprio conteúdo e prevalência de temas dessas entrevistas. São elas:

- ❖ **O Significado da Revisão:** Refere-se à compreensão dos gestores e assistentes sociais sobre o que representa a revisão como parte do programa que oferta o BPC ;
- ❖ **Recursos Humanos:** Refere-se à compreensão dos gestores e assistentes sociais sobre as características necessárias aos recursos humanos para a revisão contidas no Decreto N°. 6.214, na PNAS, na NOB-SUAS e na NOB-RH, e como estão sendo encaminhadas no município;
- ❖ **Relações Intersetoriais para a Proteção Social:** Refere-se à percepção dos gestores e assistentes sociais sobre a existência de redes/mecanismos institucionais intersetoriais para a garantia de proteção social integral aos beneficiários do BPC;

3.4.1) O Significado da Revisão

A maioria dos assistentes sociais (utilizaremos a sigla AS nos relatos) compreende o significado da revisão como uma ação técnica prevista em lei com periodicidade de 2 anos para fins de manutenção do benefício, observando se os critérios de elegibilidade que deram origem ao benefício permanecem os mesmos.

“A revisão é necessária, para que possa, é, verificar se essa pessoa continua dentro do mesmo perfil, se houve algum avanço, ou não. Acho que é importante de fato, porque acontecem situações que modificam a vida da pessoa, pode morrer, pode mudar de situação, pode conseguir um emprego. Isso é importante, porque nem sempre as pessoas *são honestas, o suficiente, para irem lá, no INSS*, para dizer, olha não preciso mais desse benefício, não preciso mais fazer a revisão”(Relato da AS – N°.1)

“Quer dizer, o que eu conheço do benefício é com relação à continuidade da validade desse benefício pro usuário, de acordo com os critérios estabelecidos pra concessão dos benefícios. Então, na verdade, a gente faz a revisão pra ver se

aquela situação em que foi concedido o benefício, ela permanece nessa data, que normalmente é após dois anos de concessão do benefício;”(Relato da AS - Nº8)

Alguns profissionais apresentam constrangimento em sua ação técnica e política, por considerarem-na policialesca e fiscalizatória.

“Bem eu entendo como uma forma de *controle*. O papel da revisão do BPC a meu ver se destina muito mais a apurar possíveis beneficiários que faleceram, ou saíram do perfil de renda, do que realmente fiscalizar e denunciar situações precárias de vida de algumas pessoas com deficiência.”(Relato AS- Nº.2)

“O que me incomoda neste processo, pode ser apenas uma visão pessoal, mas me incomoda o fato de ter que haver a revisão, pois a impressão que tenho ao visitar as famílias é de que estamos numa posição de fiscais - autoridades que iriam "julgar" a qualidade do usuário, do beneficiário, e isto não vai de encontro ao que eu penso ser um direito. Se é direito, me parece que o indivíduo deveria ter a plena noção deste direito e só ele poderia abrir mão dele. Mas aí a gente entra em uma questão maior, que seria a consciência do indivíduo com relação ao seu estado de direito, que aqui no Brasil, praticamente não existe; tudo aqui é tutelado, é favor, é a bendita bondade. O indivíduo tem direito à proteção, mas não toma consciência disto, pois se sente sempre numa situação de subalterno, dependendo de alguém ou devendo favor a alguém. Isto é o que o que vejo de pior neste processo, pois um sentimento de submissão coloca a pessoa refém, e neste caso, refém do Estado.” (Relato AS- Nº.3)

Algumas profissionais observam que, para além dessa ação prevista em lei, para além do que a gestão pontua como “tarefa” - o preenchimento do formulário – é possível estender a ação profissional para uma intervenção de cunho mais reflexivo e socializador acerca dos serviços da rede de proteção social destinados a esses usuários.

“Este benefício tem um cunho temporário, por considerar a incapacidade para o trabalho. Em alguns casos, a deficiência provoca esta impossibilidade temporária mesmo. Na revisão, podemos discutir com o próprio usuário novas possibilidades, inclusive de ascensão social, independente do BPC. Em outros casos, não, o usuário possui uma incapacidade definitiva, e condições precárias no que diz respeito à qualidade de vida. Muitas vezes podem estar à parte de alguns direitos, enfim, a revisão não é só a revisão propriamente, mas um atendimento social, onde podemos encontrar outras demandas que podem ser trabalhadas pelo Assistente Social a partir das políticas sociais.”(Relato AS Nº.14)

“(…)[a revisão é] um processo de monitoramento e avaliação, que possibilita sistematizar o perfil dos beneficiários, conhecer as condições reais em que vivem e possibilitar o atendimento de suas necessidades seja através de

encaminhamentos ou referências para os programas de proteção social.” (Relato AS N°.15)

Essa seria uma leitura mais próxima da LOAS e da ótica dos direitos, associando a revisão à um leque de ações técnicas que podem ser propiciadas pelos profissionais. A riqueza do processo de revisão é conhecer de perto a realidade do usuário. Intervir tecnicamente sobre ela para propiciar o acesso desse usuário e sua família às políticas públicas. Cada realidade familiar exigiria um plano de promoção social elaborado pelo Assistente Social do CRAS ou do RBC envolvido na revisão. Mas isso ainda não acontece no caso do Município do RJ.

Alguns profissionais consideram o papel da FUNLAR RIO apenas burocrático e administrativo, sem retorno ou reflexão sobre os dados coletados.

“Acredito que as atribuições da FUNLAR estejam diretamente relacionadas à operacionalização da revisão, onde se destacam algumas atividades, tais como: cessão de pessoal e coordenação da rotina burocrática do trabalho, como por exemplo, organizações das fichas, relatórios, zoneamento das áreas de visita, etc.” (Relato da AS N°.7)

“(…)A gente deveria ter mais claros, quais seriam os critérios desses trabalhos, as implicações desse trabalho, enfim, o que é que é mesmo essa política, pra que serve essa política, e a gente na verdade, não tá muito preocupado com isso, parece uma tarefa para cumprir, não é, muito mais do que uma tarefa para que tenha uma efetividade, uma eficácia, mesmo, na política, observo isso.” (Relato da AS N°.1)

“na estrutura política da FUNLAR, a revisão é mais uma obrigação, como tem que ser feito, é feito, mas assim, não vejo isso dentro da política, enfim das estratégias de trabalho com deficiente, nesta função, não vejo não, vejo mais com que a gente tem que fazer, porque é do Governo Federal, e Município, é atribuição do município, então vamos fazer, não vejo nenhum aproveitamento disso não.” (Relato da AS n°6)

Os gestores concordam que se dedicam essencialmente à operacionalização das rotinas administrativas cotidianas que envolvem a revisão, tais como resolução de questionamentos pertinentes a dúvidas com as fichas de avaliação, questões de infra-estrutura operacional, organização de documentação entre outras já relatadas. Há percepção de que o material da revisão não é utilizado pelos gestores embora se reconheça sua importância

“[*se eu pudesse mudar a revisão*]mudaria a gestão do processo. Faz-se necessária uma maior participação da equipe técnica envolvida no planejamento, execução e avaliação deste trabalho. Este repensar já começaria na (re)elaboração da entrevista a ser aplicada na revisão BPC, na qual a

FUNLAR e a equipe técnica deveriam ser protagonistas. O acompanhamento dos dados obtidos no processo deveriam ser debatidos pelos profissionais que participaram do processo, a fim de que possam utilizá-los em sua prática profissional e sirvam de instrumento para a proposição de políticas públicas efetivas condizentes com a realidade concreta destes beneficiários e suas famílias.” (Relato AS N°9)

“Eu acredito que esses dados sejam úteis para visualização da população portadora de alguma deficiência, das necessidades sociais da mesma e o conseqüente planejamento de ações voltadas para essas pessoas, buscando facilitar seu acesso à serviços como transporte, saúde, trabalho, *mas não sei dizer de que forma esses dados são processados.*” (Relato da AS N°.10)

“Não trabalho com estes dados n o meu cotidiano profissional, principalmente porque não tenho acesso a estes dados.” (Relato AS N°9)

Outro problema é a preparação da equipe tida como precária, sem tempo hábil e sem compreensão integral do processo da revisão.

“... não acho que exista interlocução entre a equipe e a gestão (...), pois em nenhum momento somos chamados a pensar e elaborar juntos este processo, ou seja, não existe nenhuma ingerência dos profissionais envolvidos quanto a revisão do BPC, ficamos na esfera da execução.(...) existe uma supervisão no processo de revisão que fica a cargo de um profissional que orienta todo o processo no momento em que entregamos as entrevistas, mas somente na esfera da execução também, nunca fora proposta a participação da equipe técnica para uma reavaliação, inclusive, da ficha de entrevista a ser aplicada aos beneficiários.” (Relato AS N°.4)

“A equipe é preparada muito rapidamente, sendo esclarecido o preenchimento dos formulários. Não é esclarecido o objetivo, nem as outras etapas do processo. Penso que acreditam que por trabalhar com assistentes sociais, estes já estão suficientemente capacitados nos termos da LOAS.”(Relato AS N°.8)

O Decreto N°.6.214/2007 no capítulo da Gestão em seu art. 37 diz que constituem garantias do SUAS o acompanhamento do beneficiário e de sua família, e a inserção destes à rede de serviços socioassistenciais e de outras políticas setoriais, e que esse acompanhamento visa a propiciar a obtenção de aquisições materiais, sociais, sócio-educativas, socioculturais para suprir as necessidades de subsistência, desenvolver capacidades e talentos para a convivência familiar e comunitária, o protagonismo e a autonomia.

No caso do município do RJ inexistente um mecanismo automático que utilize os dados da revisão e instrumentalize esse tipo de fluxo de acompanhamento às famílias. A instituição e os

profissionais fazem uma leitura durante o decorrer da revisão, mas não a utilizam coletivamente posteriormente. De certa forma o que se obtém é um panorama geral da situação de um determinado grupo de pessoas com deficiência a gestores e profissionais que os utilizaram se quiserem. Não é uma rotina, nem diretriz, nem plano de ação trabalhar com os dados da revisão.

Não há sequer retorno dos dados obtidos na revisão ou mecanismos de formulação de novas ações junto ao público após a revisão. Uma experiência êxitosa é a do município de São Paulo que realiza ao final de cada etapa um Seminário de Apresentação dos resultados da revisão à equipe de assistentes sociais envolvida com ampla discussão e problematização.

“Não nos é possível trabalhar os dados da revisão no nosso cotidiano profissional devido ao fato de tais resultados não nos serem apresentadas às equipes como uma forma de retorno”(Relato AS N°9).

“Eu, não vivi nenhum momento de retorno, desses dados, que eu acho até interessante para gente poder trabalhar com mais consciência o programa, não é... o programa não, o benefício mesmo, essa transferência, mas eu nunca, nesse tempo que eu estou no município eu nunca recebi, retorno desse trabalho, não...”(Relato AS N°1).

3.4.2) Recursos Humanos

O SUAS e a NOB-RH SUAS tratam a questão dos recursos humanos como um dos maiores desafios à política de assistência social nos próximos anos, já que a precarização do trabalho expressa na ausência de concursos, trabalho temporário, foi muito presente no interior da política de assistência social. No caso do RJ isso tem sido bem diferente, pois hoje o município conta com extenso quadro de mais de 1.300 assistentes sociais servidores na Secretaria Municipal de Assistência Social. Para capacitar esse quadro significativo foi criada em 2004 a Escola Carioca de Gestores da Assistência Social, que tem o objetivo de potencializar habilidades e competências dos funcionários públicos, e de profissionais de organizações da sociedade civil na gestão de políticas públicas intersetoriais e em rede, especialmente visando à operacionalização da nova Política Nacional de Assistência Social no nível municipal. Seus produtos e serviços estão voltados para a capacitação continuada de gestores, educadores, técnicos e demais profissionais interessados em melhorar e ampliar sua prática profissional na gestão de políticas públicas.

Mesmos assim para os gestores e assistentes sociais entrevistados o processo de capacitação de profissionais para a revisão é ainda precário.

“A equipe não tem uma capacitação para a realização da revisão, atualmente é realizada uma reunião para contato inicial com a supervisora e depois encontros esporádicos e individuais para entrega dos resultados das entrevistas realizadas.” (Relato AS N°7)

“... enquanto instituição gestora deste processo, a FUNLAR não possui nenhuma participação no processo de elaboração do formulário de revisão, com isso, os técnicos não encontram espaço para discussão e avaliação deste instrumento fechado, o que nos coloca numa posição de meros executores de tal processo, afastando-nos do importante papel de planejadores deste processo junto ao INSS.” (Relato AS N°4)

“...os profissionais iniciaram o processo de revisão com inúmeras dúvidas em relação às questões pertinentes no formulário de entrevista, não sendo sanadas pelo profissional (...) que realiza a supervisão e acompanhamento dos técnicos durante o processo e nem pela FUNLAR. Não existe capacitação da equipe para este trabalho, como expus acima, essa “preparação” constituiu-se em um encontro no qual nos é passada a ficha de entrevista, sem tempo hábil para discussão e dúvidas entre os profissionais e o supervisor da equipe (profissional do INSS) e FUNLAR.”(Relato AS N°5)

“Acreditamos que não existe uma preparação efetiva da equipe dos profissionais atuantes na revisão. O que acontece é tão somente uma reunião na qual é explicada como deve ser o preenchimento de formulário.” (Relato AS N°13)

“Acho que o treinamento deveria ser feito por técnicas de Serviço Social que ainda atuam na Previdência e que tenham conhecimento operacional e legal atualizado.” (Relato AS N°12)

Os gestores em nenhum momento se pronunciaram acerca da capacitação junto ao quadro de servidores nas últimas etapas. Enfatizaram outros aspectos mais operacionais. O que revela que a capacitação não ocupa um status muito relevante na gestão da revisão no alto escalão da gestão da SMAS da FUNLAR.

A maior parte dos profissionais, quando questionados acerca de possíveis mudanças na revisão do BPC, apontam para o processo de capacitação e gerenciamento.

“Em primeiro lugar discutiria com a equipe de profissionais uma melhor forma de capacitá-los para tal, incluindo, a participação dos mesmos na discussão acerca do planejamento e avaliação deste processo. A equipe de profissionais também deveria ter um espaço junto a FUNLAR, SMAS e INSS para discussão e avaliação dos dados obtidos na revisão (que só temos acesso, mas não estímulo a debatê-los em prol da população usuária), além de discutir as maiores

demandas dos beneficiários e seus familiares em relação aos serviços oferecidos na rede de proteção, como forma de garantir os acessos e ampliá-los.”(Relato AS N°.4)

“Investimento em capacitação para os técnicos; elaboração de um plano de trabalho conjunto com os técnicos” (Relato AS N°.12)

“ em todas as etapas em que eu participei tive muitas dificuldades em relação ao processo de supervisão que nos é proposto na realização do trabalho, não obtinha respostas concretas aos meus questionamentos, inclusive em certos casos obtive orientações errôneas. É assim...dificuldade no suporte de recursos humanos necessários. Inclusive em relação a organização dos locais de moradia dos beneficiários entre os técnicos, na qual, tem sido progressivamente deixado “de lado” a proposição de um momento em conjunto com todos os técnicos envolvidos para melhor organizar estas etapas.”(Relato AS N°.10)

Há experiências diferenciadas de capacitação para a revisão, em outros municípios como São Paulo, onde se promove um Seminário de Capacitação envolvendo várias temáticas correlatas à revisão do BPC e acerca do processo de revisão propriamente dito. Mesmo trabalhando com um quadro de profissionais contratados, aquele município prima para que esse profissional tenha experiência anterior na área da pessoa com deficiência ou idoso e participe da capacitação oferecida (SAS, 2004). No Rio de Janeiro, embora haja iniciativas nesse sentido elas são abrangentes e ainda incipientes.

3.4.3) Relações Intersetoriais para a Proteção Social

O BPC é inegavelmente um dispositivo de proteção social destinado às pessoas com deficiência incapacitadas para a vida independente ou para o trabalho e que não possuam condições de obtê-la, circunstancial ou definitivamente, por meio de suas atividades atuais e/ou de tê-la provida por sua família.

Castel (2005) parte da constatação de que as sociedades modernas são construídas sobre o alicerce da insegurança, pois não encontra em si a capacidade de assegurar proteção. Em contraste, nas sociedades pré-industriais a segurança do indivíduo era garantida a partir de sua pertença à comunidade: a chamada proteção de proximidade. *“a ‘questão social’ se apresenta a partir dos desfilados, dos que se desprenderam e não dos que se integraram”* (CASTEL, 2005, p. 116 apud SILVA,2007).

O SUAS traz claramente que as funções da política de assistência social (FIGURA 2) estão associadas à lógica da proteção social articulada à outras ações no campo da vigilância sócio-assistencial e da defesa social e institucional como mostra o quadro abaixo:

Figura 1 – Associação das funções da assistência social



Fonte: NOB-SUAS(2005)

Segundo a NOB (2005) a proteção social é a principal função da política de Assistência Social, que deve atuar através de ações, cuidados, atenções e benefícios ofertados através do SUAS, visando a reduzir e prevenir o impacto dos riscos sociais e proteger cidadãos e famílias para que enfrentem com maior autonomia as contingências das desigualdades sociais. A Segurança Social é considerada cada vez mais parte integrante do processo de desenvolvimento e é necessário criar sinergias entre políticas de proteção social, políticas de emprego e políticas de desenvolvimento.

A revisão do BPC pode ser um excelente espaço de intervenção estatal no âmbito da proteção social, já que ano a ano os municípios têm acesso a um banco de dados riquíssimo desses cidadãos beneficiários, conhecem suas demandas e necessidades.

A instituição poderia criar mecanismos de análise mais substanciais envolvendo a equipe de profissionais. Poderia por exemplo traçar estratégias junto a um dos Programas da FUNLAR, o Programa de Reabilitação Social baseado na Comunidade (RBC). O RBC teve início em 1994 e foi criado pela constatação de dificuldade de acesso à reabilitação das pessoas com deficiência residentes em comunidades empobrecidas. “O RBC está alicerçado no paradigma de inclusão social, um processo bilateral onde pessoas em parceria buscam identificar problemas, decidir

sobre soluções e agir conjuntamente” (Apresentação RBC, 2000: Slide 5). A equipe do RBC é formada por terapeuta ocupacional, psicólogo, fisioterapeuta, fonoaudiólogo e assistente social. Sendo um desses profissionais escolhido para a coordenação da equipe. Cada conjunto de 4 a 5 equipes está sob a supervisão de um outro profissional de uma das respectivas áreas anteriormente citadas. Essa equipe poderia atuar junto aos beneficiários do BPC e suas famílias, assim como a equipe faz com os usuários com deficiência que cotidianamente são atendidos por eles. A Política Nacional de Assistência Social (2004) aponta o serviço de habilitação e reabilitação na comunidade das pessoas com deficiência como Proteção Social Especial de Média Complexidade já que requerem maior estruturação técnico-operacional e atenção especializada mais individualizada e, ou, acompanhamento sistemático e monitorado.

O RBC funciona como um programa social, segundo a lógica da SUAS, está situado no campo da proteção especial de média complexidade, permitindo o acesso aos mais diversos direitos da pessoa com deficiência. O RBC tem caráter itinerante e atende a várias comunidades. Não existe tempo previamente estabelecido para a saída do RBC da comunidade, varia de acordo com o perfil e o envolvimento da mesma.

“Historicamente as ações voltadas para a pessoa portadora de deficiência sempre aconteceram a partir de iniciativas fragmentadas. Portanto oferecer serviços integrados voltados para a atenção a essas pessoas requer a compreensão da importância da intersectorialidade nessa área. (BALANÇO SOCIAL, 2002: 5)

A FUNLAR é responsável pelo RBC, que possui 23 equipes e está presente em mais de 280 comunidades de baixa renda do município do Rio de Janeiro. Como é também responsável pela revisão do BPC poderia associar os dois programas.

Mas o ideal, do ponto de vista do SUAS, seria a inserção definitiva das PCD's aos CREAS – Centro de Referência Especializado da Assistência Social.

De fato existe hoje uma preocupação com a inserção do beneficiário do BPC na rede de proteção municipal para que ele seja atendido pelos serviços de proteção básica e especial. Contudo isso é ainda uma intenção segundo os entrevistados.

“Quando a gente veio pra cá, uma das coisas que mais me irritou, foi o processo de revisão, porque eu achava um absurdo, o Município saber quem era o beneficiário do BPC, 4 anos depois(...), o Município assim, eu fico imaginando deveria ter o mínimo de relação, então eu vejo se concedesse, toda vez que se concedesse um benefício, toda vez, tem que ter sei lá, um site, um sistema

informatizado onde a gente pudesse saber o endereço dessa pessoa ,essa pessoa dar uma referencia, para ser acompanhado pela política”(Relato Gestor N°3)

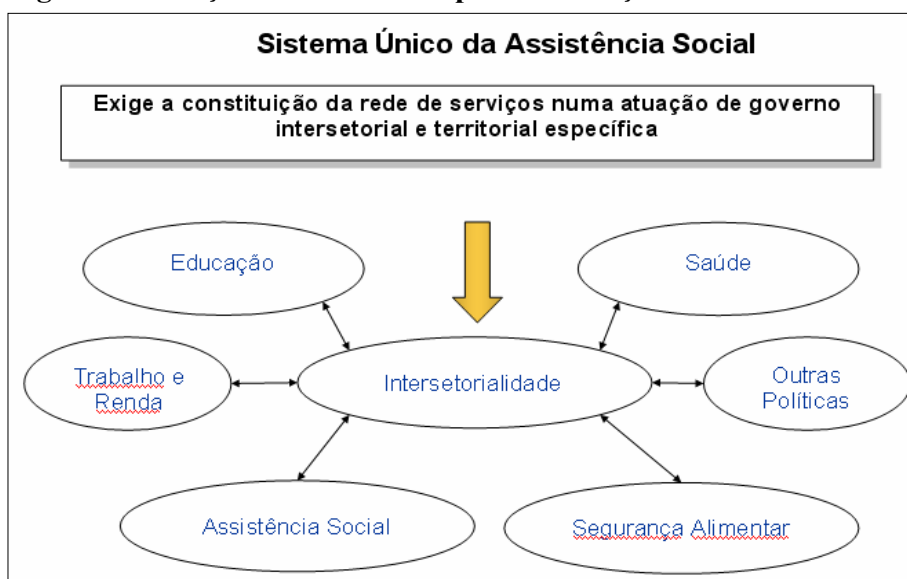
“...os arquivos estão todos aqui...4 folhas, sempre assim, 2 são do INSS, 2 da Prefeitura. Em geral, a gente junta essas folhas, até porque, é papel pra caramba e guarda, mas a idéia, é que as CRAS, conheçam, a idéia, inclusive esse ano a gente, até pode fazer isso separar por CRAS, e mando isso pros CRAS, porque isso é muito mais rico pros CRAS, do que pra gente, a gente só esta esperando fechar, porque assim, enquanto não fecha a revisão, prestação de contas, essas coisas toda, a gente pode solicitado sobre isso a qualquer momento , então não dá pra eu descentralizar, sei lá, 12 mil papéis e daqui a pouco eu ter que juntar, porque isso aí é um problema, não dá pra tirar copia, disso também, porque é um desperdício...”(Relato Gestor N°2)

Em relação aos mecanismos de interlocução entre Estado e Município do RJ observamos que os profissionais têm dúvidas se isso de fato acontece e se a voz dos assistentes sociais que estão na ponta é de fato registrada nos relatórios finais da revisão.

“Acho, que sim, até existe, mas talvez pudesse melhorar, porque, assim, eu me lembro, que na primeira que eu participei, eu observei algumas questões, aí eu por iniciativa própria fiz um relatório, encaminhei a quem de direito, não é, na Gestão,... para que fosse encaminhado pro INSS, mas aí não foi colocado no relatório maior, algumas observações, então, não sei, se aquilo que eu apontei, que eu achei importante, por exemplo, como a questão da violência, se foi levado, de fato, em consideração...”(Relato da AS N.2)

“Se o Assistente Social puder avaliar, verificar o perfil, encaminhar para o INSS e se acompanhar o usuário para além da revisão, já estará se fazendo uma grande reformulação, a meu ver positiva. Porém, sabemos que não é bem isto que a gestão possibilita, tendo em vista o atropelo e a sobreposição nos atendimentos dentro dos CRAS e a rotatividade dos profissionais, inclusive.” (Relato do AS N°8)

Com a implantação do SUAS e a ascensão da FUNLAR à categoria de Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência os profissionais não revelam muitas expectativas concretas de mudanças na gestão da revisão do BPC.

Figura 2 –Relações Intersetoriais para a Proteção Social

Fonte: Escola Carioca, 2007.

SILVA E MELO (2000) apontam que uma política pública deve ser vista como uma engenharia social. O policy cycle deve ser compreendido como um campo estratégico onde são os atores sociais distintos: formuladores, implementadores, avaliadores, população meta de um programa, entre outros.

A implementação de políticas supõe (ao menos) dois tipos de agentes situados em pontos distintos: agentes responsáveis pela formulação dos termos de operação de um programa, os quais têm autoridade para definir os objetivos e o desenho de um programa, e agentes responsáveis por executá-lo. Na prática, são estes últimos que fazem a política (NEPP, 1999).

“a implementação do BPC supõe uma estrutura de retaguarda sócio-assistencial que potencialize os recursos financeiros recebidos pelos beneficiários, ou seja, supõe a existência no âmbito dos municípios de serviços específicos que englobem ações de apoio a PPD’s, grupos de convivência para idosos, serviços médicos qualificados para ambos os grupos, etc.” (LOBATO et al., 2005:210).

Existe um reconhecimento das dificuldades de articulação das políticas públicas pelos profissionais responsáveis por sua gestão e execução. Isso porque, muitas vezes a política obedece aos interesses de grupos existentes no interior das instituições e menos às reais necessidades da população. Apesar do discurso de profissionais comprometidos com uma postura

que procura superar essa lógica e mesmo a existência de projetos municipais exitosos, que privilegiam a integralidade da ação social, o que se observa é ainda a predominância de uma prática institucional inefetiva. Em relação à existência de mecanismos de articulação com outras áreas da política social compreendemos que seja o sistema relacional de articulação entre sujeitos de espaços sociais diversos e, portanto, de saberes, poderes e vontades diversos, para enfrentar problemas complexos. Criar essas engrenagens que se articulam e interagem entre si pode ser uma forma inteligente e eficaz de trabalhar no campo da administração pública, de governar e de construir políticas públicas que possam superar a fragmentação existente hoje.

“A atenção à pessoa com deficiência e ao idoso beneficiário do Benefício de Prestação Continuada exige que os gestores da assistência social mantenham ação integrada às demais ações das políticas setoriais nacional, estaduais, municipais e do Distrito Federal, principalmente no campo da saúde, segurança alimentar, habitação e educação.”(BRASIL, 2007:2)

O Estado não cumpre seu papel de condutor e executor das políticas públicas sociais sem ter visão intersetorial, interdisciplinar, sem ter a visão da transversalidade necessária, porque temos uma sociedade complexa, dinâmica, que exige de gestores públicos e daqueles que estão na rede e na sociedade civil, respostas efetivas, cotidianas, inovadoras, criativas, que dêem à população estabilidade e serviço de qualidade, para que haja modificação das mais diversas situações de ordem econômica, de convivência familiar, comunitária e social.

Considerações finais

A revisão do BPC é um processo importante no interior da política de assistência social, mas no caso do município do Rio de Janeiro precisa ser fortalecida, assegurando maior alcance da proteção social aos seus beneficiários e consolidando o Sistema Único de Assistência Social.

A revisão tem tratamento restrito e não é utilizada pela gestão da SMAS como possibilidade de ser incorporada à agenda pública. Mesmo tendo sido implantada uma nova estrutura organizacional na SMAS, adequada à nova Política de Assistência Social, ainda não inclui tratamento adequado à revisão e ao acompanhamento dos beneficiários do BPC.

A articulação entre políticas de diversas áreas e a hierarquização do atendimento ao interior da Assistência em nível local tem no BPC um benefício facilitador, por ser ele bem segmentado e com características de acesso bastante definidas. E a revisão é um forte elemento na identificação das necessidades específicas de atendimento às pessoas com deficiência. O BPC pode ser mais eficaz e efetivo sobre as condições de vida da população beneficiária desde que as ações socioassistenciais que se encontram estruturadas numa rede de base local articulem programas, projetos, serviços e benefícios desenvolvidos pelas políticas de Seguridade Social, em uma ótica de intersetorialidade.

Procuramos demonstrar o quanto a revisão do BPC no município do RJ pode contribuir para a melhoria das políticas e programas voltados às pessoas com deficiências. Os dados das 3ª, 4ª e 5ª etapas da revisão demonstram um universo de questões, especificidades e características dos beneficiários que podem ser mapeadas e tratadas para assegurarem níveis maiores de proteção social e fortalecer estratégias e mecanismos de intersetorialidade. Esses dados indicam a necessidade urgente de ações intersetoriais.

Contudo, de acordo à percepção de gestores e assistentes sociais ligados diretamente ao processo de revisão, ela não é devidamente valorizada no município. Como a análise das entrevistas procurou levantar, a revisão oscila entre uma concepção restrita ao cumprimento da norma legal, até uma que abarca os preceitos mais ampliados da LOAS. Isso demonstra um desequilíbrio na condução da revisão, que se reflete, como visto, nos recursos humanos, que são preparados para o cumprimento de uma tarefa burocrática, sem nenhuma interferência em seu próprio processo de trabalho. E principalmente, se reflete na não-adoção de práticas integradas entre o BPC e outras ações sociais conduzidas pela assistência e outras áreas de políticas sociais.

No que toca à assistência, a restritividade da revisão no caso do município do Rio está relacionada a alguns fatores. Um deles, comum a todos os municípios, é a centralidade do BPC, que só agora vem sendo integrado à assistência local através do SUAS. E isso obviamente influencia na condução da revisão. Outros fatores específicos ao Rio dizem respeito, em primeiro lugar, à falta de integração entre a Funlar e a Secretaria de Assistência, que fez com que aquela primeira, embora estivesse bastante focada nos problemas das pessoas com deficiência, não tratasse a revisão do BPC como um momento crucial no atendimento a segmento importante desse grupo de pessoas. Ademais, o fato de ainda não ter sido levada a cabo a responsabilidade da secretaria em integrar o BPC aos níveis de assistência social do SUAS, através dos CRAS e CREAS, como previsto na PNAS/2004 e na Norma Operacional Básica – NOB/SUAS/2005.

No que toca à integração com outras áreas sociais, a revisão demonstra que existem inúmeras demandas dos beneficiários com deficiência que, para serem superadas, dependem de uma maior articulação entre as políticas sociais, em especial da Seguridade Social e de educação, para que sejam atendidas demandas das famílias e beneficiários, e também para inclusão do significativo número de jovens com BPC.

Dentre as iniciativas para imprimir um novo modo de conceber e gerir o BPC, destaca-se o advento do Sistema Único de Assistência Social e, com este, a nova política – PNAS/2004. Conforme preconiza a PNAS, o BPC compõe o conjunto da proteção social básica. Para alcançar sua eficácia, deve estar integrado ao conjunto das demais ações sócio-assistenciais, destacando-se a garantia do direito à convivência familiar e comunitária e, sobretudo, ao trabalho social com a família dos beneficiários, contribuindo assim tanto para atender às suas necessidades quanto para desenvolver suas capacidades e sua autonomia. (GOMES: 2005,61)

Com a construção do Sistema Único da Assistência Social, um desafio que merece destaque e um tratamento específico, no caso das pessoas com deficiência, é a construção de um campo efetivo de articulação entre os níveis de Proteção Social Básica e Proteção Social Especial para o BPC. O objetivo é construir uma atenção que, através da transferência de renda possa, por um lado, preservar os vínculos familiares, prevenindo os beneficiários e suas famílias de riscos sociais – papel dos CRAS, e, por outro lado, possa atender às necessidades especiais do público de pessoas com deficiência – papel dos CREAS. Medidas assim podem auxiliar na melhoria das condições de vida dos beneficiários e de suas famílias.

A articulação entre políticas de diversas áreas e a hierarquização do atendimento ao interior da Assistência em nível local tem no BPC um benefício facilitador, por ser ele bem segmentado e com características de acesso bastante definidas. Para isso, é preciso que se supere sua trajetória inicial apartada da assistência social, desarticulada das demais políticas e seja apropriada pela política de assistência social, dando-lhe a visibilidade merecida. A consolidação do BPC ao interior do SUAS influiria diretamente também no fortalecimento do conjunto das políticas que compõe a Seguridade Social Brasileira, estimulando a cidadania social das pessoas com deficiência.

Referências Bibliográficas

ARRETCHE, M. T. Políticas Sociais no Brasil: descentralização em um Estado Federativo. Revista Brasileira de Ciências Sociais, 1999.

_____. Estado Federativo e Políticas Sociais. São Paulo. Ed. Revam FAPESP, 2000.

BALTAZAR, Márcia Cristina. Transformações atuais do Estado de Bem Estar Social: Programas de Garantia de Renda Mínima, as ong's na prestação de serviços sociais e descentralização de políticas sociais. NEPP: São Paulo, Monografia N°4, 1996. Disponível no site <http://www.nepp.unicamp.br/Monografias/Monografia4.pdf>. Acessado em 25 de maio de 2007.

BODSTEIN, Regina et al. Programa de Reabilitação Comunitária: experiência de inclusão social da pessoa portadora de deficiência. FUNLAR – Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BOSCHETTI, Ivanete. Assistência Social: Conceber a Política para Realizar o Direito. Extraída do SITE do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Brasília: 2003 a.

_____. O Suas e a Seguridade Social. In: Cadernos de Estudos – Desenvolvimento Social em Debate. Textos para a V Conferência Nacional de Assistência Social. Brasília: MDS, dezembro de 2005. 82p.

_____. Seguridade Social e Trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil. Brasília: Letras Livres: Editora Unb, 2006.

_____. A 'Reforma' da Previdência e a Seguridade Social Brasileira. In: MORHY, Lauro (org.). Reforma da Previdência em Questão. Brasília: Ed. UnB, 2003 b.

BOSCHETTI, Ivanete e BEHRING, Elaine R.. Seguridade Social no Brasil e perspectivas do governo Lula. In: Revista Universidade e Sociedade n° 30, DF: Ano XIII, junho de 2003.

BOSCHETTI, Ivanete. O Suas e a Seguridade Social Brasileira. In: Cadernos de Estudos N° 3. Brasília: 2006. Extraída do SITE do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO FEDERATIVA BRASILEIRA. Brasília: 1988.

_____. 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 no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei no 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências.

_____. Lei N° 8.742, de 07 de dezembro de 1993. Lei Orgânica da Assistência Social /LOAS. Brasília: MPAS/SAS, 1997. 80p.

_____. Lei N° 8.213, de 24 de julho de 1991. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da

Previdência Social e dá outras providências. Brasília: MPAS.

_____. Lei nº 9.720, de 30 de novembro de 1998. Dá nova redação a dispositivos da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social, e dá outras providências. Brasília: MPAS.

_____. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Política Nacional da Assistência Social. Brasília: novembro de 2004. 60p.

_____. Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome. Norma Operacional Básica da Assistência Social. Brasília: julho de 2005.

_____. Política Nacional de Assistência Social. MDS/SNAS, Brasília, 2004.

_____. Norma Operacional Básica de Recursos Humanos do SUAS – NOBRH/SUAS. Brasília, 2006c.

_____. Centro de Referência Especializado da Assistência Social – Creas. Guia De Orientação Nº 1. Brasília, 2006.

CAMPOS, G. W. S. Uma análise e co-gestão de coletivos. São Paulo: Hucitec, 2000.

CARVALHO, M.C.B. Introdução à temática da Gestão Social. In: Gestão de Projetos Sociais. São Paulo: AACPS, 2001.

CASTEL, Robert. A Insegurança Social: o que é ser protegido? Petrópolis, RJ: Vozes, 2005. 95 p.

DEPARTAMENTO DE BENEFÍCIOS ASSISTENCIAIS. Manual da revisão da concessão do Benefício Assistencial de Prestação Continuada- 5ª. etapa benefícios concedidos no período de 01.12.2001 a 30.07.2003

DRAIBE, Sônia. O sistema brasileiro de proteção social: o legado desenvolvimentista e a agenda recente de reformas. *Cadernos de pesquisa* 32. Campinas: UNICAMP (30pp), 1998.

_____. O Welfare State no Brasil: características e perspectivas. *Cadernos de pesquisa* 32. Campinas: UNICAMP (30pp), 1993.

ESPING-ANDERSEN, Gosta, 1991. As três economias políticas do Welfare State. *Lua Nova* 24. pp.85-116.

FÁVERO, Eugênia Augusta Gonzaga. *Avanços que ainda se fazem necessários em relação ao Benefício Assistencial de Prestação Continuada*. IN: Proteção Social e Cidadania: inclusão de idosos e pessoas com deficiência no Brasil, França e Portugal. São Paulo: Cortez, 2004. p.125-246.

FERNANDES, A.E. S. M. Cultura da Crise e Seguridade Social: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. 2ªed. São Paulo: Cortez, 2000.

FLEURY, Sônia. Estado sem cidadãos: Seguridade Social na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994.

_____. A Seguridade Inconclusa. In: INESC, A Era FHC e o Governo Lula: Transição? Brasília: INESC, 2004 a.

FONSECA, Ana Maria Medeiros da Fonseca. Família e Política de Renda Mínima. São Paulo: Cortez, 2001.

FUNLAR RIO. Gráfico da revisão da 3ª etapa. Rio de Janeiro, Funlar Rio, 2003.

_____. Gráfico da revisão da 4ª etapa. Rio de Janeiro, Funlar Rio, 2004.

_____. Gráfico da revisão da 5ª etapa. Rio de Janeiro, Funlar Rio, 2006.

GOMES, A.L.; FREITAS, M.J.; SOUZA, M. F. O atendimento às pessoas com deficiência no contexto do Benefício de Prestação Continuada. In: Cadernos de Estudos Desenvolvimento Social em Debate. Nº.3 (2006). Brasília, DF : Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação, 2006.

INOJOSA, Rose Marie. *Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional* Revista de Administração Pública, v. 32, nº 2, p. 35-48, 1998.

INSS. Roteiro de procedimentos para operacionalização do benefício de prestação continuada, destinado a idosos e pessoas portadoras de deficiência. DIRBEN/Nº 081, DE 15/01/2003.

JOVCHLOVITCH, Marlova. Assistência social como política pública. Brasília: Assistência Social e Cidadania - MBES, CNAS, LBA, PNUD, AJURIS, FAMURS, 1993.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA, R. M. e KOMATSU, S. “*Descentralização e intersectorialidade na Gestão Pública Municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza.*” In: EL TRÁNSITO de la cultura burocrática al modelo de la gerencia pública. Caracas : Unesco / Clad. 1994. P. 63-124.

LAVINAS, Lena. Programas de Garantia de Renda Mínima: perspectivas brasileiras. Trabalho apresentado no GT: Estrutura Social e Desigualdade, 22º Encontro Anual da Anpocs, Caxambu, 27 a 31 de outubro de 1998.

LOBATO, Lenaura Vasconcelos, GOIS, João Bosco Hora, SENNA, Mônica, REIS, Mirian. Pesquisa de avaliação do benefício de prestação continuada. II Relatório de Pesquisa. Escola de Serviço Social. Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social: Núcleo de Avaliação de Políticas. Niterói/RJ, 2005.

LOBATO, Lenaura de Vasconcelos Costa. Seguridade Social, saúde e equidade no Brasil: elementos para reatualizar o debate. In: Revista de Administração Pública. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 38(6): 1023 - 1039, nov/dez 2004..

MARTINS, Valdete de Barros. Assistência social como política de inclusão: balanço da sua implantação e perspectiva. Brasília: 2003. Extraída do SITE do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate a Fome.

MDS. Encontros Regionais sobre os Benefícios da Assistência: Experiência de Campo Grande. www.mds.gov.br. Disponível para download em 27 de setembro de 2007.

MEDEIROS, M., SQUINCA, F. e DINIZ, D. Transferências de Renda para a População com Deficiência no Brasil: uma análise do benefício de prestação continuada. *Texto para Discussão N° 1184*. Brasília: IPEA, agosto de 2006.

_____. Cash benefits to disabled persons in brazil: an analysis of BPC – continuous cash benefit programme. *Texto para Discussão N° 1184*: IPEA, Brasília, maio de 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde. 8ª ed., São Paulo: Hucitec, 2004.

NERI, Marcelo. Retratos da deficiência no Brasil. Rio de Janeiro: CPS/IBRE/FGV, 2003, 100p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. Brasil: o perfil do sistema de serviços de saúde. Disponível em: <<http://www.lachsr.org/documents/healthsystemprofileobrazil-EM.pdf.htm>>.

PELIANO, A. M. Desafios e Perspectivas da Política Social. *Texto para Discussão N° 1248*: IPEA, Brasília, dezembro de 2006

PEREIRA, Potyara A.P. Concepções e propostas de políticas sociais em curso: tendências, perspectivas e conseqüências. NEPPPOS/CEAM/UNB, 1994.

_____. A política social no contexto da seguridade social e do Welfare State: a particularidade da assistência social. In: Revista Serviço social e Sociedade, nº 56 São Paulo: Cortez, 1998.

PEREIRA, Larissa Dahmer. Os direitos de cidadania na LOAS, a PNAS e o SUAS – limites e desafios. Extraído do site www.assistentesocial.com.br. Novembro de 2006.

PEREIRA, Potyara A. P. Necessidades humanas: subsídios à crítica dos mínimos sociais. 2ª ed. São Paulo: Cortez, 2002.

PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. *Subsecretaria de Proteção Social Especial*. Rio de Janeiro, 2007b. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/smas/sspseapresentacao.html>> Disponível em: 20 de agosto de 2007.

_____. *Subsecretaria de Proteção Social Básica*. Rio de Janeiro, 2007b. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/smas/sspbeapresentacao.html>> Disponível em: 20 de agosto de 2007.

_____. *Secretaria Municipal de Assistência Social*. Rio de Janeiro, 2007a. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/smas/>>. Acesso em: 20 de agosto de 2007.

_____. *Centro de Referência da Assistência Social*. Rio de Janeiro, 2007e. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/smas/Crdscras.html>>. Acesso em: 20 de agosto de 2007.

196

_____. *Coordenadoria de Assistência Social*. Rio de Janeiro, 2007f. Disponível em: <http://www.rio.rj.gov.br/smas/Crapresentacao.html>> Acesso em: 20 de agosto de 2007.

RAICHELIS, Raquel. *Esfera Pública e Conselhos de Assistência Social: caminhos da construção democrática*. 2ªed. Revisada. São Paulo: Cortez, 2000.

SAS. Secretaria Municipal de Assistência Social. *Relatório de Apresentação dos Dados Gerais da 3ª Etapa da revisão social do BPC*. São Paulo: 2004.

SCHOTTZ, Vanessa. *Programa Bolsa Família: dilemas e avanços no combate à fome e à miséria: um estudo de caso no município de São Francisco de Itabapoana (RJ)*. *Dissertação de mestrado*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005.

SENNA, Mônica, SILVA, Robson Roberto e FONSECA, Tatiana M.A. *Política de Transferência de Renda no Brasil: Uma Análise da Experiência Recente dos Programas Nacionais*. Texto de Anais - Comunicação Oral apresentada na 32nd International Conference on Social Welfare.:Brasília:ICSW, 16-20 de julho de 2006

SILVA, Robson Roberto. *Sistemas de Proteção Social e Políticas de Renda Mínima na Contemporaneidade: Uma Análise Do Programa Bolsa Família No Município Do Rio De Janeiro*. *Dissertação de Mestrado*.UFF: Niterói, julho de 2007.

SILVA E SILVA, Ozanira & YAZBEK, Carmelita & GIOVANNI, Geraldo di, 2004. *A Política social brasileira no século XXI: a prevalência dos programas de transferência de renda*. São Paulo: Cortez, 2004.

SILVA E SILVA, Ozanira. *Crise da Sociedade Salarial e Renda Mínima: nova forma de política social*. São Paulo: NEPP, 1996.

_____. *Renda Mínima: características e tendências da experiência brasileira*. In: *Renda Mínima no Debate Internacional – Colóquio Brasil/França/Portugal*. São Paulo: PUC-SP, 2001.

SILVA, Pedro Luiz Barros e MELO, Marcus André Barreto. *O processo de implementação de políticas públicas no Brasil: Características e determinantes da avaliação de programas e projetos*. São Paulo: NEPP/UNICAMP. Caderno nº48, 2000.

SOARES, Laura Tavares. *Entrevista ao Ministério de Desenvolvimento Social e Combate a Fome*. 2004.

SPOSATI, Aldaíza (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.

SPOSATI, Aldaíza. A menina LOAS: um processo de construção da assistência social. São Paulo: Cortez, 2004.

SPOSATI, A.(org.) *Renda Mínima e crise mundial: saída ou agravamento?* São Paulo: Cortez, 1997.

TEIXEIRA, Aloísio. Do Seguro à seguridade: a metamorfose inconclusa do sistema previdenciário brasileiro. Rio de Janeiro: UFRJ/IEI, 1990.

VIANA, Ana Luiza d'Ávila e LEVCOVITZ, Eduardo. Proteção Social: Introduzindo o Debate. In: VIANA, A. L. d'Ávila; ELIAS, Eduardo M. e IBÁÑEZ, Nelson (org.). *Proteção Social: Dilemas e Desafios*. SP: Hucitec, 2005.

YAZBECK, Maria Carmelita. A Política Social brasileira nos anos 90: a refilantropização da questão social. Cadernos ABONG, outubro, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO. Towards a Common Language for functioning, Disability and Health. Geneva: WHO, 2002.

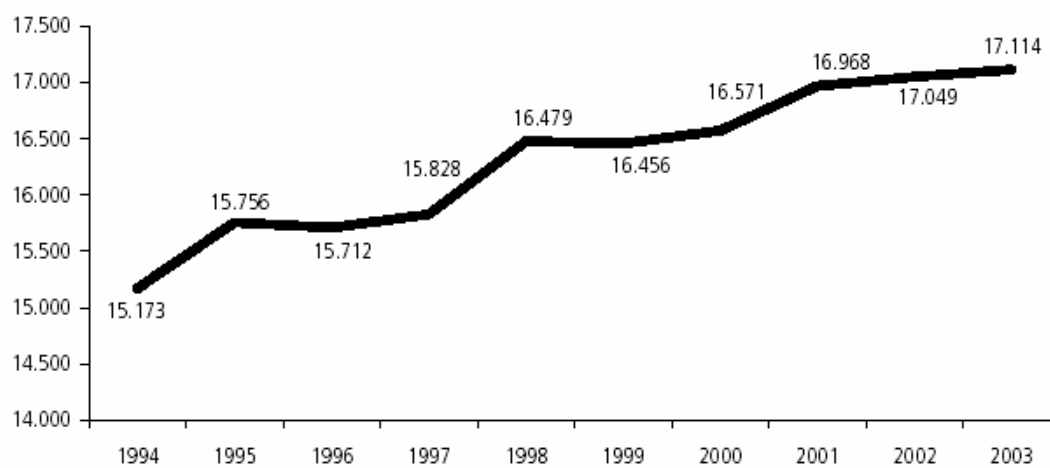
ANEXOS

Anexo 1

GRÁFICO 1

Número de indivíduos potencialmente "retirados" da indigência pelos benefícios monetários da Seguridade Social

(Em mil)

Fonte: Ipea, *Políticas Sociais – Acompanhamento e Análise*, n.10, p. 24.

Leis Sancionadas e Vetos

OFÍCIO GP/CM N.º 780 EM 20 DE SETEMBRO DE 2007.

Senhor Presidente,

Dirijo-me a Vossa Excelência para comunicar que, nesta data, sancionei o Projeto de Lei n.º 1039-A, de 2007, de autoria do Poder Executivo, que "***Cria na estrutura básica do Poder Executivo a Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência – SMPD*** e dá outras providências", cuja segunda via restituo-lhe com o presente.

Aproveito o ensejo para reiterar a Vossa Excelência meus protestos de estima e distinta consideração.

CESAR MAIA

LEI N.º 4.595 DE 20 DE SETEMBRO DE 2007 .

Cria na estrutura básica do Poder Executivo a Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência – SMPD e dá outras providências

Autor: Poder Executivo

O PREFEITO DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, faço saber que a Câmara Municipal decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica criada na estrutura básica do Poder Executivo a Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência - SMPD.

Art. 2º A Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência - SMPD tem por finalidade promover socialmente as pessoas com deficiência, através do fortalecimento da transversalidade nas ações dos órgãos municipais, interagindo, impulsionando e executando programas específicos, mediante a implementação de políticas públicas próprias.

Art. 3º A Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência é responsável pela Política Integrada de Atenção às Pessoas com Deficiência e desenvolverá as suas ações tendo como referência os princípios previstos na Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 - Lei Orgânica de Assistência Social, em particular, no inciso IV do seu art. 2º.

Art. 4º A Secretaria Municipal da Pessoa com Deficiência passa a ser o órgão integrante do Sistema Municipal criado pela Lei nº 3.343, de 28 de dezembro de 2001.

Art. 5º Fica alterada a denominação do cargo em comissão de Secretário Extraordinário Deficiente-Cidadão, símbolo S/E, criado pelo art. 1º da Lei nº 3.882, de 28 de dezembro de 2004, para Secretário Municipal da Pessoa com Deficiência, símbolo S/E, que será o titular da Secretaria criada pelo art. 1º.

Art. 6º Ficam transferidos para a SMPD pessoal e acervos administrados anteriormente pelo Secretário Extraordinário Deficiente-Cidadão.

Art. 7º Ficam transferidos para a SMPD os cargos criados pelo art. 3º da Lei nº 3.882, de 28 de dezembro de 2004.

Art. 8º Os servidores municipais das demais Secretarias do Poder Executivo poderão ser alocados à disposição da SMPD, mediante solicitação do seu titular e anuência dos titulares das respectivas Secretarias, respeitadas as vedações dispostas na Lei Orgânica do Município do Rio de Janeiro e na legislação municipal vigente.

Art. 9º Fica o Poder Executivo autorizado a proceder aos remanejamentos orçamentários que se fizerem necessários à fiel execução desta Lei.

Art. 10. Fica o Poder Executivo autorizado a dispor sobre a estrutura e o funcionamento da SMPD, permitindo-se o remanejamento de cargos, vedado o aumento de despesa.

Art. 11. Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

CESAR MAIA

DECRETO Nº 6.214, DE 26 DE SETEMBRO DE 2007 – Diário Oficial da União 28.9.2007

Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências.

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, no uso da atribuição que lhe confere o art. 84, inciso IV, da Constituição,
e tendo em vista o disposto no art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e no art. 34 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003,

DECRETA:

Art. 1º Fica aprovado, na forma do Anexo deste Decreto, o Regulamento do Benefício de Prestação Continuada instituído pelo art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993.

Art. 2º O art. 162 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, passa a vigorar acrescido do seguinte parágrafo:

“Parágrafo único. O período a que se refere o caput poderá ser prorrogado por iguais períodos, desde que comprovado o andamento regular do processo legal de tutela ou curatela.” (NR)

Art. 3º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º Ficam revogados os Decretos nos 1.744, de 8 de dezembro de 1995, e 4.712, de 29 de maio de 2003.

Brasília, 26 de setembro de 2007; 186º da Independência e 189º da República.

LUIZ INÁCIO LULA DA SILVA

Luiz Marinho

Patrus Ananias

ANEXO

REGULAMENTO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA

CAPÍTULO I

DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA E DO BENEFICIÁRIO

Art. 1º O Benefício de Prestação Continuada previsto no art. 20 da Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, é a garantia de um salário mínimo mensal à pessoa com deficiência e ao idoso, com idade de sessenta e cinco anos ou mais, que comprovem não possuir meios para prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

§ 1º O Benefício de Prestação Continuada integra a proteção social básica no âmbito do Sistema Único de Assistência Social - SUAS, instituído pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, em consonância com o estabelecido pela Política Nacional de Assistência Social - PNAS.

§ 2º O Benefício de Prestação Continuada é constitutivo da PNAS e integrado às demais políticas setoriais, e visa ao enfrentamento da pobreza, à garantia da proteção social, ao provimento de condições para atender contingências sociais e à universalização dos direitos sociais, nos moldes definidos no parágrafo único do art. 2º da Lei nº 8.742, de 1993.

§ 3º A plena atenção à pessoa com deficiência e ao idoso beneficiário do Benefício de Prestação Continuada exige que os gestores da assistência social mantenham ação integrada às demais ações das políticas setoriais nacional, estaduais, municipais e do Distrito Federal, principalmente no campo da saúde, segurança alimentar, habitação e educação.

Art. 2º Compete ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, por intermédio da Secretaria

Nacional de Assistência Social, a implementação, a coordenação-geral, a regulação, financiamento, o

monitoramento e a avaliação da prestação do benefício, sem prejuízo das iniciativas compartilhadas com Estados,

Distrito Federal e Municípios, em consonância com as diretrizes do SUAS e da descentralização político-administrativa,

prevista no inciso I do art. 204 da Constituição e no inciso I do art. 5º da Lei nº 8.742, de 1993.

Art. 3º O Instituto Nacional do Seguro Social - INSS é o responsável pela operacionalização do Benefício de

Prestação Continuada, nos termos deste Regulamento.

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

I - idoso: aquele com idade de sessenta e cinco anos ou mais;

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

III - incapacidade: fenômeno multidimensional que abrange limitação do desempenho de atividade e restrição

da participação, com redução efetiva e acentuada da capacidade de inclusão social, em correspondência à

interação entre a pessoa com deficiência e seu ambiente físico e social;

IV - família incapaz de prover a manutenção da pessoa com deficiência ou do idoso: aquela cuja renda mensal bruta familiar dividida pelo número de seus integrantes seja inferior a um quarto do salário mínimo;

V - família para cálculo da renda per capita, conforme disposto no § 1º do art. 20 da Lei nº 8.742, de 1993:

conjunto de pessoas que vivem sob o mesmo teto, assim entendido, o requerente, o cônjuge, a companheira, o

companheiro, o filho não emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido, os pais, e o irmão não

emancipado, de qualquer condição, menor de 21 anos ou inválido; e

VI - renda mensal bruta familiar: a soma dos rendimentos brutos auferidos mensalmente pelos membros da

família composta por salários, proventos, pensões, pensões alimentícias, benefícios de previdência pública ou

privada, comissões, pró-labore, outros rendimentos do trabalho não assalariado, rendimentos do mercado

informal ou autônomo, rendimentos auferidos do patrimônio, Renda Mensal Vitalícia e Benefício de Prestação

Continuada, ressalvado o disposto no parágrafo único do art. 19.

§ 1º Para fins do disposto no inciso V, o enteado e o menor tutelado equiparam-se a filho mediante comprovação de dependência econômica e desde que não possuam bens suficientes para o próprio sustento e educação.

§ 2º Para fins de reconhecimento do direito ao Benefício de Prestação Continuada de crianças e adolescentes até dezesseis anos de idade, deve ser avaliada a existência da deficiência e o seu impacto na

limitação do desempenho de atividade e restrição da participação social, compatível com a idade, sendo dispensável proceder à avaliação da incapacidade para o trabalho.

Art. 5º O beneficiário não pode acumular o Benefício de Prestação Continuada com qualquer outro benefício no

âmbito da Seguridade Social ou de outro regime, salvo o da assistência médica.

Art. 6º A condição de internado advém de internamento em hospital, abrigo ou instituição congênere e não

prejudica o direito da pessoa com deficiência ou do idoso ao Benefício de Prestação Continuada.

Art. 7º O brasileiro naturalizado, domiciliado no Brasil, idoso ou com deficiência, observados os critérios estabelecidos neste Regulamento, que não perceba qualquer outro benefício no âmbito da Seguridade Social ou

de outro regime, nacional ou estrangeiro, salvo o da assistência médica, é também beneficiário do Benefício de

Prestação Continuada.

CAPÍTULO II

DA HABILITAÇÃO, DA CONCESSÃO, DA MANUTENÇÃO, DA REPRESENTAÇÃO E DO INDEFERIMENTO

Seção I

Da Habilitação e da Concessão

Art. 8º Para fazer jus ao Benefício de Prestação Continuada, o idoso deverá comprovar:

I - contar com sessenta e cinco anos de idade ou mais;

II - renda mensal bruta familiar, dividida pelo número de seus integrantes, inferior a um quarto do salário mínimo; e

III - não possuir outro benefício no âmbito da Seguridade Social ou de outro regime, salvo o de assistência médica.

Parágrafo único. A comprovação da condição prevista no inciso III poderá ser feita mediante declaração do

idoso ou, no caso de sua incapacidade para os atos da vida civil, do seu curador.

Art. 9º Para fazer jus ao Benefício de Prestação Continuada, a pessoa com deficiência deverá comprovar:

I - ser incapaz para a vida independente e para o trabalho, observado o disposto no § 2º do art. 4º;

II - renda mensal bruta familiar do requerente, dividida pelo número de seus integrantes, inferior a um quarto

do salário mínimo; e

III - não possuir outro benefício no âmbito da Seguridade Social ou de outro regime, salvo o de assistência médica.

Parágrafo único. A comprovação da condição prevista no inciso III poderá ser feita mediante declaração da pessoa com deficiência ou, no caso de sua incapacidade para os atos da vida civil, do seu curador ou tutor.

Art. 10. Para fins de identificação da pessoa com deficiência e do idoso e de comprovação da idade do idoso, deverá o requerente apresentar um dos seguintes documentos:

I - certidão de nascimento;

II - certidão de casamento;

III - certificado de reservista;

IV - carteira de identidade; ou

V - carteira de trabalho e previdência social.

Art. 11. Para fins de identificação da pessoa com deficiência e do idoso e de comprovação da idade do idoso, no caso de brasileiro naturalizado, deverão ser apresentados os seguintes documentos:

I - título declaratório de nacionalidade brasileira; e

II - carteira de identidade ou carteira de trabalho e previdência social.

Art. 12. O Cadastro de Pessoa Física deverá ser apresentado no ato do requerimento do benefício.

Parágrafo único. A não inscrição do requerente no Cadastro de Pessoa Física no ato do requerimento não prejudicará a análise do processo administrativo, mas será condição para a concessão do benefício.

Art. 13. A comprovação da renda familiar mensal per capita será feita mediante Declaração da Composição e Renda Familiar, em formulário instituído para este fim, assinada pelo requerente ou seu representante legal, confrontada com os documentos pertinentes, ficando o declarante sujeito às penas previstas em lei no caso de omissão de informação ou declaração falsa.

§ 1º Os rendimentos dos componentes da família do requerente deverão ser comprovados mediante a apresentação de um dos seguintes documentos:

I - carteira de trabalho e previdência social com as devidas atualizações;

II - contracheque de pagamento ou documento expedido pelo empregador;

III - guia da Previdência Social - GPS, no caso de Contribuinte Individual; ou

IV - extrato de pagamento de benefício ou declaração fornecida por outro regime de previdência social público ou previdência social privada.

§ 2º O membro da família sem atividade remunerada ou que esteja impossibilitado de comprovar sua renda

terá sua situação de rendimento informada na Declaração da Composição e Renda Familiar.

§ 3º O INSS verificará, mediante consulta a cadastro específico, a existência de registro de benefício

previdenciário, de emprego e renda do requerente ou beneficiário e dos integrantes da família.

§ 4º Compete ao INSS e aos órgãos autorizados pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, quando necessário, verificar junto a outras instituições, inclusive de previdência, a existência de benefício ou de renda em nome do requerente ou beneficiário e dos integrantes da família.

§ 5º Havendo dúvida fundada quanto à veracidade das informações prestadas, o INSS ou órgãos responsáveis pelo recebimento do requerimento do benefício deverão elucidá-la, adotando as providências pertinentes.

§ 6º Quando o requerente for pessoa em situação de rua deve ser adotado, como referência, o endereço do serviço da rede sócioassistencial pelo qual esteja sendo acompanhado, ou, na falta deste, de pessoas com as quais mantém relação de proximidade.

§ 7º Será considerado família do requerente em situação de rua as pessoas elencadas no inciso V do art. 4º, desde que convivam com o requerente na mesma situação, devendo, neste caso, ser relacionadas na Declaração da Composição e Renda Familiar.

Art. 14. O Benefício de Prestação Continuada deverá ser requerido junto às agências da Previdência Social ou aos órgãos autorizados para este fim.

Parágrafo único. Os formulários utilizados para o requerimento do benefício serão disponibilizados pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, INSS, órgãos autorizados ou diretamente em meios eletrônicos oficiais, sempre de forma acessível, nos termos do Decreto nº 5.296, de 2 de dezembro de 2004.

Art. 15. A habilitação ao benefício dependerá da apresentação de requerimento, preferencialmente pelo requerente, juntamente com os documentos necessários.

§ 1º O requerimento será feito em formulário próprio, devendo ser assinado pelo requerente ou procurador, tutor ou curador.

§ 2º Na hipótese de não ser o requerente alfabetizado ou de estar impossibilitado para assinar o pedido, será admitida a aposição da impressão digital na presença de funcionário do órgão recebedor do requerimento.

§ 3º A existência de formulário próprio não impedirá que seja aceito qualquer requerimento pleiteando o benefício, desde que nele constem os dados imprescindíveis ao seu processamento.

§ 4º A apresentação de documentação incompleta não constitui motivo de recusa liminar do requerimento do benefício.

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

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

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

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

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

Art. 17. Na hipótese de não existirem serviços pertinentes para avaliação da deficiência e do grau de incapacidade no município de residência do requerente ou beneficiário, fica assegurado o seu encaminhamento ao município mais próximo que contar com tal estrutura, devendo o INSS realizar o pagamento das despesas de transporte e diária, com recursos oriundos do Fundo Nacional de Assistência Social.

§ 1º Caso o requerente ou beneficiário necessite de acompanhante, a viagem deste deverá ser autorizada pelo INSS, aplicando-se o disposto no caput.

§ 2º O valor da diária paga ao requerente ou beneficiário e seu acompanhante será igual ao valor da diária concedida aos beneficiários do Regime Geral de Previdência Social.

§ 3º Caso o requerente ou beneficiário esteja impossibilitado de apresentar-se ao local de realização da avaliação da incapacidade a que se refere o caput, os profissionais deverão deslocar-se até o interessado.

Art. 18. A concessão do Benefício de Prestação Continuada independe da interdição judicial do idoso ou da pessoa com deficiência.

Art. 19. O Benefício de Prestação Continuada será devido a mais de um membro da mesma família enquanto atendidos os requisitos exigidos neste Regulamento.

Parágrafo único. O valor do Benefício de Prestação Continuada concedido a idoso não será computado no cálculo da renda mensal bruta familiar a que se refere o inciso VI do art. 4º, para fins de concessão do Benefício

de Prestação Continuada a outro idoso da mesma família.

Art. 20. O Benefício de Prestação Continuada será devido com o cumprimento de todos os requisitos legais

e regulamentares exigidos para a sua concessão, devendo o seu pagamento ser efetuado em até quarenta e

cinco dias após cumpridas as exigências.

Parágrafo único. No caso de o primeiro pagamento ser feito após o prazo previsto no caput, aplicar-se-á na

sua atualização o mesmo critério adotado pela legislação previdenciária quanto à atualização do primeiro pagamento de benefício previdenciário em atraso.

Art. 21. Fica o INSS obrigado a emitir e enviar ao requerente o aviso de concessão ou de indeferimento do benefício, e, neste caso, com indicação do motivo.

Seção II

Da manutenção e da representação

Art. 22. O Benefício de Prestação Continuada não está sujeito a desconto de qualquer contribuição e não gera direito ao pagamento de abono anual.

Art. 23. O Benefício de Prestação Continuada é intransferível, não gerando direito à pensão por morte aos herdeiros ou sucessores.

Parágrafo único. O valor do resíduo não recebido em vida pelo beneficiário será pago aos seus herdeiros ou sucessores, na forma da lei civil.

Art. 24. O desenvolvimento das capacidades cognitivas, motoras ou educacionais e a realização de atividades não remuneradas de habilitação e reabilitação, dentre outras, não constituem motivo de suspensão ou cessação do benefício da pessoa com deficiência.

Art. 25. A cessação do Benefício de Prestação Continuada concedido à pessoa com deficiência, inclusive em razão do seu ingresso no mercado de trabalho, não impede nova concessão do benefício desde que atendidos os requisitos exigidos neste Decreto.

Art. 26. O benefício será pago pela rede bancária autorizada e, nas localidades onde não houver estabelecimento bancário, o pagamento será efetuado por órgãos autorizados pelo INSS.

Art. 27. Em nenhuma hipótese o pagamento do Benefício de Prestação Continuada será antecipado.

Art. 28. O benefício será pago diretamente ao beneficiário ou ao procurador, tutor ou curador.

§ 1º O instrumento de procuração poderá ser outorgado em formulário próprio do INSS, mediante comprovação do motivo da ausência do beneficiário, e sua validade deverá ser renovada a cada doze meses.

§ 2º O procurador, tutor ou curador do beneficiário deverá firmar, perante o INSS ou outros órgãos autorizados pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome termo de responsabilidade mediante o qual se comprometa a comunicar qualquer evento que possa anular a procuração, tutela ou curatela, principalmente o óbito do outorgante, sob pena de incorrer nas sanções criminais e civis cabíveis.

Art. 29. Havendo indícios de inidoneidade acerca do instrumento de procuração apresentado para o recebimento do Benefício de Prestação Continuada ou do procurador, tanto o INSS como qualquer um dos órgãos autorizados pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, poderão recusá-los, sem prejuízo das providências que se fizerem necessárias para a apuração da responsabilidade e aplicação das sanções criminais e civis cabíveis.

Art. 30. Somente será aceita a constituição de procurador com mais de um instrumento de procuração ou instrumento de procuração coletiva, nos casos de beneficiários representados por dirigentes de instituições nas quais se encontrem internados.

Art. 31. Não poderão ser procuradores:

I - o servidor público civil e o militar em atividade, salvo se parentes do beneficiário até o segundo grau; e

II - o incapaz para os atos da vida civil, ressalvado o disposto no art. 666 do Código Civil.

Parágrafo único. Nas demais disposições relativas à procuração observar-se-á, subsidiariamente, o Código Civil.

Art. 32. No caso de transferência do beneficiário de uma localidade para outra, o procurador fica obrigado a apresentar novo instrumento de mandato na localidade de destino.

Art. 33. A procuração perderá a validade ou eficácia nos seguintes casos:

I - quando o outorgante passar a receber pessoalmente o benefício, declarando, por escrito que cancela a procuração existente;

II - quando for constituído novo procurador;

III - pela expiração do prazo fixado ou pelo cumprimento ou extinção da finalidade outorgada;

IV - por morte do outorgante ou do procurador;

V - por interdição de uma das partes; ou

VI - por renúncia do procurador, desde que por escrito.

Art. 34. Não podem outorgar procuração o menor de dezoito anos, exceto se assistido ou emancipado após os dezesseis anos, e o incapaz para os atos da vida civil que deverá ser representado por seu representante legal, tutor ou curador.

Art. 35. O benefício devido ao beneficiário incapaz será pago ao cônjuge, pai, mãe, tutor ou curador, admitindo-se, na sua falta, e por período não superior a seis meses, o pagamento a herdeiro necessário, mediante termo de compromisso firmado no ato do recebimento.

§ 1º O período a que se refere o caput poderá ser prorrogado por iguais períodos, desde que comprovado o andamento do processo legal de tutela ou curatela.

§ 2º O tutor ou curador poderá outorgar procuração a terceiro com poderes para receber o benefício e, nesta hipótese, obrigatoriamente, a procuração será outorgada mediante instrumento público.

§ 3º A procuração não isenta o tutor ou curador da condição original de mandatário titular da tutela ou curatela.

Seção III

Do Indeferimento

Art. 36. O não atendimento das exigências contidas neste Regulamento pelo requerente ensejará o indeferimento do benefício.

§ 1º Do indeferimento do benefício caberá recurso à Junta de Recursos do Conselho de Recursos da Previdência Social, no prazo de trinta dias, a contar do recebimento da comunicação.

§ 2º A situação prevista no art. 24 também não constitui motivo para o indeferimento do benefício.

CAPÍTULO III

DA GESTÃO

Art. 37. Constituem garantias do SUAS o acompanhamento do beneficiário e de sua família, e a inserção destes à rede de serviços socioassistenciais e de outras políticas setoriais.

§ 1º O acompanhamento do beneficiário e de sua família visa a favorecer-lhes a obtenção de aquisições materiais, sociais, socioeducativas, socioculturais para suprir as necessidades de subsistência, desenvolver capacidades e talentos para a convivência familiar e comunitária, o protagonismo e a autonomia.

§ 2º Para fins de cumprimento do disposto no caput, o acompanhamento deverá abranger as pessoas que vivem sob o mesmo teto com o beneficiário e que com este mantém vínculo parental, conjugal, genético ou de afinidade.

Art. 38. Compete ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, por intermédio da Secretaria Nacional da Assistência Social, sem prejuízo do previsto no art. 2º deste Regulamento:

I - acompanhar os beneficiários do Benefício de Prestação Continuada no âmbito do SUAS, em articulação com o Distrito Federal, Municípios e, no que couber, com os Estados, visando a inseri-los nos programas e serviços da assistência social e demais políticas, em conformidade com o art. 11 da Lei nº 8.742, de 1993;

II - considerar a participação dos órgãos gestores de assistência social nas ações de monitoramento e avaliação do Benefício de Prestação Continuada, bem como de acompanhamento de seus beneficiários, como critério de habilitação dos municípios e Distrito Federal a um nível de gestão mais elevado no âmbito do SUAS;

III - manter e coordenar o Programa Nacional de Monitoramento e Avaliação do Benefício de Prestação Continuada, instituído na forma do art. 41, com produção de dados e análise de resultados do impacto do

Benefício de Prestação Continuada na vida dos beneficiários, em conformidade com o disposto no art. 24 da Lei nº 8.742, de 1993;

IV - destinar recursos do Fundo Nacional de Assistência Social para pagamento, operacionalização, gestão, informatização, pesquisa, monitoramento e avaliação do Benefício de Prestação Continuada;

V - descentralizar recursos do orçamento do Fundo Nacional de Assistência Social ao INSS para as despesas de pagamento, operacionalização, sistemas de informação, monitoramento e avaliação do Benefício de Prestação Continuada;

VI - fornecer subsídios para a formação de profissionais envolvidos nos processos de concessão, manutenção e revisão dos benefícios, e no acompanhamento de seus beneficiários, visando à facilidade de acesso e bem-estar dos usuários desses serviços.

VII - articular políticas intersetoriais, intergovernamentais e interinstitucionais que afiancem a completude de atenção às pessoas com deficiência e aos idosos, atendendo ao disposto no § 2º do art. 24 da Lei nº 8.742, de 1993; e

VIII - atuar junto a outros órgãos, nas três esferas de governo, com vistas ao aperfeiçoamento da gestão do Benefício de Prestação Continuada.

Art. 39. Compete ao INSS, na operacionalização do Benefício de Prestação Continuada:

I - receber os requerimentos, conceder, manter, revisar, suspender ou fazer cessar o benefício, atuar nas contestações, desenvolver ações necessárias ao ressarcimento do benefício e participar de seu monitoramento e avaliação;

II - verificar o registro de benefícios previdenciários e de emprego e renda em nome do requerente ou beneficiário e dos integrantes do grupo familiar, em consonância com a definição estabelecida no inciso VI do art.

4º;

III - realizar a avaliação médica e social da pessoa com deficiência, de acordo com as normas a serem disciplinadas em atos específicos;

IV - realizar o pagamento de transporte e diária do requerente ou beneficiários e seu acompanhante, com recursos oriundos do FNAS, nos casos previstos no art. 17.

V - realizar comunicações sobre marcação de perícia médica, concessão, indeferimento, suspensão, cessação, ressarcimento e revisão do benefício;

VI - analisar defesas, receber recursos pelo indeferimento e suspensão do benefício, instruir e encaminhar os processos à Junta de Recursos;

VII - efetuar o repasse de recursos para pagamento do benefício junto à rede bancária autorizada ou entidade conveniada;

VIII - participar juntamente com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome da instituição de sistema de informação e alimentação de bancos de dados sobre a concessão, indeferimento, manutenção, suspensão, cessação, ressarcimento e revisão do Benefício de Prestação Continuada, gerando relatórios gerenciais e subsidiando a atuação dos demais órgãos no acompanhamento do beneficiário e na defesa de seus direitos;

IX - submeter à apreciação prévia do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome quaisquer atos em matéria de regulação e procedimentos técnicos e administrativos que repercutam no reconhecimento do direito ao acesso, manutenção e pagamento do Benefício de Prestação Continuada;

X - instituir, em conjunto com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, formulários e modelos de documentos necessários à operacionalização do Benefício de Prestação Continuada; e

XI - apresentar ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome relatórios periódicos das atividades desenvolvidas na operacionalização do Benefício de Prestação Continuada e na execução orçamentária e financeira dos recursos descentralizados.

Art. 40. Compete aos órgãos gestores da assistência social dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, de acordo com o disposto no § 2º do art. 24 da Lei nº 8.742, de 1993, promover ações que assegurem a articulação do Benefício de Prestação Continuada com os programas voltados ao idoso e à inclusão da pessoa com deficiência.

CAPÍTULO IV

DO MONITORAMENTO E DA AVALIAÇÃO

Art. 41. Fica instituído o Programa Nacional de Monitoramento e Avaliação do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social, que será mantido e coordenado pelo Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, por intermédio da Secretaria Nacional de Assistência Social, em parceria com

o Instituto Nacional do Seguro Social, Estados, Distrito Federal e Municípios, como parte da dinâmica do SUAS.

§ 1º O Programa Nacional de Monitoramento e Avaliação do Benefício de Prestação Continuada, baseado em um conjunto de indicadores e de seus respectivos índices, compreende:

I - o monitoramento da incidência dos beneficiários e dos requerentes por município brasileiro e no Distrito Federal;

II - o tratamento do conjunto dos beneficiários como uma população com graus de risco e vulnerabilidade social variados, estratificada a partir das características do ciclo de vida do requerente, sua família e da região onde vive;

III - o desenvolvimento de estudos intersetoriais que caracterizem comportamentos da população beneficiária por análises geo-demográficas, índices de mortalidade, morbidade, entre outros, nos quais se inclui a tipologia das famílias dos beneficiários e das instituições em que eventualmente viva ou conviva;

IV - a instituição e manutenção de banco de dados sobre os processos desenvolvidos pelos gestores dos estados, do Distrito Federal e dos municípios para inclusão do beneficiário ao SUAS e demais políticas setoriais;

V - a promoção de estudos e pesquisas sobre os critérios de acesso, implementação do Benefício de Prestação

Continuada e impacto do benefício na redução da pobreza e das desigualdades sociais;

VI - a organização e manutenção de um sistema de informações sobre o Benefício de Prestação Continuada, com vistas ao planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações; e

VII - a realização de estudos longitudinais dos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada.

§ 2º As despesas decorrentes da implementação do Programa a que se refere o caput correrão à conta das dotações orçamentárias consignadas anualmente ao Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome.

Art. 42. O Benefício de Prestação Continuada deverá ser revisto a cada dois anos, para avaliação da continuidade das condições que lhe deram origem, conforme dispõe o art. 21 da Lei nº 8.742, de 1993, passando o processo de reavaliação a integrar o Programa Nacional de Monitoramento e Avaliação do Benefício de Prestação Continuada.

Parágrafo único. A reavaliação do benefício de que trata o caput será feita na forma disciplinada em ato conjunto específico do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e do Ministério da Previdência Social, ouvido o INSS.

CAPÍTULO V

DA DEFESA DOS DIREITOS E DO CONTROLE SOCIAL

Art. 43. O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome deverá articular os Conselhos de Assistência Social, do Idoso, da Pessoa com Deficiência, da Criança e do Adolescente e da Saúde para que desenvolvam o controle e a defesa dos direitos dos beneficiários do Benefício de Prestação Continuada.

Art. 44. Qualquer pessoa física ou jurídica de direito público ou privado, especialmente os Conselhos de Direitos, os Conselhos de Assistência Social e as Organizações Representativas de pessoas com deficiência e de idosos, é parte legítima para provocar a iniciativa das autoridades do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, do Ministério da Previdência Social, do INSS, do Ministério Público e órgãos de controle social, fornecendo-lhes informações sobre irregularidades na aplicação deste Regulamento, quando for o caso.

Art. 45. Qualquer cidadão que observar irregularidade ou falha na prestação de serviço referente ao Benefício de Prestação Continuada poderá comunicá-las às Ouvidorias do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e do Ministério da Previdência Social, observadas as atribuições de cada órgão e em conformidade com as disposições específicas de cada Pasta.

Parágrafo único. Eventual restrição ao usufruto do Benefício de Prestação Continuada mediante retenção de cartão magnético ou qualquer outra medida congênere praticada por terceiro será objeto das medidas cabíveis.

Art. 46. Constatada a prática de infração penal decorrente da concessão ou da manutenção do Benefício de

Prestação Continuada, o INSS aplicará os procedimentos cabíveis, independentemente de outras penalidades legais.

CAPÍTULO VI

DA SUSPENSÃO E DA CESSAÇÃO

Art. 47. O Benefício de Prestação Continuada será suspenso se comprovada qualquer irregularidade na concessão ou manutenção, ou se verificada a não continuidade das condições que deram origem ao benefício.

§ 1º Ocorrendo as situações previstas no caput será concedido ao interessado o prazo de dez dias, mediante notificação por via postal com aviso de recebimento, para oferecer defesa, provas ou documentos de que dispuser.

§ 2º Esgotado o prazo de que trata o § 1º sem manifestação da parte ou não sendo a defesa acolhida, será suspenso o pagamento do benefício e, notificado o beneficiário, será aberto o prazo de trinta dias para interposição de recurso à Junta de Recurso do Conselho de Recursos da Previdência Social.

§ 3º Decorrido o prazo concedido para interposição de recurso sem manifestação do beneficiário, ou, caso não seja o recurso provido, o benefício será cessado, comunicando-se a decisão ao interessado.

§ 4º Na impossibilidade de notificação do beneficiário para os fins do disposto no § 1º, por motivo de sua não localização, o pagamento será suspenso até o seu comparecimento e regularização das condições necessárias à manutenção do benefício.

Art. 48. O pagamento do benefício cessa:

I - no momento em que forem superadas as condições que lhe deram origem;

II - em caso de morte do beneficiário; e

III - em caso de morte presumida ou de ausência do beneficiário, declarada em Juízo.

Art. 49. A falta de comunicação de fato que implique a cessação do Benefício de Prestação Continuada e a prática, pelo beneficiário ou terceiros, de ato com dolo, fraude ou má-fé, obrigará a tomada das medidas jurídicas necessárias pelo INSS visando à restituição das importâncias recebidas indevidamente, independentemente de outras penalidades legais.

§ 1º O pagamento do valor indevido será atualizado pelo mesmo índice utilizado para o reajustamento dos benefícios do Regime Geral de Previdência Social e deverá ser restituído, observado o disposto no § 2º, no prazo de até noventa dias contados da data da notificação, sob pena de inscrição em Dívida Ativa.

§ 2º Na hipótese de o beneficiário permanecer com direito ao recebimento do Benefício de Prestação Continuada ou estar em usufruto de outro benefício previdenciário regularmente concedido pelo INSS, poderá devolver o valor indevido de forma parcelada, atualizado nos moldes do § 1º, em tantas parcelas quantas forem necessárias à liquidação do débito de valor equivalente a trinta por cento do valor do benefício em manutenção.

§ 3º A restituição do valor devido poderá ser feita de uma única vez ou em até três parcelas, desde que a liquidação total se realize no prazo a que se refere o § 1º, ressalvado o pagamento em consignação previsto no § 2º.

§ 4º Vencido o prazo a que se refere o § 3º, o INSS tomará providências para inclusão do débito em Dívida

Ativa.

§ 5º O valor ressarcido será repassado pelo INSS ao Fundo Nacional de Assistência Social.


CAPÍTULO VII


DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E TRANSITÓRIAS

Art. 50. O Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e o INSS terão o prazo até 31 de julho 2008 para implementar a avaliação da deficiência e do grau de incapacidade prevista no art. 16.

Parágrafo único. A avaliação da deficiência e da incapacidade, até que se cumpra o disposto no § 4º do art. 16, ficará restrita à avaliação médica.

Anexo 4

BPC - 5ª ETAPA ENCAMINHAMENTO	
Ao (À):	
Endereço:	
Origem: Processo de Revisão do Benefício de Prestação Continuada (5ª etapa)	
Encaminhamos o Sr. (a): _____, residente na _____ que requer atendimento nessa instituição referente à _____.	
Atenciosamente,	
Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2006	
_____ Assistente Social	_____ CRESS nº
	

BPC - 5ª ETAPA ENCAMINHAMENTO	
Ao (À):	
Endereço:	
Origem: Processo de Revisão do Benefício de Prestação Continuada (5ª etapa)	
Encaminhamos o Sr. (a): _____, residente na _____ que requer atendimento nessa instituição referente à _____.	
Atenciosamente,	
Rio de Janeiro, ____ de _____ de 2006	
_____ Assistente Social	_____ CRESS nº
	

**REVISÃO DA AVALIAÇÃO SOCIAL BPC
TABELA DE DADOS PARA AVALIAÇÃO SOCIAL DA PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA
(Máximo 07 pontos) 01 por pessoa. Não pode ter rasura**

Dados Cadastrais		Nome:	CPF:	RG:	UF:	Emissor:	Sector:	Especie:	APS:	DDB:	Faixa Etária:
Data de Nascimento:											
Endereço:		Barro:	UF:	Município:	UF:	CEP:	Nome da Mãe:				

Tipo de Incapacidade Informada pelo Beneficiário ou seu Representante Legal

() Deficiência visual () Deficiência auditiva () Deficiência física do aparelho locomotor/anestesia/amputação ou paralisia dos membros () Deficiência mental
 () Paralisia cerebral () Doença mental () Doença oncológica e hereditária () Deficiência múltipla (duas ou mais dessas incapacidades)

Avaliação social - segue realização de pericia médica:
 () Sim () Não
 Necessita pericia médica beneficiário com DDB antes de 11.08.97 e beneficiário que periciou em separado, no âmbito de competência.

Situação Familiar (até 1,0 ponto)

Pessoa em situação de: () abandono () vivendo na rua () sem estruturado () vítima de maus tratos () vivendo em cárcere privado () vítima de exploração () 0,30
 () Ausência de um dos membros responsáveis pela pessoa com deficiência (pai, mãe ou responsável(a)) () Pessoas residentes em abrigos, asilos ou similares 0,25
 () Vítima (idade máxima de 65 anos) de um dos pais, responsável do responsável da pessoa portadora de deficiência () com família nuclear 0,20
 Pessoa vivendo em moradia: () própria ou compartilhada () com família nuclear () com várias famílias vivendo em um único endereço 0,15
 Pessoa vivendo em moradia: () social () de favor 0,10

TOTAL DE PONTOS OBTIDOS / MÁXIMO CINCO ESCOLHAS

Oferta de Serviços Comunitários (até 1,0 ponto)

() Inexistência ou insuficiência de infraestrutura local () transporte adaptado () serviços de atendimento em habitação ou reabilitação () inserção no mercado de trabalho
 () O beneficiário em situação de abrigado, asilado ou sob tutela ou curatela, sem acesso aos serviços que necessita () falta () investimento () área rural 0,40
 () Residência não adaptada () barreira no entorno () localização em morro () falta () investimento () área rural 0,35

TOTAL DE PONTOS OBTIDOS / MÁXIMO TRÊS ESCOLHAS

Cariência Econômica (até 2,0 pontos)

() Situação de desemprego de pelo menos um dos pais ou responsáveis pela manutenção do perceptor 0,50
 () Deficiência financeira em decorrência de incapacidade de cuidado do menor 0,40
 () Família com mais de 04 integrantes somando até 18 anos, idosos ou inválidos 0,35
 Gastos com: () aluguel () prestação de serviços pessoais () serviços e profissões 0,30
 Gastos com: () tratamento () medicamentos () transporte 0,25
 () O beneficiário e a unidade familiar em situação de risco social, por falta de renda 0,20
 () A renda que mantém a família em situação de forma precária e insustentável 0,20

TOTAL DE PONTOS OBTIDOS / MÁXIMO SEIS ESCOLHAS

Análise da História da Deficiência (até 1,0 ponto)

Deficiência informada: () múltipla () mental () total/muito incapacitante () doença mental 0,50
 () Incidência de deficiência em períodos de 1º grau (mãe ou irmão) 0,30
 () Deficiência adquirida 0,20
 () Deficiência congênita 0,20

TOTAL DE PONTOS OBTIDOS / MÁXIMO TRÊS ESCOLHAS

TOTAL GERAL

SITUAÇÃO SOCIAL / NÍVEL DE VULNERABILIDADE A SER INFORMADO (Classifique a pontuação obtida em nível de vulnerabilidade: BAIXO, MÉDIO ou ALTO.)
 Considerar: () até 2,0 - BAIXO () Acima de 2,0 pontos até 4,0 pontos - MÉDIO () Acima de 4,0 pontos até 7,0 pontos - ALTO

Nome legível e assinatura _____ N.º do registro no Conselho de Classe do Idoso _____ Assinatura e carimbo do responsável pela Secretaria de Assistência Social ou equivalente que realizou a Avaliação

REVAS - REVISÃO DA AVALIAÇÃO SOCIAL BPC
DECLARAÇÃO SOBRE A COMPOSIÇÃO DO GRUPO E RENDA FAMILIAR

Dados Cadastrais

NR: 1010239748 Nome: JACQUELINE DE JESUS CALDEIRA Sexo: F Espécie: 87 APS: 17.001.060 PDB: 10/7/2001 Faixa Etária: 19 a 43
 Obs.: Benefícios com DDB até 11.08.1997 consideram Familiar "a unidade monetária, vivendo sob o mesmo teto, cuja economia é mantida pela contribuição de seus integrantes". Após esta data, consideram Familiar "o conjunto de pessoas vivendo sob o mesmo teto: pai, mãe e irmãos menores de 21 anos ou inválidos ou cônjuges, companheiros e os filhos menores de 21 anos ou inválidos e os equiparados a essas condições".
 Data de Nascimento: 21/1/1979 CPF: RG: 131517237 UF: RJ Emissor: SSP Nome da Mãe: SHEILA REGINA DE JESUS COCO
 Endereço: TRAVESSA TUPÍ 79 CASA Bairro: ESTACIO Município: RIO DE JANEIRO UF: RJ CEP: 20.250.150 Tel.:

Grupo Familiar

Vive sozinho Convive sob o mesmo teto com as pessoas relacionadas abaixo Vive internado em instituição, abrigo, asilo ou sob responsabilidade de terceiros (Nome: _____)

Nome do Beneficiário e de cada integrante do grupo familiar	Nascimento	Nome da Mãe	Parti-lesco	Situação Ocupacional					Rendimento Mensal	Docto. Compr. Renda
				CTPS Assina	Auxí. nomo	Apos/ Pens Informal	Mãe/rendim	Sen BPC		
JACQUELINE DE JESUS CALDEIRA	21/1/1979	SHEILA REGINA DE JESUS COCO	0							

Tabuada de Parentesco: 0-Beneficiário 1-Pai 2-Mãe 3-Representante Legal 4-Cônjuge 5-Companheiro(a) 6-Filho ou enteado 7-Irmão 8-Integrante Unidade Monetária

Representante Legal

Tipo do Representante Legal: Pai Mãe Curador Tutor Procurador Diretor de instituição Terço de Guarda Administrador Provisório
 Nome: _____ Data de Nascimento: _____ Sexo: _____ CPF: _____ RG: _____ UF: _____ Emissor: _____
 Endereço: _____ Bairro: _____ Município: _____ UF: _____ CEP: _____

Pela presente declaro, para fins do Benefício BPC-LOAS, devido ao idoso e ao portador de deficiência (Lei nº 8.742/93) que as informações acima especificadas são completas e verdadeiras, estando ciente das penalidades no Código Penal Brasileiro, arts. 171 e 299. Declaro não estar amparado por outro benefício no âmbito da seguridade social ou de outro regime.

Local/Data: _____ de _____ de _____ Assinatura do Beneficiário ou Representante Legal _____

Assistente Social

O beneficiário apresentou documentos que comprovam as situações declaradas:

Novo Endereço Pai Mãe Cônjuge ou companheiro(a) Filhos Irmãos Representante Legal

Situação: Localizado Não Localizado Óbito Negou Esclarecimento Desistência Benefício
 Renda familiar per capita declarada: Inferior a 1/4 do Salário Mínimo Igual ou Superior a 1/4 do Salário Mínimo
 (Valor do Salário Mínimo Vigente R\$ _____)

Avaliação social sugere realização de perícia médica: Sim Não
 (Necessitam perícia médica: beneficiários com DDB antes de 11.08.97 e beneficiários que aparentemente ter superado sua condição de incapacidade.)
 Data da Avaliação: ____/____/____ Estado: _____

Nome legível e assinatura _____ Nº do registro no Conselho de Classe _____ Assinatura e carimbo do responsável pela Secretaria de Assistência Social ou cônjuge do técnico que realizou a Avaliação _____

REVAS - REVISÃO DA AVALIAÇÃO SOCIAL BPC INFORMAÇÕES SOCIAIS COMPLEMENTARES SOBRE O BENEFICIÁRIO E O SEU NÚCLEO FAMILIAR

Informações de uso exclusivo da Secretaria Municipal de Assistência Social. Deverá permanecer na Secretaria, juntamente com uma cópia da Tabela de Dados da Avaliação Social do Beneficiário, para encaminhamentos de idosos e portadores de deficiência a programas de atendimentos - art. 24 parágrafo 2º da LOAS

Dados Cadastrais Nome: JACQUELINE DE JESUS CALDEIRA Sexo: F Espécie: 87 APS: 17.001.060 IDDB: 10/7/2001 Faixa Etária: 19 a 45
 Nº: 1010239748

Data de Nascimento: 2/11/1979 CPF: RG: 131517237 UF: RJ Brásior: SSP Nome da Mãe: SHEILA REGINA DE JESUS COCO
 Endereço: TRAVESSA TUPI 79 CASA Bairro: ESTACIO Município: RIO DE JANEIRO UF: RJ CEP: 20.250.150 Tel.:

Grau de Escolaridade do Beneficiário
 Não alfabetizado 1º Grau incompleto 1º Grau completo 2º Grau incompleto 2º Grau completo 3º Grau incompleto 3º Grau completo

Avaliação da Importância do Benefício na Vida do Beneficiário

(deve ser respondido preferencialmente pelo beneficiário)

No tempo em que recebeu o benefício, que mudanças foram verificadas em sua vida, por exemplo :

- Frequentou atendimentos Contribuiu para o sustento da família Organizou atividades ocupacionais
 Adquiriu bens Melhorou a qualidade de vida e a auto-estima Participou de atividades sociais e realizou passeios

O dinheiro do benefício é usado, preponderantemente, em :

- Alimentação Medicamento Tratamento Vestuário Despesas com moradia Atividades de geração de renda

O beneficiário que vive internado ou está sob tutela, curatela ou responsabilidade de terceiros

- Repassa, obrigatoriamente, o benefício para a Instituição, Tutor, Curador ou Responsável
 A Instituição, Tutor, Curador ou Responsável, NÃO assegura o acesso do beneficiário aos serviços dos quais necessita
 A Instituição, Tutor, Curador ou Responsável, assegura o acesso do beneficiário aos serviços dos quais necessita

O benefício é utilizado, preponderantemente, para atender às necessidades do beneficiário

O beneficiário está recebendo algum outro tipo de benefício, além do BPC, ou está inserido em algum programa social como :

- Concessão de ortese e prótese Qualificação profissional Atividades de geração de renda Crédito subsidiado Cesta básica, programa do leite ou similar
 Transporte gratuito Habitação popular Bolsa-escola Programa para crianças, jovens ou famílias carentes

Informações Sobre os Integrantes do Núcleo Familiar do Beneficiário

Existem pessoas sem documentação de identificação

Existem mais idosos ou portadores de deficiência, na mesma família, necessitando de apoio

Existem beneficiários sendo explorados, sob qualquer forma, inclusive por apropriação indevida do seu benefício, por terceiros

Existem pessoas na família, com idade acima de 18 anos, desempregadas procurando trabalho

Há necessidade de qualificação profissional das pessoas que estão procurando trabalho

Informações Sobre o Beneficiário

O beneficiário necessita urgente e não tem como conseguir por conta própria:

- Documentos pessoais Avaliação médica, tratamento e medicamentos
 Abrigo, moradia, alimentos e vestuários Orteses e prótese: cadeira de rodas, aparelho auditivo, óculos multitas etc
 Cuidados contínuos de terceiros Capacitação e inserção no mercado de trabalho ou em atividades produtivas
 Habilitação/reabilitação Ações jurídicas de garantias dos direitos violados

Nome legível e assinatura

Nº do registro no Conselho de Classe do técnico que realizou a Avaliação

Assinatura e carimbo do responsável pela Secretaria de Assistência Social ou congêneres

REVAS - REVISÃO DA AVALIAÇÃO SOCIAL BPC INFORMAÇÕES SOCIAIS COMPLEMENTARES SOBRE O BENEFICIÁRIO E O SEU NÚCLEO FAMILIAR

Informações de uso exclusivo da Secretaria Municipal de Assistência Social. Deverá permanecer na Secretaria, juntamente com uma cópia da Tabela de Dados de Avaliação Social do Beneficiário, para encaminhamentos de idosos e portadores de deficiência a programas de atendimentos - art. 24 parágrafo 2º da LOAS

Atendimentos realizados pelas Secretarias de Assistência Social ou órgãos correspondentes ou encaminhamentos à instituições ou órgãos competentes

Aos integrantes do núcleo familiar

- () Obtenção de documentos pessoais
 () Atendimento aos demais integrantes portadores de deficiência ou idosos
 () Atendimento em qualificação profissional e inserção no mercado de trabalho ou atividades produtivas

Aos Beneficiários

- () Obtenção de documentos pessoais
 () Abrigo/Moradia/Alimentação/Vestutário
 () Atendimento aos que necessitam de cuidados contínuos de terceiros
 () Atendimentos em Habilitação/Reabilitação
 () Avaliação Médica/tratamento/Medicamento
 () Obtenção de Órteses/Próteses(cadeira de rodas, aparelho auditivo, muletas, bengala, próteses dos membros etc)
 () Atendimento em qualificação e inserção no mercado de trabalho ou atividades produtivas
 () Atendimento às vítimas de exploração, maus-tratos ou outras formas de violação de direitos

Nome legível e assinatura	N° do registro no Conselho de Classe do técnico que realizou a Avaliação	Assinatura e carimbo do responsável pela Secretaria de Assistência Social ou congnere
---------------------------	--	---

Observações:

O assistente social que irá realizar a avaliação social deverá ser capacitado, não só sobre a tarefa de avaliar o beneficiário, como também com informações sobre:

- os principais serviços sociais existentes no município, qual o órgão responsável, onde obtê-los e quais os critérios de acesso a esses serviços, de tal forma que ao registrar as principais necessidades, possa, à medida do possível, informar onde podem ser atendidas;
- Atentar para as características de cada necessidade identificada:
 - abrigo, alimentos, vestutário, documentação pessoal, transporte gratuito, apoio ao idoso e ao portador de deficiência, normalmente são atendidas nos programas de assistência social;
 - avaliação médica, habilitação, reabilitação, medicamento, órtese e prótese (cadeira de rodas, muletas, aparelho auditivo, óculos etc), vacinação de crianças, acompanhamento pré-natal de gestantes, é necessário encaminhar para os serviços de saúde que atendem a essas questões;
 - qualificação profissional e inserção no mercado de trabalho, ou em atividades produtivas, de geração de renda, crédito subsidiado etc, é importante a articulação com a área do trabalho e os vários programas sociais realizados com o apoio do Fundo de Amparo ao Trabalhador (FAT, FROTAGER, PRONAVP);
 - educação especial, educação de crianças de zero a seis anos e educação de adultos, buscar atendimento junto à área de educação;
 - habilitação, verificar a possibilidade de inclusão junto aos programas de habilitação popular;
 - violação de direitos ou exploração de crianças, adolescentes, portadores de deficiência ou idosos, denunciar ao Ministério Público, aos conselhos tutelares, de direitos e de assistência social organizações de PPD e Idosos.

Para facilitar a atuação do gestor municipal, o assistente social deverá registrar as principais necessidades do beneficiário e dos integrantes de sua família, por ordem de prioridade, considerando inclusive outros não elencadas neste instrumento, para encaminhamentos, Pela Secretaria, junto aos serviços comunitários de assistência social, saúde, educação, trabalho, cultura, lazer, conselhos tutelares, conselhos de direitos etc, conforme o caso.

ANEXO 6

ROTEIRO DE ENTREVISTAS

* Gestores

- 1) Quais as atribuições da FUNLAR na execução da revisão do BPC concedido às pessoas com deficiência no município do Rio de Janeiro?
- 2) De que maneira a gestão da FUNLAR realiza a revisão do BPC concedido às pessoas com deficiência no município do Rio de Janeiro?
- 3) Como a equipe de profissionais, que atua na revisão, é preparada ou organizada para o trabalho?
- 4) Em quanto tempo é realizada cada etapa da revisão?
- 5) Como está organizada a atenção a pessoa com deficiência no município do Rio de Janeiro pela FUNLAR RIO após a cada etapa de revisão do BPC?
- 6) Como os dados da revisão do BPC é trabalhado pela política de assistência social no Município do RJ?
- 7) Nessas cinco etapas já realizadas de revisão vocês identificaram mudanças nas necessidades e demandas dos beneficiários?
- 8) Quando o processo de revisão do BPC concedido às pessoas com deficiência se iniciou no município do RJ e de que modo? Houve dificuldades? Quais as principais limitações e desafios? Quais os avanços percebidos?
- 9) Como você compreende a revisão do BPC na estrutura política institucional da FUNLAR RIO?
- 10) Existem mecanismos de interlocução entre a equipe que operacionaliza a revisão e a gestão da SMAS? Caso sim, quais?
- 11) Existem mecanismos de interlocução entre a equipe que operacionaliza a revisão e a gestão do INSS? Caso sim, quais?
- 12) No período da execução da revisão estão previstos três grupos de gestão, eles de fato funcionam? Caso sim, relate como e quais os pontos positivos. Caso não, quais os principais entraves?
- 13) O ambiente político interfere no gerenciamento da revisão?
- 14) Quando o assistente social recomenda a avaliação médico-pericial em quanto tempo a mesma é realizada? O município fica ciente do resultado da avaliação?
- 15) O cadastro contendo as informações de domicílio ficam com a prefeitura? Algum programa da Funlar utiliza esse cadastro para algum tipo de ação ou atividade?
- 16) Você considera o momento da revisão do BPC importante na dinâmica institucional e para a inflexão da política? Porque?
- 17) Você poderia destacar três momentos difíceis no processo de revisão dessas cinco etapas?
- 18) Como você vê a revisão daqui para frente realizada pela Funlar como Secretária Extraordinária do Deficiente Cidadão? Como era a relação com a SMAS e como é agora?
- 19) O BPC embora situado como benefício da Proteção Social Básica é acessado pelas pessoas com deficiência que demandam habilitação e reabilitação em comunidade que é um eixo da Proteção Especial. Nesse contexto como tratar o BPC articulado à proteção especial?

- 20) Como está o diálogo entre a Proteção Básica e a Proteção Especial que atende uma fatia do público alvo do BPC, as pessoas com deficiência?
- 21) Como está organizada a atenção a pessoa com deficiência no município do Rio de Janeiro pela proteção especial?
- 22) Qual o papel da SMAS na execução da revisão do BPC concedido às pessoas com deficiência no município do Rio de Janeiro?
- 22) Qual o papel da SMAS na execução da revisão do BPC concedido às pessoas com deficiência no município do Rio de Janeiro?
- 23) Como está organizada a atenção a pessoa com deficiência no município do Rio de Janeiro pela SMAS?
- 24) Como o perfil dos usuários do BPC é trabalhado pela política de assistência social na SMAS?
- 25) Como as demandas e necessidades dos beneficiários do BPC são atendidas pelo Município do RJ na SMAS?
- 26) Como você compreende a revisão do BPC na estrutura política institucional da SMAS?

Aqui constam as questões aplicadas no conjunto do grupo de gestores sem que necessariamente todos os gestores tenham respondido à totalidade das questões. Cada especificidade de atuação do gestor foi analisada antes de realizar os questionamentos visando apreender o máximo de conteúdo e informação à pesquisa.

***Profissionais: Assistentes Sociais**

- 1) Qual a sua compreensão sobre o significado da revisão do Benefício de Prestação Continuada?
- 2) Quais as atribuições da FUNLAR na execução da revisão do BPC concedido às pessoas com deficiência no município do Rio de Janeiro?
- 22) De que maneira a gestão da FUNLAR realiza a revisão do BPC concedido às pessoas com deficiência no município do Rio de Janeiro?
- 4) Como a equipe de profissionais, que atua na revisão, é preparada ou organizada para o trabalho?
- 5) Você considera eficiente a forma como a equipe da revisão é preparada?
- 6) O que talvez você acrescentaria para dar maior eficiência/eficácia ao processo de revisão?
- 7) O que você acha dessa entrada na residência dos beneficiários do BPC no dia a dia da revisão?
- 8) Como você trabalha os dados da revisão no seu cotidiano profissional?
- 9) Como está organizada a atenção a pessoa com deficiência no município do Rio de Janeiro pela FUNLAR RIO após a cada etapa de revisão do BPC?
- 10) Como os dados da revisão do BPC são trabalhados pela política de assistência social no Município do RJ?
- 11) Como você compreende a revisão do BPC na estrutura política institucional da FUNLAR RIO?
- 12) Existem mecanismos de interlocução entre a equipe que operacionaliza a revisão e a gestão da FUNLAR? Caso sim, quais?
- 13) Existem mecanismos de interlocução entre a equipe que operacionaliza a revisão e a gestão da SMAS? Caso sim, quais?

- 14) Existem mecanismos de interlocução entre a equipe que operacionaliza a revisão e a gestão do INSS? Caso sim, quais?
- 15) Você acha que existem possíveis conflitos entre SMAS e INSS na execução da revisão?
- 16) Na sua opinião o ambiente político interfere no gerenciamento da revisão?
- 17) Você considera o momento da revisão do BPC importante na dinâmica institucional e para a inflexão da política? Porque?
- 18) Você poderia destacar três momentos/experiências mais difíceis no processo de revisão ?
- 19) Como você vê a revisão daqui para frente realizada pela Funlar como SEDECI? Como era a relação com a SMAS e como é agora?
- 20) Se você pudesse mudar o processo de revisão do BPC no município do RJ o que alteraria e como?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)