

O BPC E A ASSISTENCIALIZAÇÃO DA SEGURIDADE SOCIAL: RELATOS A PARTIR DA ATUAÇÃO DA ASSISTENTE SOCIAL COM PACIENTES ONCOLÓGICOS

**BPC AND SOCIAL SECURITY ASSISTANCE: REPORTING FROM SOCIAL ASSISTANT'S
ACTIVITIES WITH ONCOLOGICAL PATIENTS**

AMORIM, Camila Aparecida¹
RIBEIRO, Gustavo Zigone de Oliveira²
MOREIRA, Maitê Peccini³

RESUMO

O presente artigo é produto da experiência da assistente social residente em atenção ao câncer inserida em um hospital referência em oncologia. O período de vivência na unidade, no atendimento ao usuário diagnosticado com câncer, foi oportuno para observar que uma parcela significativa dos usuários atendidos vivencia a assistencialização da seguridade social. Para essa parcela de usuários o Benefício de Prestação Continuada (BPC) da política de Assistência Social, destaca-se como um direito necessário a garantia das condições básicas de sobrevivência. Nesse contexto de desproteção e assistencialização de direitos o(a) assistente social é chamado constantemente a intermediar a garantia de acesso aos direitos desses usuários. Esse estudo tem como objetivo portanto, descrever os aspectos observados durante o período de prática e tecer uma análise crítica sobre o BPC enquanto um direito social do paciente oncológico. Trata-se de um relato de experiência, descritivo, de natureza qualitativa. O estudo demonstra a importância da atuação profissional e do benefício na vida dos pacientes oncológicos e marca sua centralidade na proteção social onde se configura como um direito social restrito porém necessário.

Palavras-chave: BPC; Seguridade Social; Assistencialização; Paciente Oncológico.

ABSTRACT

¹ Residente do Programa de Residência Multiprofissional em Atenção ao Câncer do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES - camilaamorim.heci2018@outlook.com.

² Orientador: Enfermeiro Mestre em Administração de Empresas pela FUCAPE-ES. Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim- ES - gustavo.ribeiro@heci.com.br.

³ Co-Orientadora: Especialista em Atenção ao Câncer pelas Instituições Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-HECI e Centro Universitário São Camilo-ES, graduada em Serviço Social pela Universidade Federal do Espírito Santo. Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim-ES – maitepeccinim@hotmail.com.

This article is a product of the experience of the resident cancer care social worker in a referral hospital in oncology. The period of experience in the unit, in the care of users diagnosed with cancer, was opportune to observe that a significant portion of users assisted experience social security assistance. For this portion of users, the Continuous Benefit Benefit (BPC) of the social assistance policy stands out as a necessary right to guarantee basic survival conditions. In this context of unprotected and assisted rights, the social worker is constantly called to broker in guaranteeing access to the rights of these users. This study aims, therefore, to describe the aspects observed during the practice period and to make a critical analysis about the BPC as a social right of the cancer patient. This is an experience report, descriptive, of a qualitative nature. The study demonstrates the importance of professional performance and benefit in the lives of cancer patients and marks its centrality in social protection where it is configured as a restricted but necessary social right.

Key words: BPC; Social Security; Assistance; Cancer Patient.

INTRODUÇÃO

O Benefício de Prestação Continuada (BPC)⁴, disposto na Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS), tem por objetivo assegurar ao idoso com idade igual ou superior a 65 anos e a pessoa portadora de deficiência que comprovem não possuir meios de garantir a própria sobrevivência ou de tê-la provida pela sua família, um benefício mensal no valor de um salário-mínimo, observado o critério de renda familiar per capita, que deve ser inferior a $\frac{1}{4}$ do salário-mínimo vigente. Trata-se de um benefício assistencial que integra os programas de transferência de renda no Brasil e por sua vez, se legitima como segurança de rendimentos, pois se configura como auxílio monetário, garantido em lei.

Considerando o BPC como um direito garantido a pessoa portadora de deficiência, observamos, que historicamente o conceito de deficiência tem alcançado um significado mais amplo. A deficiência que anteriormente era centralizada no modelo biomédico e nas limitações do corpo biológico, passa a considerar aspectos sociais, bem como as desigualdades inerentes a uma sociedade dividida em

⁴ Benefício incorporado pelo sistema descentralizado e participativo denominado Sistema Único de Assistência Social (Suas).

classes, que impõe limitações e restrições no acesso a bens e serviços. A partir do conceito ampliado de deficiência, o câncer, como doença crônica e incapacitante devido ao tratamento complexo e continuado, configura-se como deficiência no âmbito das políticas públicas (HUESCA et al., 2016).

O atendimento aos usuários diagnosticados com câncer, permitiu observar que o enfrentamento a doença interfere diretamente no contexto social, econômico, cultural, psicológico e familiar desses indivíduos. Dentre todas as expressões vivenciadas pelo paciente oncológico, a perda da capacidade laborativa, seja ela permanente ou temporária, tem se apresentado como uma demanda social recorrente, agravada pela atual conjuntura da política de proteção social.

Observa-se portanto que o processo saúde-doença está intrinsecamente relacionado a dinâmica sócio histórica do trabalho. Assim, o paciente oncológico enquanto classe trabalhadora está sujeito as mazelas inerentes ao atual contexto de precarização das condições de trabalho, evidenciadas pelo aumento da informalidade e pela flexibilização e desregulamentação das relações de trabalho, tendências estas que levam a restrição e perda de direitos (MELO et al., 2017).

Durante os atendimentos aos usuários, observou-se que as orientações relacionadas ao direito e acesso ao BPC, tem se apresentado como uma demanda recorrente ao assistente social inserido no setor de oncologia do hospital de referência. O aumento da demanda pelo benefício expressa um acréscimo na parcela de trabalhadores em condições informais de trabalho, bem como evidencia o processo de assistencialização⁵ da seguridade social.

Por seguridade social, compreende-se um conjunto de ações e políticas sociais cujo fim é amparar e assistir o cidadão e a sua família em situações como velhice, doença e o desemprego. De acordo com a Constituição Federal/1988 em seu artigo 194, “a seguridade social compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa dos Poderes Públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social” (BRASIL, 1988, p. 117).

⁵ Conforme Moraes (2010, p. 179) a assistencialização das políticas sociais “[...] se caracteriza pela compressão das políticas públicas garantidoras de direitos, [...] destaque da Assistência Social como principal mecanismo de combate à pobreza, pela ampliação do setor privado e das parcerias público-privado, assim como da garantia de serviços públicos, gratuitos, focalizados e emergenciais”.

Constitucionalmente a saúde configura-se como uma política pública de acesso universal, um direito de todos e dever do Estado. Entretanto, o que temos observado na realidade apresentada pelos usuários que chegam até o serviço de alta complexidade, para tratamento de câncer, é que a universalidade esbarra nas condições desiguais de acesso. Além dos agravos à saúde, o mesmo usuário vivencia a condição de desamparo social, uma vez que o caráter contributivo da política de previdência social exclui do direito ao seguro social, aqueles que não compõem o grupo de trabalhadores formais. Nesse contexto de restrição de direitos, a política de assistência social, de caráter não contributivo, estendendo-se a quem dela precisar, toma centralidade diante as demais políticas que compõem o tripé da seguridade social. Assim, os programas de transferência de renda da política de assistência social, mais precisamente o BPC, apresenta-se como uma oportunidade de garantia de acesso à renda, assim como as condições básicas de manutenção da vida, que vem corroborar o acesso aos fatores determinantes e condicionantes de saúde, bem como contribuir para o enfrentamento da doença.

A centralidade da política de assistência social no sistema de seguridade social, firma-se em um contexto econômico, político e social, liderado pelos ajustes neoliberais, isso significa que a política de assistência social tem sido cada vez mais seletiva e focalizada. Assim, além de burocratizar o acesso ao BPC, também cria uma parcela de usuários desassistidos por não comprovar a renda mínima exigida nos critérios da política de assistência social (MOTA, 2010).

Os fatores apresentados, decorrentes da formação acadêmica, somados as observações no processo de trabalho, são suficientes para despertar o interesse em transformar a experiência vivenciada enquanto assistente social, inserida no programa de Residência Multiprofissional do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim no eixo de Atenção ao Câncer, em um relato de experiência de valor científico.

O objetivo desse estudo consiste em descrever os aspectos observados durante o período de prática e tecer uma análise crítica sobre o BPC enquanto um direito social do paciente oncológico. Essa proposta de estudo não tem a pretensão de esgotar o assunto, mas trabalha na certeza de contribuir de forma significativa

para o aprofundamento teórico do debate e assim incitar futuros pesquisadores a dar continuidade ao assunto.

METODOLOGIA

Trata-se do relato de experiência de uma assistente social residente em atenção ao câncer, inserida no setor de oncologia do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim, localizado no sul do estado do Espírito Santo.

O relato de experiência utiliza da metodologia qualitativa. Segundo Minayo (1993) a pesquisa qualitativa vai além da quantificação de dados, permite observar e aproximar dos significados e particularidades do objeto de investigação. Assim, a análise qualitativa é o melhor método a ser aplicado em uma pesquisa social que visa trabalhar com as subjetividades humanas, pois permite uma apropriação dos significados, crenças, valores e atitudes inerentes as relações sociais (MINAYO,1993).

Vale destacar que o embasamento teórico da pesquisa provém do materialismo histórico dialético, método que permite conhecer a realidade objetivamente, sendo o conhecimento a reprodução intelectual da realidade em movimento (FILHO, 2002).

Este trabalho foi desenvolvido no segundo semestre de 2019, como resultado das primeiras observações e análise institucional, iniciada logo no ingresso à residência multiprofissional em março de 2018. O estudo se concretiza a partir da experiência e convivência diária com os pacientes oncológicos, nos diversos ambientes, neles compreendidos os ambulatorios de quimioterapia, radioterapia e clínica oncológica, que compõem o setor de oncologia do Hospital Evangélico de Cachoeiro de Itapemirim.

O presente artigo, utiliza como instrumento de coleta de dados a observação e a experiência vivenciada no processo de trabalho registrada em diário de campo.

As informações obtidas a partir da observação e registro de experiência em diário de campo, foram descritas, sistematizadas e discutidas a partir de embasamento teórico referenciado nas políticas públicas e produções científicas de autores que dialogam sobre o assunto (QUEIROZ et al., 2007).

Para o embasamento teórico da pesquisa foi necessário realizar uma revisão bibliográfica narrativa. “Os artigos de revisão narrativa são publicações amplas, apropriadas para descrever e discutir o desenvolvimento ou o “estado da arte” de um determinado assunto, sob ponto de vista teórico ou contextual” (ROTHER, 2007, p.1). Na revisão narrativa o autor tem autonomia para interpretar e analisar de forma crítica a literatura publicada (ROTHER, 2007).

BREVE RESGATE HISTÓRICO DA SEGURIDADE SOCIAL BRASILEIRA

Para melhor compreensão do debate proposto considera-se relevante iniciar um breve resgate sobre as origens da seguridade social no Brasil, levando em consideração a intrínseca relação que a seguridade social mantém com as lutas da classe trabalhadora. Logo, a teoria que nos revela a concepção da política social, corrobora com a afirmativa anterior. Sobre a política social, deve-se considerar sua inerência e funcionalidade ao modo de produção capitalista, uma vez que garante a produção e reprodução da mais-valia⁶.

Sendo assim, consideramos que esse modo de produção além de mercadorias, produz desigualdades sociais que são reconhecidas pela classe explorada, aquela responsável pela força de trabalho. Essa mesma classe que reconhece a desigualdade social também luta contra ela, gerando um desconforto e ameaça ao modelo de produção vigente. Nesse estágio de consciência de classe no qual se estabelece o reconhecimento e a reivindicação das desigualdades sociais pela classe trabalhadora, institui-se a “questão social”. Assim, ameaçada por suas próprias armadilhas a classe dominante cria estratégias e joga com a política social.

⁶ Segundo a ideologia marxista mais-valia é a apropriação de trabalho não pago (MARX, 2008).

No jogo da acumulação capitalista a política social é oferecida como direito necessário para garantir a continuidade do ciclo de produção e reprodução do capital (NETTO, 2007).

Sobre a relação entre questão social e política social, Behring e Boschetti (2011) esclarecem,

As políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento – em geral setorializadas e fragmentadas – às expressões multifacetadas da questão social no capitalismo, cujo fundamento se encontra nas relações de exploração do capital sobre o trabalho. A questão social se expressa em suas refrações (Netto, 1992) e, por outro lado os sujeitos históricos engendram formas de seu enfrentamento. Contudo sua gênese está na maneira com que os homens se organizaram para produzir num determinado momento histórico, como vimos, o de constituição das relações sociais capitalistas – e que tem continuidade na esfera de reprodução social (BEHRING; BOSCHETTI, 2011, p. 51-52).

Dadas as informações básicas a respeito da política social, voltamos a discussão do desenvolvimento histórico da seguridade social no Brasil. Ainda que a nomenclatura “seguridade social” venha surgir a partir da Constituição de 1988, o processo histórico do qual resulta, firma-se no início do século XX com o surgimento das primeiras leis de regulação social que já expressavam tensões entre trabalhadores e a elite oligárquica (SANTOS, 1979).

Com efeito, entre 1893 e 1927, é possível relacionar pelo menos cinco leis repressivas da atividade político sindical do operariado urbano, todas visando sobretudo, à expulsão de trabalhadores estrangeiros por motivos de militância sindical. Atribuía-se à infusão da experiência sindical europeia na vida operária brasileira, via imigração, a responsabilidade pela crescente mobilização da força de trabalho urbano; e, de acordo com o ideário /laissez-fariano fora da ordem do mercado só existia a "ordem" da coação, ou por outra, dava-se estabilidade à ordem do mercado pela repressão. Os magros resultados alcançados, entretanto, levariam outros atores privados a reconsiderarem o papel da força de trabalho industrial e as normas que deviam dar estabilidade à ordem social. É desse reconhecimento que surgirão as iniciativas das caixas de aposentadorias e pensões de índole remedial, isto é, compensando, minimamente, as deficiências na distribuição de benefícios, regulada estritamente que era pelo mercado na esfera acumulativa. E nesta esfera apenas o Estado poderia interferir, caso o desejasse, o que, em absoluto, correspondia à orientação da elite. Assim, cria-se o descompasso entre a política social compensatória, iniciada em

1923, e a política social via regulação do processo acumulativo, que só se iniciará após a revolução de 1930 (SANTOS, 1979, p. 72-73).

No Brasil, a proteção social tem início a partir das primeiras formas originárias da previdência social, representadas pelas CAPs – Caixas de Aposentadoria e Pensão. Criadas em 1923 pela Lei Eloy Chaves, as CAPs de iniciativa da organização privada, sem participação do Estado, custeada pelos empregados e empregadores destinava-se a algumas categorias estratégicas de trabalhadores. Posteriormente, já no período varguista, mais precisamente em 1933, foi criado o primeiro IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensão. Um marco para o sistema público de previdência social no Brasil. Os IAPs – Institutos de aposentadoria e pensões, financiados pelos trabalhadores, empresários e pelo Estado, foram gradativamente expandindo por categorias estratégicas de trabalhadores, e ofereciam um conjunto de benefícios e serviços para garantir a cobertura de riscos ligados à perda da capacidade laborativa, como: velhice, morte, invalidez e doença (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Após 1930, a política socioeconômica do país sofre importantes alterações que devem ser consideradas. A regulamentação do trabalho e o enfrentamento da questão social, são preocupações do governo de Getúlio Vargas. Assim, estrategicamente o governo Vargas, além da repreensão policial contra os grupos de trabalhadores e sindicalistas mais radicalizados da época, utiliza de práticas políticas de abrangência social, a fim de ganhar o apoio da classe trabalhadora, transformando a luta de classes em colaboração de classes (BEHRING; BOSCHETTI, 2011).

Tais práticas políticas do governo Vargas, mostra o esforço deste governo em estabelecer no país um conceito de cidadania, porém trata-se de uma cidadania regulada, distante da perspectiva de universalização. Sobre cidadania regulada Santos (1979) esclarece.

Por cidadania regulada entendo o conceito de cidadania cujas raízes encontram-se, não em um código de valores políticos, mas em um sistema de estratificação ocupacional, e que, ademais, tal sistema de estratificação ocupacional é definido por norma legal. Em outras palavras, são cidadãos todos aqueles membros da comunidade que se encontram localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas em lei. A extensão da Cidadania se faz,

pois, via regulamentação de novas profissões e/ou ocupações em primeiro lugar, e mediante ampliação do escopo dos direitos associados a estas profissões, antes que por expansão dos valores inerentes ao conceito de membro da comunidade. A cidadania está embutida na profissão e os direitos do cidadão restringem-se aos direitos do lugar que ocupa no processo produtivo, tal como reconhecido por lei (SANTOS, 1979, p. 75).

O acesso as políticas sociais existentes naquele período era direito apenas para os comprovadamente cidadãos com profissão regulamentada por lei. Em decorrência desse processo regulador, em 1930 foi criado o Ministério do Trabalho, e em 1932 a Carteira de Trabalho, documento legal que identificava a profissão do trabalhador. “A regulamentação das profissões, a carteira profissional e o sindicato público definem, assim, os três parâmetros no interior dos quais passa a definir-se a cidadania” (SANTOS, 1979, p. 76). Assim o trabalhador que cumpria todos os critérios tinha mais direitos que os demais, bem como aqueles que contribuíam de acordo com uma remuneração mais elevada, tinha acesso a melhores benefícios (SANTOS, 1979). Pode-se afirmar que esse processo de regulação da cidadania aguça as desigualdades entre a própria classe trabalhadora, pois além de dividir os trabalhadores pelo valor da remuneração, também cria a categoria de trabalhadores cidadãos e não cidadãos, neste último, compreendido aqueles trabalhadores em condição de trabalho informal ou de desemprego.

A intervenção do Estado na saúde também tem início após a década de 1930, a partir da saúde pública e da medicina previdenciária regulada através dos IAPs inicialmente e pelo INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, mais tarde. Nesse período a saúde pública restringia-se a campanhas sanitaristas, enquanto o modelo de saúde hospitalocêntrico crescia em âmbito privado e filantrópico (BEHRING; BOSCHETTI, 2011). O modelo regulado de acesso a saúde, permanece até a criação do SUS. Isso significa, que durante esse período somente tinha direito a atendimentos nas unidades de saúde os trabalhadores formais com “carteira assinada” que contribuíam para previdência social. Os indivíduos que não estavam dentro desse critério teriam de recorrer ao sistema privado ou ao atendimento em instituições assistencialistas como as Santas Casas de Misericórdia, ou aos Hospitais Universitários.

Em relação à assistência social Behring e Boschetti (2011) esclarecem que é impreciso o período em que surge como política social no Brasil. Em 1942, foi criada a LBA – Legião Brasileira de Assistência, com o propósito de atender as famílias dos pracinhas⁷ envolvidos na Segunda Guerra Mundial. A instituição era coordenada pela primeira dama, Sra. Darcy Vargas, e conservava as características de tutela, clientelismo e seletividade na relação entre Estado e Sociedade. Nesse período a assistência social era associada às instituições religiosas, ao damismo, a caridade e ao assistencialismo, uma forma de ajuda aos necessitados.

Esse período de introdução da seguridade social brasileira teve seu desfecho com a Constituição de 1988. Pela primeira vez os direitos sociais avançavam rumo a universalidade da cidadania e se desvinculava dos direitos trabalhistas. No novo modelo de seguridade social, ou melhor no legítimo modelo, há uma proposta de ampla cobertura dos benefícios. “Os benefícios passam a ser concedidos a partir das necessidades, com fundamento no princípio da justiça social, o que obriga a estender universalmente a cobertura e integrar as estruturas governamentais” (FLEURY, 2008, p. 9).

Enquanto a seguridade social avançava no campo dos direitos universais, o Brasil passava pelo auge de uma forte crise fiscal inflacionária e política que marcou a década de 1990. A partir da crise surge uma série de discussão sobre a sustentabilidade da seguridade social. Como estratégia para reestabelecer o crescimento social e econômico do país, o Estado adota uma política reformista de modelo neoliberal. Esta reforma inclui a privatização do patrimônio do Estado a permissão para o mercado gerenciar os bens e serviços públicos, bem como, a retirada do Estado da provisão de políticas sociais (FLEURY, 2008).

Diante as faces do neoliberalismo a seguridade social, segue com estratégias de seletividade dos benefícios e privatização dos serviços. Momento em que ganha forças as instituições privadas e os planos de saúde, os modelos de previdência complementar, bem como a seletividade dos benefícios assistenciais por meio dos critérios de renda focalizado na pobreza extrema.

⁷ Termo referente aos soldados veteranos do Exército Brasileiro.

A CENTRALIDADE DO BPC COMO LEGÍTIMO PROGRAMA DE TRANSFERÊNCIA DE RENDA NA SEGURIDADE SOCIAL

No contexto da reestruturação produtiva, via contrarreformas neoliberais, o Estado implementa ao modelo de seguridade social já existente, os princípios do modelo de proteção social americano. Conforme discute Vianna (2000), a inspiração no modelo americano de proteção social implanta no Brasil um sistema de seguridade social desarticulado. A participação do Estado nas políticas públicas que compõe esse sistema se reduz a poucos benefícios para os pobres, enquanto o mercado oferece proteção àqueles que podem comprar planos ou seguros privados.

O aspecto mais desastroso da americanização do sistema de saúde brasileiro, porém, consiste na sua total inversão. Financiados por recursos fiscais, distribuídos entre o governo federal e os estados (e por estes administrados), o medicaid cobre cerca de 10%; o Medicare, um seguro de saúde que integra a Social Security e se destina aos aposentados de baixa renda, beneficia outros 10%. Ou seja, um contingente aproximado de 20% de americanos pobres se encontra protegido pelo Estado, ficando o restante “aos cuidados” do mercado. No Brasil, [...] esta relação se inverte. Algo em torno de 30 milhões de pessoas – 20% da população – constitui a demanda atendida pelo mercado, os demais dependem do serviço público (VIANNA, 2000. p. 152).

Esse processo que a autora chama de americanização perversa da seguridade social brasileira, abrange as camadas mais pobres, antes excluídas da proteção social, mas, por outro lado, afasta os trabalhadores formais da classe média assalariada do sistema público, ao nivelar a cidadania social em patamares muito baixos (VIANNA, 2000).

Diante o modelo de proteção social focalizado nas camadas mais pobres, no qual o investimento público destina-se a prestação de serviços assistenciais essenciais as condições básicas de sobrevivência, serviços não lucrativos e por isso desinteressantes aos olhos do mercado, tendencialmente a política de Assistência Social se destaca dentre as demais políticas que compõem a seguridade social. Trata-se de um sistema onde a previdência social é constantemente atacada por “reformas” arbitrárias, a saúde é sucateada e a assistência social torna-se

protagonista no enfrentamento as expressões da “questão social”, a partir dos programas de transferência de renda.

Na impossibilidade de garantir o direito ao trabalho, seja pelas condições que ele assume contemporaneamente, seja pelo nível de desemprego, ou pelas orientações macro-econômicas vigentes, o Estado capitalista amplia o campo de ação da Assistência Social. As tendências da Assistência Social revelam que, além dos pobres, miseráveis e inaptos para produzir, também os desempregados passam a compor a sua clientela (MOTA, 2010. p. 16).

A centralidade da política de Assistência Social inaugura um novo patamar de cidadania. Nem regulada, nem universal, agora invertida. Fleury (1994) chama de cidadania invertida a relação social resultante do acesso aos direitos garantidos na Assistência Social, e esclarece que o acesso a tais benefícios está condicionado a perda de outros direitos de cidadania “[...] já que o indivíduo ou grupo-alvo passa a ser objeto da política como consequência de seu próprio fracasso social” (FLEURY, 1994. p. 109). No conceito da cidadania invertida o indivíduo é reconhecido pelo Estado e, portanto, tem acesso aos direitos no momento em que comprova ser um não-cidadão. Isso significa dizer, que para ter acesso aos benefícios da Assistência Social é necessário antes, comprovar não ter acesso à previdência, renda, trabalho, moradia, entre outros direitos sociais (MOTA, 2010).

Entendida as relações políticas que acompanham a história da Assistência Social no Brasil, partimos para a discussão central deste tópico, que trata da centralidade dos programas de transferência de renda com foco no BPC. Conforme destaca Araújo (2013), a Assistência Social configura-se na seguridade social como uma política de proteção social não contributiva, dentre as garantias que oferece destaca-se a segurança de rendimentos, que visa garantir que todos tenham uma forma monetária de manter sua sobrevivência, independentemente de suas limitações para o trabalho ou do desemprego. Sobre o BPC enquanto uma segurança de rendimento, a legislação estabelece:

O BPC constitui uma garantia de renda básica, no valor de um salário mínimo [...] dirigido a pessoas com deficiência e aos idosos a partir de 65 anos de idade, observado, para o acesso, o critério de renda previsto na Lei. [...] o BPC não deve ser tratado como responsável pelo grande volume de gasto ou como dificultador da ampliação do financiamento da assistência social. Deve ser

assumido de fato pela assistência social, sendo conhecido e tratado pela sua significativa cobertura [...] O BPC é processador de inclusão dentro de um patamar civilizatório que dá ao Brasil lugar significativo em relação aos demais países que possuem programas de renda básica, principalmente na América Latina (BRASIL, 2004, p. 28).

Pode-se afirmar que o BPC é o legítimo programa de transferência de renda do Brasil, e cumpre um papel integrador as demais políticas sociais, pois proporciona uma renda básica capaz de garantir condições de acesso aos direitos sociais, como: moradia, alimentação e transporte (ARAÚJO, 2013). Nota-se que o BPC está relacionado ao conceito de cidadania invertida, isso significa que são beneficiários os indivíduos considerados pelo Estado como “não – cidadãos”.

Outro ponto curioso da centralidade do BPC na proteção social é observado na medida em que perpassa o campo da saúde e da previdência ao abranger a crescente parcela de desempregados e trabalhadores ativos em condições informais de trabalho, acometidos por infortúnios, como velhice e doenças.

RELATOS DE EXPERIÊNCIA A PARTIR DA ATUAÇÃO DA ASSISTENTE SOCIAL EM UM HOSPITAL REFERÊNCIA EM ONCOLOGIA

A experiência descrita neste trabalho, vem da vivência cotidiana como assistente social, residente em atenção ao câncer, inserida no campo de prática em um hospital referência em oncologia. A práxis, como resultado desse processo, permite sintetizar as demandas apresentadas a assistente social. Assim apresento o BPC como uma das principais demandas vivenciadas durante o período de residência. Cabe destacar que o atendimento aos usuários com câncer, deu-se nos variados setores do hospital, desde a internação na clínica oncológica até os ambulatórios de quimioterapia e radioterapia.

Observa-se que o câncer é uma doença crônica incapacitante, de grande relevância social e ainda muito estigmatizada. O adoecimento por câncer é complexo e agrega vários significados. Transpõe os aspectos médico biológico e engloba as condições sociais, econômicas e culturais tanto do sujeito adoecido

como da rede sociofamiliar que o acompanha. Por se tratar de doença crônica grave, com alto índice de mortalidade, de tratamento longo e desgastante, o câncer tem sido considerado como doença incapacitante e/ou deficiência, para fins de políticas públicas, sobretudo para o acesso aos benefícios previdenciários e assistenciais (HUESCA et al., 2016).

O assistente social, enquanto profissional que atua nas mais diversas manifestações da questão social, amparado juridicamente pelas leis que regem a profissão e pelo projeto ético-político do Serviço Social, tem importantes contribuições a realizar no reconhecimento do direito ao BPC no caso dos usuários atendidos. A atuação do assistente social junto aos usuários com câncer, pressupõe o reconhecimento da condição humana dos sujeitos e de seus familiares.

Passamos para os principais aspectos observados no cotidiano da relação entre usuário e assistente social, no que diz respeito ao BPC como um direito do paciente oncológico. O primeiro ponto observado diz respeito ao acesso à informações sobre o BPC. Observou-se que um significativo número de usuários atendidos não tinham conhecimento do benefício, outros já haviam ouvido falar da “LOAS” Lei Orgânica da Assistência Social, que regulamenta o benefício, porém desconheciam as formas de acesso ao mesmo. O baixo grau de escolaridade apresentado por esses usuários têm relação direta com as limitações nas condições de acesso aos direitos dessa população usuária. Além de pauperizados, os usuários que apresentam os critérios para pleitear o BPC em razão do diagnóstico de câncer, também expressam um perfil de analfabetismo, o que também está relacionado ao lugar em que esses usuários ocupam na esfera produtiva.

Sobre o aspecto apresentado considera-se a relevância da atuação do assistente social no atendimento aos usuários com câncer, enquanto profissional com o compromisso ético de viabilizar os direitos sociais da classe trabalhadora, via democratização das informações e do acesso aos programas disponíveis no espaço institucional, como um dos mecanismos necessários à participação dos usuários (CFESS, 2012).

Observou-se ainda que os usuários atendidos apresentam uma idade média de 30 a 60 anos. Traduzindo para os termos da sociedade capitalista, significa dizer

que são trabalhadores em idade ativa, isto é, estão classificados em uma faixa etária de trabalhadores “teoricamente” aptos para exercer uma atividade econômica.

Pode-se afirmar que estes usuários representam uma parcela da classe trabalhadora que tem vivenciado as tendências contemporâneas da produção capitalista. Conforme discute Behering e Boschetti (2011), frente a reestruturação produtiva, o mercado de trabalho é marcado pela instabilidade, informalidade, baixos salários, desemprego e frágeis mecanismos de proteção.

O emprego assalariado, de longa duração e em tempo integral tem deixado de ser a forma dominante de relação contratual, cedendo lugar ao trabalho temporário, parcial, executado de forma autônoma ou por projeto, terceirizado ou subcontratado, marcado pela baixa qualidade, informalização e privação de direitos trabalhistas e previdenciários. A Constituição Brasileira de 1988 institucionalizou a atual seguridade social, estendendo o acesso aos serviços de saúde a todos os cidadãos, independentemente da contribuição para o sistema de Previdência Social, possibilitando ao universo de informais a proteção dos serviços de saúde pública e coletiva. Entretanto, a universalidade de cobertura não denota igualdade de direitos, visto que, para os trabalhadores formais, a perda do emprego é minimizada pelo aviso prévio, o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS) e o seguro-desemprego, caso oposto ao que ocorre com os informais, que, se caracterizam pela inexistência de qualquer “seguro informalidade”. Para eles, o desemprego é mais um agravante, pois na ausência dessas indenizações e na dificuldade de encontrar um novo emprego muitos acabam se sujeitando a atividades precárias ou mesmo ilegais. Acrescenta-se a essa situação o fato de também não contarem com nenhuma garantia de renda no caso de acidente ou doença, assim suas famílias tampouco são amparadas no caso de suas mortes (COCKELL; PERTICARRARI, 2008, p. 1710).

Com base nessa discussão, compreende-se que a condição de saúde para os trabalhadores não está separada da dinâmica social e histórica do trabalho. No caso específico dos usuários atendidos durante o período de residência, foi possível observar que o diagnóstico de câncer repercute sobre as condições socioeconômicas tanto dos próprios usuários, como dos seus familiares. Destaca-se dois grupos distintos dentre os usuários atendidos, o primeiro diz respeito àqueles trabalhadores que exerciam atividade remunerada, porém na informalidade, sem vínculos previdenciários e são afetados financeiramente pela situação de doença, principalmente quando o paciente é o principal provedor da família. O segundo

grupo compreende aqueles usuários mais pauperizados que já chegam ao serviço de referência sem nenhum tipo de renda ou capacidade de manter as condições básicas de sobrevivência, dependentes da filantropia e da caridade. Para esse grupo de espoliados o câncer só vem a somar as expressões da questão social vivenciadas, agravando a condição de vulnerabilidade uma vez que o tratamento seja ele curativo ou paliativo, exige condições de moradia, alimentação, salubridade, transporte, bem como de cuidados específicos.

Nesse sentido, excluídos da condição de segurado social pelo critério contributivo da Previdência Social, o BPC é a única segurança de rendimento que o usuário com câncer possui. Uma dificuldade recorrente apresentada pelos usuários atendidos, diz respeito a demora na análise do requerimento do benefício e indeferimento em primeira instância, contribuindo para a crescente judicialização do direito social. Apesar dos avanços no reconhecimento do BPC como um direito social, com a introdução do Serviço Social no INSS e a descentralização do modelo biomédico de análise considerando as condições sociais dos indivíduos, não podemos desconsiderar os ataques neoliberais que a proteção social vem sofrendo. Dentre as estratégias de contrarreforma, estão o sucateamento das agências do INSS, a burocratização dos serviços prestados e a focalização dos benefícios, sobretudo o BPC.

Sobre a renda per capita para acesso ao BPC, considera-se:

O critério de renda previsto na LOAS para acesso ao BPC, definido como inferior a $\frac{1}{4}$ do salário mínimo, tem sido objeto de muitos questionamentos, inclusive judiciais por ser excessivamente rigoroso, considerando o preceito constitucional no qual o benefício é voltado para as pessoas com deficiência e idosos/as com dificuldade para se manter e de serem mantidos/as por sua família (MOREIRA, 2017, p. 10).

Diante os critérios excessivamente rigorosos e seletivos, uma parcela dos usuários com perfil para o BPC, tem o direito negado por critérios de renda. Assim, permanecem em condição de desproteção social, pois não são segurados pela Previdência Social, nem amparados pela Assistência Social. Estes são os usuários que diariamente procuram o Serviço Social no setor de oncologia no hospital de referência em que estou inserida, em busca de uma “solução” que atenda as

emergentes expressões da “questão social”, que aflige o enfrentamento a doença. Diante a conjuntura da precarização de direitos o terceiro setor tem se apresentado como uma resposta emergente as expressões da questão social. No caso dos pacientes atendidos, isso tem se concretizado por meio da parceria entre o hospital de referência e instituições filantrópicas que prestam serviços de apoio aos portadores de câncer, suprimindo assim, algumas necessidades básicas, por meio de doação de cestas básica e fórmulas suplementares, além dos serviços de hospedagem, refeição e transporte durante o tratamento.

Com o retraimento da proteção social exercida pelo Estado, as instituições não especializadas e plurifuncionais – como a família, vizinhos ou redes de amigos – podem exercer esse papel. Contudo, diferentemente do que ocorria no passado [...] consolidam-se na atualidade outras formas privadas de proteção social, sejam elas mercantis, como planos de saúde, seguros de vida e planos de previdência, sejam não mercantis, como igrejas, instituições de filantropia ou associações mútuas. Essas novas formas mercantis de proteção social surgem movidas pelo sentimento crescente de insegurança e vulnerabilidade, habitual entre a população com trabalho instável, trabalhando ora formalizados, ora informais, por vezes desempregados ou realizando trabalhos temporários. Por este motivo, um número cada vez maior de pessoas passa a optar por tais formas de proteção social. Trata-se de uma estratégia de enfrentamento para garantir o bem-estar social em caso de doença, acidente, perda de emprego e velhice (COCKELL; PERTICARRARI, 2008, p. 1710).

Um aspecto relevante observado durante a vivência profissional, diz respeito ao papel econômico que o BPC exerce no cotidiano do beneficiário diagnosticado com câncer. O contato com os usuários já beneficiados com o BPC permitiu efetuar algumas análises. Observou-se que a renda de um salário-mínimo garantida pelo BPC, tem sido utilizada pelos beneficiários como uma forma de garantir as necessidades básicas de sobrevivência do próprio indivíduo e do grupo familiar. O BPC tem garantido o acesso aos fatores condicionantes e determinantes de saúde, anteriormente não alcançáveis, contribuindo significativamente para o enfrentamento da doença, na medida em que a renda permite ao usuário comprar o acesso a condições básicas de sobrevivência como moradia, alimentação e saneamento.

Estudo do IPEA no ano de 2010, revelou que o

[...] BPC tem um dos maiores multiplicadores da renda familiar e do PIB, dentre as transferências: R\$1 gasto no BPC gera R\$1,38 de PIB

e R\$2,20 de renda familiar, ou seja, seu valor é multiplicado, pois ele gera poder de compra, que gera empregos, que gera mais poder de compra e assim por diante. O gasto de 1% do PIB no BPC aumenta a renda per capita das famílias rurais cujo chefe tem menos de 1 ano de escolaridade (analfabeto) em 9,1%, enquanto aumenta a renda das famílias urbanas com chefe analfabeto em 8,8% - muito importante para atenuar a pobreza urbana, mas também para atenuar a pobreza significativo quando adicionado à rural, uma vez que seu valor é muito baixíssima renda per capita de tais famílias (JACCOUD et al., 2016, p. 16).

Observa-se que o auxílio monetário no valor de um salário-mínimo pago ao beneficiário com câncer, acaba retornando ao capital, na medida em que devolve ao indivíduo o poder de compra.

Outro fator agravante observado na atuação profissional é que uma parcela significativa dos usuários já ingressa no serviço de alta complexidade com a doença avançada, o que expressa as dificuldades de acesso ao diagnóstico e ao tratamento precoce da doença na Atenção Básica. Além dos sintomas avançados da doença estes usuários apresentam-se desprovidos de condições mínimas de vida e trabalho, que impede o acesso a direitos sociais e interfere na própria continuidade do tratamento. Nesse caso observamos que o BPC, como um auxílio emergencial devolve aos cidadãos e cidadãs as condições básicas de sobrevivência e acesso à saúde já na fase final, quando a doença e suas expressões já estão instaladas.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A experiência profissional descrita no decorrer deste artigo permite construir uma análise crítica a respeito do BPC enquanto um direito do paciente com câncer.

A partir das observações aos usuários atendidos, notamos que o BPC assume na sociedade um significado político e econômico. Por um lado, representa uma estratégia política neoconservadora, articulada aos princípios neoliberais adotados pelo Estado, estes representados pela focalização e seletividade no acesso ao benefício. Por outro lado, o benefício apresenta-se como uma esperança e um alívio as desigualdades sociais, necessário à garantia das condições mínimas de manutenção da vida para aqueles indivíduos que em decorrência do diagnóstico

de câncer se encontram em situação precária, incapazes de garantir a própria sobrevivência através do trabalho, assim sendo, afirmamos que o BPC constitui-se em um direito social restrito porém necessário.

Observamos que a inexistência da intersetorialidade entre as políticas que compõem o tripé da seguridade social, e a supervalorização da Assistência Social em relação as demais políticas, expressa o que Mota (2010) define de assistencialização da seguridade social. Assim, tendo estudado e observado o significado que o BPC imprime na sociedade, consideramos que ao se legitimar como programa de transferência de renda, o BPC toma para si a centralidade na proteção social e se torna o principal instrumento de assistencialização da seguridade social.

Conforme a realidade dos usuários atendidos, consideramos que o BPC ofertado isoladamente não é suficiente para garantir o acesso pleno a cidadania, faz-se necessário a interação com outras políticas sociais, especialmente às relacionadas à saúde, tendo em vista que os seus beneficiários se encontram em condição de extrema pobreza e desigualdade, por isso, não conseguem suprir suas necessidades básicas e nem tê-las providas por sua família. Além disso, o enfrentamento ao câncer os coloca na condição de solicitantes permanentes da Política Pública de Saúde.

Ao analisarmos criteriosamente o perfil dos usuários atendidos compreendemos as principais necessidades básicas que estes apresentam as políticas públicas, são elas: necessidade contínua e regular de acesso a saúde, acessibilidade e mobilidade social, alimentação e suplementação adequada, necessidades medicamentosas e tratamentos de reabilitação constante, entre outros. Com base nessas observações, concluímos que de fato o BPC tem sido o ponto central para o acesso aos serviços citados, enquanto sua legítima finalidade de acordo com a legislação que propõe a Seguridade social no Brasil, deveria ser a promoção a inclusão social, através de auxílio monetário complementar as demais políticas sociais.

Por último consideramos a relevância do trabalho do(a) assistente social desenvolvido na alta complexidade, junto aos pacientes oncológicos, que por sua

vez são os usuários da política de seguridade social. As dimensões teórico-metodológica, ético-política e técnico-operativa que direcionam a atuação profissional, permite ao(a) assistente social, conhecer a realidade e suas múltiplas determinações para construir um plano de ação que contribua para a ampliação e consolidação da cidadania.

REFERÊNCIAS

ARAUJO, V. M. L. **Política nacional de assistência social: Uma avaliação política.** Juiz de Fora, 2013.

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. **Política Social: Fundamentos e história.** São Paulo: Cortez, 2011.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Senado Federal, Brasília, 1988.

_____. **Política Nacional de Assistência Social.** Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, Brasília, 2004.

CFESS. **Código de Ética do/a Assistente Social. Lei 8. 662/93 de Regulação da Profissão.** 10ª ed. Conselho Federal de Serviço social. Brasília, 2012.

COCKELL, F. F; PETICARRARI, D. **Retratos da informalidade: a fragilidade dos sistemas de proteção social em momentos de infortúnio.** Ciência e saúde coletiva. São Paulo, 2011.

FILHO, R. S. **Apontamentos sobre o materialismo dialético.** Libertas, Juiz de Fora, v. 2, n. 2, 2002.

FLEURY, S. **Seguridade social: um novo patamar civilizatório.** Brasília. 2008.

_____. **Estado sem cidadãos: seguridade social na América Latina.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 1994. Disponível em < <http://scielo.org> >. Acesso em: 15/12/2019.

HUESCA, I. M. et al. **Proteção social brasileira e demandas no tratamento oncológico infanto-juvenil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2016.

JACCOUD, L. et al. **O BPC na reforma da Previdência**: Contribuições para o debate. Brasília: Ipea, 2016. (Texto para Discussão, n. 2031). Disponível em: <<http://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7783>>. Acesso em: 11/11/2019.

MARX, K. **O capital**. 3. ed. São Paulo: Edipro, 2008.

MELO, et al. **Diálogos em Saúde Pública e Serviço Social**: a experiência do assistente social em oncologia. Rio de Janeiro. INCA, 2017. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//dialogos-em-saude-publica.pdf>>. Acesso em: 30/10/2019.

MINAYO, M. C. S. O. **O desafio do conhecimento**. São Paulo: Hucitec, 1993.

MORAES, M. R. de. **O processo de assistencialização das políticas sociais e a Seguridade Social Brasileira**. Temas & Matizes. Vol. 9 - Nº 17. 2010. pp. 177-200.

MOREIRA, M. C. **Nota técnica**: considerações sobre a dimensão social presente no processo de reconhecimento de direito ao Benefício de Prestação Continuada (BPC) e a atuação do/a assistente social. CFESS. Brasília, 2017.

MOTA, A. E. **O mito da Assistência Social**: ensaios sobre Estado, política e sociedade. 4. Ed. São Paulo: Cortez, 2010.

NETTO, J. P. **Capitalismo monopolista e Serviço Social**. 6. Ed. São Paulo: Cortez, 2007.

QUEIROZ, D. T. et al. **Observação participante na pesquisa qualitativa**: conceitos e aplicações na área da saúde. Revista de Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro, 2007 abr/jun; 15 (2) 276-83.

ROTHER, E. T. **Revisão sistemática x revisão narrativa**. Acta paulista de enfermagem. São Paulo, 2007, 20(2): vi.

SANTOS, V. G. **Cidadania e justiça**: a política social na ordem brasileira. Contribuições em ciências sociais. Rio de Janeiro, 1979.

VIANNA, M. L. T. W. **A americanização (perversa) da seguridade social no Brasil:** estratégias de bem-estar e políticas públicas. 2. ed. Rio de Janeiro: Revan, UCAM, IUPERJ. 2000.