



## Trabalho e previdência social: as lacunas de proteção social na seguridade social

*Work and social security: the gaps in social protection and social welfare*

Dolores Sanches WÜNSCH\*  
Jussara Maria Rosa MENDES\*\*  
Juliana MARTINS\*\*\*

**Resumo:** Este artigo discorre sobre trabalho e Previdência Social abordando a realidade dos trabalhadores desprotegidos socialmente que adoecem e ficam incapacitados para o trabalho. Evidenciam-se lacunas de proteção social no âmbito da seguridade social a partir de paradoxos entre Políticas de Previdência e Assistência Social para garantir direitos relativos à saúde de trabalhadores que estão em condições e relações de trabalho precarizadas. A tensão se dá no acesso ao auxílio-doença por incapacidade ou ao benefício de prestação continuada. São apontadas inúmeras necessidades e estratégias de enfrentamento pelos trabalhadores mantidos à margem da seguridade social. Conclui-se que o reconhecimento da incapacidade para o trabalho na Previdência Social a partir de sua lógica securitária exclui os trabalhadores *não contribuintes* e invisibiliza os que buscam o benefício de prestação continuada.

**Palavras-Chave:** Trabalho e incapacidade. Previdência Social. Seguridade Social. Proteção Social. Saúde do Trabalhador.

**Abstract:** This article approaches work and social security from the perspective of workers who are unprotected by social security and who become ill and unable to work. Some gaps in social protection and social security are evidenced from the paradoxes between Social Security and Social Welfare policies that purport to guarantee health-related rights to workers' who are in precarious working conditions and relationships. The tension emerges from access to disability incapacity benefits and to continuing cash benefits. Several needs and coping strategies are pointed out by workers who remain on the side-lines of social welfare. It concludes that the recognition of incapacity for work, based on the logic of Social Security, excludes *non-contributing* employees and makes invisible those who seek continuing cash benefits.

**Keywords:** Work and incapacity. Social Security. Social Welfare. Social Protection. Occupational Health.

*Submetido em: 30/6/2017. Aceito em: 6/11/2017.*

---

\* Assistente Social. Doutora em Serviço Social. Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, Porto Alegre, Brasil). Av. Paulo Gama, 110, Farroupilha, Porto Alegre (RS), CEP.: 90040-060. E-mail: <dolores.sanches@ufrgs.br>.

\*\* Assistente Social. Doutora em Serviço Social. Professora do Departamento de Serviço Social da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS, Porto Alegre, Brasil). Av. Paulo Gama, 110, Farroupilha, Porto Alegre (RS), CEP.: 90040-060. Bolsista de produtividade em pesquisa 1A. E-mail: <jussaramaria.mendes@gmail.com>.

\*\*\* Assistente Social. Colaboradora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST/UFRGS, Porto Alegre, Brasil). Av. Paulo Gama, 110, Farroupilha, Porto Alegre (RS), CEP.: 90040-060, E-mail: <jm.juliana84@gmail.com>.



## Introdução

O presente artigo aborda as lacunas da proteção social no âmbito da seguridade social brasileira evidenciando, a partir da Previdência Social, a realidade dos trabalhadores que adoecem e estão em condições e relações de trabalho precarizadas na sociedade. Busca-se identificar como se processam e se manifestam as demandas relacionadas à política contributiva da Previdência Social e sua inter-relação com a Política Nacional de Assistência Social. Evidencia-se como se estabelecem as relações que embasam o tripé da seguridade social em face das conformações históricas e contemporâneas que configuram o trabalho como mecanismo de proteção social.

A temática é fruto de uma investigação que buscou apreender e explicitar os processos vivenciados pelos trabalhadores desprotegidos socialmente pela política de Previdência Social e que, na maioria das vezes, deparam-se com a ausência de mecanismos de proteção no âmbito da Seguridade Social. A visibilidade dessa realidade tem aumentado devido à crescente busca, junto à Previdência Social, de benefícios por incapacidade<sup>2</sup>. Esses benefícios não atendem os trabalhadores que permanecem realizando atividades preconizadas e sem cobertura previdenciária. Entretanto, são trabalhadores que na sua maioria já estiveram inseridos no mercado formal de trabalho e, portanto, contribuía para a previdência social, mas em face da perda ou da diminuição da capacidade pelo trabalho ficaram desprotegidos.

A busca do Benefício de Prestação Continuada (BPC), que foi instituído pela Lei Orgânica da Assistência Social, pelos trabalhadores que tiveram seu acesso negado ao benefício previdenciário, se constitui outro ângulo da mesma questão. Ingressa nas franjas do BPC um incontável número de trabalhadores adoecidos e incapazes para o mercado e, com a mesma potência, descartados e mais desprotegidos.

O aprofundamento dessa temática é resultante de uma pesquisa realizada com os trabalhadores que tiveram o *benefício* previdenciário de auxílio-doença por incapacidade negado pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), pela ausência e/ou perda de qualidade de segurado ou pela falta de carência, ou seja, o número de contribuições necessárias para obtenção do *benefício*. Portanto, são excluídos da condição de *segurados* aqueles que, neste estudo, denominamos *desprotegidos*. Dessa forma, a centralidade do estudo foi identificar se esses trabalhadores buscaram e acessaram o BPC da Política Nacional de Assistência Social operacionalizado pela Previdência Social.

Apresentam-se as reflexões da temática através de dois eixos: 1) o trabalho e a seguridade social brasileira, evidenciando as imbricações e paradoxos entre a Previdência Social e a Assistência Social; e 2) a saúde do trabalhador e a avaliação da incapacidade para o trabalho através de apontamentos sobre a amálgama relação entre proteção social e desproteção social.

---

<sup>2</sup> Trata-se aqui dos trabalhadores que requerem o auxílio-doença previdenciário. O auxílio-doença, segundo o Regulamento de Benefícios da Previdência Social, Lei n. 8.213/1991, artigo 59, “[...] será devido ao segurado que, após cumprida, quando for o caso, a carência exigida, ficar incapacitado para o seu trabalho ou para sua atividade habitual por mais de 15 (quinze) dias consecutivos” (BRASIL, 1991).

## **2 O trabalho e a seguridade social brasileira**

O trabalho na sociedade é produto do estágio de desenvolvimento capitalista e traz importantes repercussões sobre a proteção social e, conseqüentemente, sobre o papel do Estado. Historicamente o Estado tem papel central na regulação das relações sociais da produção capitalista, portanto, a formação do Estado moderno pode ser entendida como “[...] uma exigência absoluta para assegurar e proteger permanentemente a produtividade do sistema” (MÉSZÁROS, 2002, p. 106).

Paradoxalmente, as mudanças estruturais relativas ao trabalho criaram novos e complexos problemas para o Estado capitalista (PEREIRA, 2002). Essa premissa ganha visibilidade ao ser analisada sob a ótica da proteção social, aqui compreendida como um conjunto de ações que visa proteger a sociedade ou parte dela dos impactos de agravos naturais e/ou sociais que incidem sobre o indivíduo e a coletividade, os quais decorrem fundamentalmente das desigualdades sociais e acompanham os diferentes estágios da sociedade capitalista (MENDES; WÜNSCH; COUTO, 2006). Desse modo, a proteção social se expressa como mediações da representação entre Estado e classes sociais e se consolida como estratégia de atendimento das necessidades sociais a partir da luta por reconhecimento da classe trabalhadora como sujeito político fundamental para produção e reprodução dessa sociedade.

A instituição da Seguridade Social constituiu-se como núcleo central do Estado social após a Segunda Guerra Mundial e representou uma nova forma de regulação social e econômica conhecida como padrão keynesiano-fordista. Tal modelo caracterizou-se como um dos pilares do processo de acumulação de capital fundado no pleno emprego, com produção em massa, para consumo de massa, e maior igualdade social por meio de políticas sociais (BEHRING; BOSCHETTI, 2006). Esse padrão de Seguridade Social vai representar a superação do conceito de seguro social, que orientou as primeiras iniciativas de proteção social, criado na Alemanha no fim do século XIX. Já a concepção de seguridade social é influenciada pelo modelo beverigiano inglês, cuja proposta está fundada na universalidade do acesso à garantia dos direitos sociais.

No Brasil, o modelo de seguridade social, instituído a partir da constituição de 1988, representa a combinação desses dois modelos. Dessa forma, o modelo de seguro social está presente na previdência social, na universalização da saúde como direito de todos, mas limitando a assistência social para quem dela necessita (BOSCHETTI, 2009). Entretanto a implantação dessa concepção de proteção social ocorrida no bojo do processo de democratização do país ocorre em meio a uma nova configuração do capitalismo mundial, especialmente a partir das décadas de 80 e 90. Segundo Mota (2000), ao analisar a seguridade social no contexto da crise econômica que se iniciou nesse período, nota-se mudanças no mundo do trabalho, entendidas como parte do processo de reestruturação produtiva e como estratégia para a superação do modelo fordista-keynesiano, em favor da acumulação flexível. Acrescenta-se a essa análise as repercussões da fase de mundialização do capital especialmente sobre a economia e a política.

O trabalho, portanto, vem passando por profundas transformações e diferencia-se na sua materialidade, principalmente fruto das alterações no trabalho e da extensiva precarização das suas relações e condições. Esse contexto tem implicação direta sobre os processos de saúde e doença vinculados às condições de trabalho e de vida dos trabalhadores e também sobre a incidência de acidentes e doenças relacionados ao trabalho. Constata-se, no entanto, uma invisibilização desses processos devido à precarização das condições e relações de trabalho, levando ao não reconhecimento dos agravos relacionados ao trabalho e à consequente ausência de proteção social (WÜNSCH, 2005).

Como bem explica Boschetti (2008), a previdência social, assentada no trabalho formal, ao se constituir como núcleo central e histórico do sistema brasileiro de proteção social, juntamente com a elevação da assistência social como política pública, não superou a clivagem entre capazes e incapazes para o trabalho, reforçando que este – o trabalho – é quem define quem tem direito ou não tem direito à previdência social.

### **2.1 A precarização do trabalho e a (des)proteção social**

O atual estágio de desenvolvimento do capital assenta-se no processo de reestruturação produtiva. Antunes (2015) assevera que essas “[...] transformações afetam atualmente os processos de trabalho, e as relações de produção têm impactos sobre os trabalhadores” (ANTUNES, 2015, p. 29). O que está em questão, segundo o autor, é a expropriação acompanhada de contradições inerentes ao capital e ao trabalho. Essa realidade é evidenciada pelo aumento do controle do trabalho, pela intensificação do ritmo de produção em razão das novas tecnologias, das novas formas organizativas e de gestão do trabalho e, ao mesmo tempo, pela maior desregulamentação das relações do trabalho.

No processo sócio-histórico de conformação dos modelos de organização do trabalho, o modelo taylorista-fordista se constituiu não apenas em um modelo de organização do processo produtivo, com uso intensivo da força de trabalho em meio à segunda onda de transformação tecnológica, mas, acima de tudo, em um meio de assegurar a valorização e a acumulação de capital. Essa dinâmica que compatibilizou trabalho, consumo, renda e direitos sociais vem sendo acompanhada da expropriação e das contradições próprias desse processo de acumulação.

O advento do toyotismo, como parte do complexo de reestruturação produtiva, envolveu inovações tecnológicas e organizacionais (ALVES, 2005) com crescente produtividade e flexibilização das relações de trabalho. Ambos os modelos trazem novas e antigas repercussões para o processo de saúde-doença-trabalho. Alia-se a isso a invisibilização do processo de saúde-doença na relação com o trabalho, dados os crescentes e múltiplos contornos de precarização e precariedade presentes nas condições e relações de trabalho. Segundo Alves (2005), a primeira noção, a precarização, refere-se à perda de direitos decorrente da dimensão histórica da luta de classes e da correlação de forças nela presentes, enquanto a segunda, a precariedade, diz respeito à condição socioestrutural que caracteriza o trabalho vivo e a força de trabalho como mercadoria nas mais diversas dimensões da vida social. São formas de compreender o trabalho resultante de diferentes determinações, em sua combinação perversa entre trabalho e perda de direitos. Quando impossibilitado de produzir, o trabalhador e, conseqüentemente, sua força de trabalho tornam-se descartáveis e substituíveis à lógica dessa acumulação.

A importância de compreender as metamorfoses das configurações do trabalho e sua dupla repercussão sobre a saúde do trabalhador, quer seja pelas formas de precariedade do trabalho e seus agravos sobre a saúde ou pela precarização social, por ampliar o processo de desproteção social do trabalhador, decorre dessa situação. Ambas implicam a falta de reconhecimento das doenças e acidentes relacionados ao trabalho. Por vezes, significa ir além do não reconhecimento, nesse caso o trabalhador adoecido que não possui vínculo de *segurado* com a Previdência Social fica totalmente desprotegido, sem qualquer possibilidade de substituição da renda gerada pelo seu trabalho. Evidencia-se um conjunto de respostas dadas pelo sistema de proteção social brasileiro à saúde do trabalhador, fortemente marcadas por uma “[...] lógica destrutiva e insuficiente para dar conta das demandas decorrentes de mutações ocorridas no processo de produção do capital e suas repercussões no processo de trabalho” (ANTUNES, 2015, p. 230).

Os dados de cobertura da Previdência Social com base no Anuário Estatístico da Previdência Social evidenciam que 27,4% da população encontra-se desprotegida, ou seja, no que se refere aos direitos previdenciários, essas pessoas não estão vinculadas a nenhum regime de previdência (BRASIL, 2015).

O trabalho formal, como principal acesso ao direito previdenciário, embora tenha apresentado ampliação nos últimos anos, mantém-se com retração e queda a partir de 2015, resultante do contexto adverso no cenário econômico, político e social no âmbito nacional e internacional. No Brasil, a instabilidade política decorrente do golpe de 2016, aliada à orientação neoliberal no plano macroeconômico e no modelo de desenvolvimento nacional e à adoção de medidas manipulatórias que atingem e afetam fortemente os direitos dos trabalhadores, agrava o quadro relativo ao trabalho formal e atinge a proteção social aos trabalhadores.

## 2.2 Imbricações e paradoxos das políticas de Previdência e Assistência Social

Historicamente, a Previdência Social se constitui no núcleo central de proteção social no Brasil. Com a Constituição Federal de 1988, a seguridade social e seu tripé, Previdência Social, Saúde e Assistência Social, passam a constituir um novo núcleo de proteção social, sendo assim uma forma legítima de reconhecimento e enfrentamento das desigualdades sociais que estão presentes histórica e contemporaneamente na sociedade. Para Boschetti (2008), “[...] a associação entre Assistência e Previdência Social introduz o espírito de proteção social que associa, ao mesmo tempo, universalidade e seletividade e tem como componente intrínseco e indispensável a assistência” (BOSCHETTI, 2008, p. 4).

A compreensão da construção dos padrões de proteção social relaciona-se às desigualdades produzidas pela forma de produção, acumulação e concentração da riqueza socialmente produzida. Destaca-se, assim, o papel do trabalho no desenvolvimento social advindo da relação entre Estado e classes sociais, na qual estabelecem-se as mediações históricas de construção dos padrões de proteção social.

Ao longo do século XX, um sistema de previdência social foi organizado no Brasil, através de um conjunto de direitos previdenciários. Com a Constituição de 1988, a implementação de

um sistema de seguridade social em um tripé constituído por Previdência Social, Saúde e Assistência Social passou a representar uma “[...] forma inovadora de regulação social baseada num sistema de proteção social estabelecendo uma associação mais estreita e complexa entre previdência, assistência social e trabalho” (BOSCHETTI, 2008, p. 4). A materialização dos direitos de cidadania, entretanto, encontra seus limites na organização da Previdência Social, cuja natureza contratual produz grandes lacunas no âmbito da proteção do trabalho que não são atendidas no campo da seguridade social.

O modelo de previdência social brasileiro, sob a ótica da seguridade social, fundamenta-se em um contrato social solidário, em um contexto de correlação de classes visando sua universalização (SILVA, 2012) ou, ainda, em uma forma de *propriedade social* possibilitando aos trabalhadores que vivem da sua força de trabalho “[...] transitar de uma situação de segurança condicionada à propriedade para uma situação de segurança resultante da participação no mundo do trabalho” (BOSCHETTI, 2008, p. 75). No entanto, o acesso à sua universalização é tensionado pela organização social do trabalho e suas relações cada vez mais precarizadas. Para Silva (2012), a previdência social assenta-se no princípio liberal de *cada um conforme a sua contribuição*, e não de *cada um conforme a sua necessidade*, o que seria necessário para enfrentar as desigualdades presentes na sociedade capitalista e promover maior igualdade de acesso aos direitos.

Historicamente, na previdência social assentada na contribuição do trabalho assalariado, em que pese a contribuição tripartite em trabalhadores, empregadores e governo, o acesso é tensionado pelo grau de desenvolvimento econômico do país e da riqueza socialmente produzida pelos trabalhadores brasileiros. Dessa forma, atende-se um padrão de proteção social que se afirmou pela capacidade de contribuição de cada trabalhador, deixando à margem um contingente de trabalhadores desprotegidos.

Aliam-se à essa realidade as constantes tentativas de reformas da previdência social<sup>3</sup> e as ameaças de direitos relativos à proteção social. No contexto político contemporâneo, a previdência social se torna ainda mais alvo das medidas neoliberais. O governo que se instalou no Brasil em 2016 propõe a restrição dos benefícios previdenciários e a desvinculação da indexação do valor do salário mínimo.

A política de Assistência Social, definida como um direito constitucionalmente assegurado a quem dela necessita, mantém-se ainda marginalizada no modelo de proteção social historicamente instituído pela lógica do seguro social.

No que se refere ao BPC, trata-se de um direito previsto pela Constituição Federal de 1988 e materializado na Lei Orgânica da Assistência Social (LOAS). Um grande percurso histórico se passou até que a LOAS se efetivasse enquanto norteadora da política de Assistência Social, fato que ocorreu apenas em 1993. Maior ainda foi o período para a regularização e a

---

<sup>3</sup> O ataque aos direitos dos trabalhadores sempre é ameaçado sob o véu do deficit previdenciário. Realidade não verídica e comprovada através dos dados apresentados pela Associação Nacional dos Auditores Fiscais da Receita Federal do Brasil (ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL, 2016), que mostram as receitas da seguridade social brasileira e o seu resultado positivo ao longo dos últimos anos.

implementação do BPC, ocorrido após oito anos de promulgação da constituição, ou seja, em 1995, que passa a ser operacionalizado pelas agências do INSS.

O Decreto n. 6.214/2007 (BRASIL, 2007) regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei n. 8.742/1993 (BRASIL, 1993), sendo que a concessão do benefício à pessoa com deficiência ficou sujeita à avaliação da deficiência e do grau de incapacidade, com base nos princípios da Classificação Internacional de Funcionalidades, Incapacidade e Saúde (CIF)<sup>4</sup>. Sendo assim, a avaliação da deficiência e do grau de incapacidade é composta por avaliação médica e social.

A avaliação médica da deficiência e do grau de incapacidade considera as deficiências nas funções e nas estruturas do corpo, e a avaliação social considera os fatores ambientais, sociais e pessoais. Todavia, ambas avaliam a limitação do desempenho de atividades e a restrição da participação social, segundo suas especificidades. Essas avaliações são realizadas, respectivamente, pela Perícia Médica e pelo Serviço Social do INSS, e foi criado um instrumento específico para esse fim (BRASIL, 2007).

Esse modelo de avaliação supera a forma e o processo de avaliar a deficiência como prevista na LOAS e no decreto de 1995. O novo decreto define a pessoa com deficiência como “[...] aquela que tem impedimentos de longo prazo 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” (BRASIL, 2007). Nesse contexto, abre-se um leque de situações de incapacidades/deficiências que têm como condicionantes diferentes componentes sociais e econômicos. Pode-se observar que a partir da implementação do novo modelo de avaliação, há um crescimento gradativo no número de BPCs concedidos, entretanto, ainda não há a incorporação de um conceito de incapacidade que atenda o atual contexto social em o que o trabalho se insere na sociedade capitalista.

### **3 A saúde do trabalhador e a (in)capacidade para o trabalho**

Conceitualmente a saúde do trabalhador é entendida como “[...] um processo dinâmico, social, político e econômico que envolve diferentes manifestações de agravos relacionados aos processos de trabalho e aos processos sociais” (MENDES; WÜNSCH, 2011, p. 474).

A abordagem sobre saúde do trabalhador pressupõe sua compreensão a partir de um conceito amplo de saúde, em que o processo de saúde-doença é determinado por um conjunto de condições objetivas de vida e de trabalho. O que significa, também, pensar o trabalho a partir das contradições presentes na sociedade capitalista e dos rebatimentos de suas formas de organização e gestão. Entende-se, portanto, que as mutações do trabalho, historicamente, produzem novas determinações que incidem sobre as relações sociais e

---

<sup>4</sup> Estabelecida pela Resolução da Organização Mundial da Saúde n. 54.21, aprovada pela 54<sup>a</sup> Assembleia Mundial da Saúde, em 22 de maio de 2001, a CIF é um modelo de estrutura da Organização Mundial da Saúde (OMS), e nela existe uma relação de complementariedade com o CID-10 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2003). Trata-se da base conceitual para definição, mensuração e formulação de políticas para saúde e incapacidade.

sobre o modo de viver, ser e adoecer de todos os trabalhadores. A expressão disso se situa nos modelos de organização do trabalho e nas relações de trabalho na atualidade.

A saúde do trabalhador é indissociável das condições em que o trabalho se realiza, e suas contradições se redimensionam quando se trata de compreendê-la a partir dos acidentes e adoecimentos, que geram factualmente a impossibilidade do trabalhador de estar plenamente produtivo e permanecer vendendo a sua força de trabalho. Desse modo, quando há perda da capacidade para o trabalho devido ao adoecimento, o trabalhador busca na previdência social o auxílio-doença por incapacidade, o que permite, temporariamente ou definitivamente, dependendo do agravo, a substituição da renda gerada pelo trabalho. A avaliação é a atividade privativa do médico perito e é centrada na doença e nos seus agravos à saúde que impedem a realização de atividades habitualmente desempenhadas. Considerando o contexto laboral do trabalhador e as transformações e exigências do trabalho na atualidade, essa relação direta entre capacidade e incapacidade não é exatamente uma equação possível.

Muitas vezes os trabalhadores situam-se em uma tênue relação entre trabalho formal e ameaça de desemprego, decorrente do adoecimento e das limitações funcionais próprias das atividades desenvolvidas. Alguns, quando buscam a Previdência Social, já se encontram com inserção precarizada no mercado de trabalho e sem vínculo previdenciário.

O trabalho e suas exigências constituem potencial definidor da efetiva *capacidade* ou *incapacidade* laboral do trabalhador no mercado de trabalho, o que poderá agravar-se a partir de exposições e vivências de acidentes e adoecimentos relacionados ao trabalho. Os ângulos desse cenário conjugam paradoxos constitutivos da Previdência Social em sua relação com a saúde dos trabalhadores, contrariando princípios da realização do trabalho socialmente necessário para o atendimento das efetivas necessidades sociais e humanas (ANTUNES, 2015). Logo, os *benefícios* previdenciários devem ser compreendidos sob a ótica do direito, e não como mais um dispositivo regulatório e coesivo do capital, que aprofunda e acelera o processo de desigualdades sociais.

Nessa perspectiva, impõe-se estabelecer critérios de avaliação médico-pericial, em consonância com parâmetros emergentes do conjunto de componentes constitutivos das transformações processadas no *mundo* do trabalho e em sintonia com as necessidades dos trabalhadores.

Destarte, afirma-se que as históricas discriminações presentes no mercado de trabalho se intensificam com o adoecimento, extrapolando discriminações relacionadas a perfil profissional, gênero, etnia, entre outros, que colocam nessa mesma condição os trabalhadores sem qualificação e/ou com qualificação insuficiente (SELIGMANN-SILVA, 2011). A inserção dos trabalhadores no mercado de trabalho apresenta-se atravessada por novas exigências de um mercado que seleciona os mais saudáveis e qualificados aos padrões de modernização e reestruturação produtiva.

Portanto, a avaliação da incapacidade deverá adotar outros referenciais, coerentes e adequados aos tempos de crise estrutural do capital. Diferentes exemplos já estão sendo



adotados pelas áreas da saúde, inclusive pela Previdência Social, para avaliação do BPC e, como já referido, trata-se da CIF.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a incapacidade e a funcionalidade são vistas como resultados de interações entre estados de saúde (doenças, distúrbios e lesões) e fatores contextuais na CIF. Dentre eles, há fatores ambientais externos e fatores pessoais internos, incluindo gênero, idade, estilo de vida, condição social, educação, profissão, experiências passadas e presentes, padrão de comportamento geral, caráter e outros fatores que influenciam a maneira como a incapacidade é experimentada pelo indivíduo (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2012).

Ressalta-se que a adoção da CIF no âmbito da avaliação da pessoa com deficiência não é incorporada à avaliação do benefício de auxílio-doença por incapacidade. Ao mesmo tempo, e contraditoriamente, a incapacidade do trabalhador que busca o BPC não é classificada como deficiência.

Para Vargas (2016, p. 18), “[...] pode-se enquadrar o trabalhador incapacitado laboral como uma pessoa com deficiência que, igualmente, enfrenta obstáculos culturais, físicos e sociais que impedem o seu acesso ao trabalho com igualdade aos demais cidadãos”. O autor constata a grande lacuna existente na avaliação de incapacidade no âmbito da previdência social, reafirmando seu necessário enfrentamento.

No que se refere à avaliação pericial, Severiano e Macedo (2015) apontam que muitos trabalhadores relatam ressentimentos em relação “[...] ao poder soberano do perito médico durante exame pericial para a constatação da incapacidade laborativa [...] (SEVERIANO; MACEDO, 2015, p. 179)” e, além disso, eles citam humilhações, desgaste emocional e o fato de as informações fornecidas serem postas em dúvida.

Destaca-se que a avaliação de incapacidade realizada para a concessão do BPC reflete a cultura e a lógica securitária para concessão do auxílio-doença. Isso certamente se constitui em um dos grandes entraves do sistema de seguridade social, que incide e nega princípios constitucionais essenciais à produção da vida no que diz respeito ao que se denomina *lacunas* da proteção social.

### **3.1 Os entraves no acesso às Políticas de Previdência e Assistência Social**

Diante de um cenário em que se intensifica a precarização do trabalho e se amplia a desproteção social, o presente estudo evidencia a análise da realidade dos trabalhadores (des)protegidos, devido ao adoecimento e à incapacidade. São adensamentos que advêm da investigação empírica do estudo<sup>5</sup>, que aborda a realidade no trabalho, o processo de saúde-

---

<sup>5</sup> A pesquisa desenvolvida teve como *locus* oito agências do INSS de duas Gerências de Previdência Social no Rio Grande do Sul, durante os anos de 2014 e 2015. A investigação acessou 4 mil auxílios-doença por incapacidade indeferidos por perda de qualidade de segurado ou inexistência de carência para sua obtenção. Após realizou-se o cruzamento dos dados para identificar se os trabalhadores buscaram o BPC. Na sequência, a partir de uma amostra, os trabalhadores identificados tendo como referência o recorte do estudo foram entrevistados. A pesquisa foi aprovada através do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética n. 38282214.8.00005334.

doença-incapacidade e as formas de acesso às políticas de previdência social e assistência social de trabalhadores que não obtiveram o auxílio-doença por incapacidade previdenciária, buscando identificar se eles acessaram o BPC/LOAS. Os resultados identificaram que 95% dos sujeitos do estudo já tiveram vínculos formais e, conseqüentemente, contribuíram para a previdência. Todos esses trabalhadores, na ocasião do adoecimento, estavam realizando trabalhos precarizados e, por diferentes motivos, não contribuíam para a previdência.

Considerando-se a incapacidade para o trabalho e a negativa do auxílio-doença previdenciário, constatou-se, no referido estudo, que apenas 1,5% dos trabalhadores buscaram o BPC, e que apenas 32% desse universo o acessaram. Os demais, ou seja, 68% dos trabalhadores, não tiveram acesso a nenhum desses direitos. Na sequência, os principais condicionantes desse processo são apresentados, evidenciando-se a realidade dos trabalhadores que acessaram o BPC e daqueles sem acesso a qualquer direito previdenciário ou assistencial, bem como as necessidades advindas desse contexto e as possíveis estratégias adotadas:

- a) trabalhadores com acesso ao BPC: no caso desses trabalhadores, constata-se que o acesso ao BPC é atravessado por condicionantes, o que demanda percorrer uma *via crucis* burocrática a fim de alcançar esse direito. O desconhecimento e a desinformação institucional, cultivadas por uma cultura de invisibilidade, se constituem como principais condicionantes a limitar e retardar o acesso dos trabalhadores ao sistema. Trata-se de uma situação recorrente entre os sujeitos do estudo, confirmando a desinformação e o desconhecimento sobre os direitos.
- b) trabalhadores sem acesso aos direitos previdenciários ou assistenciais: os trabalhadores que não acessaram o BPC têm em comum a continuidade da busca pelo direito, seja ela via judicialização ou recurso junto à previdência social. Eles estão descobertos de qualquer renda para enfrentar as adversidades causadas pelo adoecimento e para suprir suas necessidades e as de suas famílias. Alguns voltam a contribuir na esperança de, futuramente, acessar o direito ao benefício. Entretanto, devido ao fato da doença/incapacidade ser anterior à retomada da contribuição, esse direito manter-se-á negado acalentado pela lógica destrutiva e excludente que permeia o direito previdenciário.

### **3.2 Necessidades sociais versus estratégias adotadas**

A investigação dá visibilidade a necessidades de diversas ordens, independentemente dos que obtiveram ou não acesso à substituição da renda do trabalho pelo BPC. Destacam-se algumas das necessidades e estratégias utilizadas referentes a moradia, alimentação, água e luz a partir das vivências dos trabalhadores.

No que se refere à moradia, um dos entrevistados (E02, informação verbal, 2016) que sofreu acidente de trabalho, que estava na condição de informalidade e que se encontra recebendo

---

o BPC, relata que saiu do anterior local de moradia: “Aqui é da falecida vó dela, não tem como pagar aluguel com os 800 reais que eu ganho”. Outros entrevistados que estavam sem qualquer renda registram que a questão da moradia também foi suprida por familiares que cederam um local, sendo que alguns foram morar com irmãos.

Em relação à necessidade de alimentação, uma entrevistada foi orientada por uma pessoa da família a procurar o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) para tentar obter o BPC, porém, por não se enquadrar no critério de renda, recebeu a informação da possibilidade remota de obter um *rancho* mensalmente. Outro sujeito da pesquisa (E11, informação verbal, 2016), que não obteve o BPC, informou que vive da venda de pão e rosca: “eu saio para vender na rua [...] o pessoal da vizinhança que ajuda às vezes, um pouco de arroz e comida”.

Outras necessidades emergem dos depoimentos dos sujeitos da pesquisa, e destaca-se a que está relacionada ao acesso à água. Uma das entrevistadas (E17, informação verbal, 2016), sem acesso a qualquer *benefício* relata: “eu tô com água cortada em casa, eu rezo que chove pra eu juntar água da chuva”.

O recurso da justiça como estratégia de acesso ao BPC ou ao auxílio-doença também foi mencionado nos depoimentos. Uma entrevistada (E12, informação verbal, 2016), explicou: “[...] quem me encaminhou foi lá na [...] eu levei pro advogado de [...] pro federal. Defensoria pública, e aí eles disseram que eu não tinha direito mesmo por causa desse buraco do INPS [Instituto Nacional de Previdência Social]”.

Destacam-se outros registros feitos pelos entrevistados sobre a contribuição da renda do BPC para suprir diferentes necessidades. Um dos sujeitos informou ter comprado a prótese do membro inferior, amputado em decorrência de acidente com moto. Segundo ele (E5, informação verbal, 2016): “graças ao BPC consegui a prótese, sem ele eu não sei se eu teria condições”. Outro trabalhador fez uma referência positiva ao papel do BPC informando o seguinte: “minha esposa usou o dinheiro para procurar o filho que fugiu de casa” (E15, informação verbal, 2016). Foram inúmeras histórias de vida a mobilizar quem as escuta, ressignificadas no processo de pesquisa por quem conta as histórias e pela possibilidade de ser ouvido. Assim como as necessidades desses sujeitos são múltiplas e se ampliam, a perspectiva de obter o acesso a um direito social torna-se cada vez mais essencial para a sobrevivência.

#### 4 CONCLUSÕES

O processo de estudo, investigação e problematizações acerca da presente temática desenvolveu-se em um contexto marcado por profundas alterações no cenário político brasileiro e em particular no que se refere a ameaças de perdas de direitos trabalhistas e previdenciários, materializadas pelas inúmeras propostas de Emendas Constitucionais que levam a modificar direitos garantidos na Constituição de 1988. O contexto é agudamente destrutivo, sendo que por um lado indicam-se as lacunas de proteção social e, ao mesmo tempo, vivencia-se o agravamento dessa realidade.

As manifestações e resistências contrárias às reformas da previdência apontam fundamentalmente a existência de superávit do sistema previdenciário e a prática de não tributação de grandes fortunas. Indicam também que a reforma da previdência social e os retrocessos gerados atingem o princípio da solidariedade e do contrato social que funda os sistemas de seguridade social. O que se evidencia é o interesse do capital privado sobre a previdência social enquanto mercadoria, corroendo, desse modo, os direitos dos trabalhadores brasileiros.

As histórias de vida *no* e *do* trabalho e o processo de saúde-doença não deixam dúvidas sobre o sofrimento e a *via crucis* dos trabalhadores adoecidos e descartados pelo sistema de proteção social brasileiro. Nesse contexto, as intensas transformações, com alterações e consequências para a classe trabalhadora, relacionadas à precarização, à ampliação do desemprego, aos adoecimentos e à degradação social carregam a marca da barbárie. Considerando-se o contexto sociopolítico, a iminência de mudanças trabalhistas ainda mais excludentes é uma realidade. Evidenciou-se, através do estudo, o quanto as políticas de Previdência e Assistência Social ainda caminham de forma dissociada, mesmo através de um dispositivo em comum que é a concessão do BPC, definido pela Política de Assistência Social e operacionalizado pela Previdência Social, cujas normatizações e instrumentos são formulações conjuntas. A Previdência Social, a partir de sua lógica securitária e de sua cultura institucional assentada em princípios contributivos destinada aos *trabalhadores contribuintes*, favorece a invisibilidade dos trabalhadores desprotegidos socialmente, tendo como contraprova histórica os sujeitos que buscam o BPC nas agências do INSS.

No que diz respeito a percursos, necessidades e estratégias de enfrentamento que marcaram as histórias dos trabalhadores, tanto para aqueles que acessaram seus direitos como para os que permaneceram à margem da seguridade social, a caminhada foi longa, tortuosa e desprovida de reconhecimento. As necessidades primárias, ao não serem supridas, levam a outras necessidades que vão se tornando devastadoras na vida dos desprotegidos.

As reflexões sobre a avaliação da incapacidade para o trabalho embasada em procedimentos médicos-periciais mantêm a análise centrada na capacidade residual, descontextualizada das condições objetivas advindas da crise estrutural que permeia a realidade do trabalho contemporâneo. Em que pese a adoção da CIF na avaliação para o acesso ao BPC, ainda assim a avaliação não se desprende da lógica da avaliação do auxílio-doença. O peso desses obstáculos não possibilita avançar na direção de uma perspectiva ampliada de saúde, que tenha por referência os determinantes sociais, que considere os saberes interdisciplinares e que, dessa forma, contribua para a ampliação conceitual sobre incapacidade e deficiência. Discutir sobre a incapacidade para o trabalho no âmbito da seguridade social torna-se essencial para contestar a perversa cultura e lógica de gestão no INSS, em sua mais nefasta face, a descartabilidade referenciada pelas amarras de um *vampiro burocrático* que suga e nega as chances de acesso dos trabalhadores quando mais necessitam. Urgem-se as mudanças e o fortalecimento de resistência à lógica destrutiva que permeia a seguridade social brasileira para fomentar ações intersetoriais com garantia da integralidade no âmbito da proteção social visando o acesso e a ampliação dos direitos sociais.

A perspectiva é de enfrentamentos às fortes ameaças neoliberais na defesa da elevação do papel do Estado. Isso requer uma ampla mobilização da sociedade para reorientação da

organização social e política brasileira, capaz de abrir novos caminhos para enfrentar a ampliação das desigualdades sociais mediante o contexto sócio-histórico.

O desafio é fortalecer as lutas sociais, em particular no enfoque da proteção social no âmbito da saúde do trabalhador, evidenciado através do presente estudo com dados e relatos contundentes, que visibilizam uma realidade ocultada nas relações sociais que se reproduzem ideo-politicamente sob uma lógica que considera apenas aspectos voltados à desvalorização das reais necessidades da classe trabalhadora.

## REFERÊNCIAS

ALVES, G. **O novo (e precário) mundo do trabalho: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo**. 1. reimp. São Paulo: Boitempo, 2005.

ANTUNES, **Adeus ao Trabalho?**: Ensaio sobre as metamorfoses do mundo do trabalho. 16. ed. São Paulo: Cortez, 2015.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS AUDITORES FISCAIS DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL. **Análise da Seguridade Social 2015**. Brasília (DF), 2016.

BEHRING, E.; BOSCHETTI, I. **Política Social: fundamentos e história**. São Paulo: Cortez, 2006.

BOSCHETTI, I. **Seguridade Social e Trabalho: paradoxos na construção das Políticas de Previdência e Assistência Social no Brasil**. Brasília (DF): Letras Livres; UnB, 2008.

BOSCHETTI, I. A política de seguridade social no Brasil. In: CONSELHO NACIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Serviço Social: direitos sociais e competências profissionais**. Brasília (DF): CFESS; ABEPSS, 2009. p. 323-338.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.213, de 24 de julho de 1991**. Dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências. Brasília (DF), 1991. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8213cons.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8213cons.htm)>. Acesso em: 20 maio 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Lei n. 8.742, de 7 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília (DF), 1993. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8742.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8742.htm)>. Acesso em: 20 maio 2017.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto n. 6.214, de 26 de setembro de 2007**. Regulamenta o benefício de prestação continuada da assistência social devido à pessoa com deficiência e ao idoso de que trata a Lei no 8.742, de 7 de dezembro de 1993, e a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, acresce parágrafo ao art. 162 do Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999, e dá outras providências. Brasília (DF), 2007. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6214.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6214.htm)>. Acesso em: 10 jun. 2017.

- BRASIL. Secretaria da Previdência. **Anuário estatístico da previdência social: AEPS 2015**. Brasília (DF), 2015. Disponível em: <<http://www.previdencia.gov.br/wp-content/uploads/2015/08/AEPS-2015-FINAL.pdf>>. Acesso em: 27 dez. 2016.
- MENDES, J. M. R.; WÜNSCH, D.; COUTO, B. Verbete Proteção Social. In: CATTANI, A. D.; HOLZMANN, L. **Dicionário de trabalho e tecnologia**. Porto Alegre: UFRGS, 2006.
- MENDES, J. M. R.; WÜNSCH, D. Serviço Social e a saúde do trabalhador: uma dispersa demanda. **Serviço Social & Sociedade**, São Paulo, n. 107, p. 461-481, 2011.
- MÉSZÁROS, I. **Para além do capital**. Tradução Paulo Castanheira e Sérgio Lessa. São Paulo: Unicamp; Boitempo, 2002.
- MOTA, A. E. **A cultura da crise e seguridade social**: um estudo sobre as tendências da previdência e da assistência social brasileira nos anos 80 e 90. São Paulo: Cortez, 2000.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde**. São Paulo: EDUSP, 2003.
- PEREIRA, P. A. P. **Política Social e Democracia**. São Paulo: Cortez; UERJ, 2002.
- SELIGMANN-SILVA, E. **Trabalho e desgaste mental**: o direito de ser dono de si mesmo. São Paulo: Cortez, 2011.
- SEVERIANO, E. M.; MACEDO A. C. Previdência Social: a saga entre trabalho e adoecimento. **Katálysis**, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 172-181, jul./dez. 2015.
- SILVA, M. L. S. **Previdência social no Brasil**: (des)estruturação do trabalho e condições para sua universalização. São Paulo: Cortez, 2012.
- VARGAS, L. A. **Direito à reabilitação profissional**: fundamentalidade e conteúdo jurídico. 2016. 166 f. Dissertação (Mestrado em Direito)–Universidade Ritter dos Reis, Porto Alegre, 2016.
- WÜNSCH, D. S. **A Construção da desproteção social no contexto histórico**: contemporâneo do trabalhador exposto ao amianto. 2005. Tese (Doutorado em Serviço Social)–Faculdade de Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005.

---

**Dolores Sanches WÜNSCH** participou da concepção, do delineamento e da redação do artigo.

Doutora em Serviço Social pela PUCRS, Professora do Departamento de Serviço Social da UFRGS, Vice Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho.

**Jussara Maria Rosa MENDES** participou da concepção, do delineamento e da redação do artigo.

Doutora em Serviço Social pela PUCSP, Professora do Departamento de Serviço Social da UFRGS, Coordenadora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST/UFRGS), Bolsista de produtividade em pesquisa 1A.

**Juliana MARTINS** participou da concepção, do delineamento e da redação do artigo.

Assistente Social formada pela UFRGS, Colaboradora do Núcleo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho (NEST/UFRGS).

---