

NOTA TÉCNICO-POLÍTICA

REPERCUSSÕES ÉTICAS, POLÍTICAS E SOCIAIS DO 'PADRÃO MÉDIO' E DA 'TELEAVALIAÇÃO' PARA FINS DE ACESSO AO BPC



“Por um mundo onde sejamos socialmente iguais, humanamente diferentes e totalmente livres”

Rosa Luxemburgo

Introdução

Este documento* expressa a avaliação e o posicionamento técnico e político do Conselho Federal de Serviço Social (CFESS) sobre a adoção do chamado *padrão médio* e da *teleavaliação* para fins do reconhecimento do direito das pessoas com deficiência ao benefício de prestação continuada da assistência social (BPC), instituídos pela Lei 14.176 de 22 de junho de 2021. Por ser uma medida de gestão com fortes repercussões no trabalho das(os) assistentes sociais lotadas(os) no serviço social do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS), na forma de atendimento e no acesso aos direitos pelas pessoas com deficiência requerentes ao BPC, este Conselho Federal não poderia deixar de expressar sua avaliação e posicionamento político sobre o assunto, além de fazer recomendações à categoria.

Este documento está organizado a partir de quatro eixos, coerentemente interligados.

O primeiro traz um breve resgate histórico do serviço social na previdência, dos ataques sofridos e das lutas de assistentes sociais do INSS pelo fortalecimento do projeto ético-político da categoria. Além disso, recupera-se, as principais ações construídas coletivamente, a partir do estabelecido pelo artigo 88 da Lei 8.213 de julho de

1991, expressas na Matriz Teórico-Metodológica do Serviço Social (MTMSS), disciplinadas pelo Manual Técnico do Serviço Social e implementadas pela categoria. Além disso, destaca-se as repercussões sociais e institucionais dessas ações e o comprometimento das mesmas a partir da tentativa unilateral de reorientá-las por parte de dirigentes e gestores do INSS.

O segundo eixo trata do significado social do BPC e da avaliação social usada para fins do reconhecimento de direito ao benefício pelas pessoas com deficiência. Neste trecho, demarca-se o significado do BPC e recupera-se, sobretudo, o processo de elaboração da avaliação social, a lógica que integra suas partes constitutivas e a coerência destas partes com as competências profissionais da perícia médica federal e de assistentes sociais que participam desse processo avaliativo. Aqui, mostra-se o porquê da presencialidade ser essencial ao processo avaliativo sob competência das(dos) assistentes sociais.

O terceiro eixo traz os parâmetros do *padrão médio* e da *teleavaliação*, contextualizando as investidas de adoção desse modelo em detrimento da avaliação social presencial e, ressaltando as implicações ético-políticas e sociais da inversão dos modelos.

* Documento elaborado por Angelita Rangel (assistente social do INSS e conselheira do CFESS), Lylia Rojas (assistente social do INSS), Lucia Lopes (assistente social aposentada do INSS/professora UnB), Marinete Cordeiro (assistente social aposentada do INSS) e Raquel Alvarenga (assistente social aposentada INSS e conselheira do CFESS)

A partir dos três eixos mencionados, o documento, em sua quarta parte, é finalizado, com a síntese do posicionamento político do CFESS e as recomendações deste Conselho Federal à categoria de assistentes sociais do serviço social do INSS.

2. O Serviço Social na Previdência e as Lutas pelo Fortalecimento do Projeto Ético-político

Em 2024 o serviço social da previdência social completa 80 anos. Foi criado pela portaria nº 52 do Conselho Nacional do Trabalho (CNT), de 6 de setembro de 1944 e possui uma história marcada pelas disputas de interesses e jogo de forças na sociedade.

Seus fundamentos teóricos iniciais são coincidentes com os do serviço social brasileiro, que nasce na década de 1930, no governo Vargas, sob orientação do pensamento conservador e da doutrina social da Igreja católica, direcionado para atender aos objetivos do Estado de manutenção da ordem social capitalista e suas estruturas de poder.

Sob influência do movimento de renovação do serviço social brasileiro, iniciado no final dos anos 1970, o serviço social da previdência social procurou reorientar o seu compromisso ético-político para com a classe trabalhadora. Sustentado pela diretriz de um “novo pensar e um novo fazer profissional”, na década de 1990, assume uma direção crítica, assentada na defesa da previdência social como política de seguridade social e em princípios e compromissos que direcionam o projeto ético-político do serviço social brasileiro como, a defesa dos direitos sociais, da liberdade, da emancipação e respeito à diversidade humana.

Assim, nas últimas três décadas, as ações, projetos e atividades do serviço social do INSS voltaram-se para o acesso aos direitos. Essa perspectiva assegurou-lhe legitimação social, sobretudo, a partir da segunda metade da década de 1990, tendo como base a MTMSS que ma-

terializa a competência prevista no art. 88 da Lei 8.213/1991 de “esclarecer junto aos beneficiários seus direitos sociais e os meios de exercê-los, e estabelecer conjuntamente com eles o processo de solução dos problemas que emergirem de sua relação com a Previdência Social, tanto no âmbito interno da Instituição como na dinâmica da sociedade.”

A implementação dessa competência exigiu capacitação profissional, articulação no âmbito do INSS e na relação com outras instituições, a partir de diretrizes e ações construídas coletivamente, sob coordenação da Divisão de Serviço Social (DSS), constantes na MTMSS, aprovada em 1994, ainda em vigor. O conteúdo da MTMSS, desde 2011, passou a compor o Manual Técnico do Serviço Social do INSS, como competências do serviço, desde as Agências de Previdência Social (APS) até à DSS.

É esse arcabouço teórico-normativo que orienta a atuação profissional de assistentes sociais do INSS, ainda que ao longo dos anos as ações e atividades tenham sofrido corrosão em decorrência da crise estrutural do capital e do movimento de contrarreforma do Estado brasileiro e de seu aparelho, com forte impacto na previdência social e no serviço social. Sob diretrizes neoliberais, esse movimento de contrarreforma vem transformando as políticas sociais em nichos de acumulação. Sob comando do capital financeiro, a seguridade social instituída pela Constituição Federal de 1988, desde a década de 1990, sob argumentos falaciosos, sofre incessantes ataques, fortemente agudizados durante os governos Temer e Bolsonaro, cujas medidas destrutivas ainda não foram revertidas pelo governo Lula-Alckmin.

No curso desse movimento de contrarreformas, o serviço social da previdência sofreu vários rebatimentos, desde a tentativa de extinção por meio da Medida Provisória (MP) nº 1.729, de 3 dezembro de 1998; seu rebaixamento à condição de atividade pelo Decreto nº 3.081, de 10 de junho de 1999, que aprovou a estrutura organizacional do INSS e excluiu a DSS; e a tentativa de esvaziamento de suas ações durante o período entre 1999 e 2003 em que permaneceu sem coordenação técnica nacional. Porém, ao longo desses anos, a resis-



tência desses profissionais, com forte apoio de movimentos sociais e deste Conselho Federal de Serviço Social, reverteu parcialmente as derrotas. Em 2003, após quatro anos, a DSS foi restabelecida na estrutura organizacional e até 2009 a sua chefia tentou reconstruir a direção nacional, com base nas mesmas diretrizes teórico-metodológicas e ético-políticas da MTMSS.

Nesse ínterim, o aperfeiçoamento dos instrumentos de avaliação da deficiência e do grau de incapacidade das pessoas com deficiência requerentes ao BPC, desenvolvido de 2004 a 2007, sob coordenação da Diretoria de Benefícios do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) favoreceu a realização de concurso público para assistentes sociais do INSS, em 2008. A partir de 2009 foram contratadas(os) cerca de 1350 novas(os) profissionais sob a justificativa de realização da avaliação social para fins de acesso ao BPC. O concurso e as contratações ocorreram após muitas lutas, com destacada participação de dirigentes e técnicos do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (MDS) e da Divisão de Serviço Social do INSS (DSS) e do Conjunto CFESS-CRESS.

Em 2009, com a força de trabalho relativamente recomposta, a DSS assumindo a coordenação técnica nacional, a nomeação de Responsáveis Técnicos (RT) nas cem Gerências-Executivas, Representantes Técnicas (RET) nas cinco Superintendências Regionais do INSS, o serviço social do INSS reuniu condições para rearticular-se e expandir o seu alcance. Todavia, em 2010, a chefia do serviço social foi exonerada e desde então, acirram-se as tentativas dos dirigentes do INSS, de redirecionar este serviço social para dar lugar ao trabalho burocrático, desprovido do real compromisso com a efetivação dos direitos. Isso se deu por meio dos desvios de funções, perseguições políticas; assédio moral; ingerências dos dirigentes e gestores do INSS no trabalho profissional; nomeação de chefias para a DSS sem consultas à categoria; esvaziamento dos poderes da DSS e das representações e responsáveis técnicos; e de nova tentativa de retirada deste serviço do leque das prestações do Regime Geral de Previdência Social (RGPS), em novembro de 2019, por meio da MP 905. Aqui, mais uma vez,

a mobilização da categoria e o seu compromisso com o fortalecimento do projeto ético-político reverteu essa nova tentativa de extinção. Porém, os ataques permaneceram.

Atualmente, há um desmonte das Representações Regionais e um grande descompasso entre as orientações da DSS e as diretrizes da MTMSS. As ações sob perspectiva da Matriz que asseguraram legitimidade ao serviço social junto aos movimentos sociais que apoiaram mobilizações e lutas em sua defesa estão sendo relegadas ao segundo plano. Mas, esse equívoco deve ser corrigido. Pois, pode-se dizer que a permanência do serviço social na estrutura do INSS é uma conquista dos movimentos sociais e reflete sua legitimação e reconhecimento social. Por essa razão, as ações voltadas para o acesso aos direitos, que o legitimam socialmente, devem continuar como prioritárias.

Entre as ações e atividades do serviço social, em seu arcabouço normativo, destacam-se:

- a socialização de informações individualmente e em grupos no âmbito interno e externo ao INSS, sobre os direitos sociais e as formas de exercê-los;
- a assessoria (com duração indefinida) ou consultoria (com prazo determinado e objetivos específicos) em matéria de previdência e assistência social aos movimentos sociais, às instituições públicas e não governamentais;
- o fortalecimento do coletivo, ou seja, o fortalecimento das lutas e pleitos de pessoas que possuem demandas comuns dirigidas à previdência social por meio de informação qualificada e reforço à ação coletiva destas pessoas;
- avaliação social da deficiência das pessoas que requerem o direito ao BPC nas dimensões dos fatores contextuais e de participação;
- avaliação social da deficiência para fins de acesso à aposentadoria pela pessoa com deficiência;
- emissão de pareceres que caracterizam a dependência econômica entre algumas e al-





guns seguradas(os) e suas e seus dependentes (pai/mãe, irmã/os) para fins de acesso a benefícios previdenciários;

- emissão de pareceres para caracterização do comprometimento da renda familiar, para fins de não computação dessa renda no cálculo da renda familiar para acesso ao BPC;
- realização de pesquisas sobre objetos atinentes à previdência social e aos benefícios administrados pelo INSS, cujos resultados podem subsidiar decisões significativas.

O conjunto dessas e outras ações repercute diretamente na ampliação do acesso aos benefícios administrados pelo INSS em decorrência das informações e da avaliação social qualificadas. Um exemplo nessa direção é que entre 2004 e 2009, em média 70,55% dos benefícios requeridos por pessoas com deficiência eram indeferidos, em 2009, caiu para 58,47% com a participação do serviço social na avaliação social, uma redução de 12,08% e a partir então a queda ficou em torno de 17% (Silva, 2012, p.394-395). Essas ações repercutem também no aumento do número de seguradas(os); na redução das tensões entre o INSS e as(os) seguradas(os); na redução das filas presenciais e virtuais; na redução das desigualdades entre ricos e pobres, uma vez que o acesso aos benefícios eleva a renda básica das pessoas pobres, que é composta sobretudo pelas aposentadorias, pensões e BPC; na redução das desigualdades entre homens e mulheres, pois, as mulheres são a maioria nas aposentadorias por idade e também as principais beneficiárias das pensões; na inibição da atuação dos intermediários no processo de reconhecimento de direitos; entre outros aspectos. Já o cerceamento ou inibição das ações profissionais de assistentes sociais do serviço social do INSS poderá ter efeito reverso em relação ao que foi mencionado, além de contribuir para a deterioração do padrão de vida das trabalhadoras e dos trabalhadores pelo não acesso aos benefícios. Isso, poderá contribuir para aprofundar a desigualdade social.

Essas são algumas das razões que não apenas justificam, mas mostram a necessidade e importância do serviço social do INSS e sua contribui-

ção para o fortalecimento do projeto ético-político profissional e redução das desigualdades em nosso país. Não por acaso este é um serviço que existe há 80 anos e tem grande aceitação e reconhecimento social. Mas, está sendo desestruturado pela ação destrutiva das forças neoliberais que predominam nas estruturas de comando do INSS e segue fortalecendo a perspectiva produtivista do trabalho por plataformas digitais, orientado por metas e bônus definidores do valor das remunerações, em detrimento do atendimento presencial de qualidade e voltado para a garantia dos direitos. O padrão *médio* e a *teleavaliação* refletem essa direção e se colocam na contramão da perspectiva do direito, que orienta o trabalho do serviço social, como será demonstrado.

3. O BPC e a conquista da Avaliação Social

O BPC constitui uma provisão não contributiva da política de assistência social, assegurada pela Constituição Federal de 1988, no âmbito da seguridade social. É um benefício individual, não vitalício e intransferível, no valor de um salário-mínimo, voltado para as pessoas com deficiência e pessoas idosas acima de 65 anos, que não possuem meios de se manterem ou de serem mantidas por suas famílias. (Brasil, 2007). É a única renda básica com tais características que existe na atualidade nos países capitalistas que se movem sob a égide neoliberal. Sua regulamentação ocorreu através da Lei nº 8.742 de 07 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica de Assistência Social- LOAS) e sua implementação iniciou a partir de 01 de janeiro de 1996. O MDS e outros ministérios que posteriormente passaram a gerir a política de assistência social são os responsáveis pela coordenação geral, gestão e financiamento do BPC e INSS é o responsável pela operacionalização do benefício. A renda familiar *per capita* estabelecida na LOAS é igual a $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo, permitindo flexibilizações, considerando ações civis públicas e, posteriormente, alterações através da Lei 14.176/21. A pessoa com deficiência elegível para acesso ao BPC era aquela considerada incapacitada para o trabalho e para a vida independente, até 2011, quando a LOAS foi alterada, inclusive a partir de pressões



sociais por discordância dos movimentos sociais com essa caracterização de deficiência.

O quantitativo de benefícios (BPC) para as pessoas com deficiência mantidos em junho de 2024 totalizava 3.365.028 (BEPS- Boletim Estatístico da Previdência Social -junho de 2024). Importante o registro que este benefício é o primeiro, em provisão, que abrange crianças e adolescentes e que não exige a existência de vínculo de trabalho. A conquista histórica do BPC reflete no enfrentamento das desigualdades sociais e combate à pobreza extrema, significando grande repercussão na vida de milhões de pessoas e deve ser objeto de defesa intransigente dos movimentos sociais.

Em 2005, o MDS instituiu um Grupo de Trabalho Interministerial - GTI, formado por técnicos do MDS e do INSS, visando desenvolver estudos e pesquisas relacionados à classificação da deficiência e avaliação de incapacidade. Esta iniciativa compunha ações que objetivavam propor parâmetros, procedimentos e instrumentos de avaliação da deficiência e grau de capacidade das pessoas com deficiência para acesso ao BPC. (Brasil, 2007).

A criação do GTI visava atender às reivindicações dos movimentos sociais, que culminaram em deliberações aprovadas em diversas conferências de assistência social. Havia uma grande insatisfação com o *modelo médico* por esse não ser suficiente para abarcar as diferentes dimensões que compõem o fenômeno da deficiência. A avaliação da deficiência restrita à perícia médica gerava índices elevados de indeferimento e falta de nitidez dos critérios utilizados. Era uma avaliação meramente biomédica centrada na função do corpo. Além disso, o conceito de incapacidade para o trabalho e vida independente restringia-se à análise da realização das atividades diárias mais elementares. O Decreto 1.744/1995, que regulamentava esse tema, atrelou a concepção de incapacidade para a vida independente e trabalho à irreversibilidade da lesão ou *anomalia* e definiu como sinônimo de vida independente as atividades da vida diária, e o entendimento desta última, como vida autônoma. Vida independente restringiu-se à análise do autocuidado e ao aten-

dimento de um mínimo biológico de sobrevivência. Essa visão tornou-se ainda mais restritiva do que a prevista na Loas.

Todavia, a luta pela mudança desse conceito ganhou força, em 2006, com a aprovação da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência, na Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas, com a participação do Brasil em sua construção e da qual o país tornou-se signatário em março de 2007. O Congresso Nacional aprovou, em 09 de julho de 2008, essa Convenção, pelo Decreto Legislativo nº 186, equivalente à Emenda Constitucional.

De acordo com a Convenção são pessoas com deficiência “aquelas que têm impedimentos de natureza física, mental, intelectual ou sensorial, os quais, em interação com diversas barreiras, podem obstruir sua participação plena e efetiva na sociedade em igualdade de condições com as demais pessoas” (Decreto Legislativo 186, de 09.07.2008). Este conceito foi orientador para implantação do Novo Modelo de Avaliação da Deficiência para acesso ao BPC e adotado em 2011 na LOAS, através da Lei 12.435, de 6 de julho de 2011, em relação ao BPC e em 2015 na Lei Brasileira de Inclusão, em relação aos demais direitos das pessoas com deficiência.

Em 2007 foi publicado o Decreto 6.214/2007 que introduziu a avaliação social ao processo de avaliação para acesso ao BPC, juntamente com a avaliação médico pericial, estabelecendo o prazo de 2 anos para sua implantação. Mas, ainda considerava pessoa com deficiência àquela incapaz para o trabalho e vida independente. O objetivo do processo avaliativo volta-se para caracterização 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 Assembleia Mundial da Saúde, em 22 de maio de 2001. O conceito de deficiência, da Convenção foi introduzido neste decreto, para fins de BPC, em 2011, pelo Decreto nº 7.617.

A CIF está estruturada em duas seções: uma referente à Funcionalidade e Incapacidade, que



apresenta dois componentes – “Corpo” e “Atividades e Participação” e outra referente aos “Fatores Contextuais”, compostos pelos fatores ambientais e pessoais. Importante o registro que os fatores ambientais têm impacto sobre todos os componentes da funcionalidade e incapacidade. A perícia médica é responsável pela avaliação das funções do corpo, o Serviço Social realiza a avaliação dos fatores contextuais (ambientais e pessoais) e ambos avaliam itens específicos do componente “Atividade e participação”, denominados domínios, conforme divisão realizada considerando as características e competências específicas de cada área. Os fatores contextuais abrangem a análise por assistentes sociais dos seguintes domínios: Produtos e tecnologias; Ambiente natural e mudanças ambientais realizadas pelo homem; Apoio e relacionamentos; Atitudes e Serviço e sistemas e políticas. Em relação ao componente “Atividade e Participação”, a avaliação dos domínios Vida doméstica; Relações e interações interpessoais, Áreas principais de Vida e Vida Comunitária, social e cívica ficam sob a responsabilidade da(o) assistente social. A avaliação social deve preceder a avaliação pericial, como definiu o GTI, pois além de qualificar as barreiras e as dificuldades existentes, subsidiará a perícia médica com análise dos fatores ambientais, que têm impacto na função do corpo, na definição do prazo de impedimento e no desempenho da pessoa com deficiência (Brasil, 2007).

Nesse sentido, o BPC foi o primeiro direito para cujo usufruto adotou-se o conceito mais amplo de deficiência em 2011 com a introdução da avaliação social no processo de avaliação das pessoas com deficiência, com respaldo na CIF desde 2009.

Aqui é importante ressaltar que, a Convenção da ONU adota a concepção que a deficiência é um conceito em evolução, resultante da interação das pessoas com deficiência com o meio no qual estão inseridas. A responsabilidade é deslocada do indivíduo e da família para o Estado e a sociedade. As deficiências não são atributos meramente individuais, mas produzidas e reproduzidas nas relações sociais estabelecidas, incluídas diversas dimensões presentes em determinada sociedade. Conhecer e qualificar as barreiras sociais e as dificuldades presentes referentes

às limitações do desempenho de atividades e a restrição da participação social é o objetivo da avaliação social. (Brasil, 2007)

Desse modo, é preciso conhecer e qualificar o impacto que essas barreiras desempenham na participação plena da pessoa com deficiência na sociedade, em igualdade de condições com as demais pessoas. Avaliar barreiras sociais e desempenho envolve considerar as condições sociais, com seus aspectos culturais, políticos, econômicos, atendimentos das necessidades básicas de vida para além da sobrevivência, identificar situações de preconceitos muitas vezes enraizadas e banalizadas, conhecer as interações e apoio familiar existentes, conhecer o território, o entorno no qual a pessoa está inserida, a oferta de serviços públicos com qualidade e regularidade, dentre outras análises. Nessa perspectiva, a presencialidade é uma condição essencial ao desenvolvimento coerente, técnico e ético da avaliação social, de forma a atender todos os seus requisitos fundantes e objetivos aos quais se destina.

Deve-se considerar a história de vida da pessoa requerente, com sua singularidade e unicidade, organicamente vinculada à contextualização histórica de classe, raça, gênero, com utilização de conceitos que tenham como horizonte a ampliação de direitos.

A realização da avaliação social exige condições objetivas para que a relação entre o profissional e a pessoa com deficiência possa se dar em um ambiente favorável, estabelecendo confiabilidade, uma relação horizontal e respeito ao sigilo. Ademais, exige tempo hábil de realização para que o processo avaliativo ocorra com qualidade técnica e com compromisso ético exigido pelo Código de Ética profissional.

Ressalta-se ainda, que a/o assistente social, na maioria das vezes, estará com aquele/a requerente uma única vez. Assim, essa pessoa precisa ser bem informada sobre o que é o benefício, o objetivo da avaliação, sobre possíveis encaminhamentos, análise da situação previdenciária para acessos futuros, dentre outras questões, além do processo avaliativo em si.



A dimensão política pedagógica, tão fundamental na profissão, deve direcionar todo o processo avaliativo, para que não prevaleça o tecnicismo e a rotinização. A análise dos dados e a realização da história de vida exigem coerência com a qualificação atribuída em cada domínio, com respaldo em conceitos que ampliem direitos e não reproduzam o senso comum. É fundamental que a avaliação se desenvolva em consonância com as diretrizes ético-política, técnico-operativa e teórico-metodológica. O saber especializado da(o) assistente social ao analisar a dimensão social presente em determinado fenômeno deve se respaldar no arcabouço normativo da profissão regulamentada, nas conquistas históricas e no Projeto Ético Político.

Esses condicionantes para uma avaliação social de qualidade evidenciam a importância da avaliação presencial, que possibilita trocas efetivas entre as(os) assistentes sociais e as pessoas com deficiência requerentes ao BPC, reduzindo barreiras nessa relação que deve ser a mais horizontalizada, ética e contextualizada possível. Além disso, a presencialidade como elemento redutor de barreiras constitui uma das formas de o Estado cumprir a sua função na relação com as pessoas com deficiência de criar possibilidades para que o acesso aos direitos ocorra respeitando suas diversidades, mas em igualdade de condições, comparativamente às demais pessoas. Eliminar barreiras é o seu papel nessa relação e não as erguer. Cabe à(o) assistente social reforçar essa perspectiva.

4. O padrão médio e a teleavaliação: as implicações ético-política e social

A aceleração das inovações tecnológicas tem sido uma marca dos tempos atuais. O INSS sempre ocupou lugar de destaque como espaço experimental de novas tecnologias nos serviços públicos. O seu alcance social tem feito com que seja um alvo importante do Estado na direção da digitalização de seus serviços. O contexto pandêmico de 2020 potencializou a intensificação do uso de tecnologias digitais de informação e comunicação para viabilização dos serviços sob

sua competência. Além disso, acelerou o uso do teletrabalho. Foi nesse contexto que, em 2021, foi instituída a *teleavaliação* e o *padrão médio* com o propósito de reconhecer o grau da deficiência e do impedimento das pessoas com deficiência requerentes ao BPC. Inicialmente, a *teleavaliação* (avaliação social realizada por teleconferência) foi instituída em caráter excepcional, por meio da Lei 14.176 de 22 de junho de 2021. Posteriormente, tornou-se permanente, com repercussão em todo o território nacional. A competência de sua realização cabe às(aos) assistentes sociais do INSS, lotadas(os) no serviço social do INSS. A *teleavaliação*, em geral, é realizada por assistentes sociais que optaram pelo teletrabalho. Assim, enquanto as(os) profissionais encontram-se em seu ambiente domiciliar, as(os) requerentes ao BPC dirigem-se a uma sala de alguma APS adaptada para esta modalidade de atendimento. Muitas vezes o profissional encontra-se em uma unidade da federação completamente distinta daquela em se encontra o requerente ao BPC e o seu desconhecimento dos fatores contextuais e ambientais é completo. Isso, por si, já compromete a qualidade da *teleavaliação*. Ademais, a comunicação com as pessoas com deficiência, mediada por tecnologias, a depender da deficiência, fica totalmente comprometida. Já o *padrão médio*, dispensa totalmente a avaliação social e é utilizado para a concessão ou manutenção do BPC, desde que tenha sido feita a avaliação médica e constatado o impedimento por longo prazo.

Vale lembrar que a *teleavaliação* é apenas mais um dos serviços ofertados pelo INSS, mediados pelas tecnologias de informação e comunicação digitais, como desdobramento do projeto “INSS Digital”, iniciado em 2017. O aplicativo “Meu Inss” representou o grande salto na digitalização dos processos de trabalho nesse órgão público federal. Dessa forma, a *teleavaliação* precisa ser compreendida no contexto do avanço da plataformização dos serviços públicos, que tem se revelado como mais um mecanismo de exclusão de direitos, uma vez que o acesso às tecnologias e o domínio de seu manuseio é totalmente desigual no Brasil. E, os limites de acesso e manuseio adequado ocorrem exatamente por parte de quem tem menor renda, menor escola-

ridade e reside em regiões onde a infraestrutura para viabilizar a internet é mais precária. Isso termina por afetar grande parcela das pessoas que procuram o INSS, em que se incluem as pessoas requerentes ao BPC. Ademais, o controle sobre o desenvolvimento e finalidade das tecnologias digitais no âmbito do Estado não é feito com a participação social.

Nessa modalidade de serviços digitais, destacam-se as experiências iniciais do chamado “atestmed”, do “Meu INSS” e do canal 135, que têm sido objeto de críticas e reclamações por parte de segurados e de pessoas que precisam dos serviços do INSS. Nesse sentido, a *teleavaliação* como requisição ao serviço social do INSS e que seguem um direcionamento excludente e confrontam-se com as diretrizes e objetivos que orientam o trabalho das(os) assistentes sociais do Serviço Social do INSS sob a perspectiva da MTMSS. Aqui, obviamente não se trata de uma posição contrária às inovações tecnológicas. Mas, ao seu emprego pelo Estado em circunstâncias que, ao invés de transpor barreiras e favorecer o acesso aos direitos, ergue barreiras que limitam o acesso aos direitos e impõe uma nova direção social, ética, técnica e política ao Serviço Social na previdência. Nessa atividade, as trocas pedagógicas na relação com o requerente ao BPC ficam comprometidas, não apenas pela tensão que a *tela* pode provocar na(o) requerente, mas, pelas limitações da percepção de gestos, movimentos e expressões corporais que a barreira da *tela* impõe à(o) profissional. Assim, a *teleavaliação* tem provocado uma desconfiguração completa da avaliação social construída coletivamente, com o propósito de qualificar a avaliação da deficiência para fins de acesso ao BPC.

Além da *teleavaliação* como atividade crescente no INSS, outras medidas têm prejudicado o modelo de avaliação social em sua versão original. Um exemplo é a inversão da ordem de realização da avaliação, dando primazia à avaliação realizada pelos médicos peritos.

O modelo social de avaliação da deficiência, que amplia o restrito modelo médico anteriormente utilizado, foi construído coletivamente, sob rigor técnico e científico, envolvendo docentes, pes-

quisadores e profissionais renomados em suas áreas de atuação, conforme exposto no item anterior. Ao ser concebida, a compreensão é que a avaliação social, realizada pelas(os) assistentes sociais deveria ocorrer antes da avaliação pela perícia médica, pois seus componentes poderiam, inclusive, subsidiar a avaliação médica, dada a contextualização da pessoa com deficiência no seu território, que a avaliação social possibilita. E assim ocorreu por muitos anos. Ao ser feita essa inversão, na qual a avaliação da perícia médica passa a ser realizada antes da avaliação social feita pela(o) assistente social, em diversas situações, a avaliação social nem chega a ser realizada. Ou seja, quando a perícia médica reconhece que não se trata de um *impedimento de longo prazo*, o requerimento do BPC tem sido automaticamente indeferido. Há também situações em que a perícia reconhece que se trata de uma pessoa com deficiência cuja função do corpo apresenta impedimentos graves, adotando-se nesta situação o *padrão médio* de avaliação (algoritmizado), dispensando a avaliação social. Em ambas as situações a participação da(o) assistente social é eliminada do processo de avaliação da pessoa com deficiência para fins de acesso ao BPC. Isso além de descaracterizar o modelo inicial, pode limitar o acesso ao benefício, na medida em que a avaliação social tem potencial de alterar o resultado da avaliação. Portanto, a lógica de inversão da realização das avaliações social e médica é restritiva de direitos e ao impedir a avaliação social manifesta grave ingerência sobre atribuições privativas da(o) assistente social.

O discurso oficial para a adoção dessas medidas é que essa modalidade de atendimento reduziria a fila de espera pelo BPC destinado às pessoas com deficiência. Porém, os dados têm demonstrado o contrário. As filas virtuais são enormes e o tempo médio de concessão de benefícios tem se alargado, além do crescente número de indeferimentos e judicializações (Silva e Souza, 2021). Na realidade, essas requisições institucionais, *teleavaliação* e *padrão médio*, fazem parte do projeto de esvaziamento e fragilização do serviço social no INSS. Essas requisições juntamente com outras ações, a exemplo do *home office*, do trabalho híbrido, dos programas de gestão e



do programa de redução de filas, que implica em pagamento de bônus por mais trabalho, expressam a busca institucional por construir espaços virtuais, reduzindo custos com a manutenção das estruturas físicas das instituições públicas. Com isso, parcela expressiva do orçamento público que seria destinado às políticas sociais é direcionada para os compromissos financeiros do governo federal, como os serviços e amortização da dívida pública. Ademais, tais medidas, sobretudo, a *teleavaliação* e o *padrão médio*, expressam a precarização do trabalho e a redução da qualidade dos serviços públicos prestados à população, além de materializar o *ato médico* na avaliação da deficiência.

O recurso ao mundo digital tem limites que não podem ser superados no âmbito do trabalho profissional. Não se trata apenas de procurar estabelecer as melhores trocas possíveis, pois estes elementos não são capazes de superar os limites de uma avaliação por teleconferência, nem de possibilitar uma relação pedagógica. As pessoas que são atendidas pelo serviço social do INSS, salvo raras exceções, com já mencionado, apresentam grandes dificuldades para manusear tecnologias de comunicação ou plataformas digitais; não possui acesso aos meios ou ferramentas de conectividade digital (internet, computador, celular, tablet) que, em sua grande maioria, já é limitado pelo próprio critério de renda estabelecido em lei (Silva e Souza, 2021). Vê-se que o próprio Estado brasileiro, a despeito da luta das pessoas com deficiência por rompimento de barreiras, cria novas barreiras para acesso às políticas sociais. Nesse caso, as barreiras são inquestionáveis e se contrapõem ao princípio do Código de Ética vinculado à defesa da equidade e da justiça social que assegura a universalidade de acesso aos bens e serviços prestados à população.

Quando se utiliza a avaliação social mediada pelas tecnologias digitais (teleconferência) corre-se o risco de ferir os conceitos que a sustentam, em especial, o conceito de deficiência. Além disso, a teleconferência pode ser uma barreira tecnológica às pessoas com deficiência que pode limitar as respostas necessárias nesse processo de reconhecimento de direitos. A situação que envolve

as pessoas com deficiência mental/intelectual e auditiva é típica dessa limitação. Nessa mesma direção, encontram-se as pessoas do grupo social que possui neurodiversidade. Dentre as fragilidades desta modalidade de avaliação, ressalta-se o comprometimento do sigilo profissional; o desconhecimento do território em que se insere o requerente por parte do profissional; a ausência do contato direto do profissional com o requerente; a imposição da *teleavaliação* sem consulta prévia às(aos) requerentes e do constrangimento capacitista às pessoas com deficiência, dentre outros, culminando na limitação do acesso aos direitos.

Quanto ao sigilo profissional, tem-se que no ato da avaliação social se aborda diversos aspectos da vida das(os) sujeitos: discriminação, preconceito, violências, situação familiar com dificuldades vivenciadas diante da condição socioeconômica, acesso aos serviços e políticas públicas, além de situação de violências e opressões variadas. Essas dimensões da vida humana não podem ser apartadas do processo de trabalho que somente o estabelecimento de vínculos, por meio do trabalho presencial pode materializar. Para que se garanta o sigilo, tanto a(o) profissional quanto a(o) requerente, devem desfrutar de um espaço em que se sintam seguros e confortáveis, sabendo que não serão ouvidas(os) por pessoas estranhas aos processos avaliativos. A *teleavaliação* não é capaz de garantir esse espaço. E, assegurá-lo deixa de ser uma possibilidade com incidência da(o) assistente social, uma vez que esse profissional não pode garantir que o atendimento não esteja sendo gravado ou que não tenham pessoas estranhas ao processo avaliativo junto à(ao) requerente.

Além disso, é preciso refletir sobre como interagir com um(a) pessoa que se vê, em um primeiro e talvez único contato, através de um recorte por meio de uma tela de computador, sem sequer visualizá-lo na íntegra; sobre como fica a observação daquilo que não é dito, das expressões corporais, do silenciamento; sobre o conhecimento do território e dos serviços públicos ofertados, principalmente no caso de profissionais que não vivenciam o território, não o conhecem, não realizam o cadastro das insti-



tuições (Moreira, 2024). Essas são questões que precisam ser problematizadas porque a *teleavaliação*, como já mencionado, abre a possibilidade de atendimento a um público de regiões distintas daquela em que o profissional atende presencialmente. Para que se possa mensurar as diversas barreiras enfrentadas pelas pessoas com deficiência, precisa-se conhecer o território onde ela vive os serviços ofertados no contexto em que estão inseridas. Realizar a avaliação social requer conhecimento técnico-operativo, teórico-metodológico e ético-político. São esses conhecimentos que permitirão uma aproximação com a realidade da população atendida e o conhecimento de suas demandas. Como lembra Moreira (2024, p. 149), a avaliação social não se resume no preenchimento de “formulários de forma mecânica, padronizada e rotinizada” mas é proveniente de um estudo social profundo e criterioso do território, do entorno em que se vive, da realidade econômica, do contexto de violência e violações das e dos requerentes e suas famílias, para, a partir daí identificar as barreiras (econômicas, familiares, de acesso às políticas sociais, urbanísticas, arquitetônicas, atitudinais, de comunicação e informação, dentre outras) que impeçam que elas(es) vivam em igualdade de condições com as demais pessoas.

Assim, a *teleavaliação* e o *padrão médio* alteram o processo de trabalho no qual as(os) assistentes sociais do INSS estão inseridas e limitam o seu alcance. Além do necessário retorno ao modelo original, é preciso lembrar que o trabalho do serviço social na previdência social não se limita à realização de avaliação social da pessoa com deficiência. É preciso recuperar a dimensão histórica, pedagógica e socioeducativa do serviço social na realização de todas as ações sob sua competência. Essa dimensão socioeducativa deve acontecer em cada atendimento e deve ser voltada para o fortalecimento do coletivo, por meio da socialização de informações, da emissão de pareceres sociais ou ainda da consultoria e assessoria aos movimentos sociais e instituições públicas, como historicamente realizado. A *teleavaliação* prejudica o papel pedagógico da socialização de informações sobre os direitos e distancia o profissional dos requerentes ao BPC. Alimenta

práticas capacitistas e sua realização pode ser dissociada do estabelecido pelo art. 88 da Lei 8.213/1993, ou seja, da perspectiva de acesso aos direitos.

5. Posicionamento político e recomendações do CFESS à categoria

Diante do exposto, o Conselho Federal de Serviço Social, ao ratificar o seu compromisso político e técnico com o combate à exploração e enfrentamento a todos os tipos de opressões, com a defesa dos interesses e necessidades da classe trabalhadora, com a emancipação humana, com a defesa dos direitos sociais e do respeito à diversidade, **reconhece, reafirma e ressalta** a relevância do serviço social do INSS.

Além disso, assume a defesa intransigente deste serviço e das condições éticas e técnicas para o exercício profissional naquela autarquia, ratificando as diretrizes, objetivos, ações e estratégias da Matriz Teórico Metodológica do Serviço Social como direção ético-política do trabalho profissional. Pois a MTMSS expressa o compromisso do serviço social com a classe trabalhadora, com seus direitos e com a democracia. Dessa forma, mais uma vez, este Conselho coloca-se contrário a todas as tentativas de desmonte e descaracterização desse serviço, das ações e atividades profissionais e dos instrumentos de trabalho construídos sob a perspectiva do acesso aos direitos. Aqui, destaca-se **o posicionamento ético-político e técnico contrário à teleavaliação como uma requisição dirigida ao serviço social do INSS e ao padrão médio, que inibe o trabalho profissional, ao mesmo tempo em que, reafirma a avaliação social presencial, como a forma coerente, técnica e ética de avaliar a deficiência das pessoas requerentes ao BPC.**

Além disso, recomenda às(aos) assistentes sociais do INSS, que assumam coletivamente a defesa do serviço social a partir da competência estabelecida pelo artigo 88º da Lei 8.213/91, fundamentada pela MTMSS baseada no Código de Ética Profissional e Lei que regulamenta a pro-



fissão, e materializada pelo Manual Técnico do Serviço Social do INSS, associada à defesa:

- da seguridade social como um sistema capaz de reduzir as desigualdades sociais;
- do BPC e da universalização de seu acesso, como uma renda básica, no valor de um salário-mínimo, essencial às pessoas idosas e pessoas com deficiência que não possuem condições de se manterem e nem de serem mantidas por suas famílias;
- da avaliação social presencial com duração mínima que garanta atendimento de modo coerente, técnico e ético para avaliar a deficiência das pessoas requerentes ao BPC, conforme orientação da própria autarquia por meio do PARECER TÉCNICO Nº 2/2012 INSS/DIRSAT/DSS e da PORTARIA INSS/DIRBEN Nº 1.208, DE 29 DE MAIO 2024;
- avaliação social da deficiência das pessoas que requerem o direito ao BPC nas dimensões dos fatores contextuais e de participação;
- dos pronunciamentos, notas técnicas e resoluções do CFESS, que apontam os pilares éticos e profissionais construídos pela categoria, com base na Lei que regulamenta a profissão (Lei 8.662/1993), principalmente em seus artigos 4º e 5º, que estabelecem, respectivamente as competências e atribuições privativas da(o) assistente social; no Código de Ética Profissional, em destaque, no que diz respeito ao **sigilo profissional** e a **qualidade dos serviços prestados à população**;
- do cumprimento da jornada de 30h semanais, nos termos da Lei 8.662/1993;
- da ampliação do quadro de assistentes sociais por meio de realização de concurso público;
- da construção democrática e da implantação

de uma nova estrutura organizacional para os serviços previdenciários que valorize o serviço social na instituição e permita melhor desenvolvimento de ações e atividades nacionalmente articuladas;

- da escolha democrática para os cargos de representação técnica do serviço social em todos os níveis da estrutura organizacional;
- de valorização salarial e não processos de bonificações produtivistas;
- de espaços de construção coletiva que permita a leitura atenta da realidade atual, lembrando que o “teletrabalho ou trabalho remoto se insere como um dos experimentos para intensificar a exploração do trabalho e dificultar a organização da classe trabalhadora” (CFESS, julho/2020);
- de espaços de supervisão técnica e trocas coletivas que possibilitem à categoria amadurecer e refletir as questões do exercício profissional, tendo como referências as dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa;
- de espaços e instâncias do conjunto CFESS/ CRESS como lugares privilegiados de construção de estratégias profissionais para a defesa de condições éticas e técnicas para o exercício profissional;

A construção das lutas e estratégias com vistas ao fortalecimento do Projeto Ético Político profissional pressupõe compromisso efetivo com as demandas e necessidades da classe trabalhadora, bem como com o fortalecimento de suas lutas e reivindicações.

Assim, na condição de trabalhadoras e trabalhadores do INSS, a defesa da avaliação social presencial, nos termos deste documento, é um compromisso ético, técnico e político.



Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **“Avaliação das pessoas com deficiência para acesso ao Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social: um novo instrumento baseado na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde.** Brasília: MDS, 2007.

BRASIL. Decreto Legislativo 186, de 09.07.2008. **Aprova o texto da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com deficiência e de seu Protocolo Facultativo, assinados em Nova Iorque, em 30.03.2007.** Diário Oficial da União 10.07.2008.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Secretaria de Regime Geral de Previdência Social. **Boletim Estatístico da Previdência Social** Brasília, v.29, n.06, junho 2024. Disponível em <https://www.gov.br/previdencia/pt-br/assuntos/previdencia-social>. Acesso em: 19 jul.2024.

CFESS. **Teletrabalho e Teleperícia: orientações para assistentes sociais.** Acesso em 16 de agosto de 2024. Disponível em [teletrabalho-telepericia-2020CFESS.pdf](https://www.cfess.org.br/teletrabalho-telepericia-2020CFESS.pdf)

MOREIRA, Marinete Cordeiro. Trabalho Remoto, política previdenciária e mercadorização do serviço público, IN: **Serviço Social e Tecnologias: reflexões coletivas.** Org. VELOSO, Renato e SIERRA, Vânia Morales. Curitiba: CRV, 2024, p.139-153.

SILVA, Maria Lucia Lopes da. **Previdência social no Brasil: (des)estruturação do trabalho e condições para universalização.** São Paulo: Cortez, 2012.

SILVA, MLL da e SOUZA, MO. “As contradições na Implementação dos serviços digitais e do teletrabalho no Instituto Nacional do Seguro Social.” In: SALVADOR, E. (et al). **Política Social e cooperação no Centro-Oeste Brasileiro.** Embu das Artes, São Paulo: Alexa, 2021.

