



## SUMÁRIO EXECUTIVO

# AVALIAÇÃO DA NOVA MODALIDADE DE CONCESSÃO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC) À PESSOA COM DEFICIÊNCIA COM BASE NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)

Mariane Miguel Chaves  
Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação  
Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome

Brasília, julho de 2011

## Sumário Executivo

---

# AValiação DA NOVA MODALIDADE DE CONCESSÃO DO BENEFÍCIO DE PRESTAÇÃO CONTINUADA (BPC) À PESSOA COM DEFICIÊNCIA COM BASE NA CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL DE FUNCIONALIDADE, INCAPACIDADE E SAÚDE (CIF)

## 1. Apresentação

A pesquisa de avaliação do novo modelo de concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) foi realizada no período de setembro de 2010 a julho de 2011, pela consultora Mariane Miguel Chaves. Esta consultoria insere-se no âmbito do Projeto de Fortalecimento de Políticas Públicas de Inclusão Social do Governo Federal brasileiro, firmado com o Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS), Ministério da Previdência Social (MPS) e Escola Nacional de Administração Pública (ENAP), apoiado pela Agência Espanhola de Cooperação Internacional para o Desenvolvimento (AECID).

O objetivo da pesquisa foi avaliar os alcances e limitações do novo modelo para concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC) a pessoas com deficiência incapacitante para a vida independente e para o trabalho, com base na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF).

## 2. Metodologia

Para avaliar o novo modelo de concessão do BPC com base na CIF foi realizada uma pesquisa qualitativa. A coleta de dados foi realizada por meio da condução de grupos focais, formados por médicos e assistentes sociais, que trabalham no Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) desde o início da implementação do modelo de avaliação baseado na CIF.

Foram desenvolvidos dez grupos focais, sendo cinco com assistentes sociais e cinco com médicos peritos do INSS, em cinco cidades do Brasil: Brasília, Belo Horizonte, Recife, São Paulo e Porto Alegre. Nos grupos formados por assistentes sociais participaram em média dez pessoas e nos grupos formados por médicos peritos participaram em média oito pessoas. Os grupos focais tiveram, em média, duração de 2 horas, as dinâmicas foram gravadas e transcritas para facilitar as análises posteriores.

Foram utilizadas nos grupos focais duas versões do questionário de avaliação baseado na CIF. Em Brasília, Belo Horizonte, São Paulo e Recife utilizou-se a versão 2009 da “Avaliação da deficiência e do grau de incapacidade da pessoa com deficiência – Criança e adolescente menor e maior de 16 anos – Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social – BPC – Espécie 87”. Em Porto Alegre, foram utilizadas as versões 2009 e 2011. Apesar dos participantes de ambas as áreas se mostrarem cientes de que um novo modelo de questionário estava na iminência de entrar em vigor, na prática o projeto ainda não havia se concretizado. Isso se deu na véspera da realização dos dois últimos grupos, em Porto Alegre – RS. Ainda que tenha sido embrionário o contato dos grupos do Sul com a versão 2011, considerou-se a contribuição deles importante para complementar as sugestões deste estudo. A ênfase da análise foi na versão 2009, porém destinou-se um espaço específico para se registrar os relatos sobre o questionário 2011, centrados, na maior parte das vezes, na aprovação das mudanças, principalmente por parte dos médicos. É importante registrar que, apesar de o novo modelo ter sido trabalhado apenas em Porto Alegre, alguns integrantes dos grupos realizados nas outras cidades pesquisadas participaram de videoconferências que trataram especificamente das futuras mudanças. Por isso, foi possível inserir algumas falas de outras regionais a respeito da nova versão.

Após a coleta foi realizada a análise das informações, considerando principalmente o instrumento de avaliação utilizado para concessão do BPC a pessoas com deficiência, instituído em 2009, e das informações contextuais que influenciaram as discussões e que, direta ou indiretamente, interferem no instrumento. Foram também apresentadas as sugestões discutidas pelos profissionais participantes dos grupos focais para a modificação e melhoria do referido instrumento.

### **3. Resultados**

#### **3.1 Perfil geral dos participantes dos grupos focais**

##### *3.1.1 Perfil Geral dos Assistentes Sociais*

- A maioria entrou no INSS em 2009 e trabalha com o BPC desde essa época;
- A maioria recebeu treinamento sobre o BPC. Os assistentes sociais não treinados, contingente representado pela minoria nas cinco cidades, foram aqueles que entraram em 2010;
- Todos atuam diretamente na ponta, ou seja, aplicando o questionário de avaliação. Ressalte-se que alguns participantes, além de atuarem na seleção dos beneficiários, também exercem a atividade de supervisão de equipe;
- Em todos os grupos, pelo menos um integrante participou da videoconferência com o médico do INSS que coordena os projetos

relacionados ao BPC, a qual tratava da introdução do novo questionário que estava, inicialmente, previsto para entrar em vigor dia 12 de maio de 2011;

- Atividade principal dos pesquisados era a avaliação do BPC. As principais atividades paralelas incluíam orientação social, reabilitação, algumas demandas do serviço social, socialização de informações gerais aos usuários, critérios e formas de acessar o benefício e palestras;
- Os grupos foram essencialmente femininos, apenas São Paulo e Recife contaram com um homem em cada grupo.

### *3.1.2 Perfil Geral dos Médicos*

- Mais da metade entrou no INSS antes de 2009 e trabalha com o BPC desde o seu surgimento ou desde que entrou no instituto;
- Nem todos receberam treinamento sobre o BPC. A regra, no caso dos médicos, foi o aprendizado com a prática, bem como com os colegas de trabalho;
- Todos atuam diretamente na ponta, ou seja, aplicando o questionário de avaliação. Ressalte-se que alguns participantes, além de atuarem na seleção dos beneficiários, também exercem a atividade de supervisão de equipe e de instrutores;
- Em todos os grupos, pelo menos um integrante participou da videoconferência com o médico do INSS que coordena os projetos relacionados ao BPC, a qual tratava da introdução do novo questionário que estava, inicialmente, previsto para entrar em vigor dia 12 de maio de 2011;
- Atividades dos médicos no INSS: perícia previdenciária e avaliação do BPC.

## **3.2 Contexto do processo de avaliação dos assistentes sociais e dos médicos**

Foi constatada por meio do estudo uma carência de encontros periódicos para trocar informações sobre o processo de concessão do BPC como um todo. Pela análise dos grupos é possível levantar a hipótese de que caso o instrumento não esteja captando quem deveria, esta limitação provavelmente deve estar relacionada com o fato de a maioria dos profissionais não ter tido capacitação suficiente e continuada sobre o significado e fins do BPC do que com as possíveis falhas do instrumento (questionário) propriamente dito.

Do ponto de vista dos assistentes sociais, a falta de estrutura e treinamento, de oportunidade para encontros frequentes com todas as categorias envolvidas no

processo de concessão e o viés da previdência social como norteador do trabalho da maioria dos envolvidos, principalmente dos técnicos administrativos e médicos, torna a concessão do BPC tão complexa que a melhoria do instrumento seria insuficiente diante dessas limitações.

Contudo, as inconsistências e percepções de que há muito que se aperfeiçoar está servindo como um impulsionador do trabalho do assistente social. A despeito da insatisfação e, muitas vezes, frustração, nota-se nos grupos comprometimento e vontade de investir para melhorar, além do forte desejo de convencer o instituto de que a intersetorialidade é papel inerente do serviço social e meta de conquista desta área dentro do INSS.

O ponto de vista dos médicos não difere dos assistentes sociais, porém fica a impressão de que eles percebem mais incongruências insanáveis para efetivar uma avaliação que seja de fato resultado dessa parceria (avaliação médica e social). Reconhecem a importância do olhar do serviço social no processo de concessão, mas ainda apresentam resistência a essa parceria. Há declarações que sinalizam incertezas dos médicos quanto ao sentido do BPC. Fica a sensação de que eles não concordam em fazer esta avaliação ou falta consciência do verdadeiro significado do benefício e da origem do recurso. A falta de esclarecimento pode contribuir para aumentar a resistência contra a prestação do serviço assistencial.

No que se refere à prestação de assistência ao usuário da rede e à habilitação, o processo funciona da seguinte forma: antes do requerente chegar ao INSS e protocolar seu pedido de avaliação para a inserção no programa do BPC, deve ser orientado sobre seus direitos e garantias pelos serviços da rede socioassistencial ou de outras redes setoriais. Contudo, os depoimentos dos entrevistados direcionam-se com mais frequência à atuação dos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) dentro desse contexto.

Pelo relato dos entrevistados, as falhas já iniciam nesse ambiente externo ao INSS ou serviços da rede que deveriam orientar e prestar aos usuários as informações de forma qualificada. Como isso não acontece, acaba repercutindo no processo de avaliação para ingresso no BPC. Uma das consequências dessa inoperância dos CRAS relatada pelos avaliadores é o fortalecimento da figura dos procuradores ou atravessadores<sup>1</sup>, problema que o INSS enfrenta tanto na previdência como no BPC. Conforme as citações, esse fenômeno contribui para o aumento do preconceito dos profissionais com relação ao requerente do benefício.

1 Os procuradores ou atravessadores, geralmente, são advogados, despachantes ou qualquer tipo de profissional interessado em realizar a intermediação entre o requerente e o INSS. O objetivo é preparar o discurso dos usuários para que eles consigam o deferimento da avaliação. Como recompensa, cobram honorários, muitas vezes vinculados ao que o indivíduo receber.

Das barreiras da assistência externa, migra-se para o INSS e direciona-se o olhar para a questão da influência da cultura previdenciária sobre todos os serviços prestados pelo órgão. A primeira fase interna pela qual passa o requerente do BPC é de protocolo e habilitação, momento em que ele é atendido pelos técnicos administrativos do instituto. Nessa etapa, entrega toda a documentação necessária para dar entrada ao pedido de concessão, para o qual a orientação, em tese, foi dada pelos CRAS ou outros equipamentos, geralmente das redes socioassistenciais ou de saúde acessados pelos usuários. É feita uma checagem da veracidade das informações, cruzamento de dados para detectar as rendas e possíveis recebimentos de outros benefícios.

De acordo com os assistentes sociais, durante essa habilitação, os técnicos tratam os requerentes de uma forma muito ríspida, sem paciência e, muitas vezes, exercem pressão muito grande sobre eles. Há um forte preconceito pelo fato do benefício ser não contributivo e a renda ser declaratória. A postura parece ser punitiva, deixando a sensação de que o objetivo é inibir e fazer uma espécie de filtragem inicial dos possíveis demandantes que estão fora do perfil.

Os médicos compartilham com as impressões dos assistentes sociais a respeito da qualidade do serviço da habilitação. Apreçoam que se os usuários fossem mais bem orientados, não chegariam tão despreparados para a avaliação.

Diante do exposto, observa-se que a dinâmica do BPC não se concentra somente nas avaliações, existe todo um processo que começa na rede socioassistencial e termina na perícia médica. Observar de forma sistêmica significa reconhecer que o programa precisa ganhar visibilidade no conjunto, a necessidade de esclarecimentos ou mesmo treinamentos sobre o benefício, sua origem e significado deve ser estendida a todos os atores envolvidos. De acordo com os depoimentos, a cultura previdenciária precisa se descolar do BPC e isso está diretamente relacionado com o investimento do INSS em um processo de conscientização dessa prestação assistencial.

É relevante destacar também que, como consequência da pressão exercida pelos servidores, de acordo com os assistentes sociais, as declarações de renda, composição familiar, estado civil, são feitas de forma inadequada. Os requerentes, pela maneira como são perguntados, se sentem muitas vezes acuados e acabam fornecendo informações que não correspondem à realidade. Outra inconsistência é a falta de padronização na habilitação sobre o que é considerado renda. Determinadas agências contabilizam o seguro desemprego, o benefício do Programa Bolsa Família, mas isso não é generalizado, existem variações de região para região.

A partir das declarações dos entrevistados nos grupos focais, nota-se que existem instruções normativas que os técnicos previdenciários e avaliadores devem seguir. Mas as interpretações não são homogêneas, seja porque há casos muito específicos, ou mesmo por preconceito.

Verifica-se também uma fragilidade na capacitação desses profissionais que estão habilitando. A retaguarda que esse técnico tem é muito baixa na concessão, além da existência do preconceito ele também quer se resguardar de alguma forma para poder no futuro não ser penalizado por aquela concessão, assim como todos os envolvidos nesse processo. Eles precisariam passar por um processo de capacitação sobre o significado do BPC, da origem dos recursos, bem como por uma orientação sobre as diferenças entre benefício previdenciário e assistencial. Percebe-se que os problemas e a falta de treinamento iniciam-se nessa etapa.

O treinamento dos médicos foi mais rápido e menos abrangente do que o dos assistentes sociais. Os motivos são variados, mas entre os mais frequentemente relatados estão: a falta de tempo e a intensa carga horária de trabalho.

De acordo com os depoimentos dos médicos, antes de 2009 trabalhava-se com o BPC de forma mais objetiva e sem a participação do assistente social. Em 2009, de uma forma julgada impositiva e apressada, teria sido introduzida uma nova categoria no processo de concessão e um instrumento de avaliação totalmente novo para os profissionais operacionalizarem. Na opinião da maioria dos médicos pesquisados, o ideal seria se eles tivessem participado mais intensamente da definição dos objetivos da mudança e, ainda, houvesse uma capacitação mais eficiente. Muitos peritos foram treinados no próprio trabalho, por colegas, outros, por multiplicadores sem programações e materiais de subsídio, deixando a impressão de improvisação e despreparo.

### **3.3 Exame do instrumento de avaliação social**

O questionário para avaliação de ingresso no BPC em vigor na época da pesquisa era a versão 2009. O instrumento se divide em três partes: dados pessoais do requerente, parte social e parte médica. A parte social se desdobra em “Fatores Ambientais” e “Atividades e Participação”. A médica, em “Funções do Corpo” e “Atividades e Participação”.

Observou-se que as sugestões de modificação no instrumento levantadas pelos assistentes sociais ultrapassam as questões técnicas. Além de apontarem possíveis limitações no instrumento no que diz respeito às alternativas de classificação de certas doenças, chamou a atenção o desejo dos assistentes sociais de rastreamento o porquê de tantos indeferimentos em doenças que julgam tão incapacitantes, bem como a insatisfação com o fato de a seção “Atividades e Participação” não captar determinadas doenças. É importante deixar claro que, por parte deles, há um sentimento de que o médico demonstra algum viés contra algumas doenças e que isso influencia no questionário. Mas também há que se reconhecer que existe uma incerteza que permeia a discussão relacionada com a falta de conhecimento sobre o real comando da questão. É para se considerar o que o requerente informa ou os laudos médicos trazidos por ele? Essas dúvidas estão sempre presentes nas argumentações e não é possível desconsiderá-las.

Contudo, a opinião deles em relação à seção “Atividades e Participação” é um consenso, isto é, ambos os grupos reconhecem que essa grande área não consegue contemplar uma série de doenças que deveriam ser enquadradas no BPC.

Os pesquisados identificam uma série de doenças que associadas ao contexto social mereceriam o deferimento da concessão. Todavia, não acontece a concessão em função dos resultados leve (L) ou moderado (M) em “Atividades e Participação”. Asseguram que o instrumento não é capaz de captar, neste campo do formulário, a influência de certas deficiências declaradas na interação do indivíduo com o ambiente, com a sociedade, no processo de aprendizagem, desempenho de tarefas, comunicação, mobilidade e cuidado pessoal. Infere-se com isso que fica implícita a demanda latente de se contemplar no formulário uma questão que aborde o prognóstico e o tempo de duração da doença, por exemplo, modificação inserida na versão 2011 do instrumento e aprovada coletivamente pelos grupos. Os exemplos mais citados, presentes em todas as cidades, de doenças que requerem alterações no formulário para que seja possível captar melhor todas as implicações na vida dos indivíduos, foram: leucemia, HIV, câncer de mama, doenças renais, doenças de pele, saúde mental, doenças neoplásicas (relacionadas com a formação de tumores), síndromes, entre outras. Vale reiterar que as queixas dos assistentes sociais e dos médicos, praticamente, coincidem.

Os peritos complementam que também possuem dificuldade de incluir essas mesmas enfermidades em funções do corpo, porém a causa pode ser desdobrada em duas vias: por falta de conhecimento sobre o verdadeiro potencial de cada item; e por uma falha do questionário. Nota-se que as inquietações que atingem ambas as categorias por conta dessas percepções de imperfeição são: sensação de injustiça, dificuldade de lidar com a complexidade do questionário, insatisfação com o próprio instrumento e falta de capacitação.

A auspiciosa novidade é a entrada da versão 2011 do formulário com modificações que solucionarão essa grande queixa dos profissionais: a incapacidade do instrumento de contemplar doenças com maus prognósticos.

Outro aspecto levantado pelos entrevistados diz respeito à seção do instrumento “História Social”, pois admitem muitas dúvidas a respeito do verdadeiro objetivo desse registro. Até que ponto o profissional deve avançar sem perder de vista a questão ética, os cuidados para a não violação da privacidade do indivíduo?

Existe uma confusão conceitual no discurso dos assistentes sociais no qual ora pesa mais o contexto social, ora a deficiência. Para alguns, o fato de uma família possuir renda per capita abaixo de  $\frac{1}{4}$  do salário mínimo é suficiente para se julgar muitos domínios do questionário como grave. A despeito dessa tendência, admitem a importância de não se pensar a deficiência pela deficiência, e sim pelo que ela incapacita o indivíduo para o trabalho e para a vida independente. Mais uma vez, os grupos salientam um aspecto que se reforça ao longo dos relatos: insegurança dos profissionais no processo



de avaliação e na definição dos conceitos, falta de capacitação, falta de articulação entre os sujeitos internos e externos ao serviço social.

De forma geral, a avaliação social é abrangente e o assistente social é extremamente comprometido com as raízes de sua formação. Como consequência, encontram dificuldade de contrabalançar o contexto socioeconômico, que é pródigo em carências e falhas político-sociais, com o grau de deficiência. Pontuar leve ou moderado para um indivíduo numa situação de pobreza extrema não é tarefa simples. O pensamento dos grupos é de que esse sujeito terá pouca ou nenhuma chance de inserção social, a não ser por meio da inserção em políticas públicas.

Os médicos divergem em alguns pontos referentes à opinião que eles têm a respeito da avaliação do assistente social. Enquanto em alguns municípios apresentaram um índice de rejeição significativo, em outros se posicionaram a favor do trabalho assistencial ou, pelo menos, reconheceram que os médicos também possuem algumas limitações. Em dois municípios foram encontradas experiências de parcerias entre as duas categorias afirmando resultado positivo. No saldo geral, existe o reconhecimento do trabalho do assistente social, ainda que sutil, mas as críticas são preponderantes e ecoam o mesmo tema: a maioria das avaliações sociais vem com resultados graves ou completos.

Em relação ao domínio “Produtos e Tecnologia”, os grupos consideram o prisma do acesso e da acessibilidade. Descrevem o primeiro como a disponibilidade dos recursos ao usuário (equipamentos, materiais e serviços). O segundo, como as adaptações físicas para melhorar a funcionalidade da pessoa incapacitada. A grande preocupação é saber ponderar cada um desses conceitos de forma adequada.

Diante das observações exploradas pelos grupos sobre o domínio “Atitudes”, destaca-se a sugestão de inserir mais um indicador que leve em consideração a influência da religiosidade da família no comportamento do indivíduo. Isso se justifica porque há casos em que os pais declaram que não levam o filho ao médico ou seguem suas recomendações por motivos religiosos. Nessas circunstâncias, encontram dificuldade de pontuar, pois não levar ao médico por motivos religiosos não quer dizer que houve negligência, segundo os relatos.

No domínio “Serviços, Sistemas e Políticas”, o grande incômodo dos entrevistados é com o fato de não contemplar perguntas ao requerente sobre sua ciência a respeito dos serviços públicos e órgãos do sistema de direitos, bem como sobre a qualidade do acesso. No discurso dos grupos com assistentes sociais, o domínio fica deslocado da realidade, visto que não leva estes parâmetros de ciência e qualidade em consideração.

A parte mais polêmica do questionário foi encontrada no aspecto relacionado à seção “Atividades e Participação”. As observações para todos os domínios contidos no questionário, seja para maiores ou menores de 16 anos, consistem na falta

de entendimento do item ou aprofundamento nos códigos da CIF que vão além do que está escrito no instrumento. Os assistentes sociais pesquisados alegam confundir conceitos como capacidade, desempenho, funcionalidade; enxergam falta de identidade com o domínio “Vida Doméstica”, acham que está mais na alçada médica; questionam a ausência de itens que perguntem sobre acesso e acessibilidade principalmente no que se refere à escola, teatro, cinema, museus. Por fim, percebem forte diferença de opinião que distanciam significativamente as pontuações deles e dos médicos.

### **3.4 Exame do instrumento de avaliação médica**

A legislação orienta que antes de iniciar a aplicação do questionário de avaliação médica, os peritos leiam a avaliação social, que dará o panorama do contexto social do requerente e seu desempenho no ambiente. Na visão dos assistentes sociais, não há esse compromisso por parte dos médicos de ler as avaliações como, em tese, apregoa a legislação. Na opinião deles, os peritos não leem por dois motivos: falta de tempo e descaso com o serviço social.

Sob a ótica dos médicos, é importante ler as avaliações sociais, mas muitas vezes estão assoberbados de trabalho a tal ponto que fica inviável acessar a análise social e ainda aplicar o formulário. Existem várias sugestões para que essa dificuldade seja minimizada, entre elas: aumentar o tempo de avaliação do médico ou transformar as respostas do questionário social em uma descrição sumária que venha na folha de rosto da parte médica, para acessarem apenas as informações de destaque da análise social.

Na parte introdutória da avaliação médica, a primeira sugestão dos grupos foi aumentar o espaço para que possam escrever com tranquilidade a história clínica e o exame físico do requerente. Justificam que é a oportunidade que o médico tem de avaliar sua tomada de decisão, do contrário, a escrita fica muito fragmentada.

Quanto aos registros de diagnósticos, há também uma demanda: incluir o Código Internacional de Doenças (CID) mais completo e com um formato de busca prático e inteligente. De acordo com os avaliadores, muitas vezes não conseguem registrar a doença exatamente como deveriam por não ter um amplo leque de opções no sistema de registro de dados.

Em “Funções do Corpo” as observações concentraram-se principalmente nos domínios “Funções Mentais”, “Funções Sensoriais da Visão” e “Funções Geniturinárias”. Isso porque consideram que esses domínios estão pouco desdobrados e, com isso, deixam de contemplar algumas doenças e, conseqüentemente, interferem no resultado final da avaliação.

A maior demanda em “Funções Mentais” é a inserção de uma unidade que consiga alcançar distúrbios de humor, tal como a depressão, bem como transtornos

psicóticos. Segundo os pesquisados, não há essa alternativa no questionário e nos tempos atuais essas doenças são recorrentes.

Em “Atividades e Participação” nota-se que os médicos, em geral, sentem certo desconforto em trabalhar com esta parte do questionário. Pelos relatos, a aplicação de cada domínio exige habilidades que vão além das técnicas. Na realidade, consideram que esta etapa exige do médico, ao longo da avaliação, uma capacidade de interconectar percepções sobre o ambiente, interpretar o discurso das pessoas e ter como pano de fundo o olhar da medicina. De acordo com as manifestações, “Atividades e Participação” tem um viés muito mais social do que médico e isso dificulta. Nesta área também, segundo os depoimentos, as perguntas do instrumento praticamente não se aplicam a crianças de 0 a 3 anos. Sugerem que em “Atividades e Participação” como um todo seja feita a padronização de uma série de conceitos, quais sejam: capacidade, desempenho, deficiência, doença, funcionalidade, incapacidade, acesso e acessibilidade.

### **3.1 Instrumento de avaliação 2011**

Quanto ao instrumento de avaliação 2011, versão elaborada para substituir a versão 2009, somente os entrevistados de um dos municípios pesquisados conheciam ou tinham algum contato com a nova versão do instrumento. Para o grupo de médicos, as mudanças mais bem avaliadas estão relacionadas às inclusões das questões que tratam do prognóstico e dos impedimentos de longo prazo. Para os assistentes sociais, foram válidas as adaptações do questionário a respeito das crianças, que agora são mais contempladas; os detalhamentos dos domínios e dos indicadores dos “Fatores Ambientais”; a inserção de “Vida Doméstica” em “Atividades e Participação”. Todavia, o fato de os médicos poderem indeferir o pedido de concessão por apenas uma questão não foi bem aceito pelos assistentes sociais.

## **4. Considerações Finais**

Sobre as constatações do contexto que envolve o processo de concessão, nota-se que há uma forte demanda por investimentos na articulação entre os profissionais envolvidos na avaliação e na intersetorialidade. A ideia dos profissionais é fortalecer o vínculo das categorias envolvidas pelo BPC por meio de encontros periódicos, reuniões, seminários e estudos aprofundados sobre a experiência de seleção e avaliação dos requerentes.

A outra sugestão é de se desenvolver capacitações permanentes e intersetoriais que pudessem abranger desde os profissionais que atuam na rede assistencial, passando pelos técnicos administrativos do próprio INSS e, certamente, os médicos e assistentes sociais. Essa proposta sistêmica de inserção educacional tem um objetivo marcante: dar maior visibilidade ao BPC no sentido de clarear o

seu significado, origem e objetivo. Como consequência, impactar positivamente a qualidade e o acompanhamento do serviço prestado ao usuário.

No que se refere à rotina de trabalho dos assistentes sociais e médicos e ao tempo de aplicação do questionário, observa-se que os envolvidos reconhecem pontos de inflexão para determinadas demandas que consideram ideais para tornar o mecanismo de avaliação o mais perfeito possível. Todavia, enxergam alternativas gerenciais não tão complexas passíveis de serem operacionalizadas e capazes de melhorar a qualidade do atendimento.

Para os pesquisados, as gerências deveriam se organizar de forma que fosse possível fazer uma separação do trabalho previdenciário da avaliação do BPC. Essa mistura, na opinião de ambas as categorias, não é razoável porque as fundamentações ideológicas de sustentação de cada um são diversas e uma influencia na outra, comprometendo os resultados.

Para os assistentes sociais, o ideal seria as regionais dividirem a semana de forma que alguns dias fossem destinados ao BPC, incluindo avaliação, orientação, contato com a rede e visita domiciliar, outros à perícia previdenciária. Já os médicos peritos, além de concordarem com os assistentes sociais de que o ideal seria não misturar a agenda do BPC com a da previdência, propõem que se faça uma seleção de médicos para trabalhar exclusivamente com o benefício e outros para se dedicarem às perícias previdenciárias. O objetivo é minimizar os impactos que a cultura organizacional predominante no INSS vem exercendo sobre o BPC.

Quanto ao tempo de aplicação do questionário, a demanda tem sido resgatar, pelo menos, o que foi estabelecido no início da utilização do questionário em 2009: uma hora para os assistentes sociais e 40 minutos para os peritos. Em um dos municípios pesquisados, foram relatadas experiências de agências que têm feito o esforço de não pressionarem os peritos no tempo de avaliação do BPC e o resultado tem sido uma maior satisfação com o trabalho, menor número de recursos interpostos e mais qualidade no preenchimento do questionário. Os peritos têm menos expectativas em relação ao atendimento dessas demandas de melhorias. Admitem a importância do olhar do serviço social, a despeito de certa resistência. Os assistentes sociais apresentam-se mais mobilizados e o foco é incentivar a intersetorialidade como mecanismo de viabilizar as transformações.

Por fim, é importante ratificar, mais uma vez, que a maioria das modificações inseridas na versão 2011 do instrumento de avaliação foi compatível com as demandas de mudanças que os grupos focais de ambas as categorias expressaram durante as reuniões.

## 5. Recomendações

As principais sugestões e contribuições dos assistentes sociais e médicos peritos para a construção de um possível “questionário-ouro”, ou seja, um formulário capaz de suprir de maneira adequada as limitações identificadas nas versões anteriores, são abaixo apresentadas.

### 5.1 Questionário Parte Social – Sugestões de Modificação

- Investir em capacitação da rede de assistência social e dos técnicos administrativos do INSS;
- Aumentar o tempo oficial de avaliação para, pelo menos, 60 minutos;
- Em “Deficiência Informada”, inserir a opção “outras” e modificar os itens para garantir o enquadramento de doenças de pele, da fala e neurológicas neste campo;
- Criar um campo específico para se relatar doenças de pele e neurológicas, para auxiliar possíveis levantamentos estatísticos;
- Contemplar crianças menores de três anos, principalmente em “Atividades e Participação”;
- Em “Atividades e Participação” como um todo, padronização de uma série de conceitos, quais sejam: capacidade, desempenho, deficiência, doença, funcionalidade, incapacidade, acesso e acessibilidade;
- Permitir que o questionário contemple melhor doenças crônicas, neurológicas e de pele;
- Aumentar número de caracteres em história social;
- Criar uma barreira intermediária entre a moderada e a grave, dada a amplitude do intervalo;
- Criar um protocolo de recurso da parte social que seja apenas uma descrição sumária, para assegurar o sigilo da fonte;
- Introduzir a cultura de consulta à CIF ao longo das avaliações.

### 5.2 Questionário Parte Médica - Sugestões de Modificação

- Inserir um campo para relatar o prognóstico da doença;
- Aumentar o tempo de avaliação para, pelo menos, 40 minutos;

- Aumentar número de caracteres em história clínica e exame físico;
- Em “Funções do Corpo”, no domínio “Funções Mentais”, inserir uma unidade que consiga alcançar transtornos de humor tal como a depressão, sintomas psicóticos tal como delírios e alucinações, tal como ocorre na esquizofrenia;
- Em “Funções do Corpo”, no domínio “Funções Mentais”, esclarecer melhor o item, tornar a redação mais clara;
- Permitir que “Funções do Corpo” e “Atividades e Participação” contemplem melhor leucemia, HIV, câncer de mama e/ou neoplasias em geral, doenças renais, de pele, saúde mental, síndromes;
- Em “Funções do Corpo”, nos domínios “Funções da Visão” e “Funções Geniturinárias”, desdobrar o item;
- Ampliar a lista que compõe o CID e dar subsídios para uma busca inteligente;
- Inserir links da CIF correspondente a cada domínio e unidade;
- Introduzir a cultura de consulta à CIF ao longo das avaliações;
- Contemplar crianças menores de três anos, principalmente em “Atividades e Participação”;

## **Ficha Técnica**

### **Execução da Pesquisa**

Mariane Miguel Chaves

### **Unidades Responsáveis**

#### **Secretário de Avaliação e Gestão da Informação**

Paulo de Martino Jannuzzi

#### **Diretora de Avaliação**

Júnia Valéria Quiroga da Cunha

#### **Coordenadora-Geral de Resultados e Impacto**

Renata Mirandola Bichir

#### **Equipe de acompanhamento da pesquisa**

Cristiane Torisu Ramos

Danilo Mota Vieira

#### **Colaborador**

Fernando Batista Pereira

#### **Secretária Nacional de Assistência Social**

Denise Colin

#### **Diretora de Benefícios Assistenciais**

Maria Jose de Freitas

#### **Colaboradores**

Simone de Araújo Assis

Elyria B. Yoshida Credidio

#### **Elaboração, edição e diagramação deste sumário executivo**

##### **Elaboração**

Elizabeth Ana Bonavigo

##### **Revisão**

Renata Mirandola Bichir

Júnia Valéria Quiroga da Cunha

##### **Diagramação**

Tarcísio da Silva

#### **Secretaria de Avaliação e Gestão da Informação**

Esplanada dos Ministérios | Bloco A | Sala 323

CEP: 70.054-906 Brasília | DF

Fone: 61 3433-1509 | Fax: 3433-1529

[www.mds.gov.br/sagi](http://www.mds.gov.br/sagi)